

## 後期高齢者健康診査受診券

平成\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日 交付

受診者の氏名 ○○○○ ○○○○

性別 男性 (女性)

生年月日 昭和○○年○○月○○日

受診券整理番号 0001

有効期限 平成23年○○月○○日

健診内容 後期高齢者医療健康診査

窓口での自己負担 500円 (無料)

委託保険者の名称 ○○県後期高齢者医療広域連合

被保険者番号 01234567

受託保険者の名称 △△県後期高齢者医療広域連合

所在地 △△県△△市△△町△△

電話番号 △△△△ (△△) △△△△

裏面の注意事項をお読みください

## 注 意 事 項

- 1 この健康診査は、あなたが加入している〇〇県後期高齢者医療広域連合からの委託を受けて、△△県後期高齢者医療広域連合が実施するものです。
- 2 健康診査を受診するときには、この受診券と被保険者証を健診実施機関の窓口提出してください。
- 3 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。
- 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、△△県後期高齢者医療広域連合を通じて〇〇県後期高齢者医療広域連合に送付し、保存されますので、ご了承の上、受診願います。
- 5 健康診査を受診される前に、〇〇県後期高齢者医療被保険者の資格が無くなったときや、居所を△△市から移した場合は、この受診券を△△市に返還してください。
- 6 この券の記載事項や現在の居所に変更があった場合には、すぐに下記まで申し出てください。

### 【問い合わせ先】

△△県後期高齢者医療広域連合

所在地 △△県△△市△△町△△

電話番号 △△△△ (△△) △△△△

住所  
(健診結果送付用)

〒〇〇〇 - 〇〇〇〇

□□県□□市□□町□□