健診

埼玉県医師会集合契約における
特定健康診査実施概要
（2024 年度）

埼玉県医師会

目　　次

第四期（2024 年度以降）における変更点

概　要　　ページ
１　対象者 …… １
２　実施期間及び場所 …… １
３　受付時確認事項 …… ２
４　検査項目 …… ３
５　健診料金 …… ４
６　請求支払方法 …… ４
７　受診結果 …… ６
８　エラーになったものの対応…… ６

受診券様式…… ７
受診券における契約取りまとめ機関名の記載例とその対応…… ８
問診票様式…… ９
特定健康診査用入力票（県医師会提出用）…… １０
特定健康診査用入力票（医療機関控え）…… １１
特定健診集合契約送付票兼請求書…… １２
特定健康診査検査結果報告書（医療機関控え）…… １３
特定健康診査検査結果報告書（受診者通知用）…… １４

参考：２０２４年度料金表一覧

第四期（2024年度以降）における変更点

特定健康診査の見直し	⑴ 基本的な健診の項目 血中脂質検査における中性脂肪において、やむを得ず空腹時以外で中性脂肪を測定する場合は、食直後を除き随時中性脂肪による血中脂質検査を可とした。
	⑵ 標準的な質問票 喫煙や飲酒に係る質問項目については、より正確にリスクを把握できるように詳細な選択肢へ修正した。 特定保健指導の受診歴を確認する質問項目に修正した。
特定保健指導の見直し	⑴ 評価体系の見直し 特定保健指導の実績評価にアウトカム評価を導入し、主要達成目標を腹囲２㎝・体重２kg 減とし、生活習慣病予防につながる行動変容（食習慣の改善、運動習慣の改善、喫煙習慣の改善、休養習慣の改善、その他の生活習慣の改善）や腹囲１㎝・体重１kg 減をその他目標として設定した。 プロセス評価は、介入方法により個別支援（ICT 含む）、グループ支援（ICT 含む）、電話、電子メール等とし、時間に比例したポイント設定ではなく、介入１回ごとの評価とした。支援Ａと支援Ｂの区別は廃止した。また、ICT を活用した場合も同水準の評価とした。 特定健康診査実施後の特定保健指導の早期実施を新たに評価することとした。 また、モデル実施は廃止とした。
	⑵ 特定保健指導の初回面接の分割実施の条件緩和 特定保健指導の初回面接は、特定健康診査実施日から１週間以内であれば初回面接の分割実施として取り扱えるよう条件を緩和することとした。
	⑶ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬を開始した場合の実施率の考え方 特定健康診査実施後又は特定保健指導開始後に服薬を開始した者については、実施率の計算において、特定保健指導の対象者として、分母に含めないことを可能とした。
	⑷ 糖尿病等の生活習慣病に係る服薬中の者に対する服薬状況の確認及び特定保健指導対象者からの除外 服薬中の者の特定保健指導対象者からの除外に 当たって、確認する医薬品の種類、確認の手順等を保険者があらかじめ定めている場合は、専門職以外であっても、対象者本人への事実関係の再確認と同意の取得を行えることとした。
	⑸ その他の運用の改善 看護師が特定保健指導を行える暫定期間を第４期期間においても延長することとした。

＊「標準的な健診・保健指導プログラム」第２編別紙３参照

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html

※最新の特定健康診査・特定保健指導についての詳細は下記のリンク先でご確認ください。

・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（第4.1版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook_31132.html

・標準的な健診・保健指導プログラム（令和6年度版）

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000194155_00004.html

被用者保険（職域保険）被扶養者における特定健康診査実施概要

１．対象者

埼玉県医師会と代表保険者（２０２４年度は全国健康保険協会埼玉支部）とで締結している集合契約Ｂに参加している保険者の発行する被保険者証及び特定健康診査受診券を提示した者。（４０～７４歳まで）

