

≪「受診券」の例≫ ※ご加入の医療保険者により様式は変わります。
下記4つの条件をすべて満たしているかご確認ください。

特定健康診査受診券									
2000年〇月〇日交付									
受診券の整理番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇								
被保険者証の記号及び番号 記号〇〇〇 番号〇〇〇									
受診者の氏名	益城 花子								
性別	女								
生年月日	昭和45年5月11日								
有効期限	2000年 3月31日								
健診内容	・特定健康診査								
窓口での自己負担									
特定健診（基本部分）	負担額又は 受診者負担額〇〇〇〇円								
特定健診（詳細部分）	負担率 受診者負担額なし								
保険者所在地	熊本市東区東町4丁目11-1								
保険者電話番号	096-365-2511								
保険者番号・名称	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> ●●●●健康保険組合								
契約とりまとめ機関名	●●集合B ○○集合A								
支払代行機関番号	99999999								
支払代行機関名	・社会保険診療報酬支払基金 又は ・●●●国民健康保険団体連合会								

①11桁の整理番号が記載されている。

②受診予定日が有効期限内である。
*有効期限に関しては、期限の延長等の対応をされている場合もありますので、各加入の医療保険者にお問い合わせください。

③「集合A」及び「集合B」の記載がある。

④支払代行機関名に左記のどちらかが記載されている。