

特定健康診査受診券

受診券整理番号 *****

受診者の氏名 共済太郎

性別 男 生年月日 昭和**年**月**日

有効期限 ****/**/**

健診内容

窓口での自己負担	特定健診(基本部分)	負担額又	受診者負担なし
	特定健診(詳細部分)	は負担率	受診者負担なし

保険者所在地 横浜市中区山下町 7 5
神奈川自治会館

保険者番号・名称 神奈川県市町村職員共済組

3	2	1	4	0	4	1	0
---	---	---	---	---	---	---	---

保険者電話番号 045-664-5441

契約とりまとめ機関名

集合B (神奈川のみ) 下、日、全、予、結、病

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

