令和６年度版

特定健康診査（個別健診）実施ガイド

島根県保険者協議会

事務局：島根県・島根県国民健康保険団体連合会

目　次

Ⅰ　特定健康診査

1　特定健康診査とは…… 1
2　健診機関の役割…… 1
3　対象者…… 1
4　実施項目…… 2

Ⅱ　実施方法等

1　受診から請求までの流れ…… 3
2　眼底検査を眼科医への再委託により実施する方法及び請求
⑴国民健康保険…… 4
⑵被用者保険…… 5
3　受診券の交付
⑴国民健康保険…… 6
⑵被用者保険…… 7

Ⅲ　費用の請求

1　国民健康保険
⑴特定健康診査の実施項目別費用額一覧…… 8
⑵保険者別自己負担額一覧…… 9
2　被用者保険
⑴特定健康診査の実施項目別費用額一覧…… 10
⑵保険者別自己負担額一覧…… 11

Ⅳ　受診券の様式

1　国民健康保険…… 12
2　被用者保険…… 16

Ⅴ　Q＆A…… 22

Ⅵ　特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供（みなし健診）… 25

Ⅶ　問い合わせ先

1　国民健康保険…… 26
2　被用者保険…… 27

参考資料

特定保健指導対象者、メタボリックシンドローム判定基準、受診勧奨値判定基準… 28
特定健診の標準的な質問票…… 29
後期高齢者の質問票…… 30

Ⅰ 特定健康診査

1　特定健康診査（特定健診）とは

医療保険者（国保・被用者保険）が、40～74歳の加入者（被保険者・被扶養者）を対象として、毎年度、計画的に（特定健康診査等実施計画に定めた内容に基づき）実施する、メタボリックシンドロームに着目した検査項目による健康診査

＜高齢者の医療の確保に関する法律＞
第二十条（抜粋）　保険者は、特定健康診査等実施計画に基づき、厚生労働省令で定めるところにより、四十歳以上の加入者に対し、特定健康診査を行うものとする。

2　健診機関の役割

○医療保険者より委託された健診機関は、適切に特定健診を実施する。
○健診結果が示唆する健康課題等について、健診受診者に将来の疾患発症リスクを示すことや、疾病予防の重要性等を分かりやすくフィードバックする。
○受診勧奨判定値を超える検査測定値があれば、その程度、年齢等を考慮した上で、医療機関を受診する必要性について受診者に通知する。特に、医療機関受診が必要であると判断された者に対しては積極的な受診勧奨を行う。
○その際、対象者の特性等に応じてナッジ等を活用した受診勧奨方法を工夫する。
○健診後、早期に特定保健指導の初回面接を実施することが推奨されており、保健指導対象者には保健指導を実施できる体制を整えることが望ましい。

「標準的な健診・保健指導プログラム【令和６年度版】」より

3　対象者

実施年度中に40～74歳となる者（実施年度中に75歳になる75歳未満の者も含む）
※通院している者（治療中の者）も特定健診の対象

ただし、次の者は上記対象者から除く。

① 妊産婦
② 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
③ 国内に住所を有しない者
④ 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
⑤ 病院又は診療所に６月以上継続して入院している者
⑥ 高齢者の医療の確保に関する法律第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又は入居している者（特別養護老人ホーム、老人保健施設、障害者支援施設等の施設入所者）

4　実施項目

(1) 基本的な健診項目

項　目	備　考
既往歴の調査	服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査（質問票）を含む
自覚症状及び他覚症状の有無の検査	理学的検査（身体診察）
身長・体重・腹囲の検査	BMIが20未満の者は省略可 腹囲の測定に代えて、内臓脂肪面積の測定でも可
BMI の測定	BMI ＝体重（kg）÷身長 (m) の２乗
血圧の測定	収縮期・拡張期
肝機能検査	AST（GOT）・ALT（GPT）・γ-GT（γ-GTP）
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（やむを得ない場合は随時中性脂肪※1）・HDL コレステロール・LDL コレステロール 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が 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 コレステロールでも可
血糖検査	空腹時血糖・HbA1c（NGSP 値）、やむを得ない場合は随時血糖※2
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無
判　定	メタボリックシンドローム、保健指導レベル（参考資料参照）

※１　空腹時中性脂肪は絶食10時間以上、随時中性脂肪は絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。
※２　空腹時血糖は絶食10時間以上、随時血糖は食事開始時から 3.5 時間以上絶食10時間未満に採血が実施されたものとする。

(2) 詳細な健診項目

①貧 血 検 査・・・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に実施

②心電図検査・・・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以上又は問診等で不整脈が疑われる者に実施

③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に実施

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

※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の確認ができない場合、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。

④血清クレアチニン検査・・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に実施
（eGFRによる腎機能の評価を含む）

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

◆基準に該当するだけでなく、受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が個別に判断。
◆医師は、当該健診を実施する理由を医療保険者へ示すとともに、受診者に説明する。

