

令和3年度

後期高齢者健康診査受診券

令和3年7月1日交付

受診券整理番号  
被保険者証番号

氏名

生年月日

性別

有効期限

令和3年11月30日

後期高齢者健康診査受診上の注意事項

1. 下記の住所欄に変更がある場合、すぐに新住所記入欄へご自宅の住所を自署してください。(後期高齢者健康診査受診結果等の送付に用います。)
2. 後期高齢者健康診査を受診するときには、受診券と後期高齢者医療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。
3. 後期高齢者健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。なお、受診される前に必ず医療機関へ診療時間等をお問い合わせください。
4. 後期高齢者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することをご了承の上受診願います。また、この券で受診する追加項目についても同様です。
5. 健診結果は、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、部分的に提出されることを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、この券を使用する受診はできません。すみやかに処分してください。
7. 不正にこの券を使用した場合、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に申し出て訂正を受けてください。
9. この受診券は、令和3年4月30日現在で作成しています。

〒

様



令和3年度受診券

受診の際はそのままお持ちください。

健診内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担		保険者負担上限額
			負担額	負担率	
基本項目	個別	○	—	—	—
	集団	○	—	—	—
詳細項目又は追加項目 貧血	個別	○	—	—	—
	集団	○	—	—	—
心電図	個別	○	—	—	—
	集団	○	—	—	—
クレアチニン	個別	○	—	—	—
	集団	○	—	—	—
詳細項目 眼底	個別	※	—	—	—
	集団	※	—	—	—
追加健診	個別	○	—	—	—
	集団	○	—	—	—

※ 一定の基準により実施します

三重県後期高齢者医療広域連合

〒 514-0003

津市桜橋2丁目9番地

Tel. 059-221-6884

# 600001

保険者所在地

津市桜橋2丁目9番地

電話番号

059-221-6884

保険者番号

保険者名称

三重県後期高齢者医療広域連合

支払代行機関番号

92499029

支払代行機関名

三重県国民健康保険団体連合会

新住所記入欄(住所変更のある場合記入)

〒

