

特定保健指導利用券

利用券整理番号 *****
特定健康診査受診券整理番号 *****

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 ****/**/**

特定保健指導区分 動機付け支援／積極的支援

窓口での自己負担

負担額又は負担率	利用者負担なし
保険者負担上限額	*****

(自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収)

保険者所在地 横浜市中区山下町75 神奈川県自治会館

保険者番号・名称 神奈川県市町村職員共済組合

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)
ド／日、全、予、結、病

支払代行機関名・番号

社会保険診療報酬支払基金(94899010)