

<送付物サンプル>



白色厚紙で作成

受診者の方へ

同封の受診案内をご覧になり、下の受診券をミシン目から切り取りご使用ください。

記載事項に誤りがある場合は、共済組合までご連絡ください。
また、カネ氏名につきましては必須項目となっておりますので、記載とれていない場合は、お手数ですがフリガナの補記をお願いします。

特定健康診査受診券
2025年x月x日交付

受診券管理番号 XXXXXXX 888-9999

(フリガナ) キョウサイ ハナコ
受診者の氏名 共 済 花 子
性 別 女
生年月日 昭和55年7月25日
有効期限 2026年3月31日
健診内容 ・特定健康診査

窓口での自己負担

特定健診(基本部分)	自己負担なし	—
特定健診(詳細部分)	自己負担なし	—

保険者所在地 大阪府大阪市本町橋2番31号
シティプラザ大阪6階

保険者電話番号 06-6941-0366

保険者番号・名称 32270415 大阪府市町村職員共済組合

捺印とりまめ別紙名 集合印①・ド/日・金・予・給・病

支払代行機関番号 94899010
支払代行機関名称 社会保険診療報酬支払基金

見本

ミシン目から丁寧に切り取って使用ください

所属所 888
〇〇〇市

共 済 太 郎 様

記号番号 888-9999
所 属 123456789

大阪府市町村職員共済組合
〒540-0029
大阪府大阪市本町橋2番31号シティプラザ大阪5階
TEL 06-6941-0366

