

**埼玉県医師会集合契約における
特定健康診査実施概要
(2023年度)**

埼玉県医師会

目 次

概要〔対象者・実施期間及び場所・受付時確認事項〕	1
〔検査項目〕	2
〔健診料金〕	3
〔請求支払方法・受診結果〕	4
受診券様式	6
受診券における契約取りまとめ機関名の記載例とその対応	7
問診票様式	8
特定健康診査用入力票（県医師会提出用）	9
特定健康診査用入力票（医療機関控え）	10
特定健診集合契約送付票兼請求書	11
特定健康診査検査結果報告書（医療機関控え）	12
特定健康診査検査結果報告書（受診者通知用）	13
参考：令和5年度料金表一覧	14

被用者保険被扶養者における特定健康診査実施概要

1. 対象者

埼玉県医師会と代表保険者（2023年度は TMG 健康保険組合）とで締結している集合契約 B に参加している保険者の発行する被保険者証及び特定健康診査受診券を提示した者。（40～74歳まで）

- ・被用者保険被扶養者
- ・任意継続被保険者及びその被扶養者
- ・特例退職被保険者及びその被扶養者
- ・国民健康保険組合被保険者（特定の職種ごとに設立された国保組合）
例：医師国保・薬剤師国保

保険者によっては、**被保険者（本人）**にも受診券を発行している場合があり、この場合は被扶養者と同様に扱います。不明点は保険者に直接問い合わせください。

※ただし以下の者は対象外となります。

- (1) 妊産婦
- (2) 病院または診療所に6ヶ月以上継続して入院している者
- (3) 刑事施設、労役場その他これらに準ずる施設に拘禁されている者
- (4) 国内に住所を有しない者
- (5) 船員保険の被保険者のうち相当な期間継続して船舶内にいる者
- (6) 障害者自立支援法に規定する障害者自立支援施設等に入所している者
- (7) 老人福祉法に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホームに入所している者
- (8) 介護保険法に規定する特定施設、介護保険施設に入所している者

※参加保険者一覧は本会ホームページから閲覧、ダウンロードできます。

2. 実施期間及び場所

- ①実施期間；通年

※保険者ごとに受診券の有効期限があります。（必ず受診券確認）

- ②実施場所；集合契約に参加している医療機関（本会ホームページに一覧掲載）

※集合契約参加医療機関一覧は本会ホームページから閲覧、ダウンロードできます。

3. 受付時確認事項

受診券を必ず確認してください。

それぞれの保険者が交付した特定健康診査受診券（以下「受診券」という）（6ページ）、問診票と保険証（または資格証明書）を受診者が持参します。

受診者が問診票を持参しない場合は、8ページの問診票をコピーしてご使用ください。

①受診者の氏名・性別・生年月日・保険者番号・被保険者証の記号及び番号・被扶養者番号

保険証の記載内容と一致しているか確認すること。

※受診券、保険証の両方を持参しない者は受診できません。

受診券があっても保険証がない場合、当該保険組合を脱会している場合があります。その場合、請求しても返戻になりますのでご注意ください。

②有効期限

受診日が有効期限内か確認すること。

③契約とりまとめ機関名（6～7ページ参照）

受診券の下部に記載されています。

受診券を発行している保険組合が契約相手か確認すること。

埼玉県医師会を通じて行う契約はB契約です。

※以下のようなケースが発生した場合の取扱いは次のとおりです。

想定されるケース	取扱い
健診機関において、受診券と被保険者証を確認しなかった場合（加入者が受診券または被保険者証を忘れてきた場合において、当該機関の判断で受診を認めた場合等）	当該機関の責任・負担とし、保険者からは支払わない。（機関は全額を受診者に請求）
健診機関において、受診券等に記載された内容と異なる検査・請求を行った場合（記載されていない上乗せ検査を行い、その費用の一部を請求した場合等）	保険者の責任・負担とし、保険者は定められた費用を機関に支払い、保険者が受診者に請求
健診機関において、受診券と被保険者証を確認したものの、そのいずれかが不正なものであった場合（資格喪失していたものの、保険者が回収していなかった場合や、精巧に偽造またはコピーされたものであった場合等）	当該機関の責任・負担とし、保険者からは支払わない。（機関は全額を受診者に請求）

4. 検査項目

1) 基本的な健診項目

- ①問診（問診票による） ②身体計測（身長・体重・腹囲・肥満度）
③身体診察 ④血圧測定 ⑤尿検査（糖・蛋白） ⑥生化学的検査（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール）、肝機能検査（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GTP））、血糖検査（空腹時血糖又はHbA1c検査、やむを得ない場合には随時血糖）

※全項目を実施しないと支払いの対象となりません。

※中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合は、LDL-コレステロールに代えてNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDL-コレステロールを除いたもの）で評価を行うことができる。

※血糖検査は原則として空腹時血糖検査又はHbA1c検査となります。

やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP値）を測定しない場合は、食直後を除き随時血糖による血糖検査を実施してください。なお、空腹時とは絶食10時間以上、食直後とは食事開始時から3.5時間未満とします。

2) 詳細な健診項目

①貧血検査 ②心電図検査（12誘導心電図）③眼底検査 ④血清クレアチニン

※詳細な健診は、医師の判断により実施するもので、その判断基準は以下のとおりです。

※全ての判断基準をみたしても最終的には医師の判断となります。

項目	実施できる条件（判断基準）					
貧血検査（ヘマクリット値、血色素量及び赤血球数の測定）	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者					
心電図検査 (12誘導心電図)	当該年度の特定健康診査の結果等において、収縮期血圧 140mmHg 以上若しくは拡張期血圧 90mmHg 又は問診等で不整脈が疑われる者					
眼底検査	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</td></tr> </table> ただし、当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧の基準に該当せず、かつ血糖検査の結果について確認することができない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖検査の基準に該当する者を含む。		血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上
血圧	収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上					
血糖	空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 6.5%以上又は随時血糖値が 126mg/dl 以上					
血清クレアチニン検査 (eGFR による腎機能の評価を含む)	当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧又は血糖が、次の基準に該当した者 <table border="1"> <tr> <td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td></tr> <tr> <td>血糖</td><td>空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上</td></tr> </table>		血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上	血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上
血圧	収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上					
血糖	空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、HbA1c (NGSP 値) 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上					

5. 健診料金

①基本健診部分

- ◎個別 8,850円（税抜き 8,045円）
- ◎集団 7,800円（税抜き 7,090円）

②詳細健診部分

- ◎貧血検査 240円（税抜き 218円）
- ◎心電図検査 1,430円（税抜き 1,300円）
- ◎眼底検査 1,240円（税抜き 1,127円）
- ◎血清クレアチニン 130円（税抜き 118円）

※請求金額は上記の単価から自己負担額（受診券に記載）を引いた金額です。

※自己負担額は保険組合によって異なります。必ず受診券にてご確認をお願いします。

6. 請求・支払方法

請求支払方法として以下の 3 とおりが考えられます。

①医療機関で電子化が可能な場合

医療機関が直接支払基金に請求し支払基金から支払を受ける。

②医療機関で電子化ができない場合

1) 医療機関は入力票等を都市医師会に提出し、都市医師会で代行入力を行い、電子化したうえで、都市医師会は支払基金に請求し支払を受けます。支払を受けた都市医師会は、所定の金額を医療機関に配分します。（この場合、入力手数料等は都市医師会によって異なります。）
ご不明点等はご所属の都市医師会に問い合わせください。

2) 医療機関は入力票等を埼玉県医師会に提出し、埼玉県医師会で代行入力を行い電子化したうえで、埼玉県医師会は支払基金に請求し支払を受けます。支払を受けた埼玉県医師会は、入力手数料（※650円）を差し引いたうえで所定の金額を医療機関に配分します。

送付先

埼玉県医師会 業務 I 課 特定健診担当

〒330-0062 さいたま市浦和区仲町 3-5-1

TEL : 048-824-2611 (代) FAX:048-822-8515

※②の 2) を選択する際の費用の請求・支払

● 「入力票」（9・10 ページ）は、2 枚複写になっており、都市医師会にあります。「入力票」に基本情報・受診券情報・検査結果等をご記入の上、医師会提出用の入力票に受診券と問診票（原本が提出できない場合はコピーでも可）をまとめて、左上部をホチキス等で止め、各月 10 日、25 日（※土日祝の場合は翌平日）を目途に「送付及び請求票」（11 ページをコピーしていただくか、本会ホームページからダウンロードしてご使用ください）を添えて、埼玉県医師会へ送付します。

※ 保険証に枝番号が記載されていることがあります、埼玉県医師会が代行入力をする場合、枝番号を入力票に記入する必要はありません。

● 埼玉県医師会は電子化し、翌月 5 日までにデータを支払基金・国保連合会に送付します。

● 支払基金は内容を確認し、返戻の場合は提出月の翌月 10 日に埼玉県医師会あて返戻します。問題がない場合には提出月の翌月 21 日に埼玉県医師会に料金が支払われます。

● 埼玉県医師会は支払基金より入金があった翌月の 10 日（※土日祝の場合は翌平日）に、各医療機関指定口座あて 1 件につき 650 円の入力手数料を差し引いた金額を振り込みます。

(例：4月25日、5月10日までに届いた入力票→6月5日に請求

→8月10日に手数料を差し引き、各医療機関に振り込み)

※入力票は2枚複写になっており、1枚は県医師会提出用、1枚は医療機関控えとなっています。県医師会に提出する場合、必ず医師会提出用の入力票に受診券と問診票をまとめて、左上部をホチキス等でとめて提出してください。(受診券と問診票の原本が提出できない場合はコピーでも結構です。)

7. 受診結果

受診結果については、提出期限（毎月10日・25日 ※土日祝の場合は翌平日）から2~3週間程度で結果報告書（12・13ページ）を医療機関あてにお送りいたしますので、受診者用のものを受診者にお渡しいただくか、送付してください。

提出期限を過ぎますと、次回処理の扱いとなりますので、ご注意ください。

8. エラーになったものの対応(本会に請求決済事務を委託している場合)

エラーになった請求に関しては、埼玉県医師会で、その原因を支払基金、国保連合会と照らし合わせて、改めて再請求いたします。各医療機関ではご対応いただく必要はありませんが、エラーの原因について、分からぬ場合には、支払基金、国保連合会、もしくは医師会担当者から医療機関に問い合わせする場合もございますので、ご協力を願いいたします。

利用券様式

～面表～

特定健康診査受診券	
例	11 枚
受診券整理番号	000000000000 カタカナ表記
受診者の氏名	トクテイ ケンシロウ 和暦表記
性別	1 男
生年月日	昭和40年9月1日
有効期限	20××年10月31日 西暦表記
健診内容	特定健康診査 上段は基本部分
窓口での自己負担	特定健診(基本部分) 負担率又は 特定健診(詳細部分) 30% 負担率 1,000 円 斜線が引いているときは負担なし 下段は詳細部分
保険者所在地	〒 - 千代田区〇〇
保険者電話番号	03-1234-××××
保険者番号・名称	<input type="text"/> 印 ●●●●健康保険組合
契約取りまとめ機関名	集合B、D/日、予、結
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

被保険者証との照合・確認

有効期限や実施内容の確認
⇒その内容で実施

窓口徴収額の確認⇒その額を徴収し、契約単価からの差額を保険者に請求

被保険者証との照合・確認

契約相手かを確認 ←
※詳細については
7ページを参照のこと

請求・データ送付先を確認

～面裏～

注意事項	
1. この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。 (特定健康診査受診結果等の送付に用います。) 2. 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。 3. 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。 4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。 5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。 6. 被保険者の資格が無くなったときは、5日以内にこの券を保険者に返してください。 7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることがあります。 8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。	
住所	〒 330-×××× 埼玉県●●市○○町1-1-×
受診者が記入	

受診券における契約取りまとめ機関名の記載例とその対応

案	特定健康診査受診券
20 年 月 日交付	
受診券整理番号	
受診者の氏名	(カタカナ表記)
性別	
生年月日	(和暦表記)
有効期限	20××年 月 日(西暦表記)
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) 負担額又は負担率 特定健診(詳細部分)
保険者所在地	
保険者電話番号	
保険者番号・名称	<input type="text"/> 印
契約とりまとめ機関名	<input type="text"/>
支払代行機関番号	
支払代行機関名	

○埼玉県の集合契約で対応できる

※医師会を通じて行う契約はB①契約です。

※B②契約(特定健診当日の特定保健指導初回面接が実施できる契約)はしていません。

① 集合B

集合B(B①)とだけ記載されている

② 集合B(××県、埼玉県、○○県…)

集合Bの()内に埼玉県を含む都道府県名が記載されている

③ 集合B(××県、△△府及び○○県を除く)

集合Bの()内に埼玉県以外の都道府県を除くと記載されている

④ 集合B(××県、埼玉県、○○県…), 予、全

上記①から③に加え、A契約機関が記載されている

⑤ 集合B(××県及び△△府を除く)、集合A

上記①から③に加え、集合Aと記載されている

✗ 埼玉県の集合契約で対応できない

集合契約A(集合A)→全国ベース

取りまとめ機関

- ・日本人間ドック学会/日本病院協会
(略;ド/日)
- ・全国労働衛生団体連合会
(略;全または全衛連)
- ・予防医学事業中央会
(略;予)
- ・結核予防会
(略;結)
- ・全日本病院協会
(略;病)
- ・日本総合健診医学会
(略;総)

以上6団体

すべての健診機関と契約している場合は集合Aと略される

集合契約B(集合B)→都道府県ごとの集合契約

※ 上記以外にも様々な記載がされることが予想されますので、少しでも不明な点がありましたら、保険者または埼玉県医師会にお問い合わせください。

特定健康診査 問診票(埼玉県医師会集合契約用)

氏名
(ご記入下さい) _____

質問内容		回答欄(チェックをつけて下さい)			
1	血圧を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
7	医師から、貧血といわれたことがある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
8	現在、たばこを習慣的に吸っている。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者)	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
9	20歳の時の体重から10キロ以上増加している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
13	食事をかんで食べる時の状態	<input type="checkbox"/> 何でもかんで食べることができる <input type="checkbox"/> 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくことがある <input type="checkbox"/> ほとんどかめない			
14	人と比較して食べる速度が速い。	<input type="checkbox"/> 速い	<input type="checkbox"/> ふつう	<input type="checkbox"/> 遅い	
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 殆ど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
18	お酒(清酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度について	<input type="checkbox"/> 毎日	<input type="checkbox"/> 時々	<input type="checkbox"/> 殆ど飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 清酒1合(180ml)の目安:ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml)、ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	<input type="checkbox"/> 1合未満	<input type="checkbox"/> 1-2合未満	 <input type="checkbox"/> 2-3合未満	<input type="checkbox"/> 3合以上
20	睡眠で休養は十分にとれている。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	<input type="checkbox"/> 改善するつもりはない <input type="checkbox"/> 改善するつもりである(概ね6か月以内) <input type="checkbox"/> 近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しづつ始めている <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) <input type="checkbox"/> 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)			
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	<input type="checkbox"/> はい	<input type="checkbox"/> いいえ		

特定健康診査用入力票(2023年度)

医師会提出用

実施機関番号	1 1 1	必ず医師会提出用の裏面に受診券(原本)と問診票(コピー可)をホッチキス等により添付																					
医療機関名 (押印可)											健診種別	<input type="checkbox"/> 1.個別	<input type="checkbox"/> 2.集団										
基本 ・ 共通 情報	健診実施年月日(西暦)			2 0	年	月	日	受診券整理番号															
	受診者氏名 (カタナ)	姓					名				性別	<input type="checkbox"/> 1.男	<input type="checkbox"/> 2.女										
	生年月日 (和暦)	昭和	年	月	日	受診券有効期限(西暦)	20	年	月	日	保険者番号 (左側〇埋め8桁)												
	被保険者証等記号					被保険者証等番号																	
	受診者郵便番号		受診者住所						代行機関 (提出先)			<input type="checkbox"/> 1.国保連	<input type="checkbox"/> 2.基金										
請求 情報	基本健診部分							※1 詳細健診部分															
	窓口負担	<input type="checkbox"/> 1.負担なし			単価 個別8,850円 集団7,800円			<input type="checkbox"/> 貧血			<input type="checkbox"/> 心電図			<input type="checkbox"/> 眼底			<input type="checkbox"/> クレアチニン						
		<input type="checkbox"/> 2.定額負担						<input type="checkbox"/> 2.なし			<input type="checkbox"/> 2.なし			<input type="checkbox"/> 2.なし			<input type="checkbox"/> 2.なし						
		<input type="checkbox"/> 3.定率負担						<input type="checkbox"/> 3.なし			<input type="checkbox"/> 3.なし			<input type="checkbox"/> 3.なし			<input type="checkbox"/> 3.なし						
							<input type="checkbox"/> 受診者窓口負担額						<input type="checkbox"/> 受診者窓口負担額										
※1; 詳細健診部分については詳細健診を実施した場合のみ、記載する																							
質問票	1.服薬(血压)			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし		2.服薬(血糖)			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし		3.服薬(脂質)			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし			
	4.既往歴(脳血管)			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし		5.既往歴(心疾患)			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし		6.既往歴(腎不全・腎疾患)			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし			
	7.既往歴(贫血)			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし		8.喫煙			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし		22.保健指導の希望			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし			
診察	その他の既往歴			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし		自覚症状			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし		他覚症状			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし			
身体計測	身長			●			cm	収縮期 130					mmHg	糖			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし				
	体重			●			kg	拡張期 85					mmHg	蛋白			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし				
	BMI (自動計測のため記入不要)			25										※2 尿			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし				
	腹 囲			●			cm							※2尿; 計測不能の場合はチェックなしとする			<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし				
※4 血糖	空腹時(食後10h以上)					mg/dl	※3 脂質			中性脂肪 150			mg/dl		GOT(AST) 31			U/I					
	HbA1c(NGSP)					%				HDLコレステロール 39			mg/dl		GPT(ALT) 31			U/I					
	随時(食後3.5h以上10h未満)					mg/dl				LDLコレステロール 120			mg/dl		γ-GT(γ-GTP) 51			U/I					
※3脂質; 中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はLDLコレステロールに代えてnon-HDLコレステロールでもよい																							
※4血糖; やむを得えず空腹時以外に採血を行い、HbA1cを測定しない場合には食直後を除き、随時血糖検査も可能(随時血糖検査は食後3.5時間以上10時間未満)																							
★各検査の下段数値は特定保健指導判定値(厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム【平成30年4月版】」より)																							
詳細 健診	実施する理由			<input type="checkbox"/> 1.質問票		<input type="checkbox"/> 2.診察		実施する理由 (今回の健診結果)			<input type="checkbox"/> 1.血压		<input type="checkbox"/> 2.血糖		<input type="checkbox"/> 3.前年度の血糖検査								
	貧血			赤血球数				キースワグナー分類			<input type="checkbox"/> 1. O		<input type="checkbox"/> 2. I		<input type="checkbox"/> 3. II a			<input type="checkbox"/> 4. II b		<input type="checkbox"/> 5. III		<input type="checkbox"/> 6. IV	
				血色素量				シェイエ分類S			<input type="checkbox"/> 1. O		<input type="checkbox"/> 2. 1		<input type="checkbox"/> 3. 2			<input type="checkbox"/> 4. 3		<input type="checkbox"/> 5. 4			
				ヘマトクリット値				シェイエ分類H			<input type="checkbox"/> 1. O		<input type="checkbox"/> 2. 1		<input type="checkbox"/> 3. 2			<input type="checkbox"/> 4. 3		<input type="checkbox"/> 5. 4			
	心電図			実施する理由			<input type="checkbox"/> 1.今回の健診結果		SCOTT分類		<input type="checkbox"/> 1. I a		<input type="checkbox"/> 2. I b		<input type="checkbox"/> 3. II			<input type="checkbox"/> 4. III a		<input type="checkbox"/> 5. III b			
				所見			<input type="checkbox"/> 2.問診		Wong-Mitchell分類		<input type="checkbox"/> 1.所見なし		<input type="checkbox"/> 2.軽度			<input type="checkbox"/> 3.中等度			<input type="checkbox"/> 4.重度				
				判定区分			<input type="checkbox"/> 3.前年度の結果		改変Davis分類		<input type="checkbox"/> 1.網膜症なし		<input type="checkbox"/> 2.単純網膜症										
				所見ありの場合			<input type="checkbox"/> 1.軽度異常				<input type="checkbox"/> 3.増殖前網膜症		<input type="checkbox"/> 4.増殖網膜症										
				クレアチニン			<input type="checkbox"/> 2.異常		その他所見		<input type="checkbox"/> 1.あり		<input type="checkbox"/> 2.なし										
							<input type="checkbox"/> 3.要観察																
						<input type="checkbox"/> 4.要精査																	
						<input type="checkbox"/> 1.血圧		<input type="checkbox"/> 2.血糖		eGFR (自動計測のため未記入可)		●		ml/min/1.73m ²									
メタボリックシンドローム判定(自動判定のため記入不要)																							
□1.基準該当 □2.予備群該当 □3.非該当 □4.判定不能																							
医師の判断																							
□1.異常認めず □2.要観察 □3.要指導 □4.治療中 □5.要医療																							
医師の氏名(押印可)																							

特 定 健 診 集 合 契 約

送 付 票 兼 請 求 書

年 月 日

所属都市医師会	<u>医師会</u>	
健診機関番号	<u>111</u>	
医療機関名		
受診日	年 月 日	～ 年 月 日 分
件数	<u>件</u>	
請求料金計	<u>円 (自己負担額を除いた合計)</u>	
担当者名	<u>氏名</u>	
	<u>連絡先 (電話) ——————</u>	

〔埼玉県医師会記載〕

受取日	
確認者	

特定健康診査検査結果報告書(受診者通知用)

カナ氏名 様		生年月日	昭和 年 月 日	健診年月日	年 月 日
		性別/年齢	歳	特定健康診査 受診券番号	

既往歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
服薬歴	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 脂質異常症 <input type="checkbox"/> 喫煙歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
自覚症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり

基本検査項目	項目	特定健康診査基準値	単位	今年度	前年度	前々年度
				年 月 日	年 月 日	年 月 日
身体計測	身長		cm			
	体重		kg			
	B M I	25.0未満				
	腹囲	(男)85 (女)90未満	cm			
	血圧	収縮期血圧	130未満	mmHg		
		拡張期血圧	85未満	mmHg		
	血中脂質検査	中性脂肪	150未満	mg/dl		
		HDL-コレステロール	40以上	mg/dl		
		LDL-コレステロール	120未満	mg/dl		
		non-HDLコレステロール	150未満	mg/dl		
肝機能検査	AST(GOT)	31未満	IU/l			
	ALT(GPT)	31未満	IU/l			
	γ-GT(γ-GTP)	51未満	IU/l			
	血糖検査	空腹時血糖	100未満	mg/dl		
尿検査	ヘモグロビンA1c	5.6未満	%			
	随时血糖	100未満	mg/dl			
	糖	(一)				
	蛋白	(一)				

詳細な検査項目	貧血検査	赤血球数	(男)400~540(女)360~490	*10 ⁴ /μl		
		血色素量	(男)13.1(女)12.1以上	g/dl		
		ヘマトクリット値	(男)38~49(女)34~44	%		
	心電図検査	所 見				
	眼底検査	所 見				
	クレアチニン検査	クレアチニン値	(男)1.0以下(女)0.7以下	mg/dl		
		eGFR	60以上	mL/分/1.73m ²		

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

※基準値は、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム(保健指導判定値)」及び人間ドック学会「人間ドック成績判定及び事後指導に関するガイドライン」に示されている数値を表示しています。

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX病院

年 月 日

令和5年度 料金表

特定健診・特定保健指導集合契約（B 契約）は下記一覧表のとおりです。
※昨年度より増額した項目。

	検査項目	税抜き価格	税込み価格
特定健康診査 基本健診料金	個別 ※	8, 045円	8, 850円
	集団 ※	7, 090円	7, 800円
詳細健診料金	貧血検査	218円	240円
	心電図検査	1, 300円	1, 430円
	眼底検査	1, 127円	1, 240円
	血清クレアチニン検査	118円	130円
特定保健指導	動機付け支援	7, 500円	8, 250円
	積極的支援	22, 873円	25, 160円

埼玉県医師会電子化事務代行の手数料は、一件につき 650円（昨年と同様） です。

注意事項

- ・ 健診受診者が資格喪失後に受診して返戻になるケースが増えています。
健診機関において、受診券と被保険者証を確認しなかった場合、当該機関の責任とし、保険者からの支払いがされないケースが散見されます。
必ず、受診券の氏名・性別・生年月日・保険者番号・被保険者証の記号及び番号・被扶養者番号が保険証の記載内容と一致しているか確認してください。
- ・ 埼玉県医師会が締結している契約は「集合契約B」です。
受診券に「集合契約B」の記載がないものは、契約対象外となりますのでご注意ください。

上記の内容でご不明点がある場合は、受診券に記載の保険者にご確認ください。