

超図解

2026 年度

早わかり特定健診マニュアル

【医療機関用 改定版 Ver. 19】

2026 年 4 月 1 日

別 府 市 医 師 会

も く じ

I. 実施内容

集合契約における各主体間の関係図

| | | | |
|---|--------------------------|----|---|
| 1 | 特定健康診査 | 1～ | 2 |
| 2 | 後期高齢者医療被保険者の健康診査 | 1～ | 2 |
| 3 | 健康増進法に基づく健康診査 | 1～ | 2 |
| 4 | 労働安全衛生法に基づく事業主健診との関係について | 3～ | 4 |

II. 各保険別フローチャート及び受診券レイアウト

| | | | |
|---|-----------------------------|-----|----|
| 1 | 社会保険（全国健康保険協会管掌健康保険）健保・共済組合 | 5～ | 6 |
| 2 | 国民健康保険 | 7～ | 8 |
| 3 | 後期高齢者医療被保険 | 9～ | 10 |
| 4 | 別府市生活習慣病健診（生活保護世帯・保険未加入者） | 11～ | 12 |

（参考）特定健診フローチャート（別紙2 参照）

III. 医療機関での事務

| | | |
|---|------------|-------|
| 1 | 問い合わせへの対応 | 13 |
| 2 | 当日の窓口事務 | 13 |
| 3 | 健康診査終了後の事務 | 14～16 |

（参考）請求区分記入一覧表（別紙1 参照）

IV. 健診実施の流れ

| | | |
|---|-------------------|-------|
| 1 | 特定健康診査（健康診査）実施の流れ | 17～21 |
| 2 | 健診終了後の受診者への説明 | 22～23 |

（参考）健診実施の流れフローチャート（別紙2 参照）

（参考）医療機関用 転写用紙（40～74歳まで）（別紙3 参照）

（参考）医療機関用 転写用紙（75歳以上及び前期高齢者）（別紙3 参照）

（参考）検査依頼について（別紙4 参照）

V. 様式（別添）

資料1-1 特定健診依頼書（40歳～74歳まで・75歳以上及び前期高齢者：サンプル）

資料1-2 同一検査依頼書（連名簿：サンプル）

資料2 特定健康診査受診結果通知書（サンプル）

資料3 別府市生活習慣病健診請求明細書（様式2号）

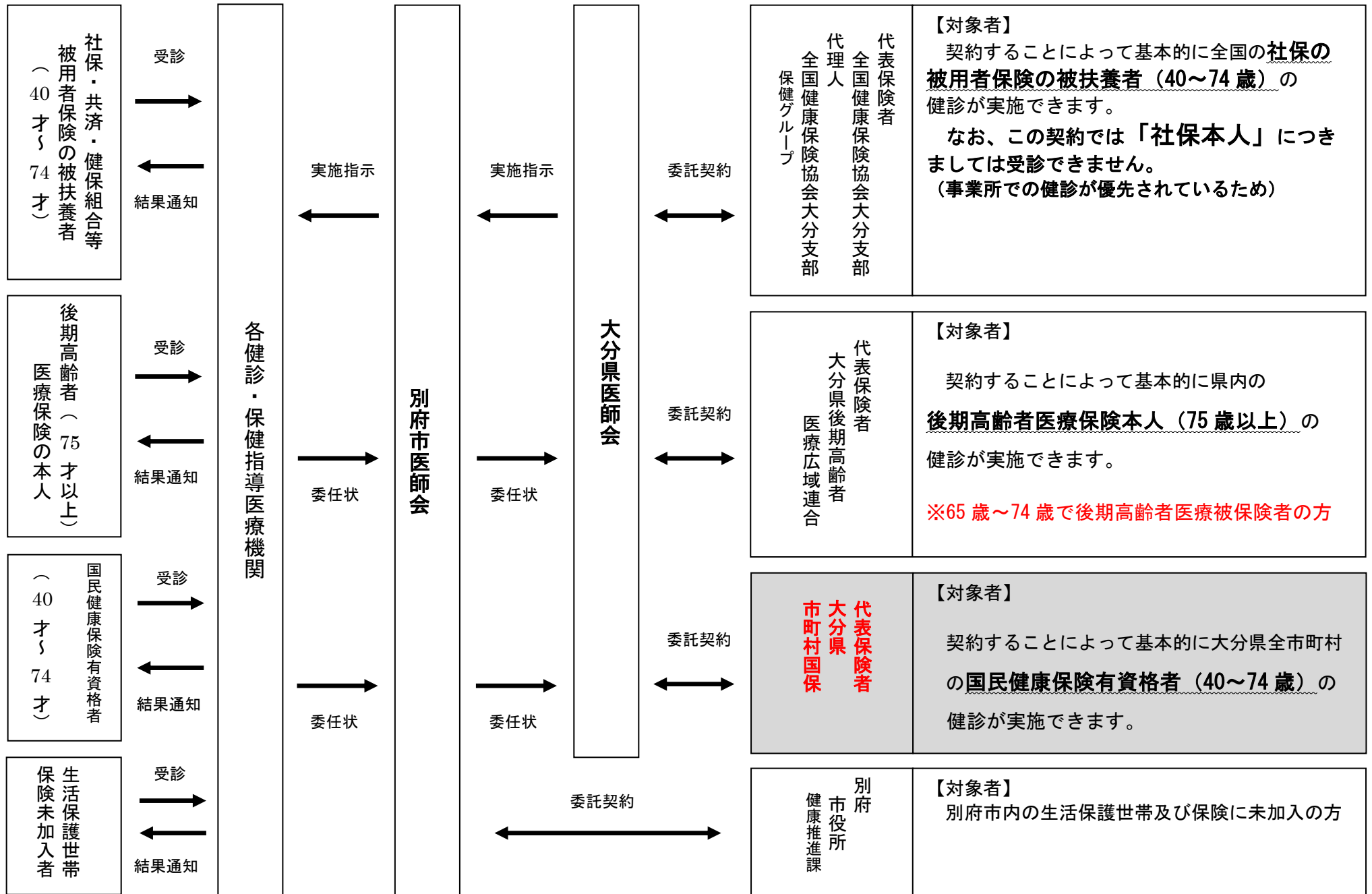
資料4 別府市生活習慣病健診料請求内訳（様式3号）

資料5 詳細項目：眼底検査依頼について

資料6 特定保健指導の受診勧奨について

資料7 令和7年度特定健診通知書判定基準

集合契約（集合B契約）における各主体間の関係図



I. 実施内容

1 特定健康診査（検査項目は右ページ参照）

（１）特定健康診査とは

高齢者の医療の確保に関する法律（以下、「高齢者医療確保法」という。）に基づき、医療保険者（国保・社保（協会けんぽ）及び共済・健保組合等）が40～74歳の加入者（国保被保険者・被扶養者、社保（協会けんぽ）及び共済・健保組合等の被扶養者）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）実施する内臓脂肪型肥満に着目した検査項目での健康診査を、特定健康診査（以下、「特定健診」という。）といいます。

（２）対象者

各医療保険に加入する者のうち、特定健診の実施年度中に40歳～74歳となる者で、かつ当該実施年度の一年間を通じて加入している者。なお、妊産婦等その他の厚生労働大臣が定める者は、上記対象者から除きます。基本的に受診券がないと受診できません。

2 後期高齢者医療被保険者の健康診査（検査項目は右ページ参照）

（１）後期高齢者の健康診査とは

高齢者医療確保法の規定に基づき、医療保険者（後期高齢者医療広域連合）が加入者に対し実施する健康診査をいいます。

（２）対象者

75歳以上の者。基本的に受診券がないと受診できません

※65歳～74歳で後期高齢者医療被保険者の方

3 健康増進法に基づく健康診査（検査項目は右ページ参照）

（１）健康増進法に基づく健康診査とは

特定健康診査等他の健康診査の対象とならない40歳以上の者を対象に、健康増進法に基づき市町村が実施する健康診査をいいます。別府市では「別府市生活習慣病健診」と呼びます。

