

【特定健診結果データ】 提出書類等について

【対象者】

年度に1回、実施年度中に40歳になる方から75歳未満の被保険者及び被扶養者

※ その年度中に40歳になる方は、実施日に39歳でも対象となり、75歳になる方は、75歳の誕生日の前日までが対象となります

【提出書類】 以下の1.～3.のいずれかの方法で提出してください

1. XML形式（国の電子的標準様式）で提出の場合

- ・ 特定健診結果データを収録した電子媒体
 - ▶ データを収録した電子媒体を組合へ送付、もしくはデータをKOSMO Webで電送
- ※ パスワードを設定した場合は、別途お知らせください

2. 当組合の「各種補助金請求エクセルツール」を使用してデータを作成した場合

- ・ 特定健診結果データを収録した電子媒体
 - ▶ データを収録した電子媒体を組合へ送付、もしくはデータをKOSMO Webで電送
- ※ パスワードを設定した場合は、別途お知らせください

3. 紙媒体で提出の場合

- (1) 特定健診実施結果送付書（別紙6）
- (2) 特定健診内容表（事業主⇒健保組合）（別紙1）
 - ① 外部委託の関係上、当組合専用書式（別紙1）以外は受付不可となります
 - ② 「読みやすく、判別しやすい字」で記入をお願いいたします（特に数字や漢字）
 - ③ 「医師の総合判定」は、受診者へ送付する結果表にそのまま使用しますので、専門用語は避け、受診者が分かる内容でご記入ください

【注意点】

- ・ データ提出は、毎年度1人1回となります。年度2回以上の健診受診者については、いずれかひとつの健診結果を提出してください
- ・ 特定健診後は、健診結果のレベルに応じて特定保健指導への受診となることから、健診データは月単位で速やかに提出してください
- ・ 人間ドックの補助金を請求したことでは、特定健診のデータを提出したことにはなりませんので、人間ドックの補助金請求とは別にご提出をお願いいたします
- ・ 実施者が多数の場合、「別紙6」の氏名等を記載する欄に「別紙」と記載したうえで、実施者名簿を別途作成していただいても構いません
ただし、結果送付書の全項目が記載されるよう作成してください

特定健診実施結果送付書

事業所記号

〒

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

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

↓受診者が「家族」の場合は、家族欄へチェックを入れてください

	家族 (被扶養者)	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)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
合計			名	

※ 毎月、特定健診終了後速やかに、受診者の被保険者番号及び氏名等をこの送付書に記載のうえ、紙媒体『特定健診内容表(事業主⇒健保組合)』と同時に提出をお願いいたします

受診者氏名は、実施日順(第一優先)かつ被保険者番号順(第二優先)に並べていただきますよう、お願いいたします

受付日付印

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				
—	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
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
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
他覚症状所見			
8 血圧 (収縮期)	○	mmHg	
(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	
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	
空腹時血糖(10時間以上)	●	mg/dl	
15 HbA1c(NGSP値)	●	%	
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
心電図所見	□		
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
eGFR	□	ml/min/1.73m ²
22 医師の総合判定	○	
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