

SAMPLE

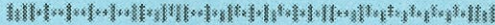
〒053-8722

苫小牧市〇〇町〇丁目〇番〇号

XXX アパート〇〇〇

コクホ プレオ 様

03-00001



とま1

受診券
(プレ)

保 険 者 等	所 在 地	苫小牧市旭町 4 丁目 5 番 6 号							
	電話番号	0144-32-6111 (代表)							
	番 号	0	0	0	1	0	1	3	2
	名 称	苫小牧市							

苫小牧市決済分

【令和 7 年度】 苫小牧市国民健康保険プレ特定健診受診券

2025 年 (令和 7 年) 5 月 16 日交付

受診券整理番号	259000000001
氏 名	コクホ プレオ
性 別	男
生 年 月 日	1990 年 (平成 2 年) 1 月 1 日
有 効 期 限	2026 年 (令和 8 年) 2 月 28 日

内 容	実 施 項 目	自己負担額
基 本 健 診	身体計測、血圧、血中脂質検査、 肝機能検査、血糖検査、尿検査	0 円
詳 細 健 診	貧血検査、心電図検査、眼底検査、 腎機能検査	

※詳細健診は、健診結果が基準に該当し、医師が必要と判断した場合には行います。

但し、腎機能検査については、基準値の該当の有無を問わず、全ての受診者に実施します。

<留意事項>

- 受診の際には、健診実施機関に苫小牧市国民健康保険の被保険者資格を確認できる書類（マイナ保険証等）を提示してください。
また、必要事項を記入の上、本券を提出してください。
- 上記の有効期限内に受診してください。
- 健診結果は、受診者本人に通知されるとともに保険者等において共用され、保健指導委託機関、苫小牧市健康支援課及び保険年金課等において保健指導及び健診課題の分析等の目的で使用されます。
- 健診結果データは、支払代行機関が点検するほか、匿名化した上、その一部が国へ報告されます。
- 苫小牧市国民健康保険の被保険者資格を喪失した場合、本券は使用できません。
- 通院治療中の方は、事前に主治医にご相談の上、受診してください。

以上の留意事項を確認し、受診を希望します。

<本人署名欄>

受診者氏名：

裏面の「質問票」も
ご記入ください。