（２）対象者

40歳以上の生活保護世帯、保険に未加入の者、保険者が対応しない場合。なお、妊産婦等その他の厚生労働大臣が定める者は、上記対象者から除きます。



各種健康診査の項目

【検査項目】

| 年齢構成 | | | 40歳～74歳 | 75歳以上 | 75歳以上 |
|---------|--------|----------------------------------|-------------------|----------------------|---------|
| 検査項目 | | | 特定健康診査 生活習慣病健診 | 後期高齢者 65～74歳で後期保険 | 生活習慣病健診 |
| 必須項目 | 計測 | 身長 | ○ | ○ | ○ |
| | | 体重 | ○ | ○ | ○ |
| | | BMI | ○ | ○ | ○ |
| | | 腹囲 | ○ | | ○ |
| | | 血圧 | ○ | ○ | ○ |
| | 医師の診察 | | ○ | ○ | ○ |
| | 特定健診問診 | | ○ | ○ | ○ |
| | 脂質 | 空腹時中性脂肪 (又は随時中性脂肪) | ○※1 | ○※1 | ○※1 |
| | | HDL-コレステロール | ○ | ○ | ○ |
| | | LDL-コレステロール (non-HDL コレステロール) | ○ | ○ | ○ |
| | 肝機能 | AST(GOT) | ○ | ○ | ○ |
| | | ALT(GPT) | ○ | ○ | ○ |
| | | γ-GT(γ-GTP) | ○ | ○ | ○ |
| | 代謝 | 空腹時血糖 (又は随時血糖) | ○ | ○ | ○ |
| | | HbA1c | ○ | ○ | ○ |
| | 腎機能 | 血清クレアチニン 及びeGFR | ○※5 | ○※5 | ○※5 |
| | 血清蛋白 | 血清アルブミン | | ○ | ○ |
| | 尿 | 尿糖 | ○ | ○ | ○ |
| | | 尿蛋白 | ○ | ○ | ○ |
| 医師の選択項目 | 血液一般 | 血色素量 | ○※2 | ○※2 | ○※2 |
| | | 赤血球数 | ○※2 | ○※2 | ○※2 |
| | | ヘマトクリット値 | ○※2 | ○※2 | ○※2 |
| | 心電図検査 | | ○※3 | ○※3 | ○※3 |
| | 眼底検査 | 片眼 | ○※4 | ○※4 | ○※4 |
| | | 両眼(令和7年度より) | | | |

【令和6年度からの変更点：※1】

空腹時中性脂肪であることをあきらかにすること。なお、10時間以上食事をしていない場合を空腹時中性脂肪とし、食事開始から10時間未満を随時中性脂肪とする。

【令和7年度からの変更点：※2～※4】

75歳以上の後期高齢者医療広域連合による健康診査（※65歳～74歳で後期高齢者医療被保険者の方も含む）及び別府市生活習慣病健診の方にも詳細な検査項目が実施出来るようになりました。

【選択基準】

※2 貧血検査

下記の基準に該当した者で医師が受診者の性別、年齢等を踏まえた個別の判断により必要性を認めた場合は、貧血検査を実施します。

- ア 貧血の既往歴を有する者
- イ 視診等で貧血が疑われる者

※3 心電図検査

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が詳細対象者となる。

- ア 収縮期血圧が 140mmHg 以上、又は拡張期血圧が 90mmHg 以上
- イ 問診等において不整脈が疑われる者

※4 眼底検査

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が詳細対象者となる。

- 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 126mg/dl 以上 b HbA1c (NGSP) が 6.5% 以上
- c 随時血糖 126mg/dl 以上

上記①の基準に該当しなかったが、特定健診実施後上記②のいずれかの基準に該当した方も眼底検査詳細対象者となり得る。

【令和7年度より】

眼底検査においては、両眼撮影が実施できるようになります。但し実施条件があります。

- ① 高血糖者
- ② 医師が必要と認める者

※両眼撮影を実施するにあたり、片眼の撮影が不十分と判断した理由も必要となります。

※5 血清クレアチニン検査（大分県内では全員実施項目となります。）

当該年度の健診結果等において、下記の基準に該当した者

- ① 血圧 a 収縮期血圧 130mmHg 以上
- b 拡張期血圧 85mmHg 以上
- ② 血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl 以上
- b HbA1c (NGSP) が 5.6% 以上
- c 随時血糖 100mg/dl 以上

4 労働安全衛生法に基づく事業主健診との関係について

従来、労働安全衛生法に基づき実施されている事業主健診は、これまで通り、特定健康診査等に優先して実施されることとなります。医療保険者は、その結果データを特定健康診査等の結果として活用することができます。

なお、特定健康診査等の導入に併せて、労働安全衛生法に基づく定期健康診断の検査項目が、下記のとおり改正されました。事業主から定期健康診断の依頼を受けた場合は、改正内容に基づいた適切な検査をお願いします。

労働安全衛生規則（省令）の一部の改正のお知らせ

- 1 雇入時の健康診断（第 43 条）、定期健康診断（第 44 条）及び海外派遣労働者の健康診断（第 45 条の 2）の項目が、次のように改正されます。

- （１） 腹囲の検査が追加になること。
（２） 血清総コレステロールの量の検査に代えて、低比重リポ蛋白コレステロール（ＬＤＬコレステロール）の量の検査を行うこと。

2 施行期日等

省令は、平成 20 年 4 月 1 日から施行です。

省略基準の告示（平成10年労働省告示第88号）も一部改正されます。

1 「腹囲の検査」の省略について

下記（１）～（４）に掲げる者について、医師が必要でないと認めるときは、腹囲の検査を省略することができます。

- （１） 40歳未満の者（35歳の者を除く。）
（２） 妊娠中の女性その他の腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと診断された者
（３） BMI（※）が20未満である者

$$\text{※ BMI} = \frac{\text{体重 (kg)}}{\text{身長 (m)}^2}$$

- （４） 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者（BMIが22未満である者に限る。）

2 「尿中の糖の有無の検査」の必須化

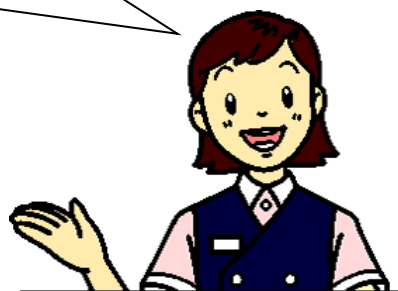
改正前においては、血糖検査を受けた者について、医師が必要でないと認めるときは、尿中の糖の有無の検査を省略することができることとされていましたが、この規定が削除されます。

3 適用日

平成20年4月1日

今回の特定健診は扶養者（扶養配偶者）を対象とした健診であり、基本的に社保（協会けんぽ）、共済・健保組合本人については労働者として労働安全衛生法にて定められている健診が優先されますので、その場合は保険者ではなく事業所が経費を支払うようになっています。

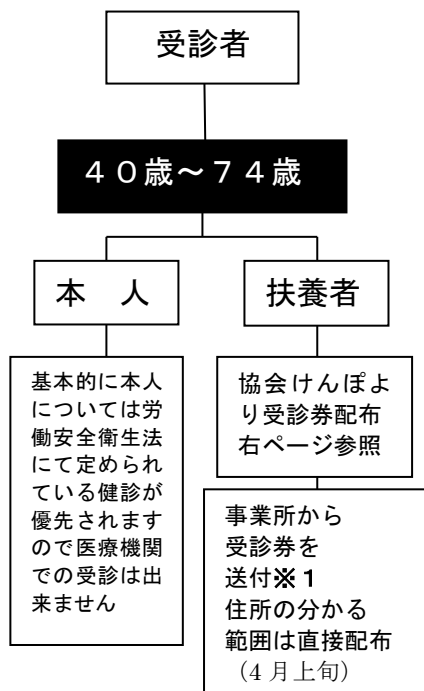
また、常時使用するパートタイム労働者の場合は1週間の所定労働時間が通常の労働者の4分の3以上あり雇用期間の定めのない者か、契約の更新により1年以上雇用される予定の者なども同等の扱いです。



II. 各保険別フローチャート

1 社会保険（全国健康保険協会大分支部 097-573-5630）・健保・共済組合

健診期間：4月～3月まで



【確認方法】

・受診券 ・保険証

① 全国健康保険協会管掌健康保険(協会けんぽ)

【料金】 **基本費用 8,151 円**

※昨年度と変更なし

【詳細項目】

心電図 1,324 円

貧血 214 円

眼底 570 円

眼底(両眼) 1,120 円

※令和7年度より眼底両眼撮影が実施可能となりました。

【個人負担金】 **1,001 円**

※昨年度と変更なし

② 健保・共済組合など

【料金】 } 上記①

【詳細項目】 } と同額

【個人負担金】

※各種様々な料金設定

受診券に書いています「－」や「／」は個人負担なしです。

※75歳以上は
後期高齢者医療保険で実施

※1 受診券配布方法

事業所に扶養者用の受診券が配布されているので事業所から被保険者を通じ受診券が届く。住所の分かる範囲は受診者へ直接配布されるしくみ。

また、健保・共済組合はそれぞれの組合で配布方法や申請方法が異なる

【受診券レイアウト】

①被用者分（白色）はがきタイプ（三つ折）

【表面】

機密性1

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に特定保健指導（初回面談）をご利用いただくことができます。なお、健診当日の特定保健指導は、実施している健診機関のみご利用となりますのでご確認ください。

