参考

抜粋

埼玉県医師会集合契約における
特定健康診査実施概要
（2025 年度）

埼玉県医師会

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（以後、県医師会とする）と代表保険者（２０２５年度は埼玉県市町村職員共済組合）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

※参加保険者一覧は県医師会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、マイナ保険証、資格証明書又は有効期限が切れていない保険証（以後、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。（以下「保険証」という）

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、受診券等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ます。

※血糖検査は原則として空腹時血糖検査又は HbA1c 検査となりますが、県医師会では、受診者の正確な糖尿病を反映できるということで HbA1c 検査を推奨しています。

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　　９，７４０円（税抜き　８，８５５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）

※令和７年度（令和７年４月１日以降交付で期限が有効な受診券）より上記料金に変更されます。
※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。

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 ⇒その額を受診者から徴収し、契約単価から徴収額を引いた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、この券を窓口に提出するとともに、以下のいずれかにより保険資格の確認を受けてください。

・マイナンバーカードによるオンライン資格確認（受診する施設が対応している場合）

・マイナポータルの保険資格画面の提示

・マイナ保険証と資格情報のお知らせの提示

・資格確認書又は被保険者証

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

〒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確認し、自己負担がある場合はその額を徴収し、サービスを提供する。

※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。

２０２５年度（令和７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	８，８５５円	８８５円	９，７４０円
基本健診				
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

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あります。
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。

・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。