

令和7年度 豊見城市国民健康保険特定健診
特典クオ・カード（プリペイドカード）申請書兼受領書

受付印

申請日 令和 年 月 日

☐ 下記の条件をすべて満たしていることを確認しました

※条件

- 令和7年度健診受診日時時点で豊見城市国民健康保険に加入しており、40～74歳である（令和7年度中に40歳になる方も含む）
- 令和7年度分の特典申請は初めてである（特典の申請は1人1回限り）

●特典申請書

窓口に来た方 (申請者)	☐ 本人 ☐ 同居家族（続柄 ） ☐ 代理人※委任状が必要です。		氏名（窓口に来た方）
特定健診を 受けた方 (対象者)	対象者氏名	☐ 同上	
	生年月日	昭和 年 月 日	
	住所	豊見城市字	
	電話番号	※特典受け取りのご連絡等に使用します。お間違えないかご確認ください。	
	受診日	令和 年 月 日	
	受診機関	例) ○○クリニック、健診センター、沖縄県健康づくり財団 など	
	受診券整理番号	2 5 1 9 _ _ _ _ _	

アンケート 特定健診を受診した主な理由にチェックしてください(複数選択可)

- ☐ 市から受診券が届いたから
☐ 特典（商品券）があるから
☐ 家族や周囲の人に勧められたから
☐ 医療機関や職場などから案内があったから
☐ ポスターやチラシを見て受けようと思ったから
☐ 気になる症状があったから
☐ 毎年受けているから
☐ その他（ ）

ご記入ありがとうございます。

【役所使用欄】 1～4順に確認、4は①～③順にいずれかの方法で確認。

1 来庁者本人確認	☐ 本人 ☐ 同居家族 ☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 他（ ） ☐ 代理人→ ☐ 委任状の添付【必須】
2 国保加入確認	☐ 【国保システム】受診日時時点で国保資格有無確認
3 受診日年齢	☐ 【健康管理システム】受診日時点の年齢が40～74歳（年度年齢40歳含む）であること確認
4 特定健診受診 確認方法を選択	次に①～③のいずれかで受診確認を行う ☐ ①持参した健診結果（ ☐ 受診者 ☐ 受診日 ☐ 受診機関名） ☐ ②健康管理システム（ ☐ 受診者 ☐ 受診日 ☐ 受診機関名） ☐ ③特定健診受診券（ ☐ 受診者 ☐ 受診日 ☐ 受診機関名※必須ではない） ①～③いずれの方法でも確認できない場合 ☐ 健診機関へ確認（確認日： / ☐ 受診者 ☐ 受診日 ☐ 受診機関名 ☐ 国保連請求 ）
備考	

●特典受領書(カード型商品券用)

窓口に来た方 (受取者)	☐ 本人 ☐ 同居家族（続柄 ） ☐ 代理人 ※委任状が必要です。
特典申請書記載の対象者について、令和7年度豊見城市国保特定健診の特典クオ・カード1,000円分を受け取りました。	
受取日：令和 年 月 日	
受取署名： _____（※クオ・カードを受け取った方の署名）	

【役所使用欄】

特典受取確認 ※ダブルチェック	☐ 本人 ☐ 同居家族 ☐ 本人以外→ ☐ 委任状の添付【必須】				☐ 運転免許証 ☐ マイナンバーカード ☐ 他（ ）			
	管理番号			確認者	（ ）（ ）			