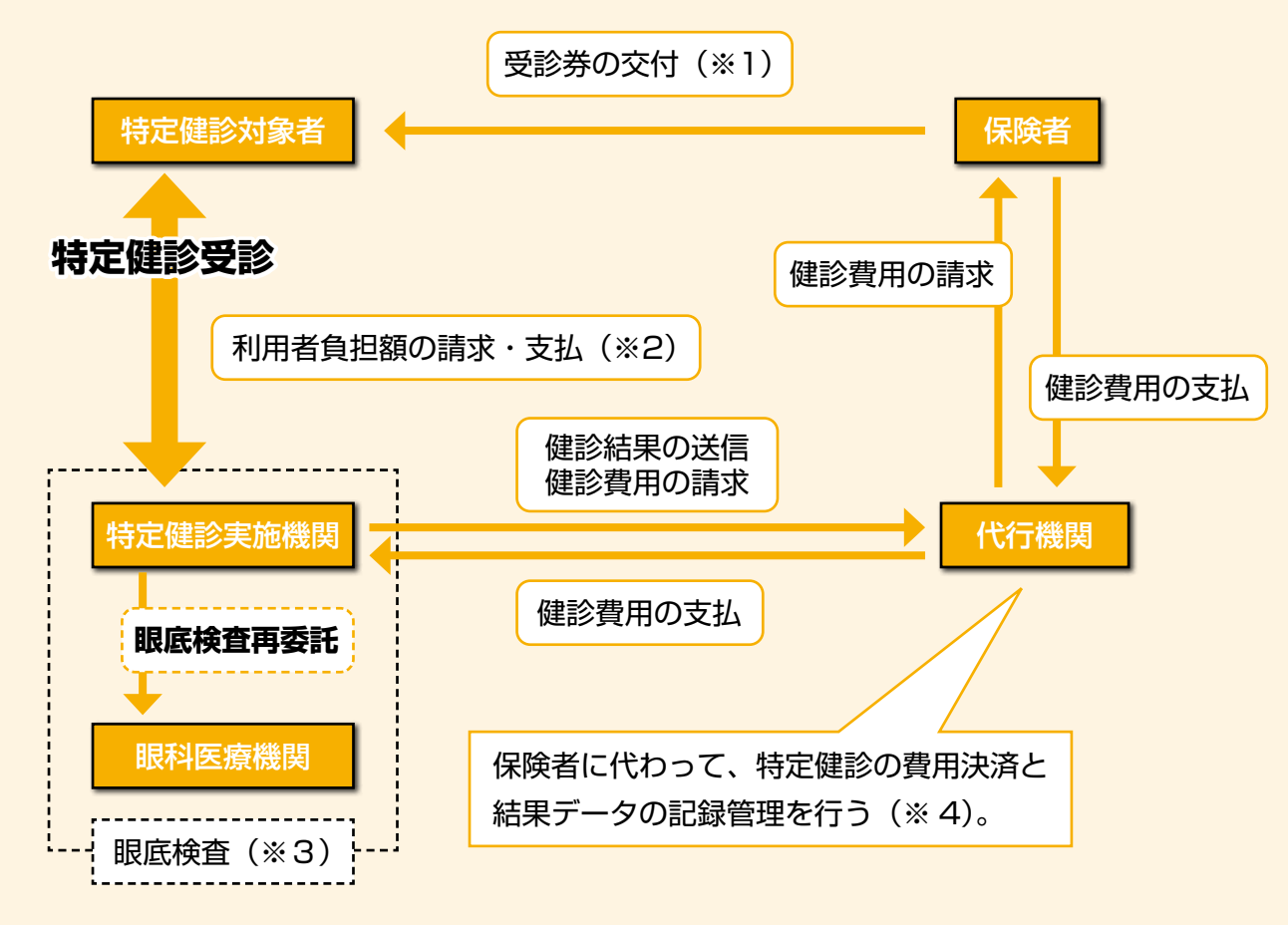
(3) 追加健診（国保のみ）

各市町村が独自で実施する検査項目

⚠ 追加健診項目が詳細な健診の基準を満たす場合は、詳細な健診として請求する。

Ⅱ 実施方法等

1　受診から請求までの流れ



※１：受診券の交付方法は保険者による

※２：負担金の有無及び金額の詳細については、「Ⅲ費用の請求」（８頁～11頁）を参照

※３：眼底検査の実施方法及び請求の詳細については「Ⅱ-2 眼底検査を眼科医への再委託により実施する方法及び請求」（４頁～５頁）を参照

※４：島根県における保険者別代行機関

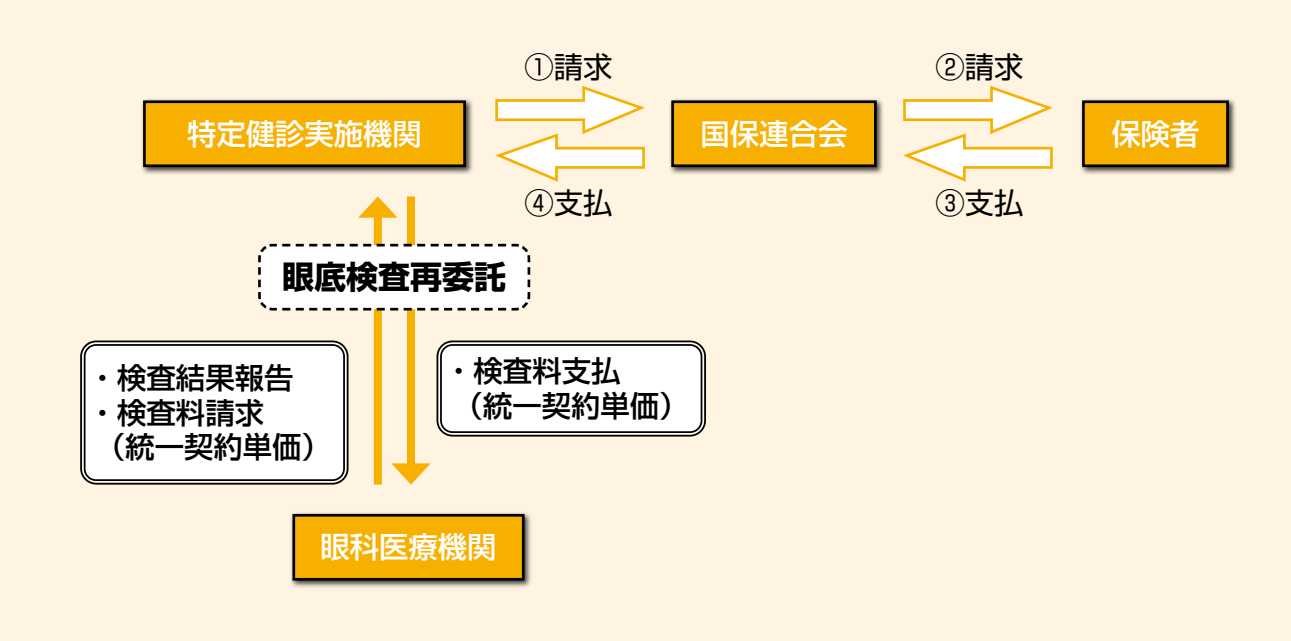
保　険　者	代行機関	
	機　関　名	機関番号
市町村国保、医師国保組合	島根県国民健康保険団体連合会	93299022
全国健康保険協会、共済組合、健康保険組合	社会保険診療報酬支払基金	94899010

