

特定保健指導利用券

年（平成 年） 月 日交付

利用券整理番号	
受診券整理番号	
氏名	
性別	
生年月日	年（昭和 年） 月 日

有効期限	年（平成 年） 月 日
------	-------------

特定保健指導区分	窓口の自己負担※		保険者負担 上限額
	負担額	負担率	
	円	—	—

※自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収

保 険 者 等	所在地							
	電話番号							
	番 号	0	0	0	7			
	名 称							

契約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号※	90799024
支払代行機関名※	福島県国民健康保険団体連合会

※実施機関が所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

〒 -

様

特定保健指導利用上の注意事項

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利用できません。
2. 医療機関に受診中の場合、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、利用願います。
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、利用願います。
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利用はできません。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。

【国保利用券_記載例(表)】

特定保健指導利用券

2011年（平成23年）11月28日交付

利用券整理番号	11299999999
受診券整理番号	11199999999
氏名	コクホタロウ
性別	男
生年月日	1970年（昭和45年） 1月 1日

有効期限	2012年（平成24年） 3月31日
------	--------------------

特定保健指導区分	窓口の自己負担※		保険者負担 上限額
	負担額	負担率	
積極的支援	0円	—	—

※自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収

保 險 者 等	所在地	福島県〇〇市町村							
	電話番号	9999-99-9999							
	番号	0	0	0	7	9	9	9	9
	名称	〇〇市町村							

公印省略

契約とりまとめ機関名	ド／日、予、結、病、総
支払代行機関番号※	90799024
支払代行機関名※	福島県国民健康保険団体連合会

※実施機関が所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

・再発行した場合は、「特定保健指導利用券(再発行)」と表示してください。

・「利用券整理番号」、「受診券整理番号」は、特定健診等データ管理システムから出力された番号を使用してください。
・「氏名」は、カタカナで表示してください。

・「特定保健指導区分」は、本人の階層化結果に合った区分を表示してください。
・「窓口の自己負担」及び「保険者負担上限額」は、該当する負担額等を表示してください。

・保険者の情報を表示してください。
・公印省略とする場合は、「公印省略」を表示してください。

・「契約とりまとめ機関名」は、集合契約Aについては「ド／日、予、結、病、総」と記載し、今後、集合契約B(代表契約)が締結されれば、順次「〇〇(該当都道府県名)集合B」と併記してください。
・「支払代行機関番号」は、「90799024」を表示してください。
・「支払代行機関名」は、「福島県国民健康保険団体連合会」を表示してください。

【国保利用券記載例(裏)】

〒999-9999

□□県△△市

コクホタロウ 様

・「発送先情報」として、「郵便番号」、「住所」、「氏名」を表示してください。

特定保健指導利用上の注意事項

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に提出してください。どちらか一方だけでは利用できません。
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、利用願います。
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、利用願います。
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利用はできません。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、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてく

・備考欄として自由に使用してください。