

任意継続被保険者 各位

千葉県医業健康保険組合

特定健診実施結果提出についてご協力のお願い

平素より当組合の事業運営につきましては、格別のご理解とご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、平成20年4月から全国で、年度中（4月1日～翌年3月31日）に40歳以上75歳未満になる被保険者及び被扶養者を対象とする、メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の予防と改善を目的とした特定健康診査・特定保健指導が実施されております。

当組合では、皆様の健診データをご提出いただき、特定健康診査の判定結果に基づき「積極的支援・動機付け支援相当・動機付け支援・情報提供」のグループに分け、「特定健診のお知らせ」を後日お届けしております。

特定保健指導（積極的支援・動機付け支援相当・動機付け支援）に該当された方は、今の健康状態を把握し、生活習慣病の発生リスクに合わせ、健康な生活を送るための生活習慣の見直しや、改善のきっかけになる特定保健指導を受けていただく事になっております。

つきましては、人間ドックを受診された任意継続被保険者(又は被扶養配偶者)様は、「短期人間ドック補助金」の請求をされる検査結果を、分かる範囲で構いませんので、同封の「特定健診実施結果送付書（任継者）」・「特定健診内容表（任継者⇒健保組合）」に書き写し、短期人間ドック補助金請求時の提出書類（補助金請求書・領収書・検査結果表の写し）と併せて、特定健康診査のデータとしても当組合へご提出下さい。

大変お手数をお掛けいたしますが、ご協力をお願い申し上げます。

お問合せ先

千葉県医業健康保険組合 管理課

電話：043-241-8514

別紙6 ※ 部分は記入しないで下さい。

特定健診実施結果送付書(任継者)

事業所記号 8000

〒 -

任継者住所

〃

氏名

電話番号

担当者氏名

健診機関番号

(10桁)

〒 -

健診機関所在地

健診機関名称

電話番号

令和 年 月実施分 紙媒体・電子媒体
(どちらで提出されたか○をお願いします)

※当組合へ請求する補助金(人間ドック等)の検査結果を使用する場合は、請求の対象とはなりませんので記入しないで下さい。

※受診者が「家族」の場合は、家族欄へチェックを入れて下さい。

	家族	被保険者番号	受診者氏名	人間ドックの検査結果を使用している(使用⇒○を付ける)	検査(実施した場合○を付けてください)		
					ヘマトクリット値	眼底検査(両目)	HbA1c(NGSP値)
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
合計			名	名	名	名	名

特定健診内容表(任継者⇒健保組合) ※「健診結果のグレー部分」は記入不要です 【令和2年度以降版】

条件の欄

○は必須項目
●はいずれかの項目の実施で可
検査15: 優先順位 ①空腹時血糖(食後10時間以上)→②HbA1c →③随時血糖(食後3.5時間以上10時間未満)
□は医師の判断に基づき選択的に実施する項目
「貧血検査」・「心電図」・「眼底検査(両目)」の検査を実施した場合は、医療保険者に対して理由が必要です

↓受診者が「家族」の場合は、家族欄にチェックを入れてください

保険証記号・番号	受診者氏名	家族	性別	生年月日			実施年月日				
8000 —	フリガナ		男・女	昭和	年	月	日	令和	年	月	日

検査項目	条件	健診結果	
1 身長	○	cm	
2 体重	○	kg	
3 BMI	○	kg/m ²	
4 腹囲	○	cm	
5 既往歴	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし
5 具体的な既往歴			
6 自覚症状	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし
6 自覚症状所見			
7 他覚症状	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし
7 他覚症状所見			
8 血圧 (収縮期)	○	mmHg	
8 血圧 (拡張期)	○	mmHg	
9 中性脂肪	○	mg/dl	
10 HDLコレステロール	○	mg/dl	
11 LDLコレステロール	●	mg/dl	
11 Non-HDLコレステロール	●	mg/dl	
12 GOT(AST)	○	U/l	
13 GPT(ALT)	○	U/l	
14 γ-GTP(γ-GT)	○	U/l	
15 空腹時血糖(10時間以上)	●	mg/dl	
15 HbA1c(NGSP値)	●	%	
15 随時血糖(3.5時間以上10時間未満)	●	mg/dl	
16 尿糖	○	M F	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++
17 尿蛋白	○	M F	1.- 2.± 3.+ 4.++ 5.+++
18 貧血検査	ヘマトクリット値	□	%
	血色素量(ヘモグロビン値)	□	g/dl
	赤血球数	□	万/mm ³
	貧血検査実施理由	□	
19 心電図(安静時)	□	1. 所見あり	2. 所見なし
19 心電図所見	□		
19 心電図実施理由	□		
20 眼底検査(両目)	□		
	眼底検査(両目)実施理由	□	

検査項目	条件	健診結果
21 血清クレアチニン値	□	mg/dl
21 eGFR	□	ml / min / 1.73m ²
22 医師の総合判定	○	人間ドック結果表のとおり
23 診断を実施した医師の氏名	○	

質問項目	条件	回答	
a. 血圧を下げる薬を使用していますか	○	① はい	② いいえ
b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか	○	① はい	② いいえ
c. コレステロールを下げる薬を使用していますか	○	① はい	② いいえ
現在たばこを習慣的に吸っていますか※	○	① はい	② いいえ

※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っている者」であり、最近1ヶ月間も吸っている者

◎ 11:LDLコレステロール については、中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合はNon-HDLコレステロールの測定に代えられます

◎ 16:尿糖、17:尿蛋白 は必須項目です。必ず実施してください。ただし、次のケースは【M】または【F】を選択してください。
【M:未実施】=検査予定であったが検体を採取できない場合や受診者の事情により検査を行う事が適切ではないと考えられた場合
【F:測定不可能】=検体採取後何らかの理由により(凝固、量が不足など)検査ができなかった場合

◎ メタボリックシンドローム判定・保健指導レベル判定は、組合で行います