・被用者保険被扶養者
・任意継続被保険者及びその被扶養者
・特例退職被保険者及びその被扶養者
・国民健康保険組合被保険者（特定の職種ごとに設立された国保組合）
　例：医師国保・薬剤師国保

保険者によっては、**被保険者（本人）**にも受診券を発行している場合があり、この場合は被扶養者と同様に扱います。不明点は保険者に直接問い合わせください。

※ただし以下の者は対象外となります。

（１）妊産婦
（２）病院または診療所に６ヶ月以上継続して入院している者
（３）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
（４）国内に住所を有しない者
（５）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
（６）障害者自立支援法に規定する障害者自立支援施設等に入所している者
（７）老人福祉法に規定する養護老人ホーム、特別養護老人ホームに入所している者
（８）介護保険法に規定する特定施設、介護保険施設に入所している者

※参加保険者一覧は埼玉県医師会（以後、県医師会とする）ホームページから閲覧、ダウンロードできます。

２．実施期間及び場所

2-1　実施期間　通年

※保険者ごとに受診券の有効期限があります。必ず受診券を確認！

2-2　実施場所　集合契約に参加している医療機関＊

＊集合契約参加医療機関一覧は県医師会ホームページから閲覧およびダウンロードできます。

３．受付時確認事項

受診券を必ず確認してください。

各保険者が交付した、特定健康診査受診券（以下「受診券」という）（７ページ)、問診票、保険証または資格証明書（以下「保険証」という）もしくはオンライン資格確認により保険資格を確認します。

受診者が問診票を持参しない場合は、９ページの問診票をコピーもしくは県医師会ホームページからダウンロードしてご使用ください。

①受診者の氏名・性別・生年月日・保険者番号・被保険者証の記号及び番号・被扶養者番号が保険証の記載内容と一致しているか確認すること。

※受診券、保険証の両方を持参しない者は受診できません。

受診券があっても保険証がない場合、当該保険組合を脱会している場合があります。その場合、請求しても返戻になりますのでご注意ください。

②有効期限

受診日が有効期限内か確認すること。

③契約とりまとめ機関名（８ページ参照）

受診券の下部に記載されています。

受診券を発行している保険組合が契約相手か確認すること。

本会を通じて行う契約はＢ契約です。

※以下のようなケースが発生した場合の取扱いは次のとおりです。

想定されるケース	取扱い
健診機関において、受診券と被保険者証を確認しなかった場合（加入者が受診券または被保険者賞を忘れてきた場合において、当該機関の判断で受診を認めた場合等）	当該機関の責任・負担とし、保険者からは支払わない（機関は全額を受診者に請求）
健診機関において、受診券当に記載された内容と異なる検査。請求を行った場合（記載されていない上乗せ検査を行い、その費用の一部を請求した場合）	
健診機関において、受診券と被保険者を確認したものの、そのいずれかが不在なものであった場合（資格喪失していたものの、保険者が回収していなかった場合や、精巧に偽造またはコピーされたものであった場合等）	保険者の責任・負担とし、保険者は定められた費用を機関に支払い、保険者が受診者に請求

4．検査項目

4-1　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(質問票もしくは問診票)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、体重および腹囲の検査	腹囲の測定は、厚生労働大臣が定める基準（BMI が 20 kg/㎡未満の者、もしくは BMI が 22 kg/㎡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認める時は、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	
肝機能検査	アスパラギン酸アミノトランスフェラーゼ（AST（GOT））アラニンアミノトランスフェラーゼ（ALT（GPT））ガンマグルタミルトランスフェラーゼ（γ－GT） 血中脂質検査
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（血清トリグリセライド）の量、やむを得ない場合は随時中性脂肪の量 高比重リポ蛋白コレステロール（HDL コレステロール）の量 低比重リポ蛋白コレステロール（LDL コレステロール）の量 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 コレステロールの測定でも可
血糖検査	空腹時血糖又はヘモグロビン A1c（HbA1ｃ）、やむを得ない場合は随時血糖
尿検査	尿中の糖及び蛋白の有無

