

① 特定健康診査受診券 【表】

表示色は「**そら色**」での作成

※原寸大

0.5"	2.1241" (53.952mm)	4.252" (108mm)	2.1241" (53.952mm)	0.5"
------	-----------------------	-------------------	-----------------------	------

(15.6mm)

(86mm)

手で切れます

～裏面も必ずお読みください～

三日月線は、手で折らず、必ず角を折ってください。

特定健康診査受診券

沖縄県〇〇〇〇市国保

受診券整理番号

氏名 トクテイ タロウ

性別 男

生年月日 昭和56年12月31日

自己負担額 無料

保険者所在地 沖縄県〇〇市〇〇1番地1号

電話番号 098-123-4567

契約ととりまとめ機関名 沖縄県医師会、個別契約

支払代行機関番号 4700000 〇〇市

支払代行機関名 94799020 沖縄県国保連合会

有効期限 20XX年XX月XX日

交付年月日 20XX年XX月XX日

24100000000

受診日	
健診機関記入	/

市町村 フリー記入

表

ソビリ

ソビリ

C40%

C10%

C20%

ソビリ

ソビリ

9 1/2 "

ソビリ

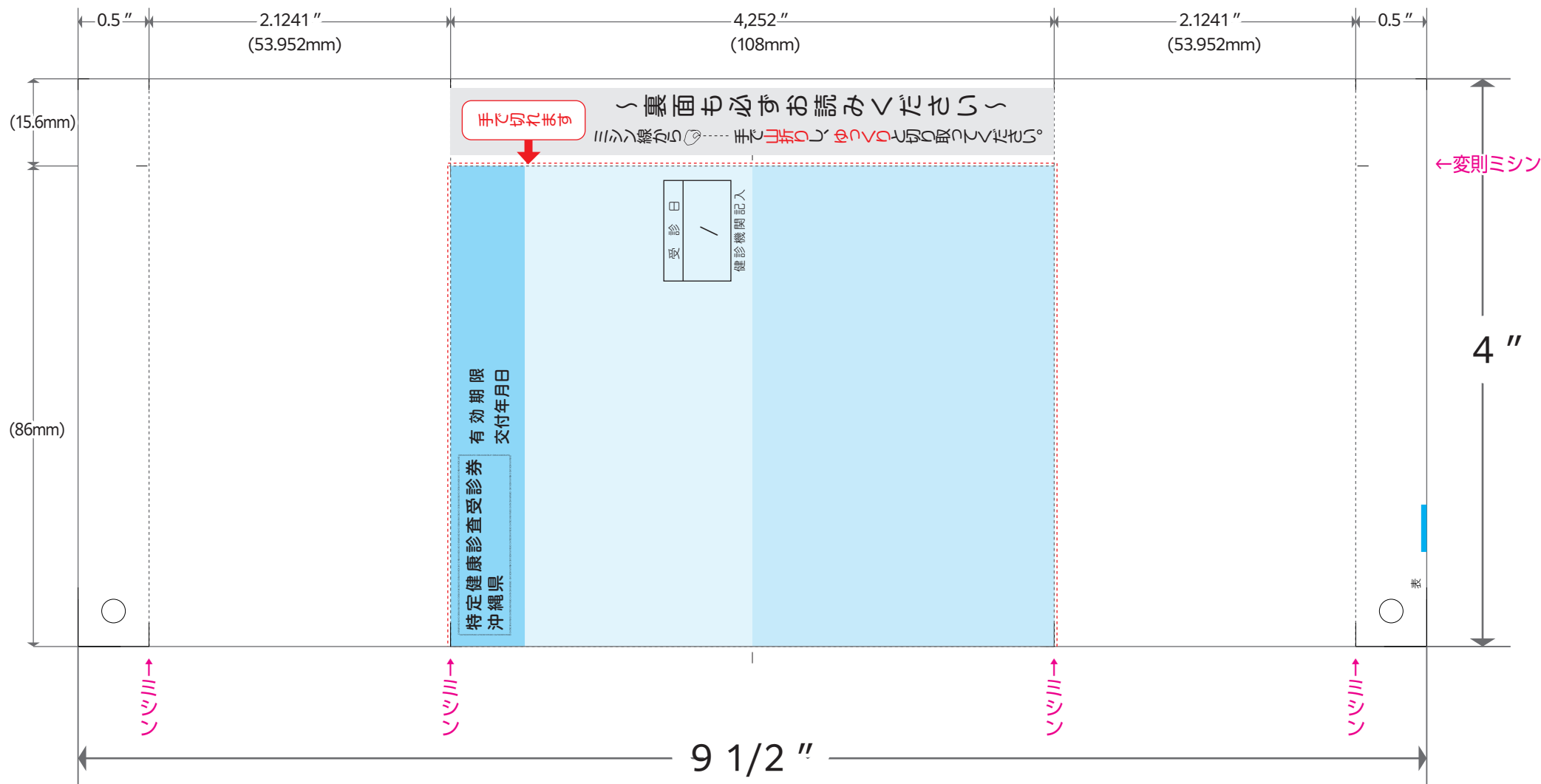
4 "

