

〒604-8804

京都市中京区壬生坊城町2-4番地1 古川勘ビル5F

ショクベツ タロウ 様

〒 ー
修正記入欄

見 本

特定健康診査受診上の注意事項

1. 上記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自署してください。
(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)
2. 特定健康診査を受診するときには、この券を窓口に提出するとともに、以下のいずれかにより保険資格の確認を受けてください。
 - ・マイナンバーカードによるオンライン資格確認（受診する施設が対応している場合）
 - ・マイナポータルの保険資格画面の提示
 - ・マイナ保険証と資格情報のお知らせの提示
 - ・資格確認書又は被保険者証
3. 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。
4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。また、この券で受診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同様です。
5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
6. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返してください。
7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。

本紙裏面が受診券です。受診されるまでの間、大切に保管してください。
特定健診（無料）は必ず年1回、毎年受診しましょう。

(集合契約等参加都道府県)
福井 三重 滋賀 京都 大阪 兵庫 奈良

特定健康診査受診券

2025年（令和 7年） 6月 1日 交付

受診券整理番号	25100009999		
氏名	シヨクベツ タロウ		
性別	男	生年月日	9999年（昭和99年 9月 9日）
有効期限	2026年（令和 8年） 3月31日		

健診内容		実施形態	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担上限額
				負担額	同時実施負担額	負担率	
特定健診	基本項目	個別	○	0円	—	—	—
		集団	○	0円	—	—	—
	詳細健診	貧血	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
		心電図	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
		眼底	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
		血清クレアチニン	個別	△	0円	—	—
			集団	△	0円	—	—
特定健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別	—	—	—	—
			集団	—	—	—	—
		生活機能検査	個別	—	—	—	—
			集団	—	—	—	—
	追加健診	個別	—	—	—	—	—
		集団	—	—	—	—	—
	人間ドック	個別	—	—	—	—	—
		集団	—	—	—	—	—

注）△は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します

保険者等	所在地	京都市中京区壬生坊城町24番地の1 古川勘						
		ビル5F						
	電話番号	075-801-0478						
	番号	0	0	2	6	3	1	1
	名称	京都府建設業職別連合国民健康保険組合						

公印省略

契約とりまとめ機関名	集合B①（参加都道府県名は注意事項欄参照） 医師会 個別契約
支払代行機関番号 ※	92699024
支払代行機関名 ※	京都府国民健康保険団体連合会

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください