



福岡県医発第 1526 号 (地)
平成 27 年 9 月 2 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会長 松田 峻一良
(公 印 省 略)

福岡県薬剤師国民健康保険組合における
特定健康診査受診券の記載誤りについて

時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

さて、今般、福岡県薬剤師国民健康保険組合より、平成 27 年度特定健康診査受診券の記載の一部に誤りがあった旨、別添のとおり連絡が参りました。

当該国保組合の対象被保険者には記載誤りについて既に連絡されておりますが、各健診実施医療機関につきましても、当該国保組合被保険者につきましても、受診券の記載内容にかかわらず、「追加健診」項目を実施した場合は、受診者から 20% の窓口負担を徴収いただきますようお願いいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件に御了知いただくとともに、貴会管下関係医療機関へ周知いただきますようよろしくお願い申し上げます。

なお、本件について、ご不明なところがございましたら、福岡県薬剤師国民健康保険組合 (Tel : 092-262-8931) までお問い合わせください。

小郡三井医師会より

地域保健担当理事 白石恒明
会長 廣瀬真恵

事 務 連 絡
平成 27 年 8 月 26 日

公益社団法人 福岡県医師会
地域医療課 御中

福岡県薬剤師国民健康保険組合



特定健康診査受診券の記載誤りについて

日頃より当組合の事業運営にご理解・ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、平成 27 年度特定健康診査受診券の記載の一部に誤りがありましたので、お手数をおかけして誠に恐縮ですが、実施機関にご周知いただきますよう、お願い申し上げます。(別紙参照)

なお、国保連合会で追加健診（個別）の自己負担を 20%に一括訂正していただきましたので、受診券の記載内容にかかわらず、追加健診に関しましては、受診者から 20%徴収いただきますよう、お願い申し上げます。

ご迷惑をおかけして申し訳ございませんでした。





特定健康診査受診券

2015年（平成27年） 6月10日 交付

受診券整理番号			
氏名			
性別		生年月日	
有効期限	2016年（平成28年） 2月29日		

健診内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担上限額
			負担額	同時実施負担額	負担率	
特定健診	基本項目	個別	○	—	20%	—
		集団	—	—	—	—
	貧血	個別	△	—	20%	—
		集団	—	—	—	—
	心電図	個別	△	—	20%	—
		集団	—	—	—	—
	眼底	個別	△	—	20%	—
		集団	—	—	—	—
特定健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別	—	—	—
		集団	—	—	—	—
	生活機能検査	個別	—	—	—	—
		集団	—	—	—	—
	追加健診	個別	—	—	—	—
		集団	—	—	—	—
人間ドック	個別	—	—	—	—	—
	集団	—	—	—	—	—

注）△は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します

保険者等	所在地	福岡市博多区住吉2丁目20-15							
	電話番号	092-262-8931							
	番号	0	0	4	0	3	0	4	8
	名称	薬剤師国保組合							
公印省略									

契約とりまとめ機関名	集合B（参加都道府県名は注意事項欄参照） 医師会
支払代行機関番号 ※	94099025
支払代行機関名 ※	福岡県国民健康保険団体連合会

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください



特定健康診査受診券

2015年（平成27年） 6月10日 交付

受診券整理番号			
氏名			
性別		生年月日	
有効期限	2016年（平成28年） 2月29日		

健診内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担			保険者負担上限額
			負担額	同時実施負担額	負担率	
特定健診	基本項目	個別	○	—	20%	—
		集団	—	—	—	—
	貧血	個別	△	—	20%	—
		集団	—	—	—	—
	心電図	個別	△	—	20%	—
		集団	—	—	—	—
	眼底	個別	△	—	20%	—
		集団	—	—	—	—
特定健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別	—	—	—
		集団	—	—	—	—
	生活機能検査	個別	—	—	—	—
		集団	—	—	—	—
	追加健診	個別	△	—	20%	—
		集団	—	—	—	—
人間ドック	個別	—	—	—	—	—
	集団	—	—	—	—	—

注）△は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します

保険者等	所在地	福岡市博多区住吉2丁目20-15							
	電話番号	092-262-8931							
	番号	0	0	4	0	3	0	4	8
	名称	薬剤師国保組合							
公印省略									

契約とりまとめ機関名	集合B（参加都道府県名は注意事項欄参照） 医師会
支払代行機関番号 ※	94099025
支払代行機関名 ※	福岡県国民健康保険団体連合会

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください