

令和 8 年度秋田市特定健康診査・健康診査事業 実施内容の説明（受付）

◆ 特定健康診査・健康診査の実施期間

令和 8 年 6 月 1 日から令和 9 年 3 月 3 1 日まで
（受診券の有効期限も同様です。）

◆ 対象者

受診する当日に、次に該当するかた。

（１）特定健康診査	（２）健康診査
<ul style="list-style-type: none"> ・ 秋田市の国民健康保険に加入している 40 歳～74 歳のかた （受診券の色：きみどり色） <p>※令和 9 年 3 月 3 1 日までに 40 歳になるかたの場合は、誕生日を迎える前でも受診できます。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 後期高齢者医療制度に加入しているかた （受診券の色：ピンク色）
<p>令和 9 年 3 月 3 1 日までに 75 歳を迎えるかたのうち（受診券の色：水色）</p>	
<p>①受診する当日に 75 歳に達していないかた</p>	<p>②受診する当日に 75 歳に達しているかた</p>
<p>受診日時点の年齢で①・②のどちらに該当するか判断してください。</p>	

【 受診券の色の違いまとめ 】

- ・ **きみどり** → 「特定健康診査」の対象者です。
※秋田市の国民健康保険に加入しているかた
- ・ **水色** → 「特定健康診査」か「健康診査」の対象者です。
※今年度のお誕生日が来て 75 歳になるかた
- ・ **ピンク** → 「健康診査」の対象者です。
※後期高齢者医療制度に加入しているかた



◆ 受付で確認していただきたいこと

(1)	<p>「令和8年度」の受診券であること。(必ず確認してください)</p> <p>※過年度の受診券を持参されるかたがいますのでご注意ください。</p>
(2)	<p>受診券の裏面の「質問票」の回答が全て記入されていること。</p> <p>(確認のうえ、<u>受診券を回収してください。</u>)</p> <p>※水色の受診券をお持ちのかたは、75歳になった時点で質問票が「健康診査」の内容に変わります。ご注意ください。</p> <p>【注意】75歳になったかたが、特定健診の質問票に記入していた場合 ・同封の「後期高齢者健診質問票」をコピーして、記入・提出していただくよう対応をお願いします。</p>
(3)	<p>秋田市の国民健康保険、または後期高齢者医療制度の被保険者であること。 (<u>マイナ保険証や資格確認書などで必ずご確認ください。</u>)</p>

◆ 受付時に受診券の紛失が判明した場合

(受診するかたが受診券を持参しなかった場合)

(1)	<p>原則、本人から特定健診課へ再交付の申請が必要ですが、健診実施医療機関からの依頼でも再交付ができます。</p>
(2)	<p><u>受診させる前に必ず当課に受診できるかたかどうか確認してください。</u></p> <p>健診実施医療機関から再交付依頼が行われ、当課で受診資格を確認できた場合は健診を行うことができます。</p> <p>(再交付した受診券を郵送する場合は、発送は依頼があった日の翌日になりますのでご注意ください。)</p>
<p>受診されるかたが、ご自身で再交付手続を行うことが難しい場合は特定健診課へお問合せください。</p>	

◆ 回収した受診券の保存

(1)	<p>回収した受診券は健診実施医療機関で保存してください。</p>
(2)	<p>保存期間については、「医師法第24条」の規定を準用し、今年度の健診終了後から<u>5年間保存</u>してください。</p> <p>やむを得ず廃棄する場合であっても1年間は保存するようお願いします。</p>

◆ 検査の項目について

- ・ 同封の資料 1 ・ 資料 2 をご確認ください。

◆ 受診者への結果の説明について

(1)	受診者からの要望があった場合は、健診結果の説明をおこなってください。 <u>(結果の説明の実施は委託料に含まれています。)</u> その際に、各実施機関で作成した健診結果をご本人に渡すなどの対応は任意とします。
(2)	特定健診課からは、受診した月の翌々月の月末にご本人へ健診結果を郵送します。 例) 8月受診(1日~31日)の場合は、10月末(25日前後)に送付。

◆ 請求用データの作成

(1)	各実施医療機関で請求用データを作成し、国保連に提出してください。
(2)	国保連への請求用データの提出期限は、健診実施月の翌月の5日までです。 <u>※5日が土曜、日曜および祝日の場合は、その翌日まで。</u>

◆ 費用の精算

- ・ 委託料は、請求用データを提出した月の翌月に国保連から支払われます。
※データの修正等があり、国保連にデータを再提出した場合などは、支払いが翌々月にずれ込む場合がありますのでご注意ください。

特定健康診査(40歳~74歳のかた)仕様書

区 分	内 容		1人あたりの 委託料単価
基本的な健診の項目	既往歴の調査 (服薬歴および喫煙習慣の状況に係る調査を含む)		8,177円
	自覚症状および他覚症状の検査		
	身体計測	身長、体重、腹囲、BMI	
	血圧	収縮期血圧、拡張期血圧	
	血中脂質検査 (※2)(※3)	空腹時中性脂肪 (随時中性脂肪) HDL-コレステロール LDL-コレステロール	
	肝機能検査	AST(GOT) ALT(GPT) γ-GT(γ-GTP)	
	血糖検査(※4)	空腹時血糖 ヘモグロビンA1c (随時血糖)	
	尿検査(※5)	糖、蛋白	
	検査結果説明		
詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目) (※1)	貧血検査	赤血球数、血色素量、 ヘマトクリット値	231円
	12誘導心電図検査		1,650円
	眼底検査(両眼)		1,232円
	血清クレアチニン検査、eGFR算出		121円
秋田県独自の追加健診項目	血清クレアチニン検査、eGFR算出		121円
	尿酸検査		121円
診療情報提供	治療中患者の診療情報の提供(※6)		3,300円

※1 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)を実施する場合は、受診者に十分な説明を行うとともに、秋田市に送付する結果データにおいてその理由を詳述することとする。

※2 血中脂質検査において、やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪により検査を行うことを可とする。空腹時中性脂肪または随時中性脂肪の測定のため、採血時間(食後)の情報は必須入力項目とする。

※3 空腹時中性脂肪もしくは随時中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロール(総コレステロールからHDL-コレステロールを除いたもの)の測定でも可とする。

※4 血糖検査において、空腹時血糖およびヘモグロビンA1cについては、いずれかでも可とする。また、やむを得ない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖の測定でも可とする。

※5 生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者、その他やむを得ない事情により測定不可能である者に対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合も認めるものの、その他の健診項目についてはすべて実施すること。実施されなかった場合は完全に実施するまで何度も実施するか、未実施扱いとする(この場合、秋田市から委託料は支払われない)。

なお、その他やむを得ない事情とは次のような場合である。

- 1 検査予定であり検査しようとしたが検体を採取できない場合
- 2 検査予定であったが受診者の事情により検査を行うことが適切でないと検査時点で考えられた場合
- 3 健診機関としては検体を採取したが、検体のなんらかの理由(凝固、量が不足、適切な検体補助剤が入れられていないなど)、検査機器のトラブル、検体搬送時の事故等により検査ができなかった場合
- 4 検査装置の測定限界を超えた異常な値を呈したために検査ができなかった場合

※6 診療情報提供については、別紙「令和8年度秋田市特定健康診査・健康診査事業実施内容の説明」の診療情報提供の説明内容を参照のうえ、対象や条件等定めにより実施されたものに限る。

後期高齢者の健康診査仕様書

区 分	内 容		1人あたりの 委託料単価
基本的な健診の項目	既往歴の調査 (服薬歴および喫煙習慣の状況に係る調査を含む)		7,957円
	自覚症状および他覚症状の検査		
	身体計測	身長、体重、BMI	
	血圧	収縮期血圧、拡張期血圧	
	血中脂質検査 (※2)(※3)	空腹時中性脂肪 (随時中性脂肪) HDL-コレステロール LDL-コレステロール	
	肝機能検査	AST(GOT) ALT(GPT) γ-GT(γ-GTP)	
	血糖検査(※4)	空腹時血糖 ヘモグロビンA1c (随時血糖)	
	尿検査(※5)	糖、蛋白	
検査結果説明			
詳細な健診の項目 (医師の判断による追加項目) (※1)	貧血検査	赤血球数、血色素量、 ヘマトクリット値	231円
	12誘導心電図検査		1,650円
	眼底検査(両眼)		1,232円
	血清クレアチニン検査、eGFR算出		121円
秋田県独自の追加健診項目	血清クレアチニン検査、eGFR算出		121円
	尿酸検査		121円

※1 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)を実施する場合は、受診者に十分な説明を行うとともに、秋田市に送付する結果データにおいてその理由を詳述することとする。

※2 血中脂質検査において、やむを得ず空腹時以外に採血を行った場合は、随時中性脂肪により検査を行うことを可とする。空腹時中性脂肪または随時中性脂肪の測定のため、採血時間(食後)の情報は必須入力項目とする。

※3 空腹時中性脂肪もしくは随時中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合、LDLコレステロールに代えて、Non-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)の測定でも可とする。

※4 血糖検査において、空腹時血糖およびヘモグロビンA1cについては、いずれかでも可とする。また、やむを得ない場合は、食直後(食事開始時から3.5時間未満)を除き随時血糖の測定でも可とする。

※5 腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者や、その他やむを得ない事情により測定不可

能である者に対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合も認めるものの、その他の健診項目についてはすべて実施すること。実施されなかった場合は完全に実施するまで何度も実施するか、未実施扱いとする(この場合、秋田市から委託料は支払われない)。

なお、その他やむを得ない事情とは次のような場合である。

- 1 検査予定であり検査しようとしたが検体を採取できない場合
- 2 検査予定であったが受診者の事情により検査を行うことが適切でないと検査時点で考えられた場合
- 3 健診機関としては検体を採取したが、検体のなんらかの理由(凝固、量が不足、適切な検体補助剤が入れられていないなど)、検査機器のトラブル、検体搬送時の事故等により検査ができなかった場合
- 4 検査装置の測定限界を超えた異常な値を呈したために検査ができなかった場合

詳細な健診の項目の検査実施について

詳細な健診の項目の検査実施に当たっては、以下のことに留意する。

1 対象者

下表の基準該当者のうち、医師が必要と判断した者。

追加項目	実施できる条件（判断基準）				
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）	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者				
心電図検査（12誘導心電図）（注1）	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以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上の者または問診等で不整脈が疑われる者				
眼底検査（注2）	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <tr> <td>血圧</td> <td>収縮期140mmHg以上または拡張期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%以上または随時血糖値が126mg/dl以上</td> </tr> </table> <p>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の確認ができない場合は、「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」（注3）を含む。</p>	血圧	収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上または随時血糖値が126mg/dl以上
血圧	収縮期140mmHg以上または拡張期90mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が126mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）6.5%以上または随時血糖値が126mg/dl以上				
血清クレアチニン検査（eGFRによる腎機能の評価を含む）	<p>当該年度の特定健康診査の結果等において、血圧または血糖が、次の基準に該当した者</p> <table border="1"> <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%以上または随時血糖値が100mg/dl以上</td> </tr> </table>	血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上	血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上または随時血糖値が100mg/dl以上
血圧	収縮期130mmHg以上又は拡張期85mmHg以上				
血糖	空腹時血糖値が100mg/dl以上、HbA1c（NGSP値）5.6%以上または随時血糖値が100mg/dl以上				

（注1）心電図検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日に心電図検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

（注2）眼底検査は、基準に基づき医師が必要と認める者であって特定健康診査当日から1か月以内に眼底検査を実施した場合、詳細な健診の項目として実施したこととする。

（注3）眼底検査の実施できる条件「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」に該当するかどうかは、秋田市特定健診課へお問合せください。

令和8年度秋田市特定健康診査・健康診査事業 実施内容の説明（診療情報提供）

◆ 診療情報の提供について

- ・ 特定健診の実施に代えて、治療中の患者さんの診療情報を提供することもできます。
- ・ 診療情報の提供は、特定健診の受診率向上にもつながります。対象のかたがいる場合は、積極的な情報提供にご協力をお願いします。

◆ 対象者

次の項目全てを満たすかたは、診療情報の提供の対象者となります。
ただし、本人が健診の受診を希望する場合は、特定健診を実施してください。

(1)	秋田市国保に加入しているかた。 (後期高齢者医療制度に加入しているかたは対象外です。)
(2)	令和8年度特定健康診査受診券を持参している。
(3)	本人が診療情報の提供に同意している。
(4)	直近3か月以内に特定健康診査と同等以上の検査を既に行っている。

◆ 実施内容

次の手順により実施してください。

1 受付 (以下の内容を確認してください。)	
(1)	持参した受診券が「 令和8年度 」の 特定健康診査受診券 であること。
(2)	本人から別添の「特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供票」の同意欄に署名をしてもらい、内容を確認してください。 (障がい等で自署できない場合は、本人の意思を確認の上、代筆可。)
(3)	受診券の裏面の「質問票」の回答が全て記入されていること。 (確認のうえ、受診券を回収してください。)
(4)	秋田市の国民健康保険の被保険者であること。(マイナ保険証や資格確認書などで 必ず国保の被保険者であることを確認してください。)

2 診療情報提供票の作成	
(1)	診療情報提供票に必要事項を記入し、対象者の受診券を添付してください。
(2)	基本項目で不足している項目（腹囲など）がある場合は追加で検査を実施せずに特定健診の受診を勧めてください。 <u>※最初に行われた検査の実施日から医師の判断日までの期間が3か月を超えた場合は診療情報提供の対象となりません。</u>
3 提供書の提出	
	別添の「治療中患者の診療情報の提供 実施報告書」と「特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供票」（※【同意欄】に本人からの署名があるか確認してください。）、対象者の受診券を、実施した月の翌月10日までに特定健診課に到着するように郵送してください。 ※令和7年度の様式とは異なりますので、ご注意ください。
4 費用の精算	
	請求書に記載された金融機関の口座に、秋田市から情報提供料が支払われます。（※書類を受け取ったあと、ご担当者のかたの在籍確認のために連絡をさせていただく場合があります。）

※受付で受診券紛失が判明した場合は、健診実施時と同様の取扱いとなります。
（2ページ「受付時に受診券の紛失が判明した場合」をご参照ください。）

特定健康診査に係る治療中患者の診療情報提供票(令和8年度・秋田市)

【同意欄】 ※被保険者が記入

本情報を医療機関から私の医療保険者へ情報提供することに同意します。	令和 年 月 日 氏名 (自筆)
-----------------------------------	------------------------

太枠の中を全て記入してください。 ※医療機関が記入

受診券整理番号				性 別	男 女
フリガナ	生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 ()			
名前					
受診者住所	(〒 -)				
既往歴	無 有 ()				
自覚症状	無 有 ()				
他覚症状	無 有 ()				

小数点以下は、第一位まで記入。ただし、血清クレアチニン検査は、小数点以下第2位まで記入。

		検査項目	検査結果	検査項目	検査結果	
基本項目	身体計測	身長	cm	肝機能	AST(GOT)	U/I
		体重	kg		ALT(GPT)	U/I
		BMI	kg/m ²		γ-GT(γ-GTP)	U/I
		腹囲	cm	血糖 (※2)	空腹時血糖	mg/dl
	血圧	収縮期血圧	mmHg		HbA1c (NGSP値)	%
		拡張期血圧	mmHg	随時血糖 (やむを得ない場合)	mg/dl	
	血中脂質 (※2)	空腹時中性脂肪	mg/dl	尿	糖	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++
		HDLコレステロール	mg/dl		蛋白	1 - 2 ± 3 + 4 ++ 5 +++
		LDLコレステロール	mg/dl		□ 排尿障害等のため尿検査を実施できません	
		Non-HDL コレステロール(※1)	mg/dl			
	随時中性脂肪 (やむを得ない場合)	mg/dl				
	※1 採血時間(食後経過時間)	時間				

秋田県独自の追加健診項目 (検査を実施した場合に記入してください)	血清クレアチニン検査 ※小数点以下第2位まで記入	mg/dl
	eGFR算出	ml/min/1.73m ²
	尿酸	mg/dl

※1 中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、Non-HDLコレステロールの測定でも可

医師の判断	1 異常なし 2 治療中 3 経過観察 4 要注意 5 要検査 ()
-------	--

最初に行われた検査実施日 ※2	年 月 日	※2 最初に行われた検査実施日と、最後に実施された医師の総合判断日までの間は、3か月以内
医師の総合判断日 ※2	年 月 日	

令和 年 月 日	医療機関所在地	医療機関名	医師名	印
----------	---------	-------	-----	---

※3 診査結果が記された報告書が別途ある場合は、検査項目の記載を省略し裏面の「のりしろ」欄に貼り付けすることも可能です。

特定健康診査 質問票

氏名

回答欄の該当するものを○で囲んでください。また、()内への記入もお願いします。

質問項目	回答欄
1 現在、血圧を下げる薬を使用※していますか。	1. はい 2. いいえ
2 現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用※していますか。	1. はい 2. いいえ
3 現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用※していますか。	1. はい 2. 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、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. 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、治療を受けたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
6 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	1. はい 2. いいえ
7 医師から貧血といわれたことがありますか。	1. はい 2. いいえ
8 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2の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	1. はい（条件1と条件2を両方満たす） 2. 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） 3. いいえ（①②以外）
9 20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	1. はい 2. 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年以上実施していますか。	1. はい 2. 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ますか。	1. はい 2. 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ですか。	1. はい 2. いいえ
13 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	1. 何でもかんで食べることができる 2. 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 3. ほとんどかめない
14 人と比較して食べる速度が速いですか。	1. 速い 2. 普通 3. 遅い
15 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	1. はい 2. 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。	1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない
17 朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	1. はい 2. いいえ
18 お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 「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	1. 毎日 7. やめた 2. 週5～6日 8. 飲まない 3. 週3～4日 （飲めない） 4. 週1～2日 5. 月に1～3日 6. 月に1日未満
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 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・約350ml）〕	1. 1合未満 4. 3～5合未満 2. 1～2合未満 5. 5合以上 3. 2～3合未満
20 睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい 2. 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せんか。	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである（概ね6か月以内） 3. 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 4. 既に改善に取り組んでいる（6か月未満） 5. 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。	1. はい 2. いいえ

