



- 【下記の事に注意して実施してください】
- ・ご自身の保健指導支援レベルを確認のうえ健診を実施した病院に電話予約をすること
  - ・下記の券は紛失せず大事に保管すること
  - ・当日は利用券と保険証を持参すること
  - ・有効期限を過ぎたら、利用できないこと
  - ・組合資格を喪失している場合、この券は使用できない

注意事項

特定健診を実施した医療機関でのみ、この券が利用できます。  
 利用するには、事前に医療機関に電話にて予約してください。

キリトリ線

被保険者用特定保健指導利用券(2回目以降)

2009年(平成21年) 月 日交付

保険者番号 00133298

利用券整理番号 08300000000

氏名 健診 太郎

性別 男

保健指導実施機関名

特定保健指導利用券

2009年(平成21年) 月 日交付

利用券整理番号 08300000000

特定健康診査受診券整理番号 08100000000

受診者の氏名 健診 太郎

性別 男

生年月日 1937年(昭和12年)2月5日

有効期限 2010年(平成22年)3月31日

保健指導実施予定

指導形態	予定日	実施
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	

特定保健指導区分	窓口での自己負担※		保険者負担上限額
	負担額	負担率	
動機付け支援	0円	—	—

※原則、特定保健指導開始時に全額徴収

保険者所在地 中央区日本橋箱崎町12-4

保険者電話番号 03-5652-7032

保険者番号・名称 00133298

公印  
省略

全国建設工事業国民健康保険組合

契約とりまとめ 個別  
機関名

支払代行機関番号 91399022

支払代行機関名 東京都国民健康保険団体連合会

※1 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  
 ※2

キリトリ線

行動目標/行動計画

腹囲	行動目標/行動計画
体重	
収縮期血圧(上の血圧)	
拡張期血圧(下の血圧)	
1日の削減 目標エネルギー量	
1日の運動による 目標エネルギー量	
1日の食事による 目標エネルギー量	

中央区日本橋箱崎町12-4

全国建設工事業国民健康保険組合  
 支部課  
 保健事業係  
 TEL 03-5652-7032

キリトリ線

## 注意事項

1. 特定保健指導を利用するときには、利用券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
2. 医療機関を受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
3. 特定保健指導は利用券に記載してある有効期限内に利用してください。
4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以降にもお支払い頂きます。
5. 特定保健指導の実施結果は保険者等において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
6. 保健指導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。
7. 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。
8. 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。
9. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

キリトリ線