XXX-XXXX

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（住所）
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（方書）

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（氏名）

修正記入欄　－

健康診査受診上の注意事項

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。（健康診査受診結果等の送付に用います。）

２．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．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．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。

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（備考１）
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（備考２）

ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（集合契約参加都道府県見出し）
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ
ＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮＮ（集合契約参加都道府県）