

<健診期間> 受診券発送後から令和3年3月31日まで
 <健診対象者> 後期高齢者医療の被保険者(75歳以上の方及び65~74歳の一定の障害のある方)

令和2年度

0×××××××
(被保険者番号)

健康診査受診券 (見本)

20xx年(令和xx年)xx月xx日 交付

受診券整理番号	201000xxxxx		
氏名	広域 太郎		
性別	男	生年月日	19xx年(□□xx年)xx月xx日
有効期限	2021年(令和3年)3月31日		

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	同時実施負担額	負担率		
基本項目	個別	○	500円	—	—	—	
	集団	—	—	—	—	—	
健診 詳細項目	貧血	個別	○	0円	—	—	
		集団	—	—	—	—	
	血清クレアチニン	個別	○	0円	—	—	—
		集団	—	—	—	—	—
血清アルブミン	個別	○	0円	—	—	—	
	集団	—	—	—	—	—	

保険者等	所在地	山口市大手町9番11号								
	電話番号	083-921-7112								
	番号	3	9	3	5	X	X	X	X	公印
	名称	山口県後期高齢者医療広域連合								

契約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号 ※	93599025
支払代行機関名 ※	山口県国民健康保険団体連合会

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください