

「特定健康診査」受診方法のご案内



お申込みいただきました、特定健康診査の受診券を送付させていただきます。

◎下記手順に沿って必要事項をご記入の上受診して下さい。

特定健康診査受診券



◎自己負担額は5,400円を超えた額となります。

！健診費用は受診機関へご確認ください。
(健診費用-5,400円=自己負担額)

！当組合指定のがん検診以外のオプションは自己負担となります。

～詳しくは当組合ホームページでご確認ください～



1. 受診券の印字内容が正しいか確認してください。

- ・氏名(漢字・フリガナ)、性別、生年月日を確認して下さい
- ・フリガナがない場合、ボールペンで記入して下さい
- ・内容が異なる場合、健保組合保健事業担当者までご連絡下さい

！裏面の記入例
を参照下さい。

2. 受診券裏面へ郵便番号、住所を記入して下さい

- ・ボールペンでご記入下さい。
(健診結果はご記入された住所氏名宛てに届きます)

3. 受診希望機関へ予約をして下さい(一部予約不要機関あり)

- ・ご近所、かかりつけの医療機関等受診希望機関で「集合契約A又はBによる特定健診」を実施しているか直接確認して下さい。集合契約で意味が通じない場合、「健保組合加入者で、受診券が必要なタイプの特定健診は受けられますか」と聞いてみて下さい。
- ・健保連本部のホームページから実施機関リストを確認いただくこともできます。但し、実際の内容と異なる場合があります。必ず実施機関への直接確認も行って下さい。

健保連本部：<https://www.kenporen.com> トップ画面左下「特定健診等実施機関リスト」を選択。
「特定健診等実施施設検索システム」下部の「パスワード入力画面」から、健保組合名「スズケン」、
保険者番号「06231880」を入力。集合契約A又はBを選択し検索して下さい。

- ・集合契約Aは健診機関、Bは開業医中心の契約形態です。どちらも受診可能です。
A、B契約どちらにするか確認を求められた場合、Aでお願いして下さい。

4. 受診券と保険証(又はマイナ保険証)を持参して受診して下さい

- ・受診可能期限は3月末までです。(12月末までの受診にご協力ください)



受診券記入例



【表面】特定健康診査受診券

2024年 5月15日交付

受診券整理番号 9999999999

(フリガナ) ケンボスズヨ 1-1111
受診者の氏名 健保 鈴代
性別 女
生年月日 昭和37年6月1日
有効期限 2025年 3月31日
健診内容 ・特定健康診査

窓口での自己負担

特定健診（基本部分）	保険者負担上限額	5,400 円
特定健診（詳細部分）	自己負担なし	—

保険者所在地

愛知県名古屋市東区東片端町8番地

保険者電話番号 052-951-8816

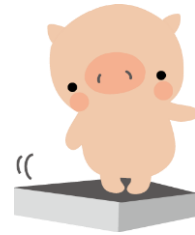
保険者番号・名称 06231880

スズケン健康保険組合

契約とりまとめ機関名 健保連集合A① 集合B①

支払代行機関番号 94899010

支払代行機関名称 社会保険診療報酬支払基金



- ・フリガナ
 - ・受診者の氏名
 - ・性別
 - ・生年月日
- が正しいか確認してください。

注意事項

【裏面】

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、
（特定健康診査受診結果等の送付に用います。）

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
しかりにより保険資格の確認を受けてください。

メ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

ポータル上の保険資格画面の提示

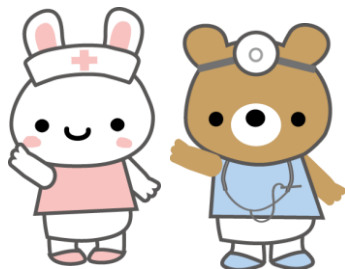
保険証と資格情報のお知らせの提示

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、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

⑤郵便番号

住所
をご記入下さい。



住所

〒 000-0000

受診者が記入

・受診可能期限は3月末までですが、**12月末までの受診にご協力ください。**