2　眼底検査を眼科医への再委託により実施する方法及び請求

（1）国民健康保険

①統一契約単価で実施

特定健診実施機関は眼底検査料（統一契約単価）を含めた特定健診費用を請求し、眼科医療機関へ眼底検査料を支払う。

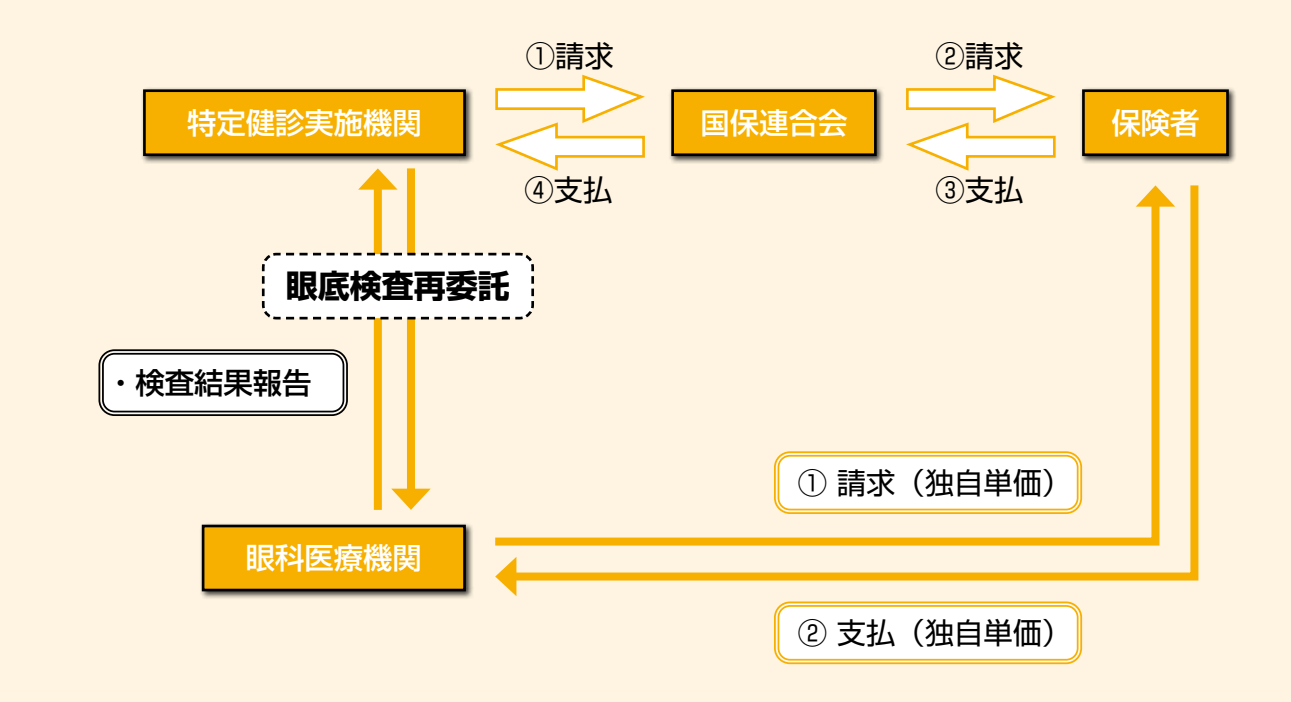


②独自単価で実施

特定健診実施機関は眼底検査料を**除く**特定健診費用の請求を行う。

眼底検査料（独自単価）については、眼科医療機関が保険者へ**直接請求**し、保険者が眼科医療機関へ支払う。

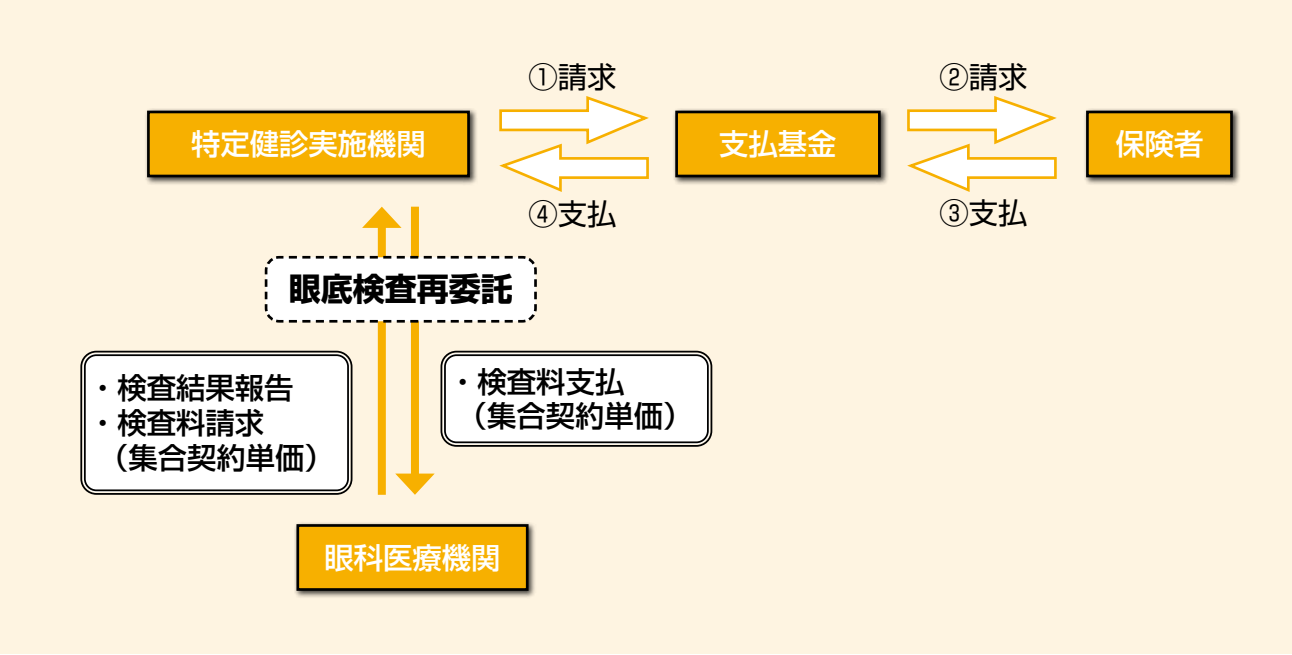
※独自単価について、別途保険者と郡市医師会が契約を締結。



（2）被用者保険

●集合契約単価で実施

特定健診実施機関は眼底検査料（集合契約単価）を含めた特定健診費用を請求し、眼科医療機関へ眼底検査料を支払う。



3　受診券の交付

（1）国民健康保険

保険者名	交付時期	有効期限	質問票（問診票）配付方法	同封物
松 江 市	５月下旬	12月21日	・受診券交付時に同封	・案内リーフレット（実施機関等を記載） ・受診勧奨チラシ
浜 田 市	５月下旬	11月30日	・受診券交付時に同封 ・健診実施機関へ配付	・案内文書 ・実施機関一覧 ・リーフレット
出 雲 市	６月 中旬～下旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・実施機関一覧
益 田 市	６月上旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・実施機関一覧
大 田 市	５月下旬	12月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・市内健診機関一覧 ・リーフレット
安 来 市	６月下旬	11月30日	・個別：実施医療機関にて配付 ・集団：健診会場等で配付	・リーフレット ・大腸がん検診のお知らせ ・国保保健事業のお知らせ
江 津 市	５月下旬	10月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・市内健診機関一覧 ・記録票 ・リーフレット ・がん検診案内
雲 南 市	５月下旬	令和７年３月31日	・個別：市内医療機関へ配付 ・集団：健診日時案内時に送付	・案内文書 ・実施機関一覧 ・集団健診申込書
奥出雲町	７月中旬	令和７年３月31日	・受診券は保険証と一体型のため、別途郵送または医療機関備え置き	・案内文書
飯 南 町	５月上旬	令和７年３月31日	・個別：受診券交付時に同封 ・集団：健診セットに同封	
川 本 町	６月上旬	令和７年３月31日	・個別：受診券交付時に同封 ・集団：健診日時案内時に送付	・案内文書 ・チラシ
美 郷 町	６月 上旬～中旬	12月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・追加検査に関する問診票（集団健診の希望者のみ）
邑 南 町	５月下旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書
津和野町	５月下旬	12月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・予約票（集団健診予約者のみ）
吉 賀 町	６月中旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	【事前申込ありの方】 ・リーフレット ・検査キット（大腸がん検診、歯周病唾液検査の申込をされた方へ同封） 【事前申込なしの方】 ・案内文書
海 士 町	８月上旬	令和７年３月31日	・予約受付した方へ郵送	・受診券発送時に案内文書① ・予約した方に質問票及び案内文書②

保険者名	交付時期	有効期限	質問票（問診票）配付方法	同封物
西ノ島町	５月中旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書
知 夫 村	４月上旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	・健診日の案内
隠岐の島町	５月中旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書
医　師 国保組合	６月上旬	令和７年１月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・実施機関一覧 ・リーフレット

※海士町、西ノ島町及び知夫村は集団健診のみ受診可能です。

（2）被用者保険（被扶養者に係るもの）
令和６年度代表保険者：全国健康保険協会島根支部

保険者名		交付時期	有効期限	質問票（問診票）配付方法	同封物
全国健康保険協会 （協会けんぽ） 島根支部		４月中旬	令和７年３月31日	― （配付しない）	・案内文書兼実施機関一覧 ・リーフレット
健康保険組合	山陰合同銀行 健康保険組合	５月中旬	12月31日	― （配付しない）	・案内文書 ・実施機関一覧 ・リーフレット ・健診予定の連絡票
	山陰自動車業 健康保険組合	５月中旬	12月31日	・事業所経由	・案内文書 ・実施機関一覧 ・リーフレット
	ダイワボウ 健康保険組合	４月中旬	令和７年１月31日	・受診券交付時に同封	
	中国新聞 健康保険組合	７月上旬	令和７年３月31日	― （配付しない）	・案内文書 ・婦人科検診の案内(広島市内)
	しんくみ中国 健康保険組合	５月上旬	令和７年２月28日	・事業所経由	・案内文書
	青山商事 健康保険組合	６月上旬	令和７年３月31日	― （配付しない）	・案内文書 ・実施機関一覧
共済組合	地方職員 共済組合 島根県支部	５月中旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・実施機関一覧 ・リーフレット
	公立学校共済 組合島根支部	６月上旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・実施機関一覧 ・リーフレット ・アンケート用紙 ・返信用封筒
	警察共済組合 島根県支部	６月中旬	12月31日	― （配付しない）	・案内文書 ・実施機関一覧 ・リーフレット
	島根県市町村 職員共済組合	５月下旬	令和７年３月31日	・受診券交付時に同封	・案内文書 ・実施機関一覧 ・リーフレット

Ⅲ 費用の請求

1　国民健康保険

（1）特定健康診査の実施項目別費用額一覧

【請求額】＝【費用額合計】－【自己負担額】

※（　　）は眼底検査を眼科医へ再委託した場合

実施項目		詳細な健診及び追加健診					費用額合計（円）
		貧血 231円	心電図 1,430円	眼底 1,232円 (2,035円)※	血清クレアチニン 121円	尿酸 121円	
基本的な健診のみ							8,822
基本的な健診＋追加項目	貧血	○					9,053
	心電図		○				10,252
	眼底			○			10,054 (10,857)
	血清クレアチニン				○		8,943
	貧血＋心電図	○	○				10,483
	貧血＋眼底	○		○			10,285 (11,088)
	貧血＋血清クレアチニン	○			○		9,174
	心電図＋眼底		○	○			11,484 (12,287)
	心電図＋血清クレアチニン		○		○		10,373
	眼底＋血清クレアチニン			○	○		10,175 (10,978)
	貧血＋心電図＋眼底	○	○	○			11,715 (12,518)
	貧血＋心電図＋血清クレアチニン	○	○		○		10,604
	貧血＋眼底＋血清クレアチニン	○		○	○		10,406 (11,209)
	心電図＋眼底＋血清クレアチニン		○	○	○		11,605 (12,408)
	貧血+心電図+眼底+血清クレアチニン	○	○	○	○		11,836 (12,639)
	尿酸					○	8,943
	貧血+尿酸	○				○	9,174
	心電図+尿酸		○			○	10,373
	眼底+尿酸			○		○	10,175 (10,978)
	血清クレアチニン+尿酸				○	○	9,064
	貧血+心電図+尿酸	○	○			○	10,604

実施項目		詳細な健診及び追加健診					費用額合計（円）
		貧血 231円	心電図 1,430円	眼底 1,232円 (2,035円)※	血清クレアチニン 121円	尿酸 121円	
基本的な健診+追加項目	貧血+眼底+尿酸	○		○		○	10,406 (11,209)
	貧血+血清クレアチニン+尿酸	○			○	○	9,295
	心電図+眼底+尿酸		○	○		○	11,605 (12,408)
	心電図+血清クレアチニン+尿酸		○		○	○	10,494
	眼底+血清クレアチニン+尿酸			○	○	○	10,296 (11,099)
	貧血+心電図+眼底+尿酸	○	○	○		○	11,836 (12,639)
	貧血+心電図+血清クレアチニン+尿酸	○	○		○	○	10,725
	貧血+眼底+血清クレアチニン+尿酸	○		○	○	○	10,527 (11,330)
	心電図+眼底+血清クレアチニン+尿酸		○	○	○	○	11,726 (12,529)
	貧血+心電図+眼底+血清クレアチニン+尿酸	○	○	○	○	○	11,957 (12,760)

(2) 保険者別自己負担額一覧

保険者名	自己負担額（円）										眼底検査の実施方法及び請求（※4ページ参照）	備考
	基本的な健診	詳細な健診				追加健診					①統一契約単価 ②独自単価	
		貧血	心電図	眼底	血清クレアチニン	尿酸	血清クレアチニン	貧血	心電図	眼底		
松江市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	②	眼底検査に係る費用は保険者へ請求
浜田市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	−	②	眼底検査に係る費用は保険者へ請求
出雲市	0	0	0	0	0	0	0	−	−	−	②	眼科医療機関で行う眼底検査委託料は保険者へ請求
益田市	500	0	0	0	0	0	0	0	−	−	①	
大田市	0	0	0	0	0	0	0	−	−	−	①	
安来市	0	0	0	0	0	0	0	0	0	−	②	眼底検査（健診実施機関と異なる安来市内の医療機関で眼底検査を実施した場合）は保険者へ請求 ※健診実施機関及び安来市外の医療機関で眼底検査を実施される場合は連合会へ請求
江津市	1,000	0	0	0	0	0	0	0	0	−	①	
雲南市	0	0	0	0	0	0	0	0	−	−	①	
奥出雲町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	−	①	
飯南町	0	0	0	0	0	0	0	−	0	0	①	

保険者名	自己負担額（円）										眼底検査の実施方法及び請求（※４ページ参照）	備　考
	基本的な健診	詳細な健診				追加健診					①統一契約単価 ②独自単価	
		貧血	心電図	眼底	血清クレアチニン	尿酸	チクニレンア	貧血	心電図	眼底		
川本町	500	0	0	0	0	0	0	0	0	－	①	
美郷町	500	0	0	0	0	0	0	－	0	－	①	追加健診分は保険者へ請求
邑南町	500	0	0	0	0	－	－	－	－	－	②	眼底検査に係る費用は保険者へ請求 （注）個別健診は一部の医療機関を除き全て保険者へ請求
	（注）											
津和野町	0	0	0	0	0	0	0	0	－	－	①	
吉賀町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	－	①	
海士町	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	個別健診実施なし
西ノ島町	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	
知夫村	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	－	
隠岐の島町	0	0	0	0	0	0	0	0	0	－	①	
医師国保組合	0	0	0	0	0	0	0	0	－	－	①	

2　被用者保険

（1）特定健康診査の実施項目別費用額一覧

※ふれあい診療所健診センターへの委託分を除く

【請求額】＝【費用額合計】－【自己負担額】

※（　　）は眼底検査を眼科医へ再委託した場合

実施項目		詳細な健診				費用額合計（円）
		貧血 231円	心電図 1,430円	眼底 1,232円（2,035円）	血清クレアチニン 121円	
基本的な健診のみ						8,822
基本的な健診＋追加項目	貧血	○				9,053
	心電図		○			10,252
	眼底			○		10,054（10,857）
	血清クレアチニン				○	8,943
	貧血＋心電図	○	○			10,483
	貧血＋眼底	○		○		10,285（11,088）

実施項目		詳細な健診				費用額合計（円）
		貧血 231円	心電図 1,430円	眼底 1,232円 (2,035円)	血清クレアチニン 121円	
基本的な健診＋追加項目	貧血＋血清クレアチニン	○			○	9,174
	心電図＋眼底		○	○		11,484 (12,287)
	心電図＋血清クレアチニン		○		○	10,373
	眼底＋血清クレアチニン			○	○	10,175 (10,978)
	貧血＋心電図＋眼底	○	○	○		11,715 (12,518)
	貧血＋心電図＋血清クレアチニン	○	○		○	10,604
	貧血＋眼底＋血清クレアチニン	○		○	○	10,406 (11,209)
	心電図＋眼底＋血清クレアチニン		○	○	○	11,605 (12,408)
	貧血＋心電図＋眼底＋血清クレアチニン	○	○	○	○	11,836 (12,639)

(2) 保険者別自己負担額一覧

保険者名		基本的な健診（円）	詳細な健診（円）				備考
			貧血	心電図	眼底	血清クレアチニン	
全国健康保険協会（協会けんぽ）島根支部		保険者負担上限額7,150円を超える部分	保険者負担上限額3,400円を超える部分				
健康保険組合	山陰合同銀行健康保険組合	0	0	0	0	0	
	山陰自動車業健康保険組合	0	0	0	0	0	
	ダイワボウ健康保険組合	0	0	0	0	0	
	中国新聞健康保険組合	0	0	0	0	0	
	しんくみ中国健康保険組合	0	0	0	0	0	
	青山商事健康保険組合	0	0	0	0	0	
共済組合	地方職員共済組合島根県支部	0	0	0	0	0	
	公立学校共済組合島根支部	0	0	0	0	0	
	警察共済組合島根県支部	0	0	0	0	0	任意継続組合員及び任意継続組合員被扶養者については全額自己負担
	島根県市町村職員共済組合	0	0	0	0	0	

Ⅳ 受診券の様式

1　国民健康保険

■浜田市・益田市・大田市・安来市・江津市・飯南町・川本町・美郷町・邑南町・津和野町・吉賀町・海士町・西ノ島町・知夫村・隠岐の島町・医師国保組合

〒

特定健康診査受診上の注意事項

1．上記の住所欄に変更がある場合、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、受診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．特定健康診査は受診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、保険者等において保存し、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。また、この券で受診する追加項目、その他（人間ドック）健診についても同様です。
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、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返しください。
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もあります。
8．この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。

特定健康診査受診券

年（　　年）　月　日交付

受診券整理番号			
氏　　名			
性　　別		生年月日	年（　　年）　月　日
有効期限	年（　　年）　月　日		

健診内容			実施形態	実施項目	窓口の自己負担 負担額	同時実施負担額	負担率	保険者負担上限額
特定健診	基本項目		個別					
			集団					
	詳細項目	貧血	個別					
			集団					
		心電図	個別					
			集団					
		眼底	個別					
			集団					
		血清クレアチニン	個別					
			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
注）生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額欄の自己負担額をお支払いください

保険者等	所在地	
	電話番号	
	番号	
	名称	

公印省略

契約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号　※	９３２９９０２２
支払代行機関名　※	島根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

■雲南市

〒

注意事項

1．上記の住所欄に変更がある場合、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、保険者等において保存し、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。また、この券で受診する追加項目、その他（人間ドック）健診についても同様です。
5．健診結果（・保健指導結果）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、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返しください。
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もあります。
8．この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。
※　特定健康診査の結果特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日から１週間以内に特定保健指導を利用するときは、以下をご注意ください。
9．医療機関に受療中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
10．窓口での自己負担は、原則、健診当日（特定保健指導開始時）に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以降にもお支払い頂きます。
11．特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

特定健康診査受診券（セット券）

年（　　年）　月　日交付

受診券整理番号			
氏　　名			
性　　別		生年月日	年（　　年）　月　日
有効期限	年（　　年）　月　日		

健診内容			実施形態	実施項目	窓口の自己負担 負担額	同時実施負担額	負担率	保険者負担上限額
特定健診	基本項目		個別					
			集団					
	詳細項目	貧血	個別					
			集団					
		心電図	個別					
			集団					
		眼底	個別					
			集団					
		血清クレアチニン	個別					
			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
注）生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額欄の自己負担額をお支払いください

保健指導窓口の自己負担額	

保険者等	所在地	
	電話番号	
	番号	
	名称	

公印省略

契約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号　※	９３２９９０２２
支払代行機関名　※	島根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

〒

様

2024（令和６年度）特定健診受診券

【問い合わせ先】松江市健康推進課
TEL：０８５２-６０-８１７４
FAX：０８５２-６０-８１６０

（11111）

松江市国民健康保険特定健康診査受診券

2024年6月1日 交付

受診券整理番号			
〒 住　所 カナ氏名 氏　名			
性　別		生年月日	
有効期限	2024年12月21日		

健診内容			実施形態	実施項目	自己負担額及び検査内容
特定健診	基本項目		個別	○	**負担額：無　料** ※左の健診項目全てを無料で受診できます **基本項目：** ・身体計測…身長、体重、腹囲 ・血圧測定 ・尿検査…尿蛋白、尿糖 ・血液検査…血中脂質（HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、空腹時中性脂肪） 血糖（空腹時血糖、HbA1c） 肝機能（AST、ALT、γGT） ・医師の診察 **詳細項目：全員実施** **追加項目：全員実施**
			集団	○	
	詳細項目	貧　血	個別	○	
			集団	○	
		心電図	個別	○	
			集団	○	
		眼　底	個別	○	
			集団	○	
		血清クレアチニン	個別	○	
			集団	○	
	追加項目	血清尿酸	個別	○	
			集団	○	

【受診前の注意事項】
・午前受診の場合、前日の夜9時以降は食事・間食を摂らないようにしてください。
午後受診の場合、当日は朝食を軽くとり、以降は絶食としてください。
絶食中も水・お茶など糖分を含まない水分は摂取可能です。
・服薬・注射のある人は、健診当日の服用等について主治医にご相談ください。

＜医療機関使用欄＞

保険者等			
	所在地	島根県松江市乃白町32番地2	
	電話番号	０８５２－６０－８１７４	
	番　号	0 0 3 2 0 0 1 0	公印省略
	名　称	島根県 松江市	

契約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号※1	93299022
支払代行機関名※1	島根県国民健康保険団体連合会

※1. 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。

左記の住所から変更された場合は、受診時に住民票に登録している住所を自署してください。

〒

特定健康診査受診の際の注意事項

1. 受診するときには、この**受診券と被保険者証**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。

2. この受診券に記載してある**有効期限内に受診**してください。

3. 健診結果は、受診者本人に通知するとともに、保険者等へ報告され、必要に応じ、保健指導等に活用します。ご了承のうえ、受診願います。
また、この受診券で受診する追加項目、その他健診（国保外来ドック等）についても同様です。

4. 健診結果のデータは、決済代行機関で点検されることがある他、国へ実施結果報告として匿名化し提出されます。ご了承のうえ、受診願います。

5. **松江市国保の被保険者資格が無くなったとき**（他保険者に変わった、後期高齢者医療保険に加入した等）は、**この受診券を使用して特定健診の受診はできません。**
受診当日に加入している医療保険者（保険証発行者）が実施する健診を受診してください。

6. 松江市国保の特定健診対象者ではないことを知りながら、不正にこの受診券を使用した際は、刑法第246条の規定により懲役に処されることがあります。

・健診開始は６月です。
同封の案内を読み、**早めに受診しましょう。**

・５月下旬に「がん検診等受診券」（はがき）が届いています。がん検診も受診しましょう。

・**健診結果の返却方法、時期は、**受診される医療機関毎に異なります。**受診の際にご確認ください。**

松江市からのお知らせ	
	・**75歳のお誕生日を迎えられた後は、被保険者証のみで健診を受診できます。（受診券は不要です）** ・**職場等で健診を受診しておられる方は、健診結果の提供にご協力を**お願いします。 ご提供いただける場合は、松江市健康推進課へご連絡ください。

◎**裏面の質問票を記入**してから、健診を受診してください。➡（裏面へ）

〒693-8530
出雲市
○○町○○番地

○○ ○○ 様

令和６年度(2024)特定健診受診券

問い合わせ先:出雲市健康増進課
電話:0853－21－6979
FAX:0853－21－6965

出雲市国民健康保険特定健康診査受診券

令和６年(2024)6月１日 交付

受診券整理番号			
〒 住所 カナ氏名 氏名	〒		
性 別		生年月日	年 月 日
有効期限	令和７年(2025) ３月 31 日		

健診内容			実施形態	実施項目	窓口の自己負担 負担額(円)	同時実施負担額	負担率(%)	保険者負担上限額
特定健診	基本項目		個別					
			集団					
	詳細項目	貧血※1	個別					
			集団					
		心電図※2	個別					
			集団					
		眼底※3	個別					
			集団					
		血清クレアチニン	個別					
			集団					
	追加項目	尿酸	個別					
			集団					

※1、※2、※3は、血圧や血糖値が基準を超えた方、既往歴や問診等で要件に該当した方に対し、医師が必要と認める場合にのみ実施します。

保険者等								
所在地	島根県出雲市今市町70番地							
電話番号	0853－21－2211(代)							
番号	0	0	3	2	0	0	3	6
名称	島根県 出雲市							

契約とりまとめ機関名	
支払代行機関番号 ＊	93299022
支払代行機関名 ＊	島根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。

左記の住所欄に変更がある場合、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。)

〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

特定健康診査受診上の注意事項

1. 特定健康診査を受診するときには、**この受診券** 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。
2. 特定健康診査は、この券に記載してある有効期限内に、個別健診か集団健診のどちらかを1回受診してください。ただし、個別健診は同封の案内に記載する「実施期間」以前に終了する医療機関もありますのでご注意ください。
3. **被保険者の資格が無くなったとき(他保険者に変わったとき、後期高齢者に医療保険に加入したとき等)は、この券を使用して健診を受けることはできません。**
   受診時に加入している健康保険の保険者が実施する健診を受診してください。
4. 特定健康診査受診結果は、実施機関から受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、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。また、この券で受診する追加項目、その他健診(国保人間ドック等)についても同様です。
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. 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もあります。

毎年１０月は感染症の流行なども始まり、
医療機関が大変混み合います。
早めに受診しましょう。

健康増進課からのお知らせ	「がん検診」受けていますか？ 早期発見のために、がん検診も定期的に受けましょう。詳しくは健康増進課(がん検診ダイヤル:℡21－6651)にお問合せください。

■奥出雲町

住民健康診断（特定健康診査）受診券

受診券整理番号

有効期限　　年　　月　　日

健診内容		基本項目	詳細項目	追加項目	自己負担	自己負担額及び検査内容
特定健診	基本項目	○	-	-	0円	○負担額：無　料 ※左記検査項目全てを無料で受診できます ○基本項目 ・身体計測：身長、体重、腹囲、ＢＭＩ ・血圧測定 ・尿検査：尿蛋白、尿糖 ・血液検査：血中脂質（HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、LDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ、中性脂肪）、血糖（空腹時又は随時血糖、HbA1c）、肝機能（AST、ALT、γGTP） ・医師の診療 ○詳細項目：血圧や血糖値が基準を超えた方、既往歴や問診等で要件に該当した方に対し、医師の判断により実施します。 ○追加項目：全員実施
	貧　血	-	○	○	0円	
	心電図	-	○	○	0円	
	血清クレアチニン	-	○	○	0円	
	眼　底	-	○	-	0円	
	尿　酸	-	-	○	0円	

契約取りまとめ機関名	
支払代行機関番号	９３２９９０２２
支払代行機関名	島根県国民健康保険団体連合会

注意事項

1. 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。

2. 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、保険者等において保存し、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。
   また、この券で受診する追加項目、その他節目総合健診（人間ドック）についても同様です。

3. 健診結果（・保健指導結果）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ほか、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。

4. 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もあります。

5. この券では、がん検診は受診できません。町で実施しているがん検診を受診しましょう。

2 被用者保険

■全国健康保険協会（協会けんぽ）

この受診券の送付先

特定健診受診券（セット券）

この券は、特定健診を受ける際に必要となるものです。また、特定健診の結果、特定保健指導の対象となった場合は、この券を用いて健診当日から１週間以内に特定保健指導（初回面接）をご利用いただくことができます。なお、健診当日から１週間以内の特定保健指導は、実施している健診機関のみのご利用となりますのでご留意ください。

○ この受診券により、特定健診を受診できる健診機関、健診当日から１週間以内に特定保健指導もご利用いただくことができる健診機関などの情報は、協会けんぽホームページに掲載していますのでご参照ください。

○ 受診券に印字されている氏名、生年月日が被保険者証と相違ないかをご確認ください。

○ 健診機関でお支払いいただく自己負担額は、健診機関によって異なります。自己負担額は以下の計算方法となりますのでご注意ください。

特定健診の費（※1）	－	保険者負担額（※2）	＝	自己負担額（※3）

※1 健診の予約をする前に健診機関にお問い合わせください。
※2 この受診券に記載しています。
※3 自己負担額が「0円」以下の場合は、窓口での自己負担額は0円となります。

この受診券の発送元

切り取ってご使用ください

特定健康診査受診券（セット券）

年　月　日交付

受診券整理番号
被保険者証の記号及び番号　記号　　番号
被扶養者番号

フリガナ
受診者の氏　名
性　別
生年月日

有効期限

健診内容　・特定健康診査
・その他（当日から1週間以内の保健指導）

医療保険者の負担

特定健診（基本部分）	負担額又は負担率	
特定健診（詳細部分）		
その他（保健指導・積極的）	負担額	
その他（保健指導・動機付け）		

保険者所在地

保険者電話番号

保険者番号・名称　全国健康保険協会（　　）

契約取りまとめ機関名　集合B①　協会集合A①　協会集合A②　個別契約

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

切り取らないでください

注意事項

1 この券の交付を受けたときは、必ず下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。なお、この住所は、受診した健診機関から健診結果を送付する際に用いるものですので、お手数ですが、郵便番号・番地まで正確に記入してください。

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。ただし、本年度中に75歳になられる方は、誕生日の前日まで受診できます。

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（・保健指導結果）のデータファイルは、決済代行機関に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 この券は、就職等の理由により健康保険の被扶養者の資格が無くなった日以降は使用できません。5日以内に必ず保険者に返却してください。

就職等により被扶養者資格を喪失した後に、この券を利用して特定健康診査を受診された場合は、後日、協会けんぽが補助を行った健診費用をお返しいただくことになります。

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刑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、すぐに保険者に申し出して訂正を受けてください。

9 特定健康診査を受診される当日は食事制限がありますので、受診日前に必ず健診機関にお問い合わせください。

※ **特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日から１週間以内に特定保健指導を利用する時は、以下にご注意ください。**

10 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。

11 窓口での自己負担額は、原則、健診当日（特定保健指導開始時）に全額をお支払い頂きます。

12 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

〒□□□－□□□□　都道府県
市区町村

受診券二次元バーコード　利用券二次元バーコード

（この二次元バーコードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、事務の効率化・迅速化を図るためのものです。（券面の表示に関わりのない情報はコード化されていません。）

■山陰合同銀行健康保険組合

特定健康診査受診券（セット券）

年　月　日　交付

受診券整理番号

受診者氏名

性別

生年月日

有効期限

健診内容　特定健康診査

・その他（当日保健指導）

窓口での自己負担

特定健診（基本部分）	負担額又は負担率	負担なし
特定健診（詳細部分）		負担なし
その他（保健指導・積極的支援）	負担額又は負担率	負担なし
	保険者負担上限額	負担なし
その他（保健指導・動機付け支援）	負担額又は負担率	負担なし
	保険者負担上限額	負担なし

保険者所在地　〒690-0062 島根県松江市魚町１０番地

保険者電話番号　0852-55-1084

保険者番号・名称　山陰合同銀行健康保険組合

0	6	3	2	0	0	8	9

契約とりまとめ機関名　健保連集合Ａ①　集合Ｂ①　健保連集合Ａ②　集合Ｂ②

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

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（保健指導結果）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もあります。
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。

※　特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日に特定保健指導を利用するときは、以下をご注意ください。

9. 医療機関に受療中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
10. 窓口での自己負担がある場合には、原則、健診当日（特定保健指導開始時）に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回利用時以降にもお支払い頂きます。
11. 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

住所　〒　－

※注意事項中の「被保険者証」は、「組合員証」又は「組合員被扶養者証」及び、「任意継続組合員証」又は「任意継続組合員被扶養者証」と読み替えるものとする。

■山陰自動車業健康保険組合

特定健康診査受診券

9999年05月01日交付

受診券整理番号　99999999999

受診者の氏名　サンイン　タロウ

性別　男

生年月日　昭和40年12月14日

有効期限　年　月　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）	負担額又は負担率	
特定健診（詳細部分）		

保険者所在地　〒690-0024　松江市馬潟町６７番地５

保険者電話番号　0852-61-5222

保険者番号・名称

0	6	3	2	0	1	3	9

公　印

山陰自動車業健康保険組合

契約とりまとめ機関名　健保連集合Ａ①　集合Ｂ①

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

注意事項

1. この券の交付を受けた時は、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時には、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. 被保険者の資格がなくなったときは、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もあります。
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　〒　－

■ダイワボウ健康保険組合

特定健康診査受診券

2024 年 04 月 01 日　交付

受診券整理番号　99999999999

受診者の氏名　カンサイ　タロウ

性別　1 男

生年月日　昭和43 年 05 月 05 日

有効期限　2025 年 01 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）	負担額又は負担率	
特定健診（詳細部分）		

保険者所在地　〒 541-0056
大阪府大阪市中央区久太郎町3丁目6番8号

保険者電話番号　06-6281-2525

保険者番号・名称　0 6 2 7 0 5 6 5

ダイワボウ健康保険組合

契約とりまとめ機関名　健保連集合A①　集合B①

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

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もあります。
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

〒　　－

■中国新聞健康保険組合

特定健康診査受診券

交付

受診券整理番号

受診者の氏名

性別

生年月日

有効期限

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　〒730-0854　広島市中区土橋町７－１

保険者電話番号　082-236-2170

保険者番号・名称　0 6 3 4 0 2 2 8

中国新聞健康保険組合

契約とりまとめ機関名　健保連集合Ａ①　集合Ｂ①

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

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、ご了承のうえ、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もあります。
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　〒　　－

■しんくみ中国健康保険組合

特定健康診査受診券

年05月01日 交付

受診券整理番号

受診者の氏名

性別

生年月日

有効期限　　年　月　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）

特定健診（詳細部分）

負担額又は負担率

保険者所在地

保険者電話番号

保険者番号・名称

0 6 3 4 0 6 1 6

契約とりまとめ機関名　健保連集合A①、集合B①

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

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もあります。
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　〒　　－

■青山商事健康保険組合

特定健康診査受診券

2024年06月01日　交付

受診券整理番号　99999999999

受診者の氏名　ケンポ　タロウ

性別　男

生年月日　昭和40年09月03日

有効期限　2025年03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）

特定健診（詳細部分）

負担額又は負担率

保険者所在地　広島県福山市王子町2丁目14－38

保険者電話番号　084－920－0046

保険者番号・名称　青山商事健康保険組合

公印

0 6 3 4 0 6 4 0

契約とりまとめ機関名　健保連集合A①、集合B①

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

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もあります。
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　〒　　－

■地方職員共済組合島根県支部

特定健康診査受診券（セット券）

年　月　日交付

受診券整理番号

受診者の氏名

性別

生年月日

有効期限　年　月　日

健診内容　・特定健康診査

・その他（当日保健指導）

窓口での自己負担

特定健診（基本部分） 特定健診（詳細部分）	負担額	
その他（当日保健指導）	負担額	

保険者所在地　島根県松江市殿町１番地

保険者電話番号　0852-22-5027

保険者番号・名称　地方職員共済組合島根県支部

3	2	3	2	0	1	1	1

契約とりまとめ機関名　集合Ｂ　ド/日　全　予　結　病

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

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もあります。

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。

※　特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日に特定保健指導を利用するときは、以下をご注意ください。

9．医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。

住所　〒　－

■公立学校共済組合島根支部

特定健康診査受診券（セット券）

年　月　日交付

受診券整理番号

受診者の氏名

性別

生年月日　年　月　日

有効期限　年　月　日

健診内容　・特定健康診査

・その他（　当日保健指導　）

窓口での自己負担

特定健診（基本部分）	負担額又は負担率	自己負担なし
特定健診（詳細部分）		自己負担なし
その他（当日保健指導）		自己負担なし

保険者所在地　〒690-8502　松江市殿町１　島根県教育庁内

保険者電話番号　0852-22-5414

保険者番号・名称

3	4	3	2	0	0	1	0

公立学校共済組合島根支部

契約とりまとめ機関名　集合A①、集合A②、集合B①、集合B②

支払代行機関番号　94899010

支払代行機関名　支払基金

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の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、当共済組合において保存し、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．組合員または被扶養者の資格が無くなったときは、５日以内にこの券を当共済組合に返してください。

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もあります。

8．この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに当共済組合に差し出して訂正を受けてください。

※　特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日に特定保健指導を利用するときは、以下をご注意ください。

9．医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。

10．特定保健指導の実施結果は当共済組合において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

住所　〒　－

■警察共済組合島根県支部

特定健康診査受診券

交付

受診券整理番号

受診者氏名

性別

生年月日

有効期限　　年　月　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)　特定健診(詳細部分)

負担額又は負担率	

保険者所在地　〒690-8510 島根県松江市殿町８番地１

保険者電話番号　0852-26-0110

保険者番号･名称　警察共済組合島根県支部

3	3	3	2	0	0	1	1

契約とりまとめ機関名　病、全、ド／日、予、結、集合Ｂ

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

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もあります。
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　〒　－

※注意事項中の「被保険者証」は、「組合員証」又は「組合員被扶養者証」及び、「任意継続組合員証」又は「任意継続組合員被扶養者証」と読み替えるものとする。

■島根県市町村職員共済組合

特定健康診査受診券（セット券）

交付

受診券整理番号

受診者の氏名

性別　　生年月日

有効期限　2025年３月31日

健診内容　特定健康診査

その他（当日保健指導）

窓口での自己負担　特定健診（基本部分）　特定健診（詳細部分）

負担額又は負担率	
	受診者負担なし
	受診者負担なし

その他（保健指導）

負担額又は負担率	利用者負担なし
保険者負担上限額	**********

保険者所在地　〒690-0852 島根県松江市千鳥町20番地

保険者番号・名称　島根県市町村職員共済組合

3	2	3	2	0	4	1	8

保険者電話番号　0852-21-9510

契約とりまとめ機関名
集合Ｂ①、集合Ｂ②

支払代行機関名・番号
社会保険診療報酬支払基金（94899010）

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、この券と組合員証等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・保健指導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. 組合員の資格がなくなったとき、そのお被扶養者でなくなったとき又は後期高齢者医療の被保険者等となったときは、５日以内にこの券を共済組合に返してください。
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もあります。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに共済組合に差し出して訂正を受けてください。

※ 特定健康診査の結果特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日に特定保健指導を利用するときは、以下をご注意ください。

9. 医療機関に受療中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
10. 特定保健指導の実施結果は共済組合において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

住所　〒　－

V Q&A

(1) 受診券

Q1 受診券の実施項目欄の「△」はどのような意味か。

A1 「詳細項目」は基本健診の結果によって実施していただき、「追加健診」は保険者の契約内容を確認し実施していただきたい。

Q2 年度当初に受診券を発行したが、一度国保資格を喪失し、再び国保資格を取得した後、当初発行した受診券での受診は可能か。（※国保のみ）

A2 受診可能である。

(2) 健診項目

Q1 詳細な健診と追加健診で重複している項目があるが、どのように区別するのか。（※国保のみ）

A1 健診結果等をふまえ、医師が必要と認める者について実施した場合には詳細な健診として請求し、それ以外の場合は追加健診として実施・請求する。

Q2 血糖検査において、空腹時血糖及びＨｂＡ１ｃが測定できない場合はどのように扱うのか。

A2 やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、食直後（食事開始時から3.5時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を可とする。

Q3 被用者保険の被扶養者（74歳）に対して尿酸の検査を行って良いか。

A3 尿酸は特定健診の項目ではないため、特定健診の一部として行うことはできない。

(3) 健診結果

Q1 健診結果を入力する際、被保険者証等記号と被保険者証等番号はどのように入力したら良いか。（※国保のみ）

A1 被保険者証等記号には何も入力せず、被保険者証等番号に被保険者証の「記号・番号」を全角で入力していただきたい。

Q2 健診結果を入力する際、氏名は文字数が限られているが、長い名前の外国人はどのようにしたら良いか。

A2 入力可能なところまで入力していただきたい。

Q3 健診結果 XML データの中に尿酸「コード 6」（「4+」1,000mg）の値を入力して良いか。

A3 XML のデータは国の示しているものに沿った登録をお願いしたい（それ以外はシステム上エラーとなり結果登録できない）。

Q4 健診結果を入力する際、個人単位被保険者番号（枝番）が不明の場合、どのように入力したら良いか。

A4 枝番については、把握できる範囲で確認、入力していただきたい。

(4) 自己負担額

Q1 全国健康保険協会の被扶養者等に健診を実施した場合、受診者の自己負担額はいくらか。

A1 受診券の券面に表示してある金額（保険者負担額）を健診費用から差し引いて算出した金額である。

(5) 保険者への請求

Q1 全国健康保険協会の被扶養者に詳細な健診を実施した場合、7,150円と3,400円を合算した額を保険者へ請求するのか。

A1 基本的な健診と詳細な健診の保険者への請求は、それぞれ独立したものであるため、一方で差額が生じた場合でも他方へ充当することはできない。

【計算例】《基本的な健診 ＋ 詳細な健診（貧血＋心電図）》の場合
（基本的な健診）8,822円 ＞ 補助額 7,150円
※健診費用が協会負担額を上回るため、協会負担額7,150円を保険者へ請求。
（差額1,672円は受診者の自己負担）

（詳細な健診）231円 ＋ 1,430円 ＜（協会負担上限）3,400円
※健診費用が協会負担額を下回るため、実際にかかった費用1,661円を保険者へ請求。
（差額1,739円は基本的な健診部分へ充当できない）

Q2 過誤が生じた場合、いつ再請求したら良いか。

A2 支払代行機関から「過誤調整結果通知書」が届いてから再請求をしていただきたい。
詳細は過誤事例が生じた際に、保険者又は支払代行機関に確認いただきたい。

(6) その他

Q1 特定健診実施日に血液検査を実施せず、後日実施した。その場合、費用請求を通常通り行っても良いか。

A1 実施すべき検査項目が全て終了した日（血液検査の実施日）を健診日として、通常通り請求していただきたい。

Q2 被扶養者・任意継続加入者の住所入力について、注意すべき点はあるか。

A2 被扶養者・任意継続加入者の健診情報について、受診券に記載されている住所の入力が不完全な場合、保険者からの健診結果を送付できないため、入力の際にはご注意いただきたい。

Q3 質問票（問診票）は配付していないのか。

A3 協会けんぽをはじめ一部の保険者では質問票を配布していないため（6、7ページ参照）、特定健診の標準的な質問票（29ページ参照）を参考に各実施機関でご準備いただきたい。

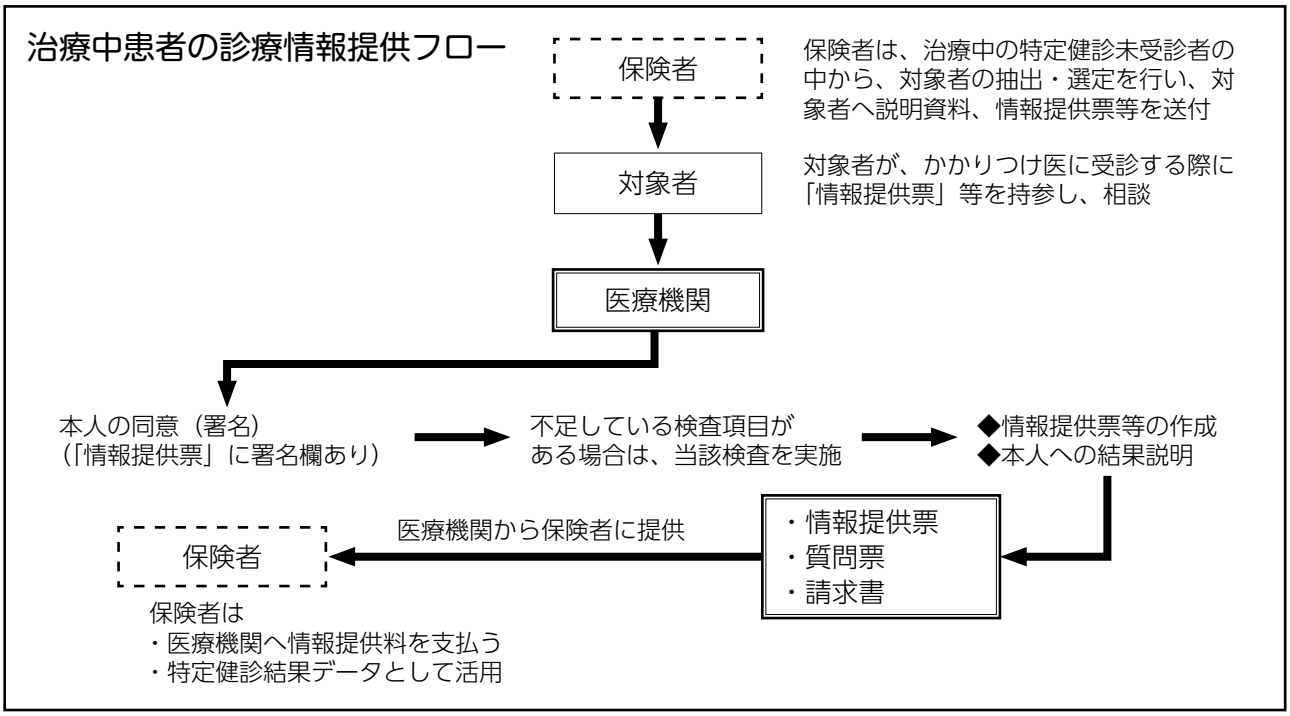
Ⅵ 特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供（みなし健診）

治療中であっても特定健康診査を受診することが重要であるが、本人同意のうえ、保険者が医療機関から診療における検査結果の提供を受け、それを健診結果として活用することができる。

島根県保険者協議会では、一般社団法人島根県医師会との契約により、医療機関から治療中患者の診療情報を提供いただく取り組みを実施している(※契約に参加している医療機関が対象)。