- この受診券により、肯定健診を受診できる健診機関、健診当日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、協会けんぽはホームページに掲載していますのでご確認ください。
- 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確認ください。

特定健診の額（※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 自己負担額は「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。

この受診券の送付先

参 考

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
被扶養者番号

記号
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

医療保険者の負担
特定健診（基本部分）
特定健診（詳細部分）
その他（保健指導・積極的）
その他（保健指導・積極的）
その他（保健指導・積極的）

負担額
又は
負担率

負担額

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

注 意 事 項

- この券の交付を受けたとは、必ず下記の住所欄にご自宅の住所を自ら記入してください。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。
- 特定健康診査を受診するとは、この券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
- 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歳に達する方は、誕生日の前日まで受診できます。
- 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、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
- 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あるが、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。
- この券は、後継等の理由による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。
- 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。
- 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。
- 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。

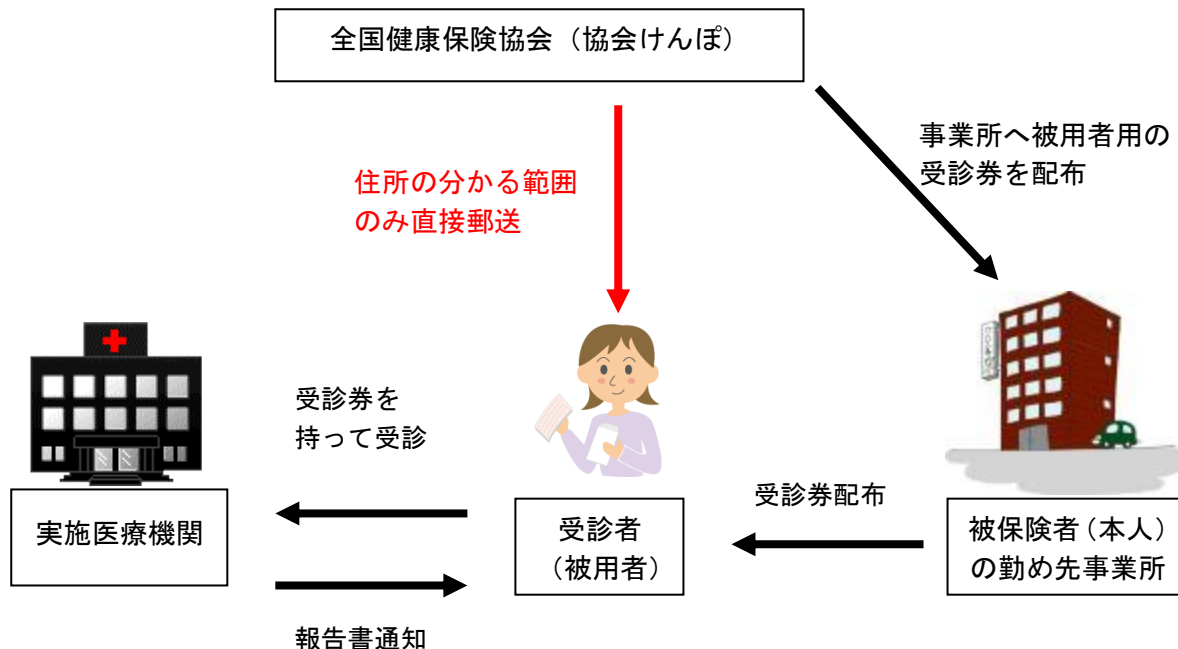
※ 特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日に特定保健指導を利用する時は、以下にご確認ください。

- 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いかなどをご確認してください。
- 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。
- 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じて、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。

この「支払代行コード」は、券の情報のみならず、被保険者の住所・生年月日・被扶養者番号などの個人情報を暗号化したもので、被保険者の氏名に開けられない構造になっています。

受診券二次元バーコード 利用済二次元バーコード

※被用者用に受診券が配布されるしくみ



2 国民健康保険（別府市保険年金課 TEL 21-1158）

健診期間：5月～3月まで

受診者

40歳～74歳

国民健康保険有資格者

大分県各市町村担当課より
受診券配布
右ページ参照

【確認方法】

・ 受診券 ・ 保険証

【料金】

基本項目 8,151 円

※昨年度と変更なし

【詳細項目】

心電図 1,324 円

貧血 214 円

眼底（片眼） 570 円

眼底（両眼） 1,120 円

※令和7年度より眼底両眼撮影が実施可能となりました。

※75歳以上は
後期高齢者医療保険で実施

※詳細項目対象者につきましては、マニュアル2～3ページの【選択基準】を参照して下さい。

【個人負担金】

0 円

※国保に加入していて75歳到達者（年度で74歳から75歳になる人）については他の対象者と同様に受診券を送付しているが有効期限は誕生日前日となっています。
※年度中途加入者の受診券は国保加入月の翌月下旬に本人へ郵送します。

【受診券レイアウト】

【受診券の色：A4タイプ】

別府市より
特定健診のお知らせ

健診当日、この受診券と
マイナ保険証等
資格を提示できるものを
必ずお持ちください。

令和8年度
特定健診 受診券



令和 年 月 日交付

| | | | |
|-------------|------|----|--|
| 受診券 整理番号 | 有効期限 | | |
| (フリガナ) | | 性別 | |
| 氏 名 | | | |
| 生年月日 | | 年齢 | |

※年齢は令和9年3月31日時点の年齢

注 意 事 項

1. 特定健診受診券は、別府市に住所を有する方（※）に限り、この受診券を利用するに当たっては有効です。また、住所が変更になった場合は、別府市健康推進課までお知らせください。
2. 特定健診の受診料は、別府市に住所を有する方（※）に限り、この受診券を利用するに当たっては有効です。また、住所が変更になった場合は、別府市健康推進課までお知らせください。
3. 特定健診の受診料は、別府市に住所を有する方（※）に限り、この受診券を利用するに当たっては有効です。また、住所が変更になった場合は、別府市健康推進課までお知らせください。

保 険 者

名 姓 別府市

番 号 440024

所 在 地 別府市上野(区)1番15号

電話番号 0977-21-1111


病歴に
適用中の方！

▶ 通院時の検査は、治療中の検査項目に限られています。
▶ 検査項目が不足している可能性がありますので、
特定健診を受診してください。

公印欄

【特定健診 受診券】不提示に係る誓約書

健診当日、受診券を忘れた方につきましては、【特定健診 受診券】不提示に係る誓約書を記載してもらい、別府市役所健康推進課へ受診券番号及ぶ同年度内に受診歴がないかを確認してから、特定健診を実施して下さい。**万が一重複受診が判明した場合は、特定健診費用につきましては、受診者全額負担にて特定健診を受診した医療機関へお支払いになりますので、ご注意下さい。※受診券及び誓約書にも重複受診への対応、注意事項として記載されていますので、受診券を忘れた方へ説明をお願い致します。**



「特定健診 受診券」不提示に係る誓約書

私は、「特定健診 受診券」を不提示で受診するにあたり、下記の内容に同意することを誓約いたします。

記

1. 今回の特定健診受診後に、「特定健診 受診券」を利用して同健診を重複受診した場合、その費用を**支払います。**
2. 今回より以前に、当該年度の「特定健診 受診券」をすでに利用して受診済みであった場合、重複受診分の費用を**支払います。**

別府市長 あて

令和 年 月 日

| | |
|------|----------|
| 住 所 | |
| 電話番号 | |
| 氏 名 | |
| 生年月日 | 昭和 年 月 日 |

| | |
|-----------|--|
| 受診券整理番号 | |
| 受 付 機 関 名 | |

Ⅱ. 各保険別フローチャート

3 後期高齢者医療被保険 (TEL 097-534-1771)

健診期間：4月～3月まで

受診者

75歳以上

※65歳～74歳で後期高齢者医療被保険者の方

本人

後期高齢者医療広域連合より
受診券配布 右ページ参照

【確認方法】

・ 受診券 ・ 保険証

【料金】

基本費用 8,151 円

※昨年度と変更なし

【詳細項目】

心電図 1,324 円

貧血 214 円

眼底(片眼) 570 円

眼底(両眼) 1,120 円

※令和7年度より後期高齢者医療広域連合による健康診査(※65歳～74歳で後期高齢者医療被保険者の方も含む)にも詳細な検査項目が追加となりました。

※詳細項目対象者につきましては、マニュアル2～3ページの【選択基準】を参照して下さい。

【個人負担金】 0 円

【大分県後期高齢者医療広域連合よりのお願い】

※重複受診防止のお願い

受診券を持参していない被保険者が受診を希望される場合は、医療機関より電話にて当広域連合へ受診歴の照会をして頂くようお願い致します。

【お問い合わせ】 大分県後期高齢者医療広域連合 TEL 097-534-1771

【受診券レイアウト】

- ① 本人・被用者分 受診券の色：青色 はがきタイプ（2つ折）

令和7年度の健診を受けると、以下の特典があります。

特典1 ご長寿けんしん割
令和7年度の健診を受けて、ご長寿けんしん割の対象施設に健診結果を提出することで、施設・ホテルの宿泊利用時に特典が受けられます。
（対象施設）
別府市 宮久旅館 別府市 南陽荘・住 The Kingfisher resort
由布市 島の別荘 由布市 由布院いよみ
中津市 グランサザナホテル
（実施期間）令和7年4月1日～令和7年3月31日まで
※令和7年度の健診を受けずに、令和7年度の健診結果が21日以内

料金後納郵便 〒874-8511
別府市上野口町1番15号
別府 太郎 様
令和7年度 健康診査受診券
大分県後期高齢者医療広域連合
〒870-0037 大分市東春日町17番20番
大分県2ソフィアプラザビル6階
電話番号 097-534-1771
39442025 390900202544 126
★右側の「はがしマーク」から切りはがしてください。

令和7年度 健康診査受診券
受診券管理番号 25109002025
氏名 別府 太郎
生年月日 昭和30年10月2日 性別 男
有効期限 令和3年3月31日
有効期限内1回のみ有効
健診内容 ①受診（こころがき）
②マイナ保険証または資格証明書（持参者）
③問診、身長（身長、体重、血圧） ④血尿酸
⑤脂質（空腹時又は随時中性脂肪、LDL-LDLコレステロール）
⑥肝機能（AST（GOT）、ALT（GPT）、γ-GT（γ-GPT））
⑦血糖（空腹時または随時血糖、HbA1c）
⑧尿検査（尿潜血、尿糖、尿蛋白）
⑨尿検査（血尿、蛋白尿）
※以下は医師の判断に基づき該当者のみ実施
⑩眼底 ⑪心電図 ⑫聴覚検査
※当広域連合の被保険者でなくなった場合は、この受診券は使用できません。
※この健診は、セルフメディケーション税制の対象です。

- ②随時発行用受診券（白色）A4タイプ

随時対応用（随時資格取得者等）

大分県後期高齢者医療広域連合健康診査受診券

2020年度

受診券管理番号
N N N N N N N N N N N N

氏名 NNNNNNNNN
性別 N
生年月日 NNNNNNNNN

有効期限 平成NN年NN月NN日 から 令和3年3月31日 まで

健診内容 大分県後期高齢者医療広域連合健康診査
（空腹時血糖検査・ヘモグロビンA1c検査
の選択については医師の判断による）

健診結果の送付先
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

大分市東春日町17番20号大分県2ソフィアプラザビル6階
電話番号 097-534-1771

大分県後期高齢者医療広域連合

※裏面もご覧ください。

※上記2種類あり、大分県後期高齢者医療広域連合より配布されます。②随時発行用受診券については他県より転入して来た場合等に発行される。
※満75歳の誕生日前日までに配布される。

II. 各保険別フローチャート

4 別府市生活習慣病健診（生活保護世帯・保険未加入者）

健診期間：4月～3月まで

※昨年度同様4月から開始となります。

受診者

40歳以上

健康推進課及びひと・暮らし支援課より
「生活習慣病健診・がん検診等のご案内」配布
右ページ参照

【確認方法】

・受診券

【料金】

基本項目 8,151 円

※昨年度と変更なし

【詳細項目】

心電図 1,324 円

貧血 214 円

眼底(片眼) 570 円

眼底(両眼) 1,120 円

※令和7年度より75歳以上の方も詳細な検査項目の実施が追加となりました。

【個人負担金】 0円

ひと・暮らし支援課（TEL 21-1113）にて健康へのパスポートを配布。年齢区分については40歳以上の全てになりますが、75歳以上は腹囲の測定をする必要はありません。令和7年度より詳細項目の追加があり、実施可能となりました。

健康へのパスポートの生活習慣病検診の欄に「医療機関名」のわかるゴム印等、受診日を記入し、印鑑を押して本人へ返却してください。

また、請求は月締めで翌月15日までに別府市医師会事務局へ請求書に診療依頼書のコピーを添付し提出をして下さい。

（但し、同月にがん検診を受診し、診療依頼書のコピーを添付している場合は、不要）

請求書につきましては別府市医師会へご連絡いただければ請求書一式をお届けいたします。

※次ページの様式2・3号の提出が必要となります。

※ 診療依頼書があれば“健康へのパスポート”をお持ちでなくても受診出来ます。

※【令和8年度より】がん検診及び生活習慣病健診を受診する際、診療依頼書を忘れた場合は、「同意書」（次ページ参照）の記入をお願い致します。40歳以上の特定健診誓約書と同様、同意書につきましても医師会へ特定健診記入票と一緒に提出をお願い致します。

【令和8年度生活習慣病健診・がん検診等のご案内】

① 生活保護世帯・医療保険未加入者分

**令和8年度 生活習慣病健診
がん検診等のご案内**

☆生活習慣病健診とは、40歳以降から増加する生活習慣病をチェックして
 メタボリックシンドロームや心筋梗塞、脳卒中などのリスクの早期発見を目的とした健診です。
 ☆同時にがん検診も受けることができますのでご案内いたします。

すべて￥0

【健診期間】 令和8年4月1日～令和9年3月31日

| 健診項目 | 健診内容 | 対象年齢 |
|----------|--|----------------------------|
| 生活習慣病健診 | 問診・身体測定・脂質・血圧・血液検査 (中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール、AST (GOT)、ALT (GPT) γ-GT (γ-GTP)、血糖、HbA1c、血尿酸、尿酸、eGFR)・尿検査(尿たんぱく、尿糖) | 40歳以上 |
| 結核健診 | 胸部のX線撮影 | 40歳以上 |
| 肺がん検診 | 胸部の低線量CT撮影 | 50歳以上は結核健診を兼ねる |
| 大腸がん検診 | 便潜血検査 | 40歳以上 |
| 胃がん検診 | バリウムによるエックス線撮影 | 40歳以上 |
| 肝がん検診 | 血液検査 ※過去に受けたことのない方 | 40歳以上の女性 |
| 子宮頸がん検診 | マンモグラフィ検査(乳がんエックス線撮影) | 40歳以上の女性 |
| 骨粗しょう症検診 | 骨密度測定 | 40・45・50・55・60・65・70歳になる女性 |
| 前立腺がん検診 | 血液検査 | 50歳以上の男性 |

※市が実施する健診・検診は受診方法を問わず年度内1度のみです。(肝がん検診は一生に一回のみ)
 ※住民票が別府市にある方が対象です。別府市にて生活保護受給中だが地市町村に住民票がある方で健診等の受診を希望される方は、住民票所在地の健診担当課へお問合せください。

健診を受ける場所を決めて予約！受診時は診療依頼証を持参

1 健診センターで受ける：要事前予約

①各センターのホームページからWEB予約
 ②裏面の各健診センターの「予約先」の電話番号から予約

2 指定医療機関で受ける：
 同封されている「特定健診等 指定医療機関一覧」をご参照ください

問合せ先：ひと・くらし支援課 0977-21-1113

**健診センターの
詳細は
裏面を
チェック！**

生活習慣病検診の欄に「医療機関名」のわかるゴム印等、受診日、印鑑を押して本人へ返却してください。各種がん検診を併用して受診した場合も該当するがん検診欄へ記入して返却ください。

OHC 大分総合健診センター
(北石垣深町・国道10号線沿い)

予約先：0120-947-734
またはホームページ

★胃がん検診実施の方には選べる検診を提案します。
 (お食事もしくは検診後検診券を渡します)
 ★乳がん検診は女性医師が対応いたします。
 ★子宮頸がん検診は女性医師の担当の日があります。

※胃がん検診実施の方には選べる検診を提案します。
 (お食事もしくは検診後検診券を渡します)
 ★乳がん検診は女性医師が対応いたします。
 ★子宮頸がん検診は女性医師の担当の日があります。
 ★6月以降は1日3曜日も実施しています。

別府市医師会地域保健センター
(西野口町・富士見通り沿い)

予約先：0977-23-2279
またはホームページ

★別府市役所に近く、利便性が良いです。
 ★胃がん検診を実施した人に食事券をお渡しします。
 ★乳がん検診は女性医師が対応いたします。
 ★子宮頸がん検診は女性医師の担当の日があります。
 ★6月以降は1日3曜日も実施しています。

★別府市役所に近く、利便性が良いです。
 ★胃がん検診を実施した人に食事券をお渡しします。
 ★乳がん検診は女性医師が対応いたします。
 ★子宮頸がん検診は女性医師の担当の日があります。
 ★6月以降は1日3曜日も実施しています。

大分県厚生連健康管理センター
(緑丘町・鶴見病院山側)

予約先：0977-75-6154
またはホームページ

★当日、医師・保健師より結果の説明をさせていただきます。
 ★乳がん検診は女性医師が対応いたします。
 ★4月～6月中旬に受診の方は指定のオプション検査を無料で行うことができます。
 ★詳しくは当センターへお問い合わせください。
 ★特定健診とがん検診を併用し、ひと・くらし支援課の職員がご案内します。

★当日、医師・保健師より結果の説明をさせていただきます。
 ★乳がん検診は女性医師が対応いたします。
 ★4月～6月中旬に受診の方は指定のオプション検査を無料で行うことができます。
 ★詳しくは当センターへお問い合わせください。
 ★特定健診とがん検診を併用し、ひと・くらし支援課の職員がご案内します。

令和8年度 健康へのパスポート

●受診した健診の証明用紙としてお立て下さい。
 ●受診医療機関に提出すると、印を押してもらえます。
 ※受診医療機関へ提出せずに、ご自分で「受診機関」「受診日」を記入していただいても構いません。

| 生活習慣病健診 | | 肺がん検診 | | 大腸がん検診 | |
|---------|-------|-------|-------|--------|-------|
| 受診機関 | 受診日 | 受診機関 | 受診日 | 受診機関 | 受診日 |
| | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 |

| 胃がん検診 | | 肝炎ウイルス検診 | | 乳がん検診 | |
|-------|-------|----------|-------|-------|-------|
| 受診機関 | 受診日 | 受診機関 | 受診日 | 受診機関 | 受診日 |
| | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 |

| 子宮頸がん検診 | | 骨粗しょう症検診 | | 前立腺がん検診 | |
|---------|-------|----------|-------|---------|-------|
| 受診機関 | 受診日 | 受診機関 | 受診日 | 受診機関 | 受診日 |
| | 年 月 日 | | 年 月 日 | | 年 月 日 |

※上記はひと・くらし支援課より配布されます。

【様式2号用紙】

様式2号 資料3

別府市生活習慣病健診請求書(生活保護世帯・医療保険未加入者)

| 番号 | 氏名 | 年齢 | 性別 | 受診日 | 受診機関 | 受診内容 | 受診費用 | 備考 |
|----|----|----|----|-----|------|------|------|----|
| 1 | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | |
| 11 | | | | | | | | |
| 12 | | | | | | | | |
| 13 | | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | | |
| 21 | | | | | | | | |
| 22 | | | | | | | | |
| 23 | | | | | | | | |
| 24 | | | | | | | | |
| 25 | | | | | | | | |
| 26 | | | | | | | | |
| 27 | | | | | | | | |
| 28 | | | | | | | | |
| 29 | | | | | | | | |
| 30 | | | | | | | | |

別府市健康課 へ

【様式3号用紙】

様式3号 資料4

別府市生活習慣病健診請求書(生活保護世帯・医療保険未加入者)

ただし、令和 年 月 日別府市生活習慣病健診委託料として

| 内 容 | 単 位 | 単 価 | 金 額 |
|-------------|-----|--------|-----|
| 1 必受項目 | 件 | 8,822円 | 円 |
| 2 受診項目(心臓病) | 件 | 1,324円 | 円 |
| 3 受診項目(腎臓) | 件 | 214円 | 円 |
| 4 受診項目(糖尿病) | 件 | 320円 | 円 |
| 5 受診項目(高血圧) | 件 | 1,120円 | 円 |
| 合 計 | | | 円 |

合計 1 生活習慣病健診請求書(様式2号) 枚

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

別府市健康課長 へ

別府市健康課 へ

【診療依頼書不提示同意書】

同意書

(がん検診等・生活習慣病健診)

私は、本日、がん検診等・生活習慣病健診費用の助成を受けるにあたり、診療依頼書不提示を承諾する旨を、健康推進課のひと・くらし支援課に生活保護受給状況について照会することについて同意します。

令和 年 月 日

別府市健康課 へ

住所：別府市

(ふりがな)

自署： (西・東)

生年月日： 年 月 日

Ⅲ. 医療機関での事務

1 問い合わせへの対応

健診の受診を希望する方から事前に問い合わせがありましたら、健診が可能な日時、持参する書類の内容等をお知らせし、健診前の注意点を伝えてください。

- ・ アルコールの摂取や激しい運動は、健診の前日は控えること。
- ・ 午前中に健診を実施する場合は、検査結果に影響を及ぼすため、健診前 10 時間以上は、水以外の飲食物を摂取しないこと。
- ・ 午後に健診を実施する場合は、ヘモグロビン A1c を実施する場合であっても、軽めの食事とするとともに、他の検査結果への影響を軽減するため、健診まで水以外の飲食物を摂取しないことが望ましいこと。

2 当日の受付事務

(1) 受診に必要な書類の確認

- 健診受診対象者には、各医療保険者から、受診する健康診査等の種類に応じて受診券が事前に送付されています。
- 健診当日は、市民の方から下記の書類を受け取ってから健診を実施してください。特に、受診券と保険証は必ず確認し、持参のない受診者については、受診できない旨を伝えてください。

ア 特定健康診査：受診券、**マイナ保険証又は資格確認書**

イ 後期高齢者の健康診査：受診券、**マイナ保険証又は資格確認書**

ウ 別府市生活習慣病健診：診療依頼証、健康パスポート（受診日、医療機関名を記入後本人へ返却）

(2) 有効期限及び本人の確認（資格確認）

受診券及び保険証に記載された内容により、健診が実施可能な有効期限内であるか、また、本人であるかを確認してください。

(3) 実施する健診種別の確認

実施する健康診査の種別を受診券で確認します。（2 ページ参照）

(4) 健診前に受診者の方へ下記内容を伝え、承諾が得られた方へ健診を実施する。

- ・ 年度内に 2 回受診できないこと
- ・ 今後、保険資格（国保から社保へ等）を受診日まで遡及して喪失した場合は今回の健診費用は実費になる

※令和 4 年度まで資格喪失による特定健診実施費用について、別府市国保につきましては、“直接請求”という方法にて請求出来ていましたが、昨年度同様に別府市国保から“直接請求にての補填は実施しない”とのことですので、健診受診前に、近々保険の変更をしないか確認の程宜しくお願い致します。

※マニュアル 8 ページ別府市国保受診券サンプルの【注意事項】1 にも上記内容記載していますので、ご確認お願い致します。

3 健診終了後の事務

(1) 自己負担金の確認と徴収

すべての健診が終わりましたら、受診券に記載された自己負担額を確認のうえ、有料であればその額を徴収してください（社保協会けんぽは該当する場合があります。）。また、保険者によって異なりますので受診券をよく確認してください。

自己負担金の支払いを受けましたら、「領収書」に健診日と医療機関名を記入のうえ、受診者にお渡しください。

(2) 健診費用の請求と支払

ア 健診費用の請求

健診費用の請求は、別府市医師会から実施医療機関へ月別の請求明細チェックリスト（下記参照）を送付し、実施医療機関でチェックしていただいた後、当該健診結果を厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成して決済代行機関（受診者が市町村国保及び後期高齢者医療の場合は大分県国民健康保険団体連合会、被用者保険の加入者の場合は社会保険診療報酬支払基金）、へ別府市医師会より送付することでなされます。また、保険未加入または生活保護者の受診者については実施医療機関より別府市医師会を通じ別府市の各担当課へ請求いたします。**別府市医師会より別府市各担当課別の請求明細書をお送りいたしますので、指定の請求書により月末締め翌月15日までに別府市医師会へ提出して下さい。**

※誓約書で受診した場合についても翌月に誓約書の原本を別府市医師会へ提出ください。

| 特定健診請求明細チェックリスト | | | | | | | | 医療機関確認印 | 医師会確認印 |
|-----------------|----------|----|----|----------|--------|-------|--------|---------|--------|
| 医療機関名 | | | | | | | | | |
| No | 受診日 | 氏名 | 年齢 | 保険者番号 | 健診費用総額 | 窓口負担 | 請求金額 | 備考 | |
| 1 | 20260401 | | | 00140015 | 8,151 | 1,001 | 7,150 | | |
| 2 | 20260410 | | | 00440024 | 8,151 | | 8,151 | | |
| 小計 | | | | | 16,302 | 1,001 | 15,301 | | |
| 合計 | | | | | 16,302 | 1,001 | 15,301 | | |

イ 健診費用の支払

医療保険者は、送付された電子データの内容を点検したのち、健診の契約単価から自己負担額を控除した額を、実施機関が指定した口座に代行機関（大分県国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金）を通じて支払います。また、別府市医師会を通じ請求した分（その他保険未加入の受診者又は生活保護者について）につきましては各該当課から一端、別府市医師会が総額を受け取り実施機関が指定した口座（できれば市がん検診と同じでお願いします。）に支払います。

| 健診種別 | 請求先 | 支払方法 | 手数料 |
|------------------|----------|------------------------------------|--|
| 国保・後期高齢者 | 国保連合会 | 各月末日締めで翌々月に実施機関が指定した口座に支払います。 | 手数料は下記①と②の合計金額1,375円（税込）になります。 ① データ入力代行 1,155円（税込） ・各実施医療機関別健診データ入力・報告・集計・スマホアプリにてデータ提供 ・各保険者への電子データ報告作成 |
| 社保・共済・健保組合 | 診療報酬支払基金 | | |
| 生活保護世帯 保険未加入者 | 別府市健康推進課 | 別府市医師会が月別に総額を受領し実施機関が指定した口座に支払います。 | ② データ請求代行 220円（税込） ・各実施医療機関別請求データ集計 ・各保険者への電子データ報告・修正 ・過誤・返戻請求の再請求 ※検査料：別紙4参照 |

(3) 過誤請求

代行機関から振り込まれた健診費用の額に過誤があると認められるときは、ただちに別府市医師会へ連絡をいただき、調査したのち、当該代行機関（大分県国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金）へ連絡いたします。その際に実施医療機関への直接確認の連絡がある場合があります。代行機関（大分県国民健康保険団体連合会・社会保険診療報酬支払基金）は、それぞれのケースに応じて関係機関（データ処理に関する過誤の場合は大分県国民健康保険団体連合会または社会保険診療報酬支払基金、受診資格等に関する過誤の場合は各医療保険者）に問い合わせ過誤のある受診者を確定したのち、別府市医師会を通じて健診実施機関へ連絡いたしますので、各過誤申出書等の様式により医療保険者へ過誤修正の申請を別府市医師会を通じて行います。

(4) データ管理（個人情報の適切な管理）

受診者の健診データは、その他の医療情報と同様に重要な個人情報です。健診業務を実施するに当たっては、記録の漏洩を防止するとともに、事業に携わる担当者には守秘義務を課すなど、契約で示される個人情報取扱注意事項、関係法令、「医療・介護関係事業者における個人情報の取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月24日医政発第1224001号、薬食発第1224002号、老発第1224002号）に則った適切な管理をお願いします。

(5) 受診券情報入力

受診者の健診データと別に決済を行うための電子データとして、住所、氏名、性別、生年月日等の属性部分のほかに受診券に記載されている「受診券整理No.」、「保険者番号」、「受診券有効期限」、や保険証に記載されている「被保険証記号」、「被保険証番号」等の入力が必要となります。

該当欄に✓を記入

| | | | | |
|----------------|------------------|------|----|--|
| 受診者 カナ氏名 | けんぼ たろう | 本人家族 | | |
| 受診者 漢字氏名 | 健保 太郎 | | ✓ | |
| 性別 | 男 ✓ 女 | | | |
| 昭和 大正 平成 | 昭和 25年10月10日生 | 年齢 | 70 | |
| 〒 | 874-0908 | | | |
| 住所 | 別府市上田の湯町〇〇〇号 | | | |
| 電話番号 | 097700△△△△ | | | |

生年月日は該当和暦年号を✓で、
年月日は和暦で記入

住所に変換しますので郵便番号は必ずご記入下さい。

「被保険証記号」「被保険証番号」は、保険証から記入下さい
また、「生保」の場合は保険者名欄に「生保」と記載して下さい。
保険者番号は記載しなくても結構です。

受診券に記載されている内容をお書き下さい。
ただし保険者番号について後期高齢者保険者番号は特定健診の
み大分県内統一の「39440003」ですでお間違えないよう
にしてください。

| | | | | | |
|--------------|----------------|-----|-----|-----|------|
| 受診日 | 西暦 | 20 | 25年 | 4月 | 5日 |
| 保険者番号 | 00440024 | | | | |
| 保険者名 | ※生保の方のみ“生保”と記入 | | | | |
| 受診券 整理番号 | 2020000000 | | | | |
| 有効期限 (西暦) | 20 | 26年 | 3月 | 31日 | 健診区分 |
| | | | | | ✓ |
| 左詰記入 | | | | | |
| 被保険者 記号 | 00000000 | | | | |
| 被保険者 番号 | 00000000000000 | | | | |

(6) 料金情報入力

受診券より保険者毎に下記料金を記入していただきます。保険者・年齢構成と追加項目を照らし合わせご確認の上金額を記入して下さい。(詳しくは別紙1「請求区分記入一覧表」参照)
 ※請求に係る事項ですので必ず記入して下さい。金額を間違えて記入すると返戻や過誤請求(15ページ(3))の処理をすることになります。

社保(協会けんぽ)扶養者 40歳~74歳の場合

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|----|--|--|---|----|--|--|--|---|
| 所 属 医 師 会 | 7150 | | | | | | | | | |
| 基本健診 自己負担額 | 区分 | 割合 | | | % | 金額 | | | | 円 |

【記入例】 ※選択項目が追加されても窓口負担額は変わりませんのでご注意ください。

- ・心電図追加の場合は「1,324円」を加算して、「請求金額 9,475円」を記入
- ・貧血検査追加の場合は「214円」を加算して、「請求金額 8,365円」を記入
- ・眼底検査追加の場合は「570円」を加算して、「請求金額 8,721円」を記入

※複数追加の場合はそれぞれの検査料を上記の要領で加算して下さい。(別紙1「請求区分記入一覧表」参照)

健保組合・共済組合の場合

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|------|----|--|--|---|----|--|--|--|----|
| 所 属 医 師 会 | 8151 | | | | | | | | | |
| 基本健診 自己負担額 | 区分 | 割合 | | | % | 金額 | | | | 0円 |

健保組合と共済組合の場合は「持参」される「受診券」に記載されている内容に即してご記入下さい。

(例) 特定健診基本の場合

健診費用：8,151 (受診者) 窓口負担額：0円

請求金額：健診費用(8,151円) - 窓口負担額(0円) - 他の健診による負担額(0円) = 8,151円

【ポイント】

料金情報入力は各保険者への請求データとしての決済処理に非常に重要となり、記載間違えはレセプト同様に「返戻」や「過誤請求」につながりますので受診券をよく確認し、上記の要領で記入して下さい。
 詳しくは下記、別紙1「請求区分記入一覧表」をご覧ください。

令和8年度請求区分記入一覧表

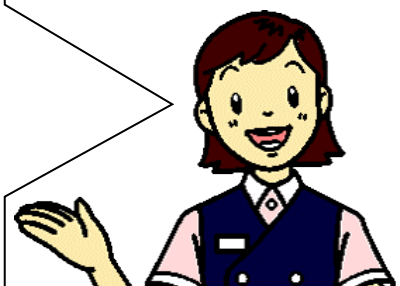
別紙1-1

| | | | | | | | | | | |
|-----------------------|-------|----|--|--|---|----|--|--|--|----------|
| 所 属 医 師 会 | ①請求金額 | | | | | | | | | |
| 基本健診 自己負担額 | 区分 | 割合 | | | % | 金額 | | | | ②窓口負担金 円 |

※請求金額及び窓口負担金は特定健診記入票①(提出用)上記部分に記載して下さい。

| 保険者 | 年齢構成 | 詳細項目 | | | | 請求区分 | | | |
|--|---------|------------|---------------|----------------|------------------|----------|-------------|------------|-----------|
| | | 貧血 214円 | 心電図 1,324円 | 眼底(片側) 570円 | 眼底(両側) 1,120円 | 基本 費用 | 他の健診 負担額 | ②窓口 負担金 | ①請求 金額 |
| 社保(協会けんぽ) (全国健康保険協会) ※共済・健保組合・全国健康 組合については保険者で領 入負担金が異なりますので 受診券をよくご確認ください。 | 40歳~74歳 | 選択項目なし | | | | 8,151 | 0 | 1,001 | 7,150 |
| | | ○ | | | | 8,365 | 0 | 1,001 | 7,364 |
| | | | ○ | | | 9,475 | 0 | 1,001 | 8,474 |
| | | | | ○ | | 8,721 | 0 | 1,001 | 7,720 |
| | | | | | ○ | 9,271 | 0 | 1,001 | 8,270 |
| | | ○ | ○ | | | 9,689 | 0 | 1,001 | 8,688 |
| | | ○ | | ○ | | 8,935 | 0 | 1,001 | 7,934 |
| | | ○ | | | ○ | 9,485 | 0 | 1,001 | 8,484 |

HbA1cは
必須項目と
なっています。



(2) 身体計測

- ・身長、体重、腹囲（74歳以下）の計測を行います。（BMIの計算は自動計算します。）
- ・腹囲測定をするときは衣服の上からではなく直接メジャーを腹部に当ててください。
- ・立位、軽呼吸時、臍の高さで測定してください。
- ・腹囲を測定する場所は、受診者の負担とならないよう別室で行うか、カーテン等で仕切りをするなど配慮をお願い致します。

(3) 血圧測定

できる限り自動血圧計を用いて（無い場合は水銀血圧計）、収縮期、拡張期血圧を測定します。収縮期 130mmHg 以上、または拡張期 85mmHg 以上の場合は、受診者に数回深呼吸をさせた後、もう一度測定してください。

(4) 検 尿

原則として、中間尿を採取してもらいます。尿糖、尿蛋白を試験紙法で検査してください。尿潜血は報告用紙には出力しますが国へ返すデータには記録しません。

| | | | | |
|-----------|-------------------------|---------|----------------------|---|
| 食後時間 | 10 | 時間 | 分 | 秒 |
| 身長 | 150 | 5 | cm | |
| 体重 | 50 | 5 | kg | |
| 腹囲 | 85 | 0 | 男 85cm未満 女 90cm未満 | |
| 腹囲の測定方法 | 測定 | 自己測定 | 自己申告 | |
| 収縮期 | 135 | mmHg | 130未満(受診勧奨判定値 140以上) | |
| 拡張期 | 90 | mmHg | 85未満(受診勧奨判定値 90以上) | |
| 血圧の測定方法 | 自動 | 水銀 | ※水銀系記入しなくてよいです。 | |
| 尿蛋白 | (-) (1+) (2+) (3+) (4+) | | | |
| 尿糖 | (-) (1+) (2+) (3+) (4+) | | | |
| 尿潜血 | (-) (1+) (2+) (3+) (4+) | | | |
| 尿検査の理由 | 1. 生理中 | 2. 腎疾患等 | 3. その他 | |
| 他覚所見(打聴診) | 特になし | | | |

身長、体重、腹囲は小数点に合わせて記入下さい。

血圧測定値は、令和3年度より1回分の測定値のみの記入欄しかありませんので、結果表に記載したい測定値を記入して下さい。血圧の測定方法は未記入で結構です。

尿糖・蛋白は必須項目、尿潜血については結果を記入すれば報告書に出力できます。

なお、機能障害や生理中等で尿検査を中止する場合は、「未実施の理由」欄の「1.生理中 2.腎疾患等 3.その他」いずれかにチェックをお願い致します。

尿検査未実施の場合は、結果表に「測定不能」と記載し、結果表を返却致しますので、ご了承下さい。

また、後日採尿し結果表への記載希望の場合は、付箋等を利用し、「後日報告」等を記載してお知らせ下さい。

(5) 診察（理学的検査）

診察は、視診、触診、打聴診等の理学的検査を行います。

| | | | | | | | | | |
|-----------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 他覚所見(打聴診) | 特になし | | | | | | | | |
|-----------|------|--|--|--|--|--|--|--|--|

「他覚所見コード」は依頼用紙裏面よりお選びいただけます。※他覚所見コードにない場合はその他の欄へご記入ください。

医師判定は、システムにて自動判定致します。記入があった場合は、自動判定ではなく記入された結果を反映致します。なお、既往歴で過去歴/治療中の判断がシステムでは出来ないため、治療中の病気があり、医師の判断を「治療中」としたい場合は、必ず「7.治療中(継続)」にチェックをして下さい。

| | | | | |
|-----------|--------------|------------|------------|------------|
| 医師判定 | 1. 異常なし | 2. 軽度 | 3. 中等 | 4. 要受診(再検) |
| 医師判定(その他) | 5. 要受診(精密検査) | 6. 要受診(至急) | 7. 治療中(継続) | |

※詳細項目の心電図判定及び眼底判定の記入はこちらの欄へご記入をお願いします。

詳細項目の心電図判定及び眼底判定の記入は医師判定(その他)の欄へ記入して下さい。

(6) 血液検査

肝機能、血中脂質、血糖に関する血液検査を実施します。採血時に受診者から食後経過時間を聞き取って記録してください。

【市町村国保・社保・生保74歳まで】

2. 基本項目に貧血検査を追加する場合

院内専用セット欄のA:「トケイケンシ」にチェック

氏名・性別・年齢の記入

院内専用セット欄のA:「トケケンシン」にチェック

氏名・性別・年齢の記入及び選択項目の1にチェック

【一定基準認定障害者・後期高齢者健康診査、生保75歳以上】

- ### 3. 基本項目にアルブミン

院内専用セット欄のA:「トケイケンシン」にチェック

氏名・性別・年齢の記入及び選択項目の2にチェック

[illegible]

(7) 貧血検査

下記の基準に該当した者に対し、医師は受診者の性別、年齢等を踏まえた個別の判断により貧血検査を実施します（必ずしも実施する必要はありません。）

- ア 貧血の既往歴を有する者
イ 視診等で貧血が疑われる者

| | | | | | |
|------|------|-------|-------|--------|--------|
| 貧血検査 | 実施理由 | 1. 質問 | 2. 診察 | 3. 視診 | 4. 既往 |
| | | 5. 前年 | 6. 契約 | 7. その他 | |
| | 所見なし | | | | |
| | 所見① | | | | その他所見① |
| | 所見② | | | | その他所見② |

上記「ア」又は「イ」に該当する場合は、
実施理由のチェックをお願い致します。
※×の部分の記入はしなくてよいです。

(8) 心電図検査 ⇒ **※特定健康診査当日のみ実施可能ですので、ご注意ください。**

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が詳細対象者となる。

- ア 収縮期血圧が 140mmHg 以上、又は拡張期血圧が 90mmHg 以上
イ 問診等において不整脈が疑われる者

| | | | | | |
|-------|------|--------------|---------------|-----------------|-------|
| 心電図検査 | 実施理由 | 1. 質問 | 2. 診察 | 4. 既往 | 5. 前年 |
| | | 6. 契約 | 7. その他 | | |
| | 対象者 | 0. 詳細健診以外で実施 | 1. 検査結果による対象者 | 2. 医師が必要と認めた対象者 | |
| | 所見なし | | | | |
| | 所見① | | | その他所見① | |
| | 所見② | | | その他所見② | |
| 所見③ | | | その他所見③ | | |

上記、『ア・イ』のいずれかに該当する場合は【実施理由】及び【対象者】をチェックして下さい。

依頼用紙裏面の「心電図所見コード」より所見を選択して下さい。
なお、所見コード表に無い所見がありましたらその他の所見の欄へご記入お願い致します。

※心電図判定は、医師判定の 1～7 より選択し、医師判定(その他)欄へ記入して下さい。

(9) 眼底検査 ⇒ **※特定健康診査当日から 1 ヶ月以内は実施可能です。**

検査依頼方法は別紙“資料 5 詳細項目：眼底検査依頼について”を参照

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が詳細対象者となる。

- ① 血圧 a 収縮期血圧 140mgHg 以上 b 拡張期血圧 90mmHg 以上
② 血糖 a 空腹時血糖 126mg/dl 以上 b H b A1 c (N G S P) が 6.5% 以上
c 随時血糖 126mg/dl 以上

| | | | | | | | |
|------------------|--------------|--------------|---------------|--------|-------|-------|----|
| 眼底検査 | 実施理由 | 2. 診察 | 4. 既往 | 5. 前年 | | | |
| | | 6. 契約 | 7. その他 | | | | |
| | 対象者 | 0. 詳細健診以外で実施 | 1. 検査結果による対象者 | | | | |
| | 所見なし | | | | | | |
| | 所見① | | | その他所見① | | | |
| | 所見② | | | その他所見② | | | |
| | K-W | 0 | I | II a | II b | III | IV |
| | Sheie 分類 (H) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | Sheie 分類 (S) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | Scott 分類 | I a | I b | II | III a | III b | |
| | IV | V a | V b | VI | | | |
| Wong Mitchell 分類 | 所見なし | 軽度 | 中等度 | 重症 | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |
| 改 Davis 分類 | 網膜症なし | 非増殖性網膜症 | 増殖性網膜症 | 増殖性網膜症 | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | | | |

上記、①血圧の『a、b』②血糖の『a、b、c』に該当する場合は【対象者：1.検査結果による対象者】へチェックをお願い致します。

依頼用紙裏面の「眼底所見コード」より所見を選択して下さい。
なお、所見コード表に無い所見がありましたらその他の所見の欄へご記入お願い致します。

キースワグナー分類等は、どれか一つの分類を選択し記入をお願い致します。

※眼底判定は、医師判定の 1～7 より選択し、医師判定(その他)欄へ記入して下さい。

【令和7年度より】

眼底検査においては、両眼撮影が実施できるようになります。但し下記の実施条件があります。

- ③ 高血糖者
④ 医師が必要と認める者

※両眼撮影を実施するにあたり、片眼の撮影が不十分と判断した理由も必要となります。

【両眼撮影実施時の依頼書記入例】

| | | | | | | | |
|------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 眼底検査 | 実施理由 | <input type="checkbox"/> 2. 診察 <input type="checkbox"/> 4. 既往 <input type="checkbox"/> 5. 前年 <input type="checkbox"/> 6. 契約 <input type="checkbox"/> 7. その他 | | | | | |
| | 対象者 | <input type="checkbox"/> 0. 詳細健診以外で実施 <input type="checkbox"/> 1. 検査結果による対象者 | | | | | |
| | 所見なし | <input type="checkbox"/> | | | | | |
| | 所見① | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他所見① | <input type="checkbox"/> |
| | 所見② | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | その他所見② | <input type="checkbox"/> |
| | K-W | 0 | I | II a | II b | III | IV |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Sheie 分類 (H) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| | Sheie 分類 (S) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| Scott 分類 | I a | I b | II | III a | III b | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| | IV | V a | V b | VI | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| Wong Mitchell 分類 | 所見なし 1 | 軽度 2 | 中等度 3 | 重度 4 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 改変 Davis 分類 | 網膜症なし 1 | 単純網膜症 2 | 増殖前網膜症 3 | 増殖網膜症 4 | | | |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

両眼撮影実施条件に当てはまる方は、上記②血糖の『a、b、c』に該当する場合ものと判断する。

※③高血糖者との記載はあるが、具体的な数値での線引きの指定はありませんので、血糖の基準値に該当する方は両眼撮影の対象でも支障がないとされますので、実施理由のチェックは「7.その他」にお願い致します。

両眼撮影実施の場合、所見判定が重症な側の所見を記載し、片眼の撮影では不十分と判断した理由を記述することとするとの記載があり、右眼か左眼か両眼か分かるようにしないとはいけません。

自院にて眼底撮影を実施できる医療機関は、お手数ですが、右眼と左眼別々にキースワグナー分類等のどれか一つの分類を選択し記入、所見についても別々に依頼用紙裏面の「眼底所見コード」より所見を選択して下さい。

なお、所見コード表に無い所見がありましたら
その他の所見の欄へご記入お願い致します。

別府市医師会地域保健センターへの眼底撮影依頼につきましては、資料5「詳細項目：眼底検査依頼について」を参照して下さい。

| | | | | |
|---------------|---|------------|------------|------------|
| 医師判定 | 1. 異常なし | 2. 軽度異常 | 3. 要経過観察 | 4. 要受診（再検） |
| | 5. 要受診（精密検査） | 6. 要受診（至急） | 7. 治療中（継続） | |
| 医師判定 （その他） | ※詳細項目の心電図判定及び眼底判定の記入は こちらの欄へ記入お願い致します。 | | 医師名 | |

※眼底判定は、医師判定の 1～7 より選択し、医師判定
（その他）欄に記入をお願いします。

※眼底判定は、医師判定の 1～7 より選択し、医師判定（その他）欄へ記入して下さい。

記入例) 左眼:3 左側眼底:要経過観察など

(10) 血清クレアチニン検査

当該年度の健診結果等において下記の基準に該当した者で医師が必要と認めた者が
詳細対象者となる。

- ① 血圧 a 収縮期血圧 130mgHg 以上
 b 拡張期血圧 85mmHg 以上
- ② 血糖 a 空腹時血糖 100mg/dl 以上
 b HbA1c (NGSP) が 5.6%以上
 c 随時血糖 100mg/dl 以上

| | | | | | |
|------------------|------------------|-------------------|-------|--------|-------|
| 血清 クレアチ ニン | 実施理由 | 1. 質問 | 2. 診察 | 3. 視診 | 4. 既往 |
| | | 5. 前年 | 6. 契約 | 7. その他 | |
| 対象者 | 0. 詳細健診 以外で実施 | 1. 検査結果による 対象者 | | | |

(大分県内では全員実施項目となります。)

※血清クレアチニン欄は、システム側で自動処理いたしますので、記入はしなくてよいです。

健診結果が１０日～１４日で別府市医師会から医療機関へ２部(受診者通知用・医療機関控)送付されます。裏面には健康診査の結果の見方とメタボリックシンドロームの説明及び判定基準が掲載されておりますので「特定保健指導」についても受診者への結果説明の際に情報提供としてお伝え下さい。また、その内容について本人から受診医療機関へ問い合わせがあった場合は、受診者への適切な指導をお願いします。

【結果通知表 表面】

【結果通知表 裏面】

健診結果説明

2 3

※大分県国保の受診者の方には下記『「特定健診」結果のお渡しについて』をお渡しください。

別府市特定健康診査を受けられた方へ

特定健康診査は“メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)”に着目した健診です。

メタボリックシンドロームの予備軍の方や該当者の方を早期発見し、生活習慣の改善を支援します。

| 検査項目 | | 検査で調べていること |
|---------------------------------|-----------|---|
| 必須項目 (全員が受ける項目) | 質問票 | 服薬歴、喫煙歴、自覚症状等 |
| | 身長・体重・BMI | 肥満度が分かります。標準体重＝身長(m)×身長(m)×22 |
| | 腹 囲 | メタボリックシンドローム(内臓脂肪症候群)の危険性をみます。 |
| | 血 圧 | 高血圧・低血圧の有無をみます。 |
| | 尿 | 糖 |
| | | 糖尿病発見の手がかりです。 |
| | | 蛋 白 |
| | | 腎臓などの病気を見つける手がかりです。 |
| | 血液脂質 | 中性脂肪 |
| | | 血液中の脂肪の一種。多すぎると動脈硬化を進めます。 |
| | | HDLコレステロール |
| | | 血管壁に沈着したコレステロールを運び去る役目をします。 (動脈硬化を予防する善玉コレステロール) |
| | | LDLコレステロール |
| | | 血管内にコレステロールをため込みます。 (動脈硬化を促進する悪玉コレステロール) |
| | 肝機能 | GOT |
| | | 肝臓・心臓の異常発見の手がかりになります。 |
| | | GPT |
| | | 肝臓の細胞の働きをみます。 |
| | | γ-GTP |
| | | アルコール性肝障害・肝臓・胆道などの異常をみます。 |
| 師(一定の 詳細な項目 と認めたと 場合)医 | 血糖 | 血 糖 |
| | | 血液中のブドウ糖のことで糖尿病を見つける手がかりになります。 |
| | | ヘモグロビンA1c |
| | | 長期間の血糖コントロールの目安となります。 |
| | 腎機能 | eGFR |
| | | 腎臓の働きをみます。 |
| | | 血清クレアチニン |
| | | 慢性腎臓病を見つける手がかりになります。 |
| | 貧血 | 血色素 |
| | | 赤血球 |
| | | ヘマトクリット |
| | | 血球成分の比率のことで貧血を調べます。 |
| | | 心電図 |
| | | 不整脈、心臓肥大、冠状動脈(心臓を取り巻き、栄養・酸素を与える血管)の硬化など心臓の異常を調べます。 |
| | | 眼底検査 |
| | | 高血圧や糖尿病により眼底の血管に変化がないかをみます。 |

★今回の健診結果のお渡しについて★

後日、医師からの説明とともに健診結果表をお渡しします。

()月()日()曜日()時()分にお越しください。

健診結果、メタボの赤信号(積極的支援該当者)又は黄色信号(動機づけ支援該当者)の方は“特定保健指導”を受けることをお勧めします。該当するかどうかは健診結果のお渡し日に説明いたします。

医療機関:

【第 19 版】

早わかり特定健診マニュアル

発行日 2026 年 4 月 1 日

発行所 一般社団法人別府市医師会
地域保健センター

TEL 0977-23-2279

FAX 0977-26-4001

(非売品)