

# 健康診査等実施要領

特定健康診査

後期高齢者健康診査

健康増進法健康診査

令和8年4月1日

三重県健診・保健指導の連携のあり方検討調整会議

## 目 次

1	はじめに	1
2	健康診査の種類と概要	
(1)	健康診査の種類	2
(2)	対象者	3
(3)	健康診査の検査項目	5
(4)	実施場所	7
(5)	実施期間	7
(6)	個人負担金の徴収	7
(7)	健康診査の流れ	7
(8)	受診のパターン	7
3	実施方法	
(1)	健康診査の実施方法	8
(2)	健康診査結果の判定	15
(3)	受診者への健康診査結果の説明と情報提供	16
(4)	精度管理	17
(5)	委託料	17
(6)	代行機関への委託料の請求及び健康診査結果の報告	17
4	個人情報の取り扱い	18
5	その他	18
別紙1	(健康診査の流れ)	20
別紙2	(受診のパターン)	21
別紙3	(様式) 特定健康診査受診券	22
	特定健康診査受診券(75歳誕生日前日までに受診が必要な方)	23
	健康増進法健康診査受診券(健増法40歳～74歳)	24
	健康増進法健康診査受診券(健増法75歳以上)	25
	後期高齢者健康診査受診券	26
別紙4	(様式) 特定健康診査質問票	27
	健康増進法健康診査質問票(健増法40歳～74歳)	30
	健康増進法健康診査質問票(健増法75歳以上)	31
	後期高齢者健康診査質問票	32
別紙5	(メタボリックシンドロームの診断基準)	34
別紙6	(健康診査における精度管理の在り方)	35
別紙7	(単価表)	38
別紙8	(提出用電子媒体に添付するラベルの記載方法)	50
別紙9	(個人情報の取扱いに関する特記事項)	52
別紙10	(健康増進法健康診査請求総括表)	55
	参考資料	58

## 令和7年度実施要領からの変更点

- P2 代表保険者の変更  
特定健診・健康増進法健診 (名張市→亀山市)
- P3・4 対象者の生まれ年の変更
- P7 実施期間の年度の変更
- P8 実施方法における記載変更
- P9～15 検査項目の変更
- P22～26 受診券の変更
- P29 質問票の記載例の変更
- P63 代表保険者の削除及び追加

## 1 はじめに

近年、糖尿病などの生活習慣病が原因で死亡する割合は、全体の約 5 割を占めています。

生活習慣病の発症・重症化を予防するためには、その前段階において、保険者が健診結果によって生活習慣病のリスクが高い者を的確なタイミングで選定し、専門職が個別に介入することで、本人自らが健康状態を自覚し、生活習慣の改善につなげることが重要であると考えられます。

こうした県民の健康保持・増進と医療費適正化の観点から、保険者は法律に基づき、特定健診・特定保健指導を実施することが義務付けられています。

本年度においても、特定健康診査を国民健康保険の保険者が実施するほか、75 歳以上の健康診査（後期高齢者健康診査）については三重県内の市町が参画する後期高齢者医療広域連合が実施し、さらに、医療保険未加入者の健康診査（健康増進法健康診査）については各市町が実施します。

予防・健康づくり、重症化予防の取組を推進していくうえで、医療保険者、後期高齢者医療広域連合、市町及び医療機関相互の連携・協力のもと、各健康診査を円滑かつ適切に進めていただきますようよろしくお願いいたします。

三重県健診・保健指導の連携のあり方検討調整会議委員長 坂口 雄三

## 2 健康診査の種類と概要

### (1) 健康診査の種類

表1 健康診査の種類

	対象者	実施主体（契約者）		根拠法令	健康診査の種類
A	40～74歳 の 国民健康保険被保険者	国民健康保険被保険者	国民健康保険代表被保険者 (亀山市)	高齢者の医療の確保に関する法律 (義務)	国民健康保険特定健康診査
B	75歳以上、65～74歳で障害認定を受けた後期高齢者医療制度被保険者	後期高齢者医療広域連合	三重県後期高齢者医療広域連合	同上 (努力義務)	後期高齢者健康診査
C	40～74歳の医療保険未加入者等	市町	健康増進法健康診査契約代表者 (亀山市)	健康増進法 (努力義務)	健康増進法健康診査
D	75歳以上の医療保険未加入者等			同上 (努力義務)	

## (2) 対象者

### 【A 国民健康保険特定健康診査（以下、特定健康診査という。）】

三重県内で集合契約に参加した各市町国民健康保険の被保険者で、健康診査の実施年度に40歳～74歳（一部75歳）の年齢に達する者（昭和26年9月1日～昭和62年3月31日生まれの者で、受診日において国民健康保険の被保険者である者）とする。ただし、下記に該当する者は、対象者とししないものとする。

- ア 妊産婦
- イ 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
- ウ 国内に住所を有しない者
- エ 病院または診療所に6月以上継続して入院している者
- オ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第55条第1項 第2号から第5号までに規定する施設に入所または入居している者  
（障害者総合支援法に規定する障害者支援施設または厚生労働省令で定める施設入所者、老人福祉法に規定する養護老人ホームまたは特別養護老人ホームへの入所者、介護保険法に規定する特定施設への入居または介護保険施設への入所者）

### 【B 後期高齢者健康診査】

三重県内で住所を有する昭和26年8月31日以前生まれの者で、令和8年8月31日時点で、後期高齢者医療制度被保険者である者とする。ただし、下記に該当する者は、対象者とししないものとする。

- ア 厚生労働大臣が定める者（刑務所入所中、海外在住、長期入院等告示で規定）
- イ 高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第55条第1項 第2号から第5号までに規定する施設に入所または入居している者  
（障害者総合支援法に規定する障害者支援施設または厚生労働省令で定める施設入所者、老人福祉法に規定する養護老人ホームまたは特別養護老人ホームへの入所者、介護保険法に規定する特定施設への入居または介護保険施設への入所者）
- ウ 特定健康診査または特定健康診査に相当する健康診断を当該年度内に既に受診している者

**【C 健康増進法健康診査（40歳～74歳）】**

三重県内で集合契約に参加した各市町の健康診査の実施年度に40歳～74歳（一部75歳）の年齢に達する者（昭和26年9月1日～昭和62年3月31日生まれの者）であって高齢者の医療の確保に関する法律第20条の特定健康診査の対象とならない者。

ただし、下記に該当する者は、対象者とししないものとする。

Aの特定健康診査ア～オに準ずる。

**【D 健康増進法健康診査（75歳以上）】**

三重県内で集合契約に参加した各市町の75歳以上の者（昭和26年8月31日以前生まれの者）であって高齢者の医療の確保に関する法律第51条第1号又は第2号に規定する者とする。当該年度に75歳となる者については、Cの健康診査内容になる。

ただし、下記に該当する者は、対象者とししないものとする。

Bの後期高齢者健康診査ア～ウに準ずる。

### (3) 健康診査の検査項目

表2 健康診査の検査項目

検査項目		特定健康診査	後期高齢者健康診査
		健康増進法健康診査(40～74歳)	健康増進法健康診査(75歳以上)
<b>【基本項目】</b>			
既往症の調査・問診	服薬歴・喫煙歴など (ただし、後期高齢者は服薬歴なし)	○	○
身体計測	身長・体重・BMI	○	○
	腹囲	○	
理学的検査	視診・触診・聴打診	○	○
血圧測定		○	○
脂質検査	中性脂肪(絶食10時間以上の空腹時中性脂肪、やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪)	○	○
	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(中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDL コレステロールに代えて、non-HDL コレステロールの測定でも可とする。)	○	○
肝機能検査	AST (GOT)	○	○
	ALT (GPT)	○	○
	γ-GT(γ-GTP)	○	○
血糖検査	空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)	○	○
	HbA1c	○	○
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○

検 査 項 目		特 定 健 康 診 査	後期高齢者 健 康 診 査
		健康増進法 健 康 診 査 (40～74 歳)	健康増進法 健 康 診 査 (75 歳以上)
<b>【追 加 項 目】</b>			
腎機能検査	BUN (尿素窒素)	○	○
肝機能検査	アルブミン	○	○
尿酸代謝検査	尿酸	○	○
末梢血液一般検査	白血球数	○	○
尿検査	尿潜血	○	○
<b>【詳 細 項 目】 又は 【追 加 項 目】</b>			
貧血検査	赤血球数	○	○
	血色素量	○	○
	ヘマトクリット値	○	○
心電図検査		○	○
腎機能検査	血清クレアチニン、eGFR	○	○
<b>【詳 細 項 目】</b>			
一定の基準の下、医師が必要と認めた場合 △		詳 細 な 検 査 項 目	
眼底検査		△	△

各健康診査の全ての対象者が受診しなければならない項目(基本的な健康診査の項目と追加項目)及び詳細項目は、表2のとおりである。

原則として、基本的な健康診査のすべての検査項目と追加項目を受診していなければ健康診査を実施したとはみなさないこととする。

ただし、特定健康診査については、以下の場合には例外事項として認めることができる。

ア 腹囲の測定については内臓脂肪面積の測定に代えられる他、一定の基準 (BMI が 20 未満の者、もしくは BMI が 22 未満で自ら腹囲を測定し、その値を申告した者) に基づき、医師が必要でないとする場合

イ 尿検査については生理中の場合及び腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している場合

「【詳細項目】又は【追加項目】」の検査は全員に行うものとするが、厚生労働省が定める下図の詳細項目判断基準に該当する受診者のうち、性別・年齢等を踏まえ、医師の判断により実施する詳細項目であると判断される場合には、実施理由を結果票の実施理由欄に記入し、また、特定健診費用決裁システムへも入力を行うこと。

項 目	実施できる条件（判断基準）	
貧血検査 (ヘマトクリット値、 血色素量及び赤血球 数の測定)	貧血の既往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 以上又は問診等で不整脈が疑われる者	
血清クレアチニン 検査	当該年度の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	
	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 100 mg/dl 以上、又は HbA1c が 5.6%以上又は随時血糖値が 100mg/dl 以上

#### (4) 実施場所

委託先の施設内で行うこと。施設については、敷地内禁煙にするなど、健康増進に関する取り組みを積極的に行うこと。

#### (5) 実施期間

令和8年7月1日～令和8年11月30日とする。

#### (6) 個人負担金の徴収

医療機関は、健康診査希望者から受診券に記載されている個人負担金を徴収すること。

#### (7) 健康診査の流れ

別紙1「健康診査の流れ」のとおりとする。

#### (8) 受診のパターン

別紙2「受診のパターン」のとおりとする。

### 3 実施方法

#### (1) 健康診査の実施方法

##### ア 事前の確認

- ア 受診希望者が医療機関の窓口へ受診日時等を確認することとする。
- イ 対象者が健康診査を受診できる回数は年度内に1回とする。
- ウ 申し込みがあった時に、受診希望者に対し、健康診査を実施する前に、次のaからcまでについて周知しておくこと。
- a 持参物  
健康診査受診券（別紙3参照※紛失した場合、受診希望者に対して各保険者に再発行を申し出るよう伝えること）、各質問票（別紙4参照※事前に本人が記載することが望ましい）、保険資格が確認できるもの（マイナ保険証、資格確認書など）、自己負担金、前年度の健康診査の結果
- b 健康診査の意義  
健康診査は、自分自身の健康状態を認識できる機会であることや、日頃の生活習慣が健康診査結果に表れてくるものであるということ。
- c 食事の摂取
- (a) アルコールの摂取や激しい運動は、健康診査の前日は控えること。
- (b) 午前中に健康診査を実施する場合は、空腹時血糖、空腹時中性脂肪等の検査結果に影響を及ぼすため、健康診査前10時間以上は、水以外の飲食物を摂取しないこと。
- (c) 午後に健康診査を実施する場合は、ヘモグロビンA1c検査を実施する場合であっても、軽めの朝食とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、健康診査まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましいこと。
- (d) やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合には、食後3.5時間以降に採血を行うこと。

##### イ 本人の確認

- ・ 当日受付の際には、必ず受診券に記載されている事項とオンライン資格確認等により保険資格を十分確認のうえ、受診券を受け取ること。
- ・ 健康増進法健康診査は受診券のみとする。
- ・ 原則として、受診券の記載事項に変更があった場合は、受診者に対して委託元に訂正を受けるように指導すること。（委託元とは、健康診査受診者の住所地の各市町の国民健康保険者、保健衛生部門及び三重県後期高齢者医療広域連合をいう。以下同じ。）

- ・ 受診券は、少なくとも一連の委託業務の処理(決済)が終了後、3 か月は保管すること。以後、医療機関にて受診券を処分すること。その際には個人情報の取り扱いに留意すること。

## ウ 検査方法 1

### 【A 特定健康診査】

#### ア 基本的な健康診査の項目

##### a 既往歴の調査・問診

- (a) 高血圧症、脂質異常症及び糖尿病の治療に係る薬剤の服用の有無及び喫煙習慣について、確実に聴取すること。
- (b) 現在の生活習慣、過去の健康診査の受診状況、家族歴等について、必要に応じて聴取すること。

##### b 身体計測

- (a) 身長、体重、腹囲を測定し、BMI を算出する。
- (b) 腹囲の検査については、立位、軽呼気時において、臍の高さで測定すること。
- (c) 脂肪の蓄積が著明で臍が下方に変位している場合は、肋骨下縁と上前腸骨棘の midpoint の高さで測定すること。(詳細は「国民健康・栄養調査 調査必携(厚生労働省)」や国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所の HP(※1)を参考とすること。)

※1 <https://www.nibiohn.go.jp/eiken/info/kokucho.html>

##### c 理学的検査

視診・触診・聴打診を行うこと。

##### d 血圧測定

- (a) 測定回数は、原則2回とし、その2回の測定値の平均値を用いること。ただし、実施状況に応じて、1回の測定についても可とする。
- (b) その他、測定方法については「循環器病予防ハンドブック第7版」(一般社団法人日本循環器病予防学会編)等を参考とすること。

##### e 血中脂質検査及び肝機能検査

- (a) 原則として、分離剤入りプレイン採取管を用いること。
- (b) 採血後、原則として早急に遠心分離し、24時間以内に測定するのが望ましい。なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵または室温で保存し、12時間以内に遠心分離すること。

- (c) 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から 72 時間以内に測定すること。
- (d) 血中脂質検査の測定方法については、トレーサビリティ（検査測定値について、測定の基準となる標準物質に合わせられることをいう。以下同じ。）のとれた可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。なお、LDL コレステロールの値は、中性脂肪の値が 400mg/dl 以上又は、食後採血の場合を除き、フリードワルド式を用いて算出することができ、中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は、non-HDL コレステロールの値を用いて評価することができる。
- (e) 空腹時中性脂肪であることを明らかにすること。やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪により血中脂質検査を行うことができる。  
なお、空腹時とは、絶食 10 時間以上とする。
- (f) 肝機能検査の測定方法については、AST (GOT) 及び ALT (GPT) 検査は、トレーサビリティのとれた紫外吸光光度法等によるとともに、 $\gamma$ -GT ( $\gamma$ -GTP) 検査は、トレーサビリティのとれた可視吸光光度法等によること。

#### f 血糖検査

次の (a) (b) の方法により行うこと。なお、空腹時に採血が行えず、やむを得ない場合は随時血糖でも可とする。

##### (a) 血中グルコースの量の検査

- ・空腹時血糖であることを明らかにすること。なお、10 時間以上食事をしていない場合を空腹時血糖とすること。やむを得ず空腹時以外において採血を行う場合は、食直後を除き随時血糖により血糖検査を行う。なお食直後とは、食事開始時から 3.5 時間未満とする。
- ・原則として、フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）を用いること。
- ・採血後、採血管内を 5～6 回静かに転倒・混和すること。
- ・混和後、採血管は冷蔵で保管し、採血から 6 時間以内に遠心分離して測定することが望ましいが、困難な場合には、採血から 12 時間以内に遠心分離し測定すること。
- ・遠心分離で得られた血漿は、測定まで冷蔵で保存し、採血から 72 時間以内に測定すること。
- ・測定方法については、トレーサビリティのとれた電位差法、可視吸光光度法、紫外吸光光度法等によること。

##### (b) ヘモグロビン A1c 検査

- ・フッ化ナトリウム入り採血管（血糖検査用採血管）又はエチレンジアミン四酢酸 (EDTA) 入り採血管を用いること。
- ・採血後、採血管を 5～6 回静かに転倒・混和すること。
- ・混和後、採血管は冷蔵で保管すること。

- ・ 採血後、48 時間以内に測定すること。
- ・ 測定方法については、トレーサビリティーのとれた免疫学的方法、高速液体クロマトグラフィー（HPLC）法、酵素法等によること。
- ・ 検査結果については、NGSP 値で報告すること。

#### g 尿検査

- 原則として、中間尿を採尿すること。
- 採取後、4 時間以内に試験紙法で測定することが望ましいが、困難な場合には、尿検体を専用の容器に移して密栓し、室温で保存する場合は 24 時間以内、冷蔵で保存する場合は 48 時間以内に測定すること。
- その他、測定方法及び判定方法については、「循環器病予防ハンドブック第 7 版」等を参考とすること。

#### イ 追加項目、詳細項目又は追加項目

##### a 腎機能検査、肝機能検査及び尿酸代謝検査

- 原則として、分離剤入りプレイン採取管を用いること。
- 採血後、原則として早急に遠心分離し、24 時間以内に測定するのが望ましい。なお、これが困難な場合は、採血後に採血管は冷蔵または室温で保存し、12 時間以内に遠心分離すること。
- 血清は、測定まで冷蔵で保存し、採血から 72 時間以内に測定すること。
- 腎機能検査の測定方法については、トレーサビリティーのとれた可視吸光光度法等によること。
- 肝機能検査の測定方法については、トレーサビリティーのとれた可視吸光光度法等によること。
- 尿酸代謝検査の測定方法については、トレーサビリティーのとれた可視吸光光度法等によること。

##### b 尿検査、腎機能検査

- ・ ア 基本的な健康診査の項目 g 尿検査に準ずる。

##### c 末梢血液一般検査、貧血検査

- エチレンジアミン四酢酸（EDTA）入り採血管を用いること。
- 採血後、採血管内のエチレンジアミン四酢酸（EDTA）を速やかに溶かすこと。
- 混和後、室温に保管し、12 時間以内に測定すること。

d 心電図検査

- (a) 安静時の標準 12 誘導心電図を記録すること。
- (b) その他、検査方法及び判定基準については、「循環器病予防ハンドブック第 7 版」等を参考とすること。

ウ 詳細な健康診査の項目

a 詳細な健康診査の項目判断基準

眼底検査については、医師の判断に基づき選択的に実施する。

その医師の判断基準は次の表 3 に示したとおりであるが、基準に該当した者全員に実施するのではなく、受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が個別に判断することとする。

- (a) 基準に合致していても詳細な健康診査の項目を実施できない者は以下のとおりである。
  - ・ 現に高血圧、心臓病などの疾患により医療機関において管理されている者
  - ・ 他の医療機関において行った最近の結果により再度検査を行う必要がないと判断される者
- (b) 実施する場合の留意点は以下のとおりである。
  - ・ 受診者に対しては十分な説明を行うこと。
  - ・ 当該項目を実施する判断理由及び判断した医師名を結果票へ記入し、データ入力を行うこと。
  - ・ 眼底検査を別の日に追加で行う場合、または眼底検査を他の医療機関に依頼した場合は、詳細な健康診査を含めて全ての結果が揃わなければ結果報告や請求はできない。

表 3 詳細な健康診査の実施基準

項 目	実施できる条件（判断基準）				
眼底検査	当該年度の健診結果等において、①血圧が以下の a、b のうちいずれかの基準又は②血糖の値が a、b、c のうちいずれかの基準に該当した者（当該年度の健診結果等において、当該①に掲げる基準に該当せず、かつ、当該②の項目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、前年度の健診結果等において、当該②の項目について、当該②に掲げる基準に該当した者）				
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">①血 圧</td> <td>a 収縮期血圧 140mmHg 以上 b 拡張期血圧 90mmHg 以上</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; vertical-align: middle;">②血 糖</td> <td>a 空腹時血糖 126 mg/dl 以上、 b HbA1c 6.5%以上 c 随時血糖 126mg/dl 以上</td> </tr> </table>	①血 圧	a 収縮期血圧 140mmHg 以上 b 拡張期血圧 90mmHg 以上	②血 糖	a 空腹時血糖 126 mg/dl 以上、 b HbA1c 6.5%以上 c 随時血糖 126mg/dl 以上
	①血 圧	a 収縮期血圧 140mmHg 以上 b 拡張期血圧 90mmHg 以上			
②血 糖	a 空腹時血糖 126 mg/dl 以上、 b HbA1c 6.5%以上 c 随時血糖 126mg/dl 以上				

b 詳細な健康診査の項目

(a) 眼底検査

- ・ 手持式、額带式、固定式等の電気検眼鏡又は眼底カメラ撮影により実施すること。
- ・ 高血糖者に対しては、原則、両眼の眼底撮影を行う。その上で、所見の判定がより重症な側の所見を記載すること。
- ・ その他、検査方法及び判定基準については、「循環器病予防ハンドブック第7版」等を参考にすること。

【B 後期高齢者健康診査】

ア 基本的な健康診査の項目

a 既往歴の調査

特定健康診査に準ずる。

b 身体計測

特定健康診査に準ずる。ただし、腹囲測定は実施しないこととする。

c 理学的検査

特定健康診査に準ずる。

d 血圧の測定

特定健康診査に準ずる。

e 血中脂質検査及び肝機能検査

特定健康診査に準ずる。

f 血糖検査

特定健康診査に準ずる。

g 尿中の糖及び蛋白の検査

特定健康診査に準ずる。

イ 追加項目、詳細項目又は追加項目

a 腎機能検査

特定健康診査に準ずる。

b 肝機能検査

特定健康診査に準ずる。

c 尿酸代謝検査

特定健康診査に準ずる。

d 末梢血液一般検査

特定健康診査に準ずる。

- e 尿検査  
特定健康診査に準ずる。
- f 貧血検査  
特定健康診査に準ずる。
- g 心電図検査  
特定健康診査に準ずる。

#### ウ 詳細な健康診査の項目

- a 詳細な健康診査の項目判断基準  
特定健康診査に準ずる。
  - (a) 詳細な健康診査の項目を実施できない者は以下のとおりとする。
    - ・ 現に高血圧・心臓病などの疾患により医療機関において管理されている者
    - ・ 他の医療機関において行った最近の結果により再度検査を行う必要がないと判断される者
  - (b) 実施する場合の留意点は以下のとおりである。
    - ・ 受診者に対しては十分な説明を行うこと。
    - ・ 当該項目を実施する判断理由及び判断した医師名を結果票へ記入し、データ入力を行うこと。
    - ・ 眼底検査を別の日に追加で行う場合、または眼底検査を他の医療機関に依頼した場合は、詳細な健康診査を含めて全ての結果が揃わなければ結果報告や請求はできない。
- b 詳細な健康診査の項目
  - (a) 眼底検査  
特定健康診査に準ずる。

#### 【C 健康増進法健康診査 40歳～74歳】

特定健康診査に準ずる。

#### 【D 健康増進法健康診査 75歳以上】

後期高齢者健康診査に準ずる。

## (2) 健康診査結果の判定

### 【A 特定健康診査】

メタボリックシンドローム判定（基準該当・予備群該当・非該当・判定不能）を行なうこととする。

メタボリックシンドロームの疾患概念と診断基準は、平成 17 年 4 月に日本内科学会等内科系 8 学会が合同で示したものとする。また、この基準に加え、国民健康・栄養調査における基準（HbA1c での検査結果での判定も加え、追加リスク 1 つを予備群と規定）に基づき、判定する。別紙 5「メタボリックシンドロームの診断基準」を参照。

### 【B 後期高齢者健康診査】

メタボリックシンドローム判定は行わない。ただし、健康診査の結果を踏まえた生活習慣病に関する医師の所見を結果票の医師の判断欄に記入すること。

### 【C 健康増進法健康診査 40～74 歳】

A の特定健康診査に準ずる。

### 【D 健康増進法健康診査 75 歳以上】

B の後期高齢者健康診査に準ずる。

### (3) 受診者への健康診査結果の説明と情報提供

#### ア 健康診査結果の説明と情報提供

##### 【A 特定健康診査】

- (ア) 健康診査の結果と情報提供は全ての健康診査受診者に行うものとする。
- (イ) 健康診査の結果を通知するに当たっては、異常値を示している項目、異常値の程度及び異常値が持つ意義等を受診者にわかるようなものとする。
- (ウ) 健康診査の結果通知の様式例については「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き」(厚生労働省保健局)を参考とすること。
- (エ) 健康診査の結果の情報提供の方法について次に示す付加価値の高い情報提供や専門職が対面説明を行った場合は、結果票の情報提供の方法欄に記入すること。

選択肢	内容
1 : 付加価値の高い情報提供	本人に分かりやすく付加価値の高い健診結果の情報提供 (個別に提供) <ul style="list-style-type: none"><li>・経年データのグラフやレーダーチャート等</li><li>・個別性の高い情報(本人の疾患リスク、検査値の意味)</li><li>・生活習慣改善等のアドバイス</li></ul>
2 : 専門職が対面説明	・専門職による対面での健診結果説明の実施
3 : 1と2両方とも実施	

##### 【B 後期高齢者健康診査】

Aの特定健康診査に準ずる。

##### 【C 健康増進法健康診査 40～74歳】

Aの特定健康診査に準ずる。ただし、上記「A特定健康診査(ウ)」については3部複写の質問票の本人用を用いること。

##### 【D 健康増進法健康診査 75歳以上】

Aの特定健康診査に準ずる。ただし、上記「A特定健康診査(ウ)」については3部複写の質問票の本人用を用いること。

#### イ 健康診査の結果説明に当たっての留意事項

健康診査の結果説明に当たっては、受診者が自らの健康状態を自覚し、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供すること。なお、当該情報提供に当たっては、次の(ア)から(ウ)までに掲げる事項を含めた内容とすること。

- (ア) 健康診査の結果から受診者個人に合わせたものを受診者ごとに紙面または ICT にて提供すること。
- (イ) 提供する情報は次の(a)から(f)までに掲げる内容とすること。
  - (a) 健康診査の意義（自分自身の健康状態を認識できる機会、日頃の生活習慣が健康診査の結果に表れてくること等）
  - (b) 健康診査の結果の見方（健康診査の結果が表す意味を受診者本人の身体で起きていることと関連づけられる内容）
  - (c) メタボリックシンドロームや生活習慣病に関する基本的な知識（ただし、後期高齢者については、メタボリックシンドロームに関する基本的な知識を除く。）
  - (d) 対象者の行っているどのような生活習慣が生活習慣病を引き起こすかということ
  - (e) 食生活と運動習慣のバランス（料理や食品のエネルギー量、生活活動量や運動によるエネルギー量）
  - (f) その他 対象者にとって身近で活用できる健康情報など
- (ウ) 健康診査の結果から特に問題のない者については、健康診査の結果の見方、その他健康の保持や増進に資する内容の情報を提供すること。

#### (4) 精度管理

精度管理については、標準的な健康診査・保健指導プログラムの添付資料「健康診査における精度管理の在り方」（別紙6参照）を参考にすること。

#### (5) 委託料

別紙7のとおりとする。なお、健康診査を実施した日をもって単価を定めるものとする。

#### (6) 代行機関への委託料の請求及び健康診査結果の報告

ア 代行機関へデータの提出

(ア) 代行機関（三重県国民健康保険団体連合会。以下、「国保連合会」という。）

(a) オンラインの場合

オンライン請求システム（支払基金が配布するオンライン送受信ソフト）によりデータファイル（国が定める電子的標準様式によるファイル（XML形式）を送信するものとする。

(b) 電子媒体の場合（別紙8を参照）

MO、FD、CD-Rのいずれかにて支払基金により配布されている暗号化・複合化ソフトにて暗号化して持参または郵送で提出するものとする。

(イ) 健康増進法健康診査にかかる代行機関（国保連合会）

請求総括表（別紙 10）を作成し、各受診者に係る質問結果票を添えて持参または郵送で提出するものとする。

イ 提出期限

実施月の翌月 5 日までに提出(期限までに必着)するものとする。なお、提出期限が土曜日、日曜日及び国民の休日に当たる場合は、その翌日を期限とする。

なお、過誤調整等の都合上やむを得ない場合は、契約期間内に提出するものとする。

※ 健康増進法健康診査については、10 日必着とする。

ウ 費用決済

実施機関は、受診券の券面に示された自己負担分を差し引いた金額（請求額）を、決済を代行する機関(国保連合会)に請求するものとする。

エ 点検

エラーリストにより、内容を確認し原因を確認できた場合は訂正、その他については、返戻扱いとして返戻一覧表を実施機関へ通知されることとなる。

オ 過誤調整

過誤調整により、既に支払を受けた請求が取り下げられ、請求前の状態に戻った場合は、実施機関から改めて再請求を行うこととする。

なお、過誤調整で、3 月提出締切分との差引ができない場合は、国保連合会から送付される納付書にて請求額全額を返金するものとする。当該実施年度分については、それ以降も同様の手続きとする。ただし、該当健診機関の了解を得た場合は、3 月以前においても同様の手続きをすることができる。

## 4 個人情報の取り扱い

委託業務の実施上知り得た情報を第三者に漏らしてはならない。個人情報の取り扱いについては、必要な個人情報保護対策を講じること。（別紙 9 を参照）

## 5 その他

(1) 事故及び損害の責任

事故及び損害の責任については、契約書第 12 条に明記のとおりとする。

第 12 条第 2 項に基づき実施機関が甲及び乙と行う協議においては、※国家賠償法第 1 条の規定の趣旨に沿って、負担と責任の分担を定めることとする。

<参考>

※国家賠償法第1条の規定により、地方公共団体の公権力の行使による損害については、地方公共団体が責任を負い、当該行為を行った公務員（ここでいう実施機関）に対しては、故意・重過失がないかぎり求償できないこととなっています。

契約書

（事故及び損害の責任）

第12条 実施機関が業務の実施中に生じた事故及びその業務により生じた事故及び損害については、甲及び乙に故意又は重過失のない限り、実施機関がその負担と責任において処理に当たるものとする。

2 前項の場合において、実施機関に故意又は重過失のない限り、その負担と責任について実施機関は、甲及び乙と協議するものとする。

3 前2項の取り決めについては、乙と実施機関との契約等において両者遵守するものとする。

国家賠償法

第1条 国又は公共団体の公権力の行使に当る公務員が、その職務を行うについて、故意又は過失によって違法に他人に損害を加えたときは、国又は公共団体が、これを賠償する責に任ずる。

2 前項の場合において、公務員に故意又は重大な過失があつたときは、国又は公共団体は、その公務員に対して求償権を有する。

(2) この実施要領は、三重県内統一のものであり、各委託元独自のものについては、この実施要領には含まない。(追加検査項目、人間ドック等)

(3) 問い合わせは、健康診査の種類により下記のとおりする。

【A 特定健康診査】

各委託元国民健康保険者

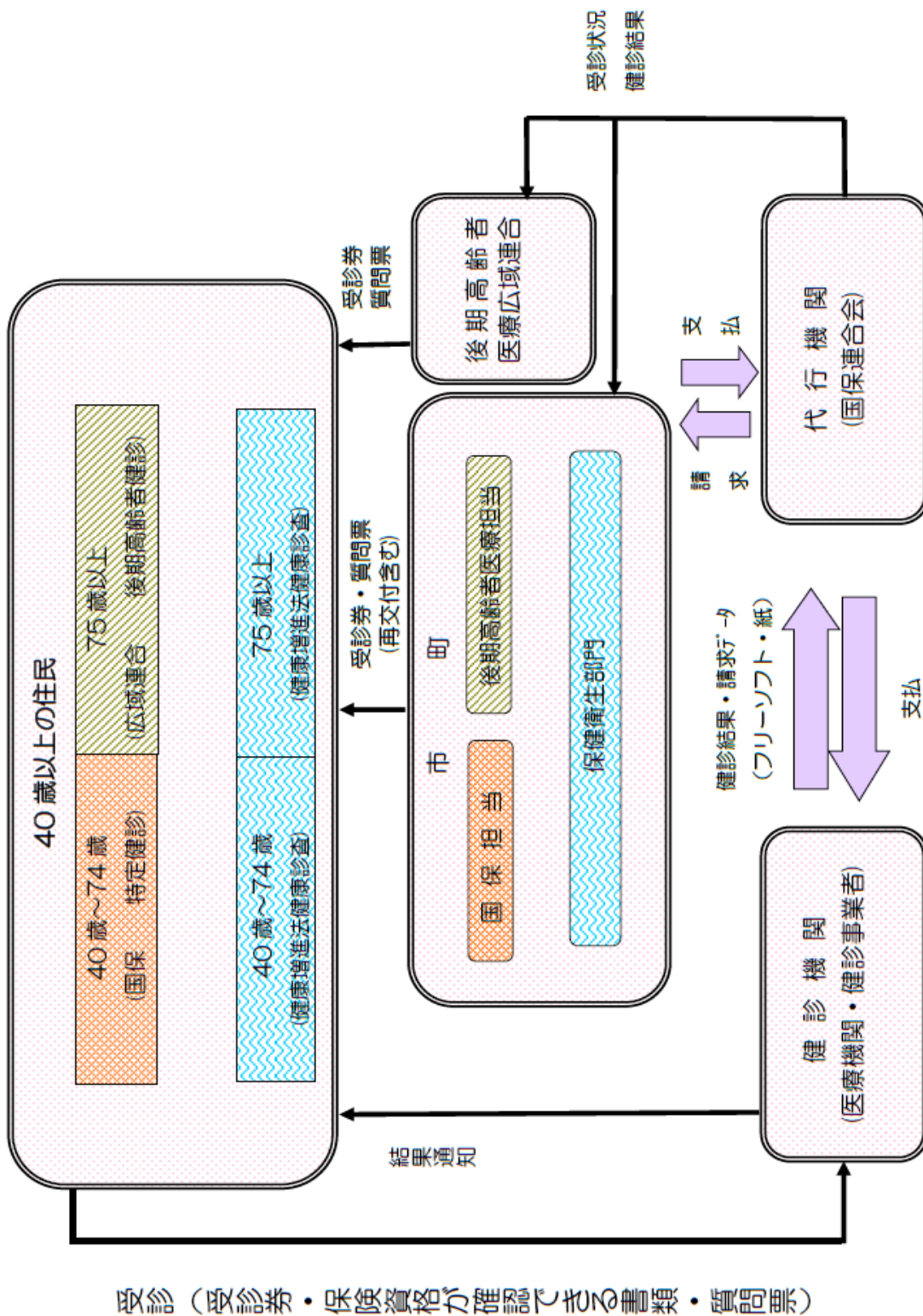
【B 後期高齢者健康診査】

三重県後期高齢者医療広域連合

【C・D 健康増進法健康診査】

各市町保健衛生部門

# 健康診査の流れ



## 受診のパターン

		実施項目				
健診名		特定健康診査	後期高齢者健康診査	健康増進法健康診査		
健診実施パターン		特定のみ	後期のみ	健増法のみ	健増法のみ	
対象年齢		40歳～74歳	75歳以上	40歳～74歳	75歳以上	
受診券パターン		特定健康診査受診券	後期高齢者健康診査受診券	健康増進法健康診査受診券		
受診券の色		黄	青	黄	青	
特定健診 後期高齢者健診 健康増進法健診	基本項目	○	○	○	○	
	追加項目	BUN	○	○	○	○
		アルブミン	○	○	○	○
		尿酸	○	○	○	○
		白血球	○	○	○	○
		尿潜血	○	○	○	○
	詳細項目 又は 追加項目	貧血	○	○	○	○
		心電図	○	○	○	○
	詳細項目 ※1	血清クレアチニン	○	○	○	○
		眼底	△	△	△	△

本人確認方法	オンライン資格確認等による保険資格の確認	オンライン資格確認等による保険資格の確認	—	—
質問票	A4両面 (特定用)	A4両面 (後期用)	A3片面 (健増法用) ※40-74歳用	A3片面 (健増法用) ※75歳以上用
結果報告	フリーソフト	フリーソフト	紙	紙
請求方法	フリーソフト	フリーソフト	紙	紙
記録の保存方法	フリーソフト	フリーソフト	紙	紙
自己負担額	各市町による	無料	各市町による	

※1 △ 一定の基準の下医師が必要と認めた場合に実施します。

**令和8年度 特定健康診査受診券**

令和8年7月1日 交付

受診券整理番号 261000000001  
被保険者証番号 123456  
テンサンテスト

氏名 電算 テスト

生年月日 昭和47年2月13日 性別 男

有効期限 **令和8年11月30日**

健診内容	実施形態	窓口の自己負担		保険者負担上限額
		負担額	負担率	
特定健康診査	基本項目	〇	XXX	—
	詳細項目	〇	XXX	—
	貧血	〇	—	—
	心電図	〇	—	—
	追加項目	〇	—	—
	クラレア	〇	—	—
	チエン	〇	—	—
	眼底	※	—	—
	追加健診	〇	—	—
	人間ドック	〇	—	—

※ 一定の基準により実施します

**特定健康診査受診上の注意事項**

- 住所に変更がある場合、すぐに新住所記入欄へ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の案内等の送付に用います。)
- 特定健康診査を受診するときは、以下のいずれかを窓口へ提出してください。受診券のみでは受診できません。  
①受診券＋マイナ保険証＋資格情報のお知らせ  
②受診券＋資格確認書
- 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。  
なお、受診される前に必ず医療機関へ診療時間等をお問い合わせください。
- 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、必要に応じて健康指導等に活用することを了承の上受診願います。  
また、この券で受診する追加項目についても同様です。
- 健診結果は、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、部分的に提出されることをご了承の上受診願います。
- 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかに処分してください。  
過去にさかのぼって国民健康保険の資格を喪失された方も同様です。
- 不正にこの券を使用した場合、刑法により詐欺罪として拘禁刑の対象となる場合があります。
- この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に申し出て訂正を受けてください。
- この受診券は、令和XX年XX月XX日現在で作成しています。

新住所記入欄(住所変更のある場合記入)

〒

保険者所在地 保険者住所1番地  
電話番号 059-222-1111  
保険者番号 240000  
保険者名称 テスト保険者

支払代行機関番号 92499029  
支払代行機関名 三重県国民健康保険団体連合会

郵便区内特別  
〒 500-0000  
テスト住所1番地

電算 テスト様



1-01-000001 #

**令和8年度受診券**  
受診の際はそのまま  
お持ちください。

テスト保険者  
〒 500-0000  
保険者住所1番地  
Tel. 059-222-1111

654321

特定健診（75歳誕生日までに受診が必要な方）

令和8年度 特定健康診査受診券

令和8年7月1日 交付

受診券整理番号  
被保険者証番号

261000000002  
123456  
デンサンテスト

氏名 電算 テスト

生年月日 昭和26年9月5日 性別 男

有効期限 令和8年9月4日

◎ 誕生日前日までに受診頂きますようお願いいたします

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	負担率	
基本項目	個別	○	XXX	—	—
	集団	○	XXX	—	—
	個別	○	—	—	—
	集団	○	—	—	—
特定健康診査	個別	○	—	—	—
	集団	○	—	—	—
	個別	○	—	—	—
	集団	○	—	—	—
追加健診	個別	○	—	—	—
	集団	○	—	—	—
人間ドック	個別	—	—	—	—
	集団	—	—	—	—

※ 一定の基準により実施します

保険者所在地 保険者住所1番地  
電話番号 059-222-1111  
保険者番号 240000  
保険者名称 テスト保険者

支払代行機関番号 92499029  
支払代行機関名 三重県国民健康保険団体連合会

特定健康診査受診上の注意事項

1. 住所に変更がある場合、すぐに新住所記入欄へ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の案内等の送付に用います。)
2. 特定健康診査を受診するときは、以下のいずれかを窓口へ提出してください。受診券のみでは受診できません。  
① 受診券＋マイナ保険証＋資格情報のお知らせ  
② 受診券＋資格確認書
3. 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。  
なお、受診される前に必ず医療機関へ診療時間等をお問い合わせください。
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、必要に応じて保健指導等に活用することをご了承の上受診願います。  
また、この券で受診する追加項目についても同様です。
5. 健診結果は、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、部分的に提出されることを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、この券を使用しての受診はできません。すみやかに処分してください。  
過去にさかのぼって国民健康保険の資格を喪失された方も同様です。
7. 不正にこの券を使用した場合、刑法により詐欺罪として拘禁刑の対象となる場合があります。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に申し出て訂正を受けてください。
9. この受診券は、令和XX年XX月XX日現在で作成しています。

新住所記入欄(住所変更のある場合記入)

〒 

郵便区内特別  
〒 500-0000  
テスト住所1番地

電算 テスト様



1-01-0000002 #

令和8年度受診券  
受診の際はそのまま  
お持ちください。

テスト保険者  
〒 500-0000  
保険者住所1番地  
Tel. 059-222-1111  
誕生日前日までに受診してください  
654321

健康増進法（40～74歳）

**令和8年度**  
健康増進法健康診査受診券  
受診券整理番号 38900000000001  
令和8年7月1日 交付  
デンサン テスト

氏名 電算 テスト  
生年月日 昭和38年2月19日 性別 男  
有効期限 令和8年11月30日

- 健康増進法健康診査受診上の注意事項**
1. 住所に変更がある場合、すぐに新住所記入欄へご自宅の住所を自署してください。  
(健康診査受診結果等の送付に用います。)
  2. 健康診査を受診するときには、受診券を窓口へ提出してください。
  3. 健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診なお、受診される前に必ず医療機関へ診療時間等をお問い合わせください。
  4. 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、市町において保存し、必要に応じ保健指導等に活用することを了承の上受診願います。  
また、この券で受診する追加項目についても同様です。
  5. 健康診査結果は、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、部分的に提出されることを了承の上受診願います。
  6. 不正にこの券を使用した場合、刑法により詐欺罪として拘禁刑の対象となる場合があります。
  7. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに市町に申し出て訂正を受けてください。
  8. この受診券は、令和X年XX月XX日現在で作成されています。

健診内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担		市町負担上限額
			負担額	負担率	
基本項目	個別	○	—	—	—
詳細項目	個別	○	—	—	—
健康診査	個別	○	—	—	—
心電図	個別	○	—	—	—
経路又は追加項目	個別	○	—	—	—
クレア	個別	○	—	—	—
チニン	個別	○	—	—	—
眼底	個別	※	—	—	—
追加健診	個別	○	—	—	—
人間ドック	個別	—	—	—	—

※ 一定の基準により実施します

テスト市  
〒 500-0000  
市町住所1番地  
Tel. 059-222-1111  
654321

市町所在地 市町住所1番地  
電話番号 059-222-1111  
市町番号 992400  
市町名称 テスト市  
支払代行機関番号 92499029  
支払代行機関名 三重県国民健康保険団体連合会

新住所記入欄(住所変更のある場合記入)

〒

**令和8年度受診券**  
受診の際はそのまま  
お持ちください。

〒 500-0000  
テスト住所1番地

電算 テスト様



3-01-000001 #

健康増進法（75歳以上）

令和8年度

健康増進法健康診査受診券

交付 令和8年7月1日 交付

受診券整理番号 389000000000002

デンサンテスト

氏名 電算 テスト

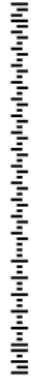
生年月日 昭和12年2月15日 性別 女

有効期限 令和8年11月30日

〒 500-0000

テスト住所1番地

電算 テスト様



4-01-000001 #

令和8年度受診券

受診の際はそのまま  
お持ちください。

テスト市  
〒 500-0000  
市町住所1番地  
Tel. 059-222-1111  
654321

市町所在地 市町住所1番地  
電話番号 059-222-1111  
市町番号 9924000  
市町名称 テスト市

支払代行機関番号 92499029  
支払代行機関名 三重県国民健康保険団体連合会

健康増進法健康診査受診上の注意事項

1. 住所に変更がある場合、すぐに新住所記入欄へご自宅の住所を自署してください。  
(健康診査受診結果等の送付に用います。)
2. 健康診査を受診するときには、受診券を窓口へ提出してください。
3. 健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。  
なお、受診される前に必ず医療機関へ診療時間等をお問い合わせください。
4. 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、市町において保存し、必要に応じ保健指導等に活用することを了承の上受診願います。  
また、この券で受診する追加項目についても同様です。
5. 健診結果は、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、部分的に提出されることを了承の上受診願います。
6. 不正にこの券を使用した場合、刑法により詐欺罪として拘禁刑の対象となる場合があります。
7. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに市町に申し出て訂正を受けてください。
8. この受診券は、令和X年XX月XX日現在で作成しています。

健診内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担		市町負担 上限額
			負担額	負担率	
基本項目	個別	○	—	—	—
	集団	—	—	—	—
	個別	○	—	—	—
	集団	—	—	—	—
	個別	○	—	—	—
健康診査	個別	○	—	—	—
	集団	—	—	—	—
	個別	○	—	—	—
	集団	—	—	—	—
	個別	○	—	—	—
追加健診	個別	○	—	—	—
	集団	—	—	—	—
	個別	○	—	—	—

※ 一定の基準により実施します

新住所記入欄(住所変更のある場合記入)

〒

後期高齢者

令和8年度 後期高齢者健康診査受診券

令和8年7月1日 交付

受診券整理番号 26100000001

被保険者証番号 00123456

デンサン テスト

電算 テスト

氏名

生年月日 昭和11年4月29日 性別 男

有効期限 令和8年11月30日

郵便区内特別

〒 500-0000

テスト住所1番地

電算 テスト様



2-01-000001 #

令和8年度受診券  
受診の際はそのまま  
お持ちください。

三重県後期高齢者医療広域連合  
〒 500-0000  
保険者住所1番地  
Tel. 0059-222-1111

654321

後期高齢者健康診査受診上の注意事項

1. 住所に変更がある場合、すぐに新住所記入欄へご自宅の住所を自署してください。  
(後期高齢者健康診査受診結果等の送付に用います。)
2. 後期高齢者健康診査を受診するときは、以下のいずれかを窓口へ提出してください。受診券のみでは受診できません。  
① 受診券＋マイナ保険証  
② 受診券＋資格確認書
3. 後期高齢者健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。  
なお、受診される前に必ず医療機関へ診療時間等をお問い合わせください。
4. 後期高齢者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、必要に応じて保健指導等に活用することを了承の上受診願います。  
また、この券で受診する追加項目についても同様です。
5. 健診結果は、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、部分的に提出されることを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、この券を使用して受診はできません。すみやかに処分してください。過去にさかのぼって資格を喪失された方も同様です。
7. 不正にこの券を使用した場合、刑法により詐欺罪として拘禁刑の対象となる場合があります。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に申し出て訂正を受けてください。
9. この受診券は、令和X年XX月XX日現在で作成しています。

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	負担率	
基本項目	個別 集団	○ ○	— —	— —	— —
詳細項目又は健康診査	貧血 心電図 クレアチニン 追加項目	○ ○ ○ ○	— — — —	— — — —	— — — —
詳細項目	眼底	※	—	—	—
追加健診	個別 集団	○ ○	— —	— —	— —

※ 一定の基準により実施します

保険者所在地 三重県後期高齢者医療広域連合  
電話番号 0059-222-1111  
保険者番号 39240000  
保険者名称 三重県後期高齢者医療広域連合

支払代行機関番号 92499029  
支払代行機関名 三重県国民健康保険団体連合会

新住所記入欄(住所変更のある場合記入)

〒 

## 特定健康診査質問票

特定

受診されます前に、必ず住所・氏名等及び質問項目をご自身にてご記入ください。  
(回答欄の該当する項目に○をつけてください。)

住 所	(〒                      )	電話番号	(                      )
		生年月日	昭和              年              月              日
フリガナ		性 別	男性 ・ 女性
氏 名		年 齢	歳

番号	質問項目	回答(いずれかに○)	
1-1	血圧を下げる薬を服用している。	1. はい	2. いいえ
1-2	血糖を下げる薬またはインスリン注射を使用している。	1. はい	2. いいえ
1-3	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用している。	1. はい	2. 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。	1. はい	2. いいえ
5	医師から心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがある。	1. はい	2. いいえ
6	医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けたことがある。	1. はい	2. いいえ
7	医師から貧血といわれたことがある。	1. はい	2. 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、「最近1か月間吸っている者」かつ「生涯で6か月間以上又は合計100本以上吸っている者」)	1. はい 2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない 3. いいえ	
9	20歳の時の体重から10キロ以上増加している。	1. はい	2. 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。	1. はい	2. いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	1. はい	2. いいえ
12	同世代の同性と比較して歩く速度が速い。	1. はい	2. いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか？	1. 何でもかんで食べることができる 2. 歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある。 3. ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い。	1. 速い	2. 普通
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。	1. はい	2. いいえ
16	朝昼夜の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか？	1. 毎日	2. 時々
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	1. はい	2. いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどのくらいですか？([やめた]とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	1. 毎日	2. 週5～6日
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれだけですか？ 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安: ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、 ワイン(同14度・約180ml)、ウイスキー(同43度・60ml)、 缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	3. 週3～4日	4. 週1～2日
20	睡眠で休養が得られている。	1. はい	2. 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？	1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3～5合未満 5. 5合以上	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか？	1. はい	2. いいえ

以下の欄は、医療機関・健診機関にて記載します。(各種機関の方へ:右詰で記入してください)

<b>＜受診情報＞</b> 実施区分 (該当区分に○) 個別 集団 実施年月日 (西暦) _____ 健診機関番号 _____ 既往歴 あり ( ) ・なし 自覚症状 あり ( ) ・なし 他覚症状 あり ( ) ・なし 理学的検査(身体診察) _____		<b>＜受診券情報＞</b> 保険者番号 _____ 整理番号 _____ 被保険者番号 _____ 窓口負担額 _____ 区分 _____ 項目 _____ 結果 _____ 単位 _____ 身体測定 身長 _____ . _____ cm 体重 _____ . _____ kg 腹囲 _____ . _____ cm BMI _____ . _____ kg/m <sup>2</sup>	
---	--	---	--

区分	項目	結果	単位
血圧	収縮期血圧	/	mmHg
	拡張期血圧	/	mmHg
	採血時間(食後)	/	時間
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	/	mg/dl
	随時中性脂肪	/	mg/dl
	HDLコレステロール	/	mg/dl
	LDLコレステロール	/	mg/dl
	non-HDLコレステロール	/	mg/dl
肝機能検査	AST(GOT)	/	IU/L
	ALT(GPT)	/	IU/L
	γ-GT(γ-GTP)	/	IU/L
血糖検査	空腹時血糖	/	mg/dl
	HbA1c(NGSP値で記入)	/	%
	随時血糖	/	mg/dl
尿検査	糖	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++	/
	蛋白	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++	/
尿検査	潜血	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++	/
肝機能検査	アルブミン	/	g/dl
腎機能検査	BUN(尿素窒素)	/	mg/dl
尿酸代謝検査	尿酸	/	mg/dl
末梢血液一般検査	白血球数	/	/mm <sup>3</sup>

詳細実施基準・・・貧血の既往を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

貧血検査	赤血球数	/	万/mm <sup>3</sup>
	血色素量(ヘモグロビン値)	/	g/dl
	ヘマトクリット値	/	%

貧血検査(実施理由)  
詳細項目として実施した場合は対症者と実施理由を記入

詳細実施基準・・・収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は不整脈が疑われる者

心電図	心電図所見の有無(所見)	1. 所見あり 2. 所見なし	実施
	所見ありの場合は所見を記入		

心電図対象者/実施理由  
詳細項目として実施した場合は対症者と実施理由を記入

1. 検査結果による対症者 2. 不整脈による対症者

詳細実施基準・・・収縮期血圧130mmHg以上、拡張期血圧85mmHg以上、空腹時(随時)血糖値100mg/dl以上、HbA1c5.6%以上のいずれかに該当

クレアチニン	クレアチニン	/	mg/dl
	eGFR	/	ml/min/1.73m <sup>2</sup>

クレアチニン対象者/実施理由  
詳細項目として実施した場合は対症者と実施理由を記入

1. 検査結果による対症者 実施理由

【一定の基準の下、医師が必要と認めた場合】

眼底検査	眼底検査(キースワグナー分類)	1.0 2.I 3.IIa 4.IIb 5.III 6.IV
	眼底検査(シェイエ分類:H)	0 . 1 . 2 . 3 . 4
	眼底検査(シェイエ分類:S)	0 . 1 . 2 . 3 . 4
	眼底検査(SCOTT分類)	1. I(a) 2. I(b) 3. II 4. III(a) 5. II(b) 6. IV 7. V(a) 8. V(b) 9. VI
	眼底検査(Wong-Mitchell分類)	1. 所見なし 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度
	眼底検査(改変Davis分類)	1. 網膜症なし 2. 単純網膜症 3. 増殖前網膜症 4. 増殖網膜症

眼底検査(その他の所見)  
眼底検査対象者/実施理由  
実施した場合は対症者と実施理由を記入

1. 検査結果による対症者 実施理由

メタボリックシンドローム判定(該当区分に○) 1. 該当 2. 予群該当 3. 非該当 4. 判定不能

情報提供の方法(実施した場合は○) 1. 付録情報の無い情報提供 2. 専門誌による対面説明 3. 1と2両方実施

保健指導の初回面接実施(実施した場合は○) 1. 健診1週間以内に初回面接実施

測定不可能・検査未実施の理由 1. 生理中 2. 腎疾患等の基礎疾患があるため尿検査を有する 3. その他

医師の判断 医師の氏名 \_\_\_\_\_ 受診機関名 \_\_\_\_\_

(網掛部分は必要に応じて記入ください)

以下の欄は、医療機関・健診機関にて記載します。(各種機関の方へ:右詰で記入してください)

<b>＜ 受診情報 ＞</b>		<b>＜ 受診券情報 ＞</b>		
実施区分 (該当区分に○) <b>個別</b> 集団	保険者番号 / / / / / 0 0 0 2 4 0 0 0 0 0	整理番号 / / / / / 2 6 1 0 0 0 0 0 0 0 0	受診者番号 / / / / / 0 0 0 0 0 0 1 2 3 4 5	
実施年月日 (西暦) 2 0 2 6 0 7 0 1	窓口負担額	5 0 0		
<b>＜ 健診機関情報 ＞</b>	区分	項目	結果	単位
健診機関番号 2 4 1 0 0 0 0 0 0 0 0	身体測定	身長	1 7 0	cm
既往歴 <b>あり</b> 高血圧症( )・なし		体重	6 6	kg
自覚症状 <b>あり</b> ( ) <b>なし</b> ( )		腹囲	8 5	cm
他覚症状 <b>あり</b> ( ) <b>なし</b> ( )		BMI	2 2. 8	kg/m <sup>2</sup>
理学的検査(身体診察)				

区分	項目	結果	単位
血圧	収縮期血圧	1 8 0	mmHg
	拡張期血圧	1 0 0	mmHg
	採血時間(食後)	1 0	時間
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	2 0 0	mg/dl
	随時中性脂肪		mg/dl
	HDLコレステロール	5 0	mg/dl
	LDLコレステロール	1 2 0	mg/dl
	non-HDLコレステロール		mg/dl
肝機能検査	AST(GOT)	5 7	IU/L
	ALT(GPT)	4 6	IU/L
	γ-GT(γ-GTP)	9 3	IU/L
血糖検査	空腹時血糖	1 4 0	mg/dl
	HbA1c(NGSP値で記入)	5. 6	%
尿検査	糖	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
	蛋白	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
尿検査	潜血	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++	
肝機能検査	アルブミン	4 5	g/dl
腎機能検査	BUN(尿素窒素)	1 4 0	mg/dl
尿酸代謝検査	尿酸	5 0	mg/dl
末梢血液一般検査	白血球数	5 0 0	/mm <sup>3</sup>

詳細実施基準…貧血の既往を有する者又は複診等で貧血が疑われる者

貧血検査	赤血球数	4 7 0	万/mm <sup>3</sup>
	血色素量(ヘモグロビン値)	1 0 1	g/dl
	ヘマトクリット値	3 5 5	%

貧血検査(実施理由)  
詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入

貧血の既往ありのため

詳細実施基準…収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は不整脈が疑われる者

心電図	心電図所見の有無(所見)	1. 見あり	異常
	所見ありの場合は所見を記入	2. 所見なし	STT異常
心電図対象者/実施理由		3. 検査結果による対象者	異常理由
詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入		4. 不整脈による対象者	異常理由

詳細実施基準…収縮期血圧130mmHg以上、拡張期血圧85mmHg以上、空腹時(随時)血糖値100mg/dl以上、HbA1c 6%以上のいずれかに該当

クレアチニン	クレアチニン	1 0 0	mg/dl
	eGFR	6 3 1	ml/min/1.73m <sup>2</sup>
クレアチニン対象者/実施理由		1. 検査結果による対象者	異常理由
詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入		2. 異常結果による対象者	異常理由

【一定の基準の下、医師が必要と認めた場合】

眼底検査	眼底検査(キースワグナー分類)	1. 0 2. I 3. IIa 4. IIb 5. III 6. IV	
	眼底検査(シェイエ分類:H)	0 1 2 3 4	
	眼底検査(シェイエ分類:S)	0 1 2 3 4	
	眼底検査(SCOTT分類)	1. I(a) 2. I(b) 3. II 4. III(a) 5. II(b) 6. IV 7. V(a) 8. V(b) 9. VI	
	眼底検査(Wong-Mitchell分類)	1. 所見なし 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度	
	眼底検査(改変Davis分類)	1. 網膜症なし 2. 単純網膜症 3. 増殖前網膜症 4. 増殖網膜症	
眼底検査(その他の所見)			
眼底検査対象者/実施理由		1. 検査結果による対象者	異常理由
実施した場合は対象者と実施理由を記入			

メタボリックシンドローム判定(該当区分に○) **該当** 2. 予備群該当 3. 非該当 4. 判定不能

情報提供の方法(実施した場合は○)

保健指導の初回面接実施(実施した場合は○)

測定不可能・検査未実施の理由

医師の判断

医師の氏名 国保 太郎

受診機関名 ○○病院

軽度の貧血を認めます。栄養バランスの良い食事を心がけましょう。

(網掛部分には必要に応じて記入ください)

以下の欄は、医療機関・健診機関にて記載します。(各欄記載の方へは右詰で記入してください)

医療機関・健診機関にて記載する欄 (各欄記載の方へは右詰で記入してください)

健康増進法 第74条

健康増進法健康診査質問票 (40歳～74歳)

受診されます前に、必ず住所・氏名等及び質問項目をご自身にてご記入ください。(回答欄の該当する項目に○をつけてください。)

健康診査質問票 (40歳～74歳) の質問項目と回答欄

以下の欄は、医療機関・健診機関にて記載します。(各欄記載の方へは右詰で記入してください)

医療機関・健診機関にて記載する欄 (各欄記載の方へは右詰で記入してください)

健康増進法 第74条

健康増進法健康診査質問票 (40歳～74歳)

受診されます前に、必ず住所・氏名等及び質問項目をご自身にてご記入ください。(回答欄の該当する項目に○をつけてください。)

健康診査質問票 (40歳～74歳) の質問項目と回答欄



## 後期高齢者健康診査質問票

後期

受診されます前に、必ず住所・氏名等及び質問項目をご自身にてご記入ください。  
(回答欄に該当する項目に○をつけてください。)

住所	(〒      -      )	電話番号	(      )
フリガナ		生年月日	明治・大正      年    月    日 昭和
氏名		性別	男性    ・    女性
		年齢	歳

番号	質問項目	回答(いずれかに○)
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか？	①よい      ②まあよい ③ふつう    ④あまりよくない ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか？	①満足      ②やや満足 ③やや不満 ④不満
3	1日3食きちんと食べていますか？	①はい      ②いいえ
4	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか？ *さきいか、たくあんなど	①はい      ②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか？	①はい      ②いいえ
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか？	①はい      ②いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか？	①はい      ②いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか？	①はい      ②いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか？	①はい      ②いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか？	①はい      ②いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか？	①はい      ②いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか？	①吸っている ②吸っていない ③やめた
13	週に1回以上は外出していますか？	①はい      ②いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか？	①はい      ②いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか？	①はい      ②いいえ

以下の欄は、医療機関・健診機関にて記載します。(各種機関の方へ:右詰で記入してください)

<b>〈 受診情報 〉</b> 実施区分 (該当区分に○) 個別 集団 実施年月日 (西暦) _____ <b>〈 健診機関情報 〉</b> 健診機関番号 _____ 既往歴 あり ( ) ・ なし 自覚症状 あり ( ) ・ なし 他覚症状 あり ( ) ・ なし 理学的検査(身体診察) _____		<b>〈 受診券情報 〉</b> 保険者番号 _____ 整理番号 _____ 被保険者番号 _____ 窓口負担額 _____ <table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>項目</th> <th>結果</th> <th>単位</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">身体測定</td> <td>身長</td> <td>_____</td> <td>cm</td> </tr> <tr> <td>体重</td> <td>_____</td> <td>kg</td> </tr> <tr> <td>BMI</td> <td>_____</td> <td>kg/m<sup>2</sup></td> </tr> </tbody> </table>		区分	項目	結果	単位	身体測定	身長	_____	cm	体重	_____	kg	BMI	_____	kg/m <sup>2</sup>																																																																																																													
区分	項目	結果	単位																																																																																																																											
身体測定	身長	_____	cm																																																																																																																											
	体重	_____	kg																																																																																																																											
	BMI	_____	kg/m <sup>2</sup>																																																																																																																											
<table border="1"> <thead> <tr> <th>区分</th> <th>項目</th> <th>結果</th> <th>単位</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">血圧</td> <td>収縮期血圧</td> <td>_____</td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td>拡張期血圧</td> <td>_____</td> <td>mmHg</td> </tr> <tr> <td>採血時間(食後)</td> <td>_____</td> <td>時間</td> </tr> <tr> <td rowspan="5">血中脂質検査</td> <td>空腹時中性脂肪</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>随時中性脂肪</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>HDLコレステロール</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>LDLコレステロール</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>non-HDLコレステロール</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">肝機能検査</td> <td>AST(GOT)</td> <td>_____</td> <td>IU/L</td> </tr> <tr> <td>ALT(GPT)</td> <td>_____</td> <td>IU/L</td> </tr> <tr> <td>γ-GT(γ-GTP)</td> <td>_____</td> <td>IU/L</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">血糖検査</td> <td>空腹時血糖</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>HbA1c(NGSP値で記入)</td> <td>_____</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>随時血糖</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">尿検査</td> <td>糖</td> <td>1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++</td> <td></td> </tr> <tr> <td>蛋白</td> <td>1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++</td> <td></td> </tr> <tr> <td>尿検査</td> <td>潜血</td> <td>1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++</td> <td></td> </tr> <tr> <td>肝機能検査</td> <td>アルブミン</td> <td>_____</td> <td>g/dl</td> </tr> <tr> <td>腎機能検査</td> <td>BUN(尿素窒素)</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>尿酸代謝検査</td> <td>尿酸</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>末梢血液一般検査</td> <td>白血球数</td> <td>_____</td> <td>/mm<sup>3</sup></td> </tr> </tbody> </table> <p>詳細実施基準…貧血の既往を有する者又は視診等で貧血が疑われる者</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="4">貧血検査</td> <td>赤血球数</td> <td>_____</td> <td>万/mm<sup>3</sup></td> </tr> <tr> <td>血色素量(ヘモグロビン値)</td> <td>_____</td> <td>g/dl</td> </tr> <tr> <td>ヘマトクリット値</td> <td>_____</td> <td>%</td> </tr> <tr> <td>貧血検査(実施理由) 詳細項目として実施した場合は記入</td> <td>_____</td> <td></td> </tr> </table> <p>詳細実施基準…収縮期血圧140mmHg以上若しくは拡張期血圧90mmHg以上又は不整脈が疑われる者</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">心電図</td> <td>心電図所見の有無(所見) 所見ありの場合は所見を記入 心電図対象者/実施理由 詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入</td> <td>1. 所見あり 2. 所見なし</td> <td>所見</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1. 検査結果による対象者 2. 不整脈による対象者</td> <td>実施理由</td> </tr> </table> <p>詳細実施基準…収縮期血圧130mmHg以上、拡張期血圧85mmHg以上、空腹時(随時)血糖値100mg/dl以上、HbA1c5.6%以上のいずれかに該当</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="2">クレアチニン</td> <td>クレアチニン</td> <td>_____</td> <td>mg/dl</td> </tr> <tr> <td>eGFR クレアチニン対象者/実施理由 詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入</td> <td>_____</td> <td>mL/min/1.73m<sup>2</sup></td> </tr> </table> <p>【一定の基準の下、医師が必要と認めた場合】</p> <table border="1"> <tr> <td rowspan="7">眼底検査</td> <td>眼底検査(キースワグナー分類)</td> <td>1.0 2.1 3.IIa 4.IIb 5.III 6.IV</td> </tr> <tr> <td>眼底検査(シェイエ分類:H)</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>眼底検査(シェイエ分類:S)</td> <td>0 1 2 3 4</td> </tr> <tr> <td>眼底検査(SCOTT分類)</td> <td>1. I(a) 2. I(b) 3. II 4. III(a) 5. III(b) 6. IV 7. V(a) 8. V(b) 9. VI</td> </tr> <tr> <td>眼底検査(Wong-Mitchel分類)</td> <td>1. 所見なし 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度</td> </tr> <tr> <td>眼底検査(改変Davis分類)</td> <td>1. 網膜症なし 2. 単純網膜症 3. 増殖前網膜症 4. 増殖網膜症</td> </tr> <tr> <td>眼底検査(その他の所見)</td> <td>_____</td> </tr> </table> <p>眼底検査対象者/実施理由 実施した場合は対象者と実施理由を記入</p> <table border="1"> <tr> <td>測定不可能・検査未実施の理由</td> <td>1. 生理由 2. 腎疾患等の基礎疾患があるため排泄障害を有する 3. その他</td> </tr> <tr> <td>医師の判断</td> <td>医師の氏名 _____ 受診機関名 _____</td> </tr> </table>				区分	項目	結果	単位	血圧	収縮期血圧	_____	mmHg	拡張期血圧	_____	mmHg	採血時間(食後)	_____	時間	血中脂質検査	空腹時中性脂肪	_____	mg/dl	随時中性脂肪	_____	mg/dl	HDLコレステロール	_____	mg/dl	LDLコレステロール	_____	mg/dl	non-HDLコレステロール	_____	mg/dl	肝機能検査	AST(GOT)	_____	IU/L	ALT(GPT)	_____	IU/L	γ-GT(γ-GTP)	_____	IU/L	血糖検査	空腹時血糖	_____	mg/dl	HbA1c(NGSP値で記入)	_____	%	随時血糖	_____	mg/dl	尿検査	糖	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++		蛋白	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++		尿検査	潜血	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++		肝機能検査	アルブミン	_____	g/dl	腎機能検査	BUN(尿素窒素)	_____	mg/dl	尿酸代謝検査	尿酸	_____	mg/dl	末梢血液一般検査	白血球数	_____	/mm <sup>3</sup>	貧血検査	赤血球数	_____	万/mm <sup>3</sup>	血色素量(ヘモグロビン値)	_____	g/dl	ヘマトクリット値	_____	%	貧血検査(実施理由) 詳細項目として実施した場合は記入	_____		心電図	心電図所見の有無(所見) 所見ありの場合は所見を記入 心電図対象者/実施理由 詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入	1. 所見あり 2. 所見なし	所見		1. 検査結果による対象者 2. 不整脈による対象者	実施理由	クレアチニン	クレアチニン	_____	mg/dl	eGFR クレアチニン対象者/実施理由 詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入	_____	mL/min/1.73m <sup>2</sup>	眼底検査	眼底検査(キースワグナー分類)	1.0 2.1 3.IIa 4.IIb 5.III 6.IV	眼底検査(シェイエ分類:H)	0 1 2 3 4	眼底検査(シェイエ分類:S)	0 1 2 3 4	眼底検査(SCOTT分類)	1. I(a) 2. I(b) 3. II 4. III(a) 5. III(b) 6. IV 7. V(a) 8. V(b) 9. VI	眼底検査(Wong-Mitchel分類)	1. 所見なし 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度	眼底検査(改変Davis分類)	1. 網膜症なし 2. 単純網膜症 3. 増殖前網膜症 4. 増殖網膜症	眼底検査(その他の所見)	_____	測定不可能・検査未実施の理由	1. 生理由 2. 腎疾患等の基礎疾患があるため排泄障害を有する 3. その他	医師の判断	医師の氏名 _____ 受診機関名 _____
区分	項目	結果	単位																																																																																																																											
血圧	収縮期血圧	_____	mmHg																																																																																																																											
	拡張期血圧	_____	mmHg																																																																																																																											
	採血時間(食後)	_____	時間																																																																																																																											
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	_____	mg/dl																																																																																																																											
	随時中性脂肪	_____	mg/dl																																																																																																																											
	HDLコレステロール	_____	mg/dl																																																																																																																											
	LDLコレステロール	_____	mg/dl																																																																																																																											
	non-HDLコレステロール	_____	mg/dl																																																																																																																											
肝機能検査	AST(GOT)	_____	IU/L																																																																																																																											
	ALT(GPT)	_____	IU/L																																																																																																																											
	γ-GT(γ-GTP)	_____	IU/L																																																																																																																											
血糖検査	空腹時血糖	_____	mg/dl																																																																																																																											
	HbA1c(NGSP値で記入)	_____	%																																																																																																																											
	随時血糖	_____	mg/dl																																																																																																																											
尿検査	糖	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++																																																																																																																												
	蛋白	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++																																																																																																																												
尿検査	潜血	1. - 2. ± 3. + 4. ++ 5. +++																																																																																																																												
肝機能検査	アルブミン	_____	g/dl																																																																																																																											
腎機能検査	BUN(尿素窒素)	_____	mg/dl																																																																																																																											
尿酸代謝検査	尿酸	_____	mg/dl																																																																																																																											
末梢血液一般検査	白血球数	_____	/mm <sup>3</sup>																																																																																																																											
貧血検査	赤血球数	_____	万/mm <sup>3</sup>																																																																																																																											
	血色素量(ヘモグロビン値)	_____	g/dl																																																																																																																											
	ヘマトクリット値	_____	%																																																																																																																											
	貧血検査(実施理由) 詳細項目として実施した場合は記入	_____																																																																																																																												
心電図	心電図所見の有無(所見) 所見ありの場合は所見を記入 心電図対象者/実施理由 詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入	1. 所見あり 2. 所見なし	所見																																																																																																																											
		1. 検査結果による対象者 2. 不整脈による対象者	実施理由																																																																																																																											
クレアチニン	クレアチニン	_____	mg/dl																																																																																																																											
	eGFR クレアチニン対象者/実施理由 詳細項目として実施した場合は対象者と実施理由を記入	_____	mL/min/1.73m <sup>2</sup>																																																																																																																											
眼底検査	眼底検査(キースワグナー分類)	1.0 2.1 3.IIa 4.IIb 5.III 6.IV																																																																																																																												
	眼底検査(シェイエ分類:H)	0 1 2 3 4																																																																																																																												
	眼底検査(シェイエ分類:S)	0 1 2 3 4																																																																																																																												
	眼底検査(SCOTT分類)	1. I(a) 2. I(b) 3. II 4. III(a) 5. III(b) 6. IV 7. V(a) 8. V(b) 9. VI																																																																																																																												
	眼底検査(Wong-Mitchel分類)	1. 所見なし 2. 軽度 3. 中等度 4. 重度																																																																																																																												
	眼底検査(改変Davis分類)	1. 網膜症なし 2. 単純網膜症 3. 増殖前網膜症 4. 増殖網膜症																																																																																																																												
	眼底検査(その他の所見)	_____																																																																																																																												
測定不可能・検査未実施の理由	1. 生理由 2. 腎疾患等の基礎疾患があるため排泄障害を有する 3. その他																																																																																																																													
医師の判断	医師の氏名 _____ 受診機関名 _____																																																																																																																													

(網掛部分が必要に応じて記入ください)

メタボリックシンドロームの診断基準	
内臓脂肪(腹腔内脂肪)蓄積	
ウエスト周囲径	男性 $\geq 85\text{cm}$ 女性 $\geq 90\text{cm}$ (内臓脂肪面積 男女とも $\geq 100\text{cm}^2$ に相当)
上記に加え、下のうち2項目以上	
高トリグリセライド血症	$\geq 150\text{mg/dl}$
かつ/または	
低HDLコレステロール血症	$< 40\text{mg/dl}$ 男女とも
収縮期血圧	$\geq 130\text{mmHg}$
かつ/または	
拡張期血圧	$\geq 85\text{mmHg}$
空腹時高血糖	$\geq 110\text{mg/dl}$
<ul style="list-style-type: none"> <li>* CTスキャンなどで内臓脂肪量測定を行うことが望ましい。</li> <li>* ウエスト径は立位、軽呼気時、臍レベルで測定する。  脂肪蓄積が著明で臍が下方に偏位している場合は、肋骨下縁と前上腸骨棘の midpoint の高さで測定する。</li> <li>* メタボリックシンドロームと診断された場合、糖負荷試験が薦められるが診断には必須ではない。</li> <li>* 高TG血症、低HDL-C血症、高血圧、糖尿病に対する薬剤治療を受けている場合は、それぞれの項目に含める。</li> <li>* 糖尿病、高コレステロール血症の存在はメタボリックシンドロームの診断から除外されない。</li> </ul>	

※国民健康・栄養調査におけるHbA1cの判定基準値(空腹時血糖110mg/dlに相当する値)は6.0%であり、標準的な健診・保健指導プログラムにおいてもメタボリックシンドロームの判定基準は6.0%からとなっている。今回の健診で空腹時血糖検査が行われずHbA1cのみ検査した場合のメタボリックシンドローム判定としてはこの6.0%を用いる。

## 健康診査における精度管理の在り方

## 健康診査における精度管理の在り方

健康診査における検体検査の精度管理を行う上では、検査前の準備、検査手順等を適切に実施する必要がある。健康診査における現状を踏まえ、以下のとおり、精度管理を行う上で、特に留意すべき事項を取りまとめた。今後、標準的な健康診査の手順を確立していくことが望まれる。

### 1. 健診者への事前注意事項

- 検査前の食事については、健診前 10 時間以上は、水以外のすべての飲食物を摂取しないように指示すること。

### 2. 採血時

- 採血は適切に行われること。

注：採血手技や採血時の留意事項は、日本臨床検査標準協議会（JCCLS）の標準採血法ガイドライン（2006 年）を参考にする。

### 3. 採血管の選択

- 血清検査項目（TG, HDL-C, LDL-C, AST, ALT,  $\gamma$ -GT）測定用には、原則として分離剤入りのプレイン管を用いること。
- 空腹時血糖測定用には、解糖阻止剤のフッ化ナトリウム（NaF）入りの採血管を用いること。
- ヘモグロビン A1c（HbA1c）の測定用には、血糖測定用の採血管あるいは EDTA 入りの採血管を用いること。

### 4. 採取した検体の取扱

#### （1）血清

- 採血後の採血管は、室温に静置後、24 時間以内に遠心分離を行って、血清分離を行うこと。
- 血清は測定まで 4～10℃下で保存すること。

#### （2）全血

- 採血後は採血管のフッ化ナトリウム（NaF）血液を速やかに溶かすこと。  
注：例えば採血管をゆっくり転倒混和 5 回以上行うか、あるいはローターに 3 分以上かける。
- 全血は測定まで 4～10℃下で保存すること。

### (3) 尿

- 採尿後 4 時間以内に試験紙法で検査を行うことが望ましい。
- 困難な場合には、尿検体を専用の試験管に移して密栓し、4～10℃下に保存する。

注：試験紙法検査は尿試験紙検査法 JCCLS 指針に従う。

## 5. 検体の搬送

- 検体の搬送は、上記の保存条件のもとに適切に行うこと。

## 6. 測定方法

- 測定試薬の添付文章の指示にしたがって行うこと。
- 測定試薬は標準化されたもので薬事法認可のものを用いること。
- 測定装置は薬事法認可のものを用いること。

## 7. 内部精度管理

- 内部精度管理は、検体の取扱、測定、測定結果の管理までの過程について行うこと。  
このうち測定管理について用いる管理図法は、標準的な管理図法によって行うこと。

## 8. 外部精度管理

- 外部精度管理は、外部制度管理事業(日本医師会、日本臨床衛生検査技師会、全国労働衛生団体連合会など)の少なくとも一つは参加すること。

## 9. 測定のみアウトソーシング

- 検体の測定を外部委託する場合は、上記と同様の検査手順と精度管理の条件を適用する。

## 10. 検査後の留意事項

- 検査結果については、報告書の記載内容の確認を行う。

厚生労働科学研究費補助金  
健康診査の精度管理に関する研究班  
主任研究者 渡邊清明

## 特定健康診査一覧表

特定健康診査		
40～74 歳		
A:基本項目	単価	
○質問票(服薬歴・喫煙歴など)	}	
○身体計測(身長・体重・BMI)		
○身体計測(腹囲)		3,200
○理学的検査(視診・触診・聴打診)		
○血圧測定		
○血液検査		
・脂質検査		
中性脂肪(絶食 10 時間以上の空腹時中性脂肪、やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪)	120	
HDL コレステロール	190	
LDL コレステロール又は non-HDL コレステロール	200	
・肝機能検査		
AST(GOT)	190	
ALT(GPT)	190	
γ-GT(γ-GTP)	120	
・血糖検査		
空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)	1,840	
HbA1c		
・血液学的検査判断料		
・生化学的検査(I)判断料	1,580	
○検尿(尿中一般物質定性半定量検査)		
尿糖	290	
尿蛋白		
○採血料	440	
小計(A 基本項目)消費税込	8,360	
B:特定健診情報提供	単価	
健診結果に基づき、特定保健指導の要指導者の基準を参考に、要指導者には生活改善のための健康指導や保健福祉サービスに必要な情報を直接書面等(健康手帳記載でも可)で提供した場合、要指導者以外の者には健診結果の見方等健康増進に役立つ必要な情報提供を直接書面等で行った場合に算定(診療情報提供料 I の半額)	特定健診情報提供料 1,380	
小計(B 特定健診情報提供)消費税込	1,380	
計(A+B)	9,740	

C:追加項目	単価
○血液検査	
・腎機能検査	
BUN(尿素窒素)	120
・肝機能検査	
アルブミン	120
・尿酸代謝検査	
尿酸	120
・末梢血液一般検査	
白血球数	0
○検尿(尿中一般物質定性半定量検査)	
尿潜血	0
小計(C 追加項目)消費税込	360
D:詳細項目又は追加項目	単価
○心電図検査	1,430
○貧血検査	
赤血球数	230
血色素量	
ヘマトクリット値	
○血液検査	
・腎機能検査	
血清クレアチニン、eGFR	120
小計(D 詳細項目又は追加項目)消費税込	1,780
合計(A+B+C+D)消費税込	11,880
E:詳細項目 (※一定の基準の下医師が必要と認めた場合)	単価
○眼底検査(両眼相当)	1,280
小計(E 詳細項目)消費税込	1,280
合計(A+B+C+D+E)消費税込	13,160

健康増進法健康診査一覧表（40歳以上74歳以下）

健康増進法健康診査		
40～74歳		
A:基本項目	単価	
○質問票(服薬歴・喫煙歴など)	}	
○身体計測(身長・体重・BMI)		
○身体計測(腹囲)		3,200
○理学的検査(視診・触診・聴打診)		
○血圧測定		
○血液検査		
・脂質検査		
中性脂肪(絶食10時間以上の空腹時中性脂肪、やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪)	120	
HDLコレステロール	190	
LDLコレステロール又はnon-HDLコレステロール	200	
・肝機能検査		
AST(GOT)	190	
ALT(GPT)	190	
γ-GT(γ-GTP)	120	
・血糖検査		
空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)	1,840	
HbA1c		
・血液学的検査判断料		
・生化学的検査(I)判断料	1,580	
○検尿(尿中一般物質定性半定量検査)		
尿糖	290	
尿蛋白		
○採血料	440	
小計(A 基本項目)消費税込	8,360	
B:健康診査情報提供	単価	
健診結果に基づき、特定保健指導の要指導者の基準を参考に、要指導者には生活改善のための健康指導や保健福祉サービスに必要な情報を直接書面等(健康手帳記載でも可)で提供した場合、要指導者以外の者には健診結果の見方等健康増進に役立つ必要な情報提供を直接書面等で行った場合に算定(診療情報提供料Iの半額)	健康診査情報提供料 1,380	
小計(B 健康診査情報提供)消費税込	1,380	
計(A+B)	9,740	

C:追加項目	単価
○血液検査	
・腎機能検査	
BUN(尿素窒素)	120
・肝機能検査	
アルブミン	120
・尿酸代謝検査	
尿酸	120
・末梢血液一般検査	
白血球数	0
○検尿(尿中一般物質定性半定量検査)	
尿潜血	0
小計(C 追加項目)消費税込	360
D:詳細項目又は追加項目	単価
○心電図検査	1,430
○貧血検査	
赤血球数	230
血色素量	
ヘマトクリット値	
○血液検査	
・腎機能検査	
血清クレアチニン、eGFR	120
小計(D 詳細項目又は追加項目)消費税込	1,780
合計(A+B+C+D)消費税込	11,880
E:詳細項目 (※一定の基準の下医師が必要と認めた場合)	単価
○眼底検査(両眼相当)	1,280
小計(E 詳細項目)消費税込	1,280
合計(A+B+C+D+E)消費税込	13,160

健康増進法健康診査一覧表（75歳以上）

健康増進法健康診査	
75歳以上	
A:基本項目	単価
○質問票(生活習慣・喫煙歴など)	}
○身体計測(身長・体重・BMI)	
○理学的検査(視診・触診・聴打診)	
○血圧測定	
○血液検査	
・脂質検査	
中性脂肪(絶食10時間以上の空腹時中性脂肪、やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪)	120
HDL コレステロール	190
LDL コレステロール又は non-HDL コレステロール	200
・肝機能検査	
AST(GOT)	190
ALT(GPT)	190
$\gamma$ -GT( $\gamma$ -GTP)	120
・血糖検査	
空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)	1,840
HbA1c	
・血液学的検査判断料	
・生化学的検査(I)判断料	1,580
○検尿(尿中一般物質定性半定量検査)	
尿糖	290
尿蛋白	
○採血料	440
小計(A 基本項目)消費税込	8,360
B:健康診査情報提供	単価
健診結果に基づき、特定保健指導の要指導者の基準を参考に、要指導者には生活改善のための健康指導や保健福祉サービスに必要な情報を直接書面等(健康手帳記載でも可)で提供した場合、要指導者以外の者には健診結果の見方等健康増進に役立つ必要な情報提供を直接書面等で行った場合に算定(診療情報提供料Iの半額)	健康診査情報提供料 1,380
小計(B 健康診査情報提供)消費税込	1,380
計(A+B)	9,740

C:追加項目	単価
○血液検査	
・腎機能検査	
BUN(尿素窒素)	120
・肝機能検査	
アルブミン	120
・尿酸代謝検査	
尿酸	120
・末梢血液一般検査	
白血球数	0
○検尿(尿中一般物質定性半定量検査)	
尿潜血	0
小計(C 追加項目)消費税込	360
D:詳細項目又は追加項目	単価
○心電図検査	1,430
○貧血検査	
赤血球数	230
血色素量	
ヘマトクリット値	
○血液検査	
・腎機能検査	
血清クレアチニン、eGFR	120
小計(D 詳細項目又は追加項目)消費税込	1,780
合計(A+B+C+D)消費税込	11,880
E:詳細項目 (※一定の基準の下医師が必要と認めた場合)	単価
○眼底検査(両眼相当)	1,280
小計(E 詳細項目)消費税込	1,280
合計(A+B+C+D+E)消費税込	13,160

後期高齢者健康診査一覧表

後期高齢者健康診査	
75歳以上(努力義務)	
A:基本項目	単価
○質問票(生活習慣・喫煙歴など)	}
○身体計測(身長・体重・BMI)	
○理学的検査(視診・触診・聴打診)	
○血圧測定	
○血液検査	
・脂質検査	
中性脂肪(絶食10時間以上の空腹時中性脂肪、やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪)	120
HDL コレステロール	190
LDL コレステロール又は non-HDL コレステロール	200
・肝機能検査	
AST(GOT)	190
ALT(GPT)	190
γ-GT(γ-GTP)	120
・血糖検査	
空腹時血糖(やむを得ない場合は随時血糖)	1,840
HbA1c	
・血液学的検査判断料	
・生化学的検査(I)判断料	1,580
○検尿(尿中一般物質定性半定量検査)	
尿糖	290
尿蛋白	
○採血料	440
小計(A 基本項目)消費税込	8,360
B:健康診査情報提供	単価
健康診査結果に基づき、特定保健指導の要指導者の基準を参考に、要指導者には生活改善のための健康指導や保健福祉サービスに必要な情報を直接書面等(健康手帳記載でも可)で提供した場合、要指導者以外の者には健康診査結果の見方等健康増進に役立つ必要な情報提供を直接書面等で行った場合に算定(診療情報提供料Iの半額)	健康診査情報提供料 1,380
小計(B 健康診査情報提供)消費税込	1,380
計(A+B)	9,740

C:追加項目	単価
○血液検査	
・腎機能検査	
BUN(尿素窒素)	120
・肝機能検査	
アルブミン	120
・尿酸代謝検査	
尿酸	120
・末梢血液一般検査	
白血球数	0
○検尿(尿中一般物質定性半定量検査)	
尿潜血	0
小計(C 追加項目)消費税込	360
D:詳細項目又は追加項目	単価
○心電図検査	1,430
○貧血検査	
赤血球数	230
血色素量	
ヘマトクリット値	
○血液検査	
・腎機能検査	
血清クレアチニン、eGFR	120
小計(D 詳細項目又は追加項目)消費税込	1,780
合計(A+B+C+D)消費税込	11,880
E:詳細項目 (※一定の基準の下医師が必要と認めた場合)	単価
○眼底検査(両眼相当)	1,280
小計(E 詳細項目)消費税込	1,280
合計(A+B+C+D+E)消費税込	13,160

### 特定健康診査(40歳～74歳)単価表

健診パターン		特定健康診査										健診単価(円) ※税込み
		基本項目	追加項目					詳細項目又は追加項目			詳細項目	
			BUN	アルブミン	尿酸	白血球	尿潜血	心電図	貧血	血清 クレアチニン	眼底	
特定健康診査	1	9,740	120	120	120	—	—	1,430	230	120		11,880
	2	9,740	120	120	120	—	—	1,430	230	120	1,280	13,160

### 健康増進法健康診査(40歳～74歳)単価表

健診パターン		健康増進法健康診査										健診単価(円) ※税込み
		基本項目	追加項目					詳細項目又は追加項目			詳細項目	
			BUN	アルブミン	尿酸	白血球	尿潜血	心電図	貧血	血清 クレアチニン	眼底	
健康増進法 健康診査	1	9,740	120	120	120	—	—	1,430	230	120		11,880
	2	9,740	120	120	120	—	—	1,430	230	120	1,280	13,160

### 健康増進法健康診査(75歳以上)単価表

健診パターン		健康増進法健康診査										健診単価(円) ※税込み	
		基本項目	追加項目					詳細項目又は追加項目			詳細項目		合計
			BUN	アルブミン	尿酸	白血球	尿潜血	心電図	貧血	血清 クレアチニン	眼底		
健康増進法 健康診査	1	9,740	120	120	120	—	—	1,430	230	120		11,880	
	2	9,740	120	120	120	—	—	1,430	230	120	1,280	13,160	

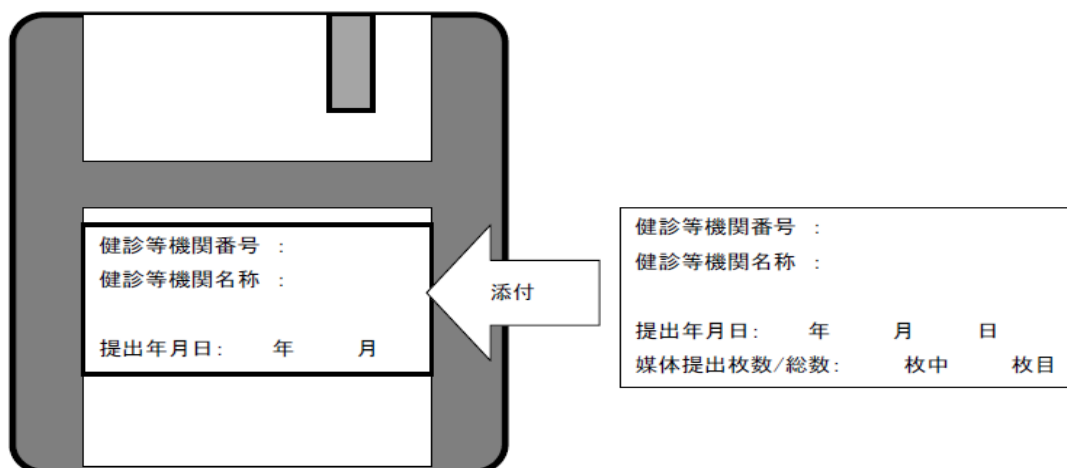
### 後期高齢者健康診査単価表

健診パターン		後期高齢者健康診査										健診単価(円) ※税込み	
		基本項目	追加項目					詳細項目又は追加項目			詳細項目		合計
			BUN	アルブミン	尿酸	白血球	尿潜血	心電図	貧血	血清 クレアチニン	眼底		
後期高齢者 健康診査	1	9,740	120	120	120	—	—	1,430	230	120		11,880	
	2	9,740	120	120	120	—	—	1,430	230	120	1,280	13,160	

提出用電子媒体に添付するラベルの記載方法

①FDまたはMOへの添付ラベル

ラベルシールに記載し、所定の添付してください。



②CD-Rへの記載

シールは使用せずに、**直接、油性マジックなどで、レーベル面に直接記載**してください。



**特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書**

三重県国民健康保険団体連合会 行

特定健診・特定保健指導データの請求について、下記の通り提出いたします。

提出年月日	年 月 日 提出								
健診等機関番号									
健診機関等名称									
電話番号	( )				担当者名				
F A X	( )								

実施種別	特定健康診査	特定保健指導	
実施月分	年 月 実施分		
媒体種類	MO	FD	CD-R
媒体枚数	枚		

※ 実施種別及び媒体種類については、該当に○をしてください。  
 なお、複数ある場合はすべてに○をしてください。

## 個人情報の取扱いに関する特記事項

### (基本的事項)

第1条 公益社団法人三重県医師会及び実施機関（以下「実施機関等」という。）は、個人情報の保護の重要性を認識し、この契約による事務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならない。

また実施機関等は、個人番号を含む個人情報取扱事務を実施する場合には、「行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律」（平成25年法律第27号。以下「番号法」という。）等関係法令を遵守すること。

### (秘密の保持)

第2条 実施機関等は、この契約による事務に関して知ることができた個人情報を委託元の承諾なしに他人に知らせてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

### (責任体制の整備)

第3条 実施機関等は、個人情報の安全管理について、内部における責任体制を構築し、その体制を維持しなければならない。

### (保有の制限)

第4条 実施機関等は、この契約による事務を処理するために個人情報を保有するときは、事務の目的を明確にするとともに、事務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。

2 実施機関等は、この契約による事務を処理するために個人情報を保有するときは、委託元の指示に従わなければならない。

### (利用及び提供の制限)

第5条 実施機関等は、この契約による事務に関して知り得た個人情報を契約の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならない。

### (教育の実施)

第6条 実施機関等は、この契約による事務に従事している者に対して、在職中及び退職後において、その事務に関して知ることができた個人情報を他に漏らしてはならないこと、契約の目的以外の目的に使用してはならないこと及び個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）（以下「個人情報保護法」という。）第66条第2項及び第67条、個人情報保護法及び番号法に定める罰則規定並びに本特記事項において従事者が遵守すべき事項、その他この契約による業務の適切な履行に必要な事項について、教育及び研修をしなければならない。

### (派遣労働者等の利用時の措置)

第7条 実施機関等は、この契約による事務を派遣労働者、契約社員その他の正社員以外の労働者に行わせる場合は、正社員以外の労働者についての労働派遣契約書において個人情報取扱いを明示する等、正社員以外の労働者にこの契約に基づく一切の義務を遵守させなければならない。

2 実施機関等は、委託元に対して、正社員以外の労働者による個人情報の処理に関する結果について責任を負うものとする。

(再委託の禁止)

第8条 実施機関等は、この契約による事務を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、委託元が承諾した場合を除き、第三者にその処理を委託してはならない。ただし、次の場合はこの限りではない。

一 実施機関等が、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合。

二 委託料の請求にかかる健診データ代行入力とデータの電子化及び健診結果票の作成を委託する場合。

2 実施機関等は、再委託を行った場合、再委託先にこの契約に基づく一切の義務を遵守させるとともに、実施機関等と再委託先との契約内容にかかわらず、委託元に対して、再委託先による個人情報の処理及びその結果について責任を負うものとする。

(個人情報の適正管理)

第9条 実施機関等は、この契約による事務を行うために利用する個人情報を保持している間は、次の各号の定めるところにより、個人情報の管理を行わなければならない。

一 施錠が可能な保管庫又は施錠若しくは入退室管理可能な保管室で厳重に個人情報を保管すること。

二 個人情報を電子データで持ち出す場合は、電子データの暗号化処理又はこれと同等以上の保護措置を施すこと。

三 個人情報を取り扱う場所に、私用パソコン、私用外部記録媒体その他私用物を持ち込んで、個人情報を扱う作業を行わせないこと。

四 個人情報を利用する作業を行うパソコンに、個人情報の漏えいにつながると考えられる業務に関係のないアプリケーションをインストールしないこと。

(個人情報の返還、廃棄又は消去)

第10条 実施機関等は、この契約による事務を処理するために保有した個人情報について、事務完了後、委託元の指示に基づいて個人情報を返還、廃棄又は消去しなければならない。

2 実施機関等は、第1項の個人情報を廃棄する場合、記録媒体を物理的に破壊する等当該個人情報が判読、復元できないように確実な方法で廃棄しなければならない。

3 実施機関等は、パソコン等に記録された第1項の個人情報を消去する場合、データ消

去用ソフトウェアを使用し、通常の方法では当該個人情報が判読、復元できないように確実に消去しなければならない。

(点検の実施)

第 11 条 実施機関等は、委託元から個人情報の取扱いの状況について報告を求められた場合は、個人情報の取扱いに関する点検を実施し、直ちに委託元に報告しなければならない。

(検査及び立入調査)

第 12 条 委託元は、本委託業務に係る個人情報の取扱いについて、本特記事項に基づき必要な措置が講じられているかどうか検証及び確認するため、実施機関等及び再委託先等に対して検査を行うことができる。

2 委託元は、前項の目的を達するため、個人情報を取り扱う場所を立入調査することができるものとし、実施機関等に対して必要な情報を求め、又はこの契約による事務の執行に関して必要な指示をすることができる。

(事故発生時の対応)

第 13 条 実施機関等は、この契約による事務の処理に関して個人情報の漏えい等の事故が発生した場合は、その事故の発生に係る帰責の有無に関わらず、直ちに委託元に対して、当該事故に関わる個人情報の内容、件数、事故の発生場所、発生状況を書面により報告し、委託元の指示に従わなければならない。

2 実施機関等は、委託元と協議のうえ、二次被害の防止、類似事案の発生回避等の観点から、可能な限り当該漏えい等に係る事実関係、発生原因及び再発防止策の公表に努めなければならない。

(契約の解除)

第 14 条 委託元は、実施機関等が本特記事項に定める義務を履行しない場合及び個人情報保護法に違反した場合は、この契約による業務の全部又は一部を解除することができる。

2 実施機関等は、前項の規定による契約の解除により損害を受けた場合においても、委託元に対して、その損害の賠償を請求することはできないものとする。

(損害賠償)

第 15 条 実施機関等の故意又は過失を問わず、実施機関等が本特記事項の内容に違反し、又は怠ったことにより、委託元に対する損害を発生させた場合は、実施機関等は、委託元に対して、その損害を賠償しなければならない。

： 年 月 請求分

健康増進法健康診査請求総括表

健 診 機 関 コ ー ド									

健診等機関  
の所在地  
名 称

下記のとおり請求する。

開設者氏名

印

年 月 日

電話番号

1. 健康増進法健康診査

① 健康増進法健康診査（40歳～74歳）		単 価	件 数	請 求 金 額
1	基本+追加	11,880 円	× 件	円
	基本+追加・詳細（眼底以外）			
2	基本+追加+詳細（眼底）	13,160 円	× 件	円
	基本+追加・詳細（眼底以外）+詳細（眼底）			
小 計			件	円

② 健康増進法健康診査（75歳以上）		単 価	件 数	請 求 金 額
1	基本+追加	11,880 円	× 件	円
	基本+追加・詳細（眼底以外）			
2	基本+追加+詳細（眼底）	13,160 円	× 件	円
	基本+追加・詳細（眼底以外）+詳細（眼底）			
小 計			件	円