契約参加保険者

国保保険者	出雲市、益田市、大田市、安来市、江津市、雲南市、奥出雲町、飯南町、邑南町、吉賀町、海士町、西ノ島町、知夫村、隠岐の島町、医師国保組合
被用者保険者	山陰合同銀行健康保険組合、山陰自動車業健康保険組合



【情報提供料】

・１件あたり2,750円（消費税10％含む）※不足している検査項目の実施費用を含む。

【情報提供料の請求及び支払等】

・医療機関から保険者への情報提供及び情報提供料の請求は、原則として、月単位でとりまとめ、実施月の翌月10日までに行う。

・保険者は、請求を受けた月の翌月28日までに医療機関へ情報提供料を支払う。

【医療機関の事務】

・情報提供票等を持参した患者に対して、特定健診の受診勧奨を行った上で、患者が健診受診を希望しない場合は、保険者への情報提供について同意確認を行う。

　※患者本人が情報提供票の同意欄への署名、質問票への記入を行う（代筆可）。

・保有する検査結果等に基づき、情報提供票へ必要事項を記載する。

　※不足している検査項目がある場合は、当該検査を実施する。

・保険者へ情報提供票、質問票及び請求書を送付する。

Ⅶ 問い合わせ先

1　国民健康保険

保険者名	担当部署	電話番号
松　江　市	健康福祉部健康推進課	0852－60－8174
浜　田　市	保険年金課	0855－25－9410
出　雲　市	健康増進課	0853－21－6979
益　田　市	保険課	0856－31－0212
大　田　市	市民課　保険年金係	0854－83－8154
安　来　市	いきいき健康課	0854－23－3286
江　津　市	保険年金課	0855－52－7937
雲　南　市	健康推進課	0854－40－1045
奥出雲町	健康福祉課	0854－54－2511
飯　南　町	保健福祉課	0854－72－1770
川　本　町	健康福祉課	0855－72－0633
美　郷　町	健康福祉課	0855－75－1932
邑　南　町	保健課	0855－83－1123
津和野町	健康福祉課	0856－72－0657
吉　賀　町	保健福祉課	0856－77－1165
海　士　町	住民生活課	08514－2－1821
西ノ島町	町民課	08514－6－0103
知　夫　村	村民福祉課	08514－8－2211
隠岐の島町	町民課　国保年金係	08512－2－8560
島根県医師国民健康保険組合	国保課	0852－26－3100

2　被用者保険

(1) 島根県内の主な被用者保険保険者

	保険者名	担当部署	電話番号
	全国健康保険協会(協会けんぽ)島根支部	保健グループ	0852－59－5204
健康保険組合	山陰合同銀行健康保険組合	—	0852－55－1086
	山陰自動車業健康保険組合	—	0852－61－5222
	ダイワボウ健康保険組合（出雲地区）	—	0853－21－0340
	ダイワボウ健康保険組合（益田地区）	—	0856－31－0550
	中国新聞健康保険組合	—	082－236－2170
	しんくみ中国健康保険組合	—	082－244－2341
	青山商事健康保険組合	—	084－920－0046
共済組合	地方職員共済組合島根県支部	保健係	0852－22－5027
	公立学校共済組合島根支部	保健担当	0852－22－6615
	警察共済組合島根県支部	—	0852－26－0110
	島根県市町村職員共済組合	健康管理課	0852－21－9510

(2) 島根県内の国家公務員共済組合

委託元保険者名	保険者番号	電話番号
【厚生労働省共済組合】島根労働局支部	31320146	0852－20－7001
【厚生労働省第二共済組合】浜田医療センター所属所	31320104	0855－25－0505
【厚生労働省第二共済組合】松江医療センター所属所	31320112	0852－21－6131
【裁判所共済組合】松江支部	31320161	0852－23－1701

参考資料

●特定保健指導対象者　選定基準

<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲</th><th colspan="2">追加リスク</th><th rowspan="2">④喫煙歴</th><th colspan="2">対象</th></tr>
<tr><th>①血圧　②脂質　③血糖</th><th></th><th>40－64歳</th><th>65－74歳</th></tr>
<tr><td rowspan="3">≧ 85㎝（男性）
≧ 90㎝（女性）</td><td colspan="2">２つ以上該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的
支援</td><td rowspan="3">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">１つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">上記以外で
BMI ≧ 25</td><td colspan="2">３つ該当</td><td></td><td rowspan="2">積極的
支援</td><td rowspan="4">動機付け
支援</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">２つ該当</td><td>あり</td></tr>
<tr><td>なし</td><td colspan="2" rowspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="2">１つ該当</td><td></td></tr>
</table>

①血圧高値　a 収縮期血圧130mmHg以上 又は b 拡張期血圧85mmHg以上
②脂質異常　a 空腹時中性脂肪150mg/dl以上（やむを得ない場合は随時中性脂肪175mg/dl以上）
又は b HDL コレステロール40mg/dl未満
③血糖高値　a 空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）100mg/dl 以上又は b HbA1c（NGSP）
5.6％以上
④質 問 票　喫煙歴あり（「以前は吸っていたが最近１か月は吸っていない」場合は「喫煙なし」として扱う）

※①、②又は③の治療に係る薬剤を服用している者は、特定保健指導の対象にならない。

●メタボリックシンドローム　判定基準

<table>
<tr><th rowspan="2">腹囲</th><th colspan="2">追加リスク</th></tr>
<tr><th>①血圧　②脂質　③血糖</th><th></th></tr>
<tr><td rowspan="2">≧ 85㎝（男性）
≧ 90㎝（女性）</td><td>２つ以上該当</td><td>メタボリックシンドローム基準該当者</td></tr>
<tr><td>１つ該当</td><td>メタボリックシンドローム予備群該当者</td></tr>
</table>

①血圧：収縮期130mmHg以上、または拡張期85mmHg以上
②脂質：中性脂肪150mg/dl以上、またはHDLコレステロール40mg/dl未満
③血糖：空腹時血糖110mg/dl以上

※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。

●受診勧奨値　判定基準

	検査項目	判定値		検査項目	判定値
1	収縮期血圧	140mmHg 以上	8	HbA1c（NGSP）	6.5％以上
2	拡張期血圧	90mmHg 以上	9	随時血糖	126mg/dL 以上
3	空腹時中性脂肪	300mg/dL 以上	10	AST（GOT）	51U/L 以上
4	随時中性脂肪	300mg/dL 以上	11	ALT（GPT）	51U/L 以上
5	LDL－コレステロール	140mg/dL 以上	12	γ－GT（GTP）	101U/L 以上
6	Non－HDL－コレステロール	170mg/dL 以上	13	eGFR	45ml/分/1.73 m^2未満
7	空腹時血糖	126mg/dL 以上	14	血色素量（ヘモグロビン値）	男性12.0g/dL以下 女性11.0g/dL以下

●特定健診の標準的な質問票

NO	質問項目	回答
1-3	現在、a から c の薬の使用の有無	
1	a.　血圧を下げる薬	①はい　②いいえ
2	b.　血糖を下げる薬又はインスリン注射	①はい　②いいえ
3	c.　コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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りますか。	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りますか。	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) を受けていますか。	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ますか。 (※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件１と条件２を両方満たす者である。 条件１：最近１か月間吸っている 条件２：生涯で６か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	①はい（条件１と条件２を両方満たす） ②以前は吸っていたが、最近１か月間は吸っていない（条件２のみ満たす） ③いいえ（①②以外）
9	20歳の時の体重から10kg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。	①はい　②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。	①はい　②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。	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ふつう　③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。	①はい　②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。	①毎日　②時々 ③ほとんど摂取しない
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) を飲む頻度はどれくらいですか。 (※「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 ③週３～４日　④週１～２日 ⑤月に１～３日　⑥月に1日未満 ⑦やめた　⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の１日当たりの飲酒量 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)	①１合未満　②１～２合未満 ③２～３合未満　④３～５合未満 ⑤５合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	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すか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである（概ね６か月以内） ③近いうちに（概ね１か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる（６か月未満） ⑤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、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

※質問項目１～３（服薬状況）、８（喫煙習慣）は必須項目

●後期高齢者の質問票

	質問事項	回答欄 あてはまる番号に○をつけてください。	
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カ月間で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

【令和６年度版】
特定健康診査（個別健診）実施ガイド
令和６年５月

発行：島根県保険者協議会
（事務局：島根県・島根県国民健康保険団体連合会）
松江市学園一丁目７番14号
TEL 0852-21-2112
FAX 0852-21-2164
ホームページ
https://www.shimane-kokuho.or.jp/sd04_hokenshakyogikai/

【令和６年度版】

特定健康診査（個別健診）実施ガイド