※全項目を実施しないと支払いの対象となりません。

※中性脂肪が 400mg/dl 以上である場合又は食後採血の場合は、LDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙに代えて Non-HDL ｺﾚｽﾃﾛｰﾙ（総ｺﾚｽﾃﾛｰﾙから HDL-ｺﾚｽﾃﾛｰﾙを除いたもの）で評価を行うことができる。

※血糖検査は原則として空腹時血糖検査又は HbA1c 検査となります。
やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP 値）を測定しない場合は、食直後を除き随時血糖による血糖検査を実施してください。なお、空腹時とは絶食 10 時間以上、食直後とは食事開始時から 3.5 時間未満とします。

4-2　詳細な健診項目

※詳細な健診は、一定の基準の下、医師が必要と認めた場合に実施するものです。

※全ての判断基準をみたしても最終的には医師の判断となります。

※詳細健診の請求での返戻が多くみられます。判断基準、受診券の窓口負担などよくご確認いただき、ご記入ください。

<table>
<tr><th>項　　目</th><th>実施できる条件（判断基準）</th></tr>
<tr><td>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</td><td>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</td></tr>
<tr><td>心電図検査
（12 誘導心電図）</td><td>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 又は問診等で不整脈が疑われる者</td></tr>
<tr><td>眼底検査</td><td>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
<table><tr><td>血圧</td><td>収縮期 140mmHg 以上又は拡張期 90mmHg 以上</td></tr><tr><td>血糖</td><td>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</td></tr></table>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。</td></tr>
<tr><td>血清クレアチニン検査
（eGFR による腎機能の評価を含む）</td><td>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
<table><tr><td>血圧</td><td>収縮期 130mmHg 以上又は拡張期 85mmHg 以上</td></tr><tr><td>血糖</td><td>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</td></tr></table></td></tr>
</table>

５．健診料金

基本健診部分

・個　別　　８，８５０円（税抜き　８，０４５円）
・集　団　　７，８００円（税抜き　７，０９０円）

詳細健診部分

・貧血検査　　２４０円（税抜き　　２１８円）
・心電図検査　　１，４３０円（税抜き　１，３００円）
・眼底検査　　１，２４０円（税抜き　１，１２７円）
・血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ検査　　１３０円（税抜き　　１１８円）

※請求金額は上記の単価から自己負担額（受診券に記載）を引いた金額です。
※自己負担額は保険者によって異なります。必ず受診券にてご確認をお願いします。

６．請求・支払方法

請求支払方法として以下の３通り（①～③）が考えられます。

・医療機関で電子化が可能な場合

①医療機関が直接支払基金に請求し、支払基金から支払を受ける。

・**医療機関で電子化ができない場合**

②医療機関は入力票等を**郡市医師会**に提出し、郡市医師会で代行入力を行い、電子化したうえで、郡市医師会は支払基金に請求し支払を受けます。支払を受けた郡市医師会は、所定の金額を医療機関に配分します。（この場合、入力手数料等は郡市医師会によって異なります。）
ご不明点等はご所属の郡市医師会に問い合わせください。

③医療機関は入力票等を**県医師会**に提出し、本会にて代行入力を行い、電子化したうえで、県医師会は支払基金に請求し支払を受けます。支払を受けた県医師会は、入力手数料（６５０円※消費税込）を差し引いたうえで所定の金額を医療機関に配分します。

送付先
埼玉県医師会　業務課業務Ｉ担当　特定健診係
〒330-0062　さいたま市浦和区仲町 3-5-1
TEL：048-824-2611（代）　FAX:048-822-8515

【③（本会事務代行）を選択する際の費用の請求と支払いについて】

●「入力票」（１０・１１ページ）は、２枚複写になっております。
「入力票」に基本情報・受診券情報・検査結果等をご記入の上、

１　**入力票【医師会提出用】**
２　**受診券**（原本が提出できない場合はコピーでも可）
３　**問診票**（受診券と問診票が１枚に記載されている場合はそのままで結構です）

１から３をバラバラにならないようにまとめて、左上をホチキス等でとめてください。送付の際は、「**送付票兼請求書**」（１２ページをコピーしていただくか、県医師会ホームページからダウンロードしてご使用ください）を添えて、請求額のご確認をお願いいたします。
県医師会には、各月１０日、２５日（※土日祝の場合は翌平日）着を目途に送付してください。
※保険証に枝番号が記載されていることがありますが、県医師会が事務代行入力をする場合、枝番号を入力票に記入する必要はありません。

●県医師会は電子化し、翌月５日までにデータを支払基金・国保連合会に提出（ＣＤ－Ｒ）します。

●支払基金は内容を確認し、返戻の場合は提出月の翌月１０日に県医師会あて返戻します。問題がない場合には提出月の翌月２１日に県医師会に料金が支払われます。

受診券様式

（表面）

特定健康診査受診券

例　　11 桁

20‥年‥月‥日交付

受診券整理番号　〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇

受診者の氏名　トクテイ　ケンシロウ　（カタカナ表記）

性別　1　男

生年月日　昭和40年9月1日　（和暦表記）

有効期限　20××年 10 月 31 日　（西暦表記）

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）　負担率又は負担率　30%　（上段は基本部分）

特定健診（詳細部分）　1,000 円　（斜線が引いているときは負担なし）

（下段は詳細部分）

保険者所在地　〒　-　千代田区〇〇

保険者電話番号　03－1234－××××

保険者番号･名称　　印

●●●●健康保険組合

契約取りまとめ機関名　集合 B､ド/日､予､結

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

被保険者証との照合・確認

有効期限や実施内容の確認⇒その内容で実施

窓口徴収額の確認⇒その額を徴収し、契約単価からの差額を保険者に請求

被保険者証との照合・確認

契約相手かを確認
※詳細については８ページを参照のこと

請求・データ送付先を確認

（裏面）

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　〒　３３０－××××
埼玉県●●市〇〇町１－１－×

（受診者が記入）

※実施機関の窓口では、被保険者証と受診券を照合・確認し、問題なければ券面の自己負担額を徴収した後、サービスを提供する。（自己負担が生じる場合もあるので、注意してください。）
受診券を持っていても被保険者証がなければ、組合を脱退している可能性もありますので、必ず保険証を確認ください。

受診券における契約取りまとめ機関名の記載例とその対応

案　　特定健康診査受診券

20　年　月　日交付

受診券整理番号

受診者の 氏名　（カタカナ表記）

性別

生年月日　（和暦表記）

有効期限　20××年　月　日（西暦表記）

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

保険者電話番号

保険者番号・名称　　印

契約とりまとめ機関名　[redacted]

支払代行機関番号

支払代行機関名

集合契約A（集合A）→全国ベース
取りまとめ機関
- **・日本人間ドック学会/日本病院協会（略；ド/日）**
- **・全国労働衛生団体連合会（略；全または全衛連）**
- **・予防医学事業中央会（略；予）**
- **・結核予防会（略；結）**
- **・全日本病院協会（略；病）**
- **・日本総合健診医学会（略；総）**

