



# 特定健康診査受診券（セット券）

2024年 4月 1日 交付

受診券整理番号 24599999999  
被保険者証の記号・番号 9999999999 - 999999  
被扶養者番号 01

フリガナ センボ ハコ  
受診者の氏名 船保 花子  
性別 女  
生年月日 昭和 49 年 4 月 1 日

有効期間 2024 年 4 月 1 日 ~ 2025 年 3 月 31 日  
健診内容  
・特定健康診査  
・その他（生活習慣病予防健診（一般健診）、  
生活習慣病予防健診（総合健診）、当日保健指導）

## 医療保険者の負担

特定健診（基本部分）	負担額又は負担率	保険者負担上限額 7,150円
特定健診（詳細部分）		保険者負担上限額 3,400円

その他 （生活習慣病予防健診（一般健診））	負担額又は負担率	受診者負担率 0%
--------------------------	----------	-----------

### ※個別契約

保険者負担上限額	保険者負担上限額	21,714円
----------	----------	---------

その他 （生活習慣病予防健診（総合健診））	負担額又は負担率	受診者負担率 13%
--------------------------	----------	------------

### ※個別契約

保険者負担上限額	保険者負担上限額	33,036円
----------	----------	---------

その他（保健指導・積極的）	負担額	保険者負担上限額 25,120円
その他（保健指導・動機付け）		保険者負担上限額 8,470円

保険者所在地 千代田区富士見 2-7-2  
ステージビルディング 14階

保険者電話番号 03-6862-3060

※この券に関する問い合わせ先の番号は、裏面をご覧ください。

保険者番号・名称

0 2 1 3 0 0 1 1

全国健康保険協会  
（船員保険部）

契約取りまとめ機関名 集合B① 協会集合A① 協会集合A② 個別契約

支払代行機関番号 94899010

支払代行機関名 社会保険診療報酬支払基金  
（集合B① 協会集合A① 協会集合A②）

一般財団法人船員保険会（個別契約）

# 注意事項

- 1 この券の交付を受けたときは、すぐに、下記住所欄にご自宅（居所可）の住所を自署してください。なお、この住所は、受診した健診機関から健診結果を送付する際に用いるものですので、お手数ですが、郵便番号・番地・建物名まで正確にご記入ください。
  - 2 健診を受診するときは、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
  - 3 健診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。ただし、本年度中に75歳になられる方は、誕生日の前日まで受診できます。
  - 4 健診結果は、受診者本人に通知するとともに、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、ご了承の上、受診願います。
  - 5 健診結果（・保健指導結果）のデータファイルは、決済代行機関、（一財）船員保険会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 就職等の理由により船員保険の被扶養者の資格が無くなったときは、この券を使用して健診を受けることはできません。資格が無くなったときは、5日以内に必ず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のあった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。
  - 9 健診を受診される当日は食事制限がありますので、受診日前に必ず受診機関にお問い合わせください。
- ※ 健診の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日に特定保健指導を利用する時は、以下にご注意ください。
- 10 医療機関を受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
  - 11 窓口での自己負担額は、原則、健診当日（特定保健指導開始時）に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時にもお支払い頂きます。
  - 12 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

住所	〒 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	都道府県
	市区町村	
	電話番号 ( )	

## 問い合わせ先

一般財団法人 船員保険会
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷1-5-6 SEMPOSビル
Tel 03-3407-6063 Fax 03-3797-2925