

一般の皆様へ

特定健康診査（健康診査）受診券の誤記等に関するお詫びとお願い

本会において作成いたしました平成29年度の受診券におきまして、一部の被保険者の皆様に対して、以下のとおり表示されていることが判明しました。

・松山市国保分以外の受診券（資料1参照）：詳細項目（心電図・眼底）欄において、前年度結果が表示されるべきところに「前々年度結果」が表示されていた。

※後期高齢者分（資料2参照）も同様

・松山市国保分の受診券（資料3参照）：詳細項目（眼底）欄に、前年度結果を表示できない様式となっていた。

なお、このことによる個人情報等の漏洩はございませんが、対象となる被保険者の皆様には、御迷惑をお掛けいたしまして深くお詫び申し上げます。

つきましては、下記の内容に関しまして、御理解と御協力をお願い申し上げます。

記

1 受診券送付について

対象となる被保険者の皆様には、詳細項目欄に前年度結果を表示した受診券をお送りいたします。なお、再発行分の受診券には、上部に「再発行」と表示しております。

2 これから受診される方について

「再発行」表示のある受診券を御使用ください。なお、「再発行」の記載のない受診券は御使用できませんので、破棄していただきますようお願いいたします。

3 既に特定健康診査（健康診査）を受診された方について

既に特定健康診査（健康診査）を受診された方で、詳細項目の検査を受けられていない方については、健診実施機関に確認の上、本会から再受診等の御案内を送付しますので、それまで再発行分の受診券を保管くださいますようお願いいたします。

※御不明な点がございましたら、本会（以下「お問い合わせ先」）まで御照会ください。

お問い合わせ先

愛媛県国民健康保険団体連合会

保険者支援課 共同事業班 泉

電話(089)968-8854

平日 8:30~17:15

| 平成29年度 特定健康診査受診券 | | | | 国保被保険者用 |
|--|---|----------|-----------|---------|
| <p>これは、松山市国保分 以外のサンプルです。</p> | | 受診券整理番号 | | |
| | | 被保険者証番号 | | |
| | | 再発行 | | |
| <p>再発行分の受診券には「再発行」と表示しています。</p> | | | | |
| 性別 | | | | |
| 生年月日・年齢※ | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 有効期限 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| ※年齢は平成29年3月31日現在のものを表示しています。 | | | | |
| | 健診内容 | 該当者 | 自己負担額 | |
| | | | 個別 | 集団 |
| 特定 健診 | 基本項目 | | | 円 |
| | 身長 体重 腹囲 血液検査(血中脂質 血糖 尿酸) 尿検査(尿蛋白 尿糖) 診察 他 | | | |
| | 詳細項目※1 | 貧血 | 前年結果による該当 | 円 |
| | | 心電図 | 前年結果による該当 | 円 |
| | | 眼底 | 前年結果による該当 | 円 |
| 追加 健診 | クレアチニン | | | |
| | 尿酸 | | 円 | 円 |
| | 尿潜血 | | | |
| ※1 貧血検査は医師の判断で実施します。心電図・眼底検査は該当者欄に○のある人の内、医師の判断で実施します。 | | | | |
| 【注意事項】 | | | | |
| QRコード | | | | |
| 保 険 者 | 所在地 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| | 番 号 | | | |
| | 名 称 | | | |
| | | 公印 | | |
| 【 問合せ 】 | | | | |
| | | 支払代行機関番号 | | |
| | | 支払代行機関名 | | |

| 平成29年度 健康診査受診券 | | | | 後期高齢者用 |
|--|---|---------|----|--------|
| これは、後期高齢者分のサンプルです。 | | 受診券整理番号 | | |
| | | 被保険者証番号 | | |
| | | 再発行 | | |
| 再発行分の受診券には「再発行」と表示しています。 | | | | |
| 性別 | | | | |
| 生年月日・年齢※ | 年 | 月 | 日 | 歳 |
| 有効期限 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
| ※年齢は平成29年3月31日現在のものを表示しています。 | | | | |
| 健診内容 | 該当者 | 自己負担額 | | |
| | | 個別 | 集団 | |
| 健診 | 基本項目 | | | 円 |
| | 身長 体重 血液検査(血中脂質 血糖 肝機能) 尿検査(尿蛋白 尿糖) 診察 他 | | | |
| | 詳細項目※1 | 貧血 | 円 | 円 |
| | | 心電図 | 円 | 円 |
| | 眼底 | 円 | 円 | |
| 追加健診 | クレアチニン | | | |
| | 尿酸 | ○ | 0円 | 0円 |
| | 尿潜血 | | | |
| ※1 貧血検査は医師の判断で実施します。 心電図・眼底検査は該当者欄に○のある人の内、医師の判断で実施します。 | | | | |
| | | (QRコード) | | |
| 保 険 者 | 所在地 | | | |
| | 電話番号 | () | | (公印) |
| | 番 号 | | | |
| | 名 称 | | | |
| 支払代行機関番号 | | | | |
| 支払代行機関名 | | | | |

前年結果が詳細項目の判定基準に該当している場合に「○」が表示されます。

| | | |
|------------|-------------------------|----------------|
| 松山市 | 平成29年度 特定健康診査受診券 | 国保被保険者用 |
|------------|-------------------------|----------------|

これは、松山市国保分の
サンプルです。

| | |
|---------|--|
| 受診券整理番号 | |
| 被保険者証番号 | |
| 再発行 | |

| | | |
|----------|--|--------------------------|
| 性別 | | 再発行分の受診券には「再発行」と表示しています。 |
| 生年月日・年齢※ | | |
| 有効期限 | | |

※年齢は平成29年3月31日現在のものを表示しています。

| 健診内容 | 該当者 | 自己負担額 | | |
|--|--------|-------|----|----|
| | | 個別 | 地域 | |
| 特定健診 <small>基本項目 身長、体重、腹囲 血液検査（血中脂質、血糖、肝機能） 尿検査（尿蛋白、尿糖） 医師の診察他</small> | ○ | 無料 | 無料 | |
| | 詳細項目 | 貧血 | ○ | 無料 |
| | | 心電図 | - | 無料 |
| | | 眼底 | - | - |
| 追加健診 | クレアチニン | - | - | |
| | 尿酸 | ○ | 無料 | |
| | 尿潜血 | ○ | 無料 | |

| | | | | | | | |
|-------------|------|--|--|--|--|--|--|
| 保 険 者 | 所在地 | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | | |
| | 番 号 | | | | | | |
| | 名 称 | | | | | | |

| | |
|----------|--|
| 支払代行機関番号 | |
| 支払代行機関名 | |