以上6団体

すべての健診機関と契約している場合は集合Aと略される

集合契約B（集合B）→都道府県ごとの集合契約

○埼玉県の集合契約で対応できる

※医師会を通じて行う契約はB①契約です。

※B②契約（特定健診当日の特定保健指導初回面接が実施できる契約）はしていません。

① 集合B
集合B（B①）とだけ記載されている

② 集合B（××県、埼玉県、○○県・・）
集合Bの()内に埼玉県を含む都道府県名が記載されている

③ 集合B（××県、△△府及び○○県を除く）
集合Bの()内に埼玉県以外の都道府県を除くと記載されている

④ 集合B（××県、埼玉県、○○県・・）、予、全
上記①から③に加え、A契約機関が記載されている

⑤ 集合B（××県及び△△府を除く）、集合A
上記①から③に加え、集合Aと記載されている

×埼玉県の集合契約で対応できない

① 集合A
集合Bの記載がない

② 集合B（××県、△△府及び○○県）
集合Bの()内の該当県に埼玉県が記載されていない

③ 集合B（××県、埼玉県及び○○県を除く）
集合Bの()内に埼玉県を含む都道府県名を除くと記載されている

※ 上記以外にも様々な記載がされることが予想されますので、少しでも不明な点がありましたら、保険者または埼玉県医師会にお問い合わせください。

特定健康診査　問診票(埼玉県医師会集合契約用)		氏　　名 (ご記入下さい)	
質問内容		回答欄(チェックをつけて下さい)	
1	血圧を下げる薬を服用している。	□はい	□いいえ
2	インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	□はい	□いいえ
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。	□はい	□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、治療をうけたことがある。	□はい	□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、治療をうけたことがある。	□はい	□いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)をうけている。	□はい	□いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがある。	□はい	□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、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)	□はい（条件１と条件２を両方満たす） □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） □いいえ（①②以外）	
9	20歳の時の体重から10キロ以上増加している。	□はい	□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。	□はい	□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時間以上実施している。	□はい	□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。	□はい	□いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態	□何でもかんで食べることができる □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 □ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が速い。	□速い	□ふつう　□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。	□はい	□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。	□毎日　□時々 □殆ど摂取しない	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	□はい	□いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度について (※「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)	□毎日　□週5-6日 □週3-4日　□週1-2日 □月に1-3日　□月に1日未満 □やめた　□飲まない(飲めない)	
19	飲酒日の1日あたりの飲酒量 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・350ml)	□1合未満　□1-2合未満 □2-3合未満　□3-5合未満 □5合以上	
20	睡眠で休養は十分にとれている。	□はい	□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。	□改善するつもりはない □改善するつもりである(概ね6か月以内) □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 □既に改善に取り組んでいる(6か月未満) □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 。	□はい	□いいえ

２０２４年度（令和６年度）料金表

特定健診・特定保健指導集合契約（Ｂ契約）は下記一覧表のとおりです。

	検査項目	税抜き価格	消費税（10%）	税込み価格
特定健康診査	個別	８，０４５円	８０５円	**８，８５０円**
基本健診	集団	７，０９０円	７１０円	**７，８００円**
詳細健診	貧血検査	２１８円	２２円	**２４０円**
〃	心電図検査	１，３００円	１３０円	**１，４３０円**
〃	眼底検査	１，１２７円	１１３円	**１，２４０円**
〃	血清ｸﾚｱﾁﾆﾝ検査	１１８円	１２円	**１３０円**
特定保健指導	動機付け支援	７，５００円	７５０円	**８，２５０円**
〃	積極的支援	２２，８７３円	２，２８７円	**２５，１６０円**

※すべて令和５年度と同様となります。
※埼玉県医師会電子化事務代行の手数料は、一件につき６５０円（消費税 10% 59 円込）です。

注意事項

・健診受診者が資格喪失後に受診して返戻になるケースが増えています。
健診機関において、受診券と被保険者証を確認しなかった場合、当該機関の責任とし、保険者からの支払いがされないケースが散見されます。
必ず、**受診券の氏名・性別・生年月日・保険者番号・被保険者証の記号及び番号・被扶養者番号が保険証の記載内容と一致**しているか必ず確認してください。

・埼玉県医師会が締結している契約は「**集合契約Ｂ**」です。
受診券に「集合契約Ｂ」の記載がないものは、契約対象外となりますのでご注意ください。
また「集合契約Ａ」を実施している医療機関は、県医師会とは電子化事務代行はできませんので、ご注意ください。

上記の内容でご不明点がある場合は、受診券に記載の保険者にご確認ください。