←変則ミシン

① 特定健康診査受診券 【表】 ※印字なしイメージ

表示色は「**そら色**」での作成

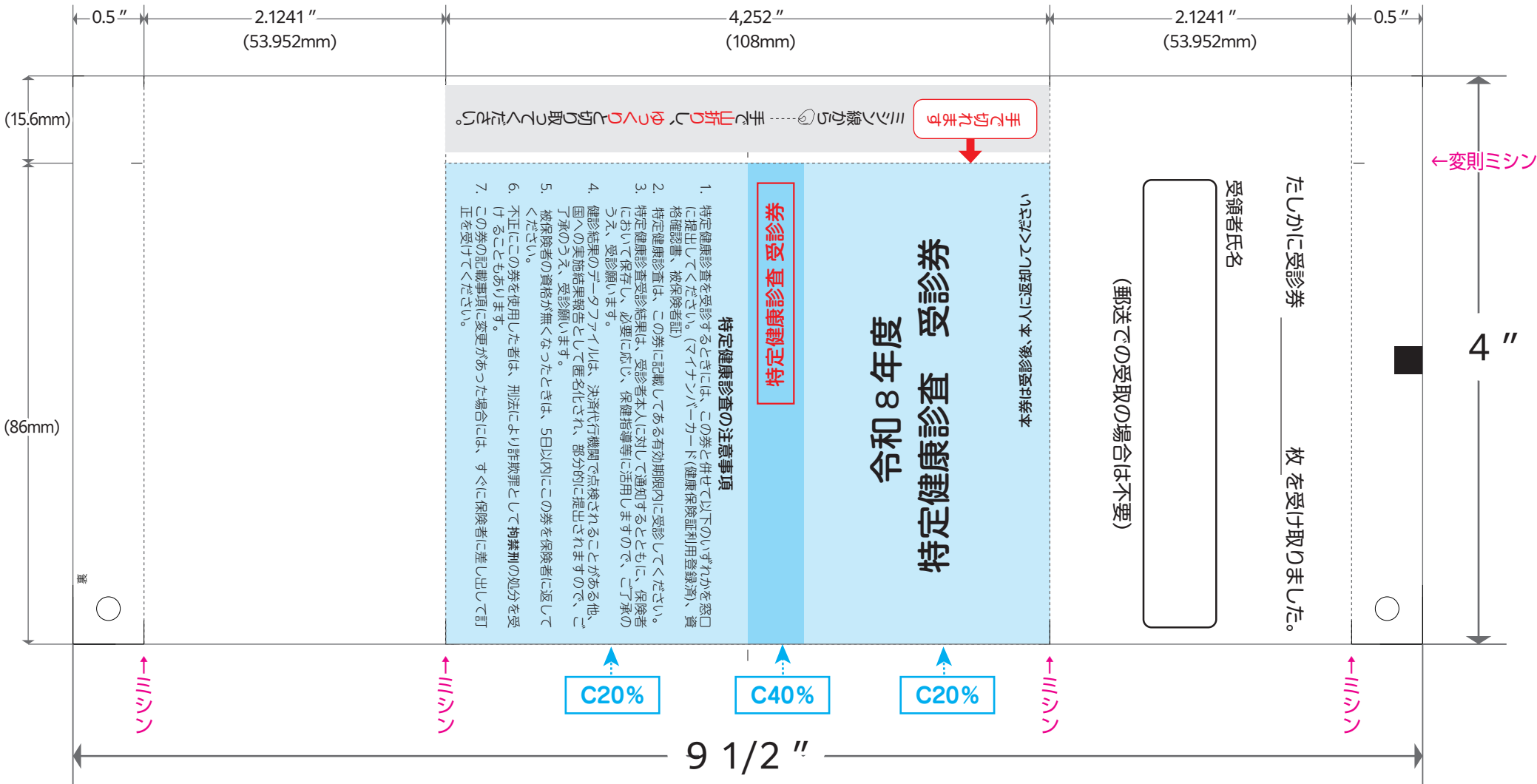
※原寸大



① 特定健康診査受診券 【裏】

表示色は「**そら色**」での作成

※原寸大



特定健康診査受診券 仕様

■受診券・表

特定健康診査受診券		有効期限 20XX年XX月XX日
沖縄県〇〇〇市国保		交付年月日 20XX年XX月XX日
受診券整理番号	24100000000	
氏名	トクテイ タロウ	
性別	男	
生年月日	昭和56年12月31日	
自己負担額	無料	
保険者所在地	沖縄県〇〇市〇〇1番地1号	
電話番号	098-123-4567	
保険者番号	4700000 〇〇市	
契約とりまとめ機関名	沖縄県医師会、個別契約	
支払代行機関番号	94799020	
支払代行機関名	沖縄県国保連合会	
		受診日
		/
		健診機関記入

市町村 フリー記入

108mm

86mm

■受診券・裏

本券は受診後、本人に返却してください

特定健康診査 受診券

令和8年度

特定健康診査 受診券

特定健康診査の注意事項

1. 特定健康診査を受診するときには、この券と併せて以下のいずれかを窓口
に提出してください。(マイナンバーカード(健康保険証利用登録済)、資
格確認書、被保険者証)
2. 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。
3. 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。
4. 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
了承のうえ、受診願います。
5. 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。
6. 不正にこの券を使用した者は、刑法により拘禁刑として懲役の処分を受け
ることもあります。
7. 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。

108mm

86mm

※原寸大

特定健康診査受診券 用紙仕様書

(1)色

コスモス色（紀州の色上質：コード37）

(2)サイズ等

9.5 インチ×4 インチ

a) 特定健康診査受診券サイズ

- ・108m/m×86m/m

- ・表2c / 裏3c

- ・タテミシン：4本

- ・ヨコミシン：1本（変則横ミシン）

(3)紙質

NIP 上質 135KG

(4)文字フォント

A-OTF UD 新丸ゴ Pro M