合 計			件	円
-----	--	--	---	---

※追加項目又は詳細項目について

- ・心電図検査、貧血検査、血清クレアチニン検査は追加項目又は詳細項目となります。
- ・詳細項目として請求される場合は、質問票に実施理由をご記入ください。
- ・特別な理由で上記の単価以外で請求する場合は三重県国民健康保険団体連合会へご連絡ください。

○年○月請求分

健康増進法健康診査請求総括表

請求月を記入

健 診 機 関 コ ー ド									
2	4	1	0	0	0	0	0	0	0

健診等機関番号を記入

下記のとおり請求する。

健診等機関 〒500-0000  
の所在地 三重県〇〇市〇〇111番地

名 称 〇〇病院

開設者氏名 国保 太郎

電話番号 000-000-0000

印

○年○月○日

提出日を記入

必要事項を記入

1. 健康増進法健康診査

① 健康増進法健康診査 (40歳~74歳)		単 価	件 数	請 求 金 額
1	基本+追加	11,880 円	× 2 件	23,760 円
	基本+追加・詳細(眼底以外)			
2	基本+追加+詳細(眼底)	13,160 円	× 1 件	13,160 円
	基本+追加・詳細(眼底以外)+詳細(眼底)			
小 計			3 件	36,920 円

② 健康増進法健康診査 (75歳以上)		単 価	件 数	請 求 金 額
1	基本+追加	11,880 円	× 1 件	11,880 円
	基本+追加・詳細(眼底以外)			
2	基本+追加+詳細(眼底)	13,160 円	× 件	円
	基本+追加・詳細(眼底以外)+詳細(眼底)			
小 計			1 件	11,880 円

合 計			4 件	48,800 円
-----	--	--	-----	----------

請求件数、請求金額、小計は  
①74歳以下、②75歳以上に分けて記入

合計件数、合計金額を記入

※追加項目又は詳細

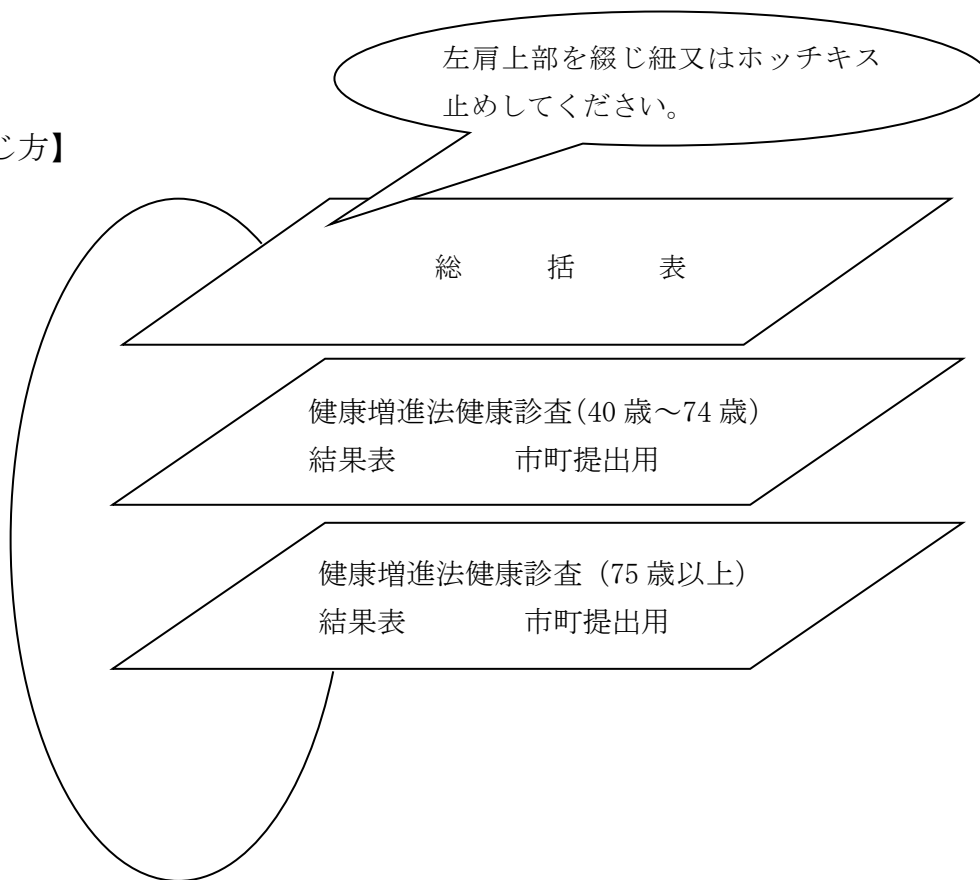
- ・心電図検査、 は詳細項目となります。
- ・詳細項目として請求される場合は、質問票に実施理由をご記入ください。
- ・特別な理由で上記の単価以外で請求する場合は三重県国民健康保険団体連合会へご連絡ください。

## 健康増進法健康診査の請求方法

- 健康増進法健康診査の請求は、総括表を添付し健診結果と共に国保連合会へ提出してください。

【提出締切日】 毎月 10 日

### 【綴じ方】



### 【作成方法】

- ① 健康増進法健康診査請求総括表を一枚作成してください。
- ② 総括表の下に健康増進法健康診査結果表(40歳～74歳)をまとめてください。
- ③ その下に健康増進法健康診査結果表(75歳以上)をまとめてください。
- ④ 上記の順番にして綴じ紐等で一まとめに綴じてください。

# 參考資料

三重県健診・保健指導の連携のあり方  
検討調整会議運営要綱

## 三重県健診・保健指導の連携のあり方検討調整会議運営要綱

### (目的)

第1条 平成20年度の医療制度改革に伴い三重県の各市町(複数の市町で構成する公共団体の組織を含む。以下「県内市町」という。)における健診・保健指導並びに三重県後期高齢者医療広域連合(以下「広域連合」という。)及び被用者保険医療保険者(以下「被用者保険者」という。)の健診・保健指導の連携のあり方を検討調整するため、三重県健診・保健指導の連携のあり方検討調整会議(以下「会議」という。)を設置する。

### (所掌事項)

第2条 会議は次の事項について、検討・調整を行う。

- (1) 特定健診・特定保健指導(広域連合及び健康増進法の健診・保健指導を含む。以下「特定健診等」という。)の連携・調整に関すること
- (2) 特定健診等の項目、費用及び実施に必要な健診機関・保健指導機関との契約に関すること
- (3) 特定健診等以外の健診との連携・調整に関すること
- (4) 被用者保険者健診・保健指導と特定健診等及び特定保健指導等との連携・調整に関すること
- (5) 健診等データ管理電算システムに関すること
- (6) その他健診・保健指導等の連携・調整に関すること

### (会議の構成員)

第3条 会議の構成員は、三重県並びに県内市町及び広域連合の関係事務を所管する課(室、特命監、次長等を含む。以下「所管課」という。)の長をもって構成する。

### (委員長等)

第4条 会議に委員長を置き、三重県医療保健部国民健康保険課長をもって充てる。

- 2 委員長に事故あるときは、あらかじめ委員長が指名する委員がその職務を代理する。

### (会議の運営)

第5条 会議は、委員長が必要に応じて招集し、その議長となる。

- 2 委員長が必要と認めるときは、委員以外の者に会議への出席を求め、意見又は説明を聴くことができる。

### (担当者会の設置)

第6条 第2条に規定する所掌事項の具体的な内容について、検討・調整を行うため、会議に担当者会を設置する。

- 2 担当者会の構成員は、三重県並びに県内市町及び広域連合の関係事務を所管する課(室を含む。以下「所管課」という。)の担当者をもって構成する。

(作業部会の設置)

第7条 第2条に規定する所掌事項の調査、研究等のため、会議に作業部会を設置する。

2 作業部会は、三重県並びに県内市町及び広域連合の所管課の担当者をもって構成する。

(事務局)

第8条 会議の事務局は、三重県医療保健部国民健康保険課に置く。

(その他)

第9条 この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し必要な事項は、委員長が定める。

附 則

この要綱は、平成19年6月18日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年8月22日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成24年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成25年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成30年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成31年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和2年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、令和4年4月1日から施行する。

## 特定健康診査等の集合契約にかかる代表保険者等の運用について

### 三重県健診・保健指導の連携あり方検討調整会議

三重県健診・保健指導の連携のあり方検討調整会議運営要項第9条により、会議の運営に関し必要な事項として、代表保険者等の運用については次のとおりとする。

(代表保険者等の設置)

- 1 集合契約を行うにあたって、市の中から別紙名簿の順により、代表保険者を設置する。また、契約年度の前年度から契約先との協議に入ることから、副代表保険者を設置し、代表保険者と共に協議を行い、副代表保険者が次年度に代表保険者となることとする。

(代表保険者の任期)

- 2 代表保険者等の任期は当該年度の4月から翌年3月までとする。

(代表保険者の役割)

- 3 代表保険者及び副代表保険者の役割として次の事項を定める。
  - (1) 集合契約の締結（費用決済及び共同処理等代行機関との契約を含む）
  - (2) 各市町からの契約の委任状の取りまとめ等
  - (3) 集合契約にかかる契約先との協議・調整
  - (4) 集合契約にかかる各市町への情報提供及び意見の取りまとめ
  - (5) 契約書及び健康診査等実施要領の作成及び確認
  - (6) 各市町への契約結果の報告等

(代表保険者等の引き継ぎ)

- 4 代表保険者及び副代表保険者は2月までに次期代表保険者等への引継ぎを行うこととする。

## 別紙

年度	代表保険者の市町	国保／介護
H25 年度	熊野市	国保
	いなべ市	介護
H26 年度	志摩市	国保
	伊賀市	介護
H27 年度	四日市市	国保
	伊勢市	介護
H28 年度	松阪市	国保
H29 年度	鈴鹿市	国保
H30 年度	尾鷲市	国保
H31 年度 (R1 年度)	鳥羽市	国保
R2 年度	いなべ市	国保
R3 年度	伊賀市	国保
R4 年度	津市	国保
R5 年度	伊勢市	国保
R6 年度	桑名市	国保
R7 年度	名張市	国保
R8 年度	亀山市	国保
R9 年度	熊野市	国保
R10 年度	志摩市	国保

# 健診請求支払処理日程

健診請求支払処理日程

		出納整理期間																							
		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月		4月		5月			
		上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬	上旬	中旬	下旬
健診期間 (有効期限11月30日)		[Blue bar from 7/1 to 11/30]																							
予夕請求期間		[Blue bar from 7/1 to 11/30]																							
返戻分再提出期間		[Blue bar from 8/1 to 11/30]																							
通戻返戻分再提出期間		[Blue bar from 8/1 to 11/30]																							
通戻処理方法		[Blue bar from 8/1 to 11/30]																							

☆当該年度の健診予夕提出締切日は2月5日

※通常の返戻分の再提出期間

※通常の通戻分の再提出期間

※通常の通戻返戻処理とする

※通戻返戻不能分については、納付書で納付する。



令和8年度特定健康診査等実施要領に係る令和7年度からの修正箇所一覧

頁	修正箇所	令和7年度版(修正前)	令和8年度版(修正後)
表紙	日付	令和7年4月1日	令和8年4月1日
実施要領からの変更点	各項目	<p>・令和6年度</p> <p>P2 代表保険者の変更 特定健診・健康増進法健診 (桑名市一名張市)</p> <p>P3・4 対象者の生まれ年の変更</p> <p>P7 実施期間の年度の変更</p> <p>P8 実施方法における記載変更</p> <p>P20 健康診査の流れの変更</p> <p>P21 受診パターンの変更</p> <p>P22～26 受診券の変更</p> <p>P27～33 質問票の変更</p> <p>P63 代表保険者の削除及び追加</p>	<p>・令和8年度</p> <p>P2 代表保険者の変更 特定健診・健康増進法健診</p> <p>P3・4 対象者の生まれ年の変更</p> <p>P7 実施期間の年度の変更</p> <p>P8 実施方法における記載変更</p> <p>P9～15 検査項目の変更</p> <p>P22～26 受診券の変更</p> <p>P29 質問票の記載例の変更</p> <p>P63 代表保険者の削除及び追加</p>
2	A、C、D	(名張市)	(亀山市)
3	A国保	昭和25年 昭和61年	昭和26年 昭和62年
	B後期	昭和25年 令和7年	昭和26年 令和8年
4	C健増法(40歳～74歳)	昭和25年 昭和61年	昭和26年 昭和62年
	D健増法(75歳～)	昭和25年	昭和26年
7	(5)実施期間	令和7年	令和8年
8	3実施方法 (1)健康診査の実施方法 ア 事前の確認	a 持参物 健康診査受診券(別紙3参照※紛失した場合、受診希望者に対して各保険者に再発行を申し出るよう伝えること)、各質問票(別紙4参照※事前に本人が記載することが望ましい)、保険資格が確認できるもの(マイナ保険証、資格確認書、被保険者証など)、自己負担金、前年度の健康診査の結果	a 持参物 健康診査受診券(別紙3参照※紛失した場合、受診希望者に対して各保険者に再発行を申し出るよう伝えること)、各質問票(別紙4参照※事前に本人が記載することが望ましい)、保険資格が確認できるもの(マイナ保険証、資格確認書など)、自己負担金、前年度の健康診査の結果
9～15		<p>・当日受付の際には、必ず受診券に記載されている事項とオンライン資格確認等により保険資格を十分確認のうえ、受診券を受け取ること。</p>	<p>【A 特定健康診査】</p> <p>ア 基本的な健康診査の項目</p> <p>・d 血圧測定</p> <p>イ 追加項目、詳細項目又は追加項目</p> <p>・c 末梢血液一般検査、貧血検査</p> <p>【B 後期高齢者健康診査】</p> <p>イ 追加項目、詳細項目又は追加項目</p> <p>・d 末梢血液一般検査の検査方法を「特定健康診査に準ずる」</p>
22～26	別紙3 受診券	[令和7年度の受診券]	[令和8年度の受診券]
27～33	別紙4 質問票	[令和7年度の質問票]	[令和8年度の質問票]
63	代表保険者順番表	代表保険者の削除及び追加 (平成23年度を削除し、令和9年度を追加)	代表保険者の削除及び追加 (平成24年度を削除し、令和10年度を追加)