

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN (住所)
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN (方書)
 NNNNNNNNNNNNNNNN (氏名)

1. この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄に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、この券を窓口へ提出するとともに、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**この券**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、**ご了承のうえ**、受診願います。
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、**5日以内にこの券を保険者に返してください**。
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。

NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN (備考1)
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN (備考2)

NNNNNNNNNNNNNN (集合契約参加都道府県見出し)

[illegible]