※医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。

○4～7の病気以外に過去に治療をうけたり、現在治療している病気がありますか。

なし あり ()

○最近1か月で気になっている症状はありますか。

なし あり ()

注：（医療機関の方へ）事業団を経由せず、直接、審査支払機関へデータを送付している場合、枠内項目のシステム入力不要です。

治療中患者の診療情報の提供 実施報告書

(宛先) 秋田市長

年 月 日

健診機関番号

0	5	1							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

健診機関住所
健診機関名称
代 表 者

発行責任者
連絡先
担当者
連絡先

年 月分の治療中患者の診療情報の提供 件

治療中患者の診療情報の提供 請求書

(宛先) 秋田市長

年 月 日

健診機関番号

0	5	1							
---	---	---	--	--	--	--	--	--	--

健診機関住所
健診機関名称
代 表 者

発行責任者
連絡先
担当者
連絡先

年 月分の治療中患者の診療情報の提供にかかる委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 _____ 円

【内訳】 治療中患者の診療情報の提供 件 × 3,300円 = _____ 円

振 込 先	金融機関名	本・支店名
	預金種別	口座番号
	フリガナ	
	口座名義	

治療中患者の診療情報の提供 実施報告書【記入例】

(宛先) 秋田市長

報告日を記載(毎月10日が報告期限です。)
 ※注 3月分は実際の報告日にかかわらず3月31日としてください。

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

健診機関番号 0 5 1

健診機関住所 秋田市○○○
 健診機関名称 ○○○クリニック
 代表者 院長 ○○ ○○

健診機関番号を記載してください。

代表者印は不要です。

発行責任者 ○○ ○○
 連絡先 ○○○-○○○-○○○○○/電子メール○○@○○○
 担当者 ○○ ○○
 連絡先 ○○○-○○○-○○○○○/電子メール○○@○○○

令和 ○ 年 ○ 月分の治療中患者の診療情報の提供 ○ 件

治療中患者の診療情報の提供 請求書

(宛先) 秋田市長

請求日を記載
 (毎月10日までお願いします。)

令和 ○ 年 ○ 月 ○ 日

健診機関番号 0 5 1

健診機関住所 秋田市○○○
 健診機関名称 ○○○クリニック
 代表者 院長 ○○ ○○

健診機関番号を記載してください。

代表者印は不要です。

発行責任者 ○○ ○○
 連絡先 ○○○-○○○-○○○○○/電子メール○○@○○○
 担当者 ○○ ○○
 連絡先 ○○○-○○○-○○○○○/電子メール○○@○○○

令和 ○ 年 ○ 月分の治療中患者の診療情報の提供にかかる委託料として、次のとおり請求します。

請求金額 9,900 円

【内訳】

治療中患者の診療情報の提供 3 件 × 3,300 円 = 9,900 円

振 込 先	金融機関名	○○銀行	本・支店名	○○支店
	預金種別	普通	口座番号	1 2 3 4 5 6 7
	フリガナ	○○○クリニック	インチョウ	○○○ ○○○○
	口座名義	○○○クリニック	院長	○○ ○○

令和 8 年度秋田市特定健康診査・健康診査事業 実施内容の説明（委託料）

◆ 委託料について

- ・ 令和 8 年度の委託料は次のとおりです。
- ・ 秋田市の場合は、**「基本的な健診」の項目に、受診者への結果説明が含まれていることから、県内の他の市町村と金額が異なる点にご注意ください。**

		対象	項目	単価（税込）
(1)	秋田市国民健康保険加入者の特定健康診査	全員実施	基本的な健診項目	8,177円
			血清クレアチニン、eGFR	121円
			尿酸	121円
		医師の判断により実施（実施理由の記載が必要）※実施基準は資料 2 参照	貧血検査	231円
			心電図検査	1,650円
			眼底検査	1,232円
			血清クレアチニン、eGFR	121円
(2)	後期高齢者医療制度加入者の健康診査（秋田市実施分）	全員実施	基本的な健診項目	7,957円
			血清クレアチニン、eGFR	121円
			尿酸	121円
		医師の判断により実施（実施理由の記載が必要）※実施基準は資料 2 参照	貧血検査	231円
			心電図検査	1,650円
			眼底検査	1,232円
			血清クレアチニン、eGFR	121円
(3)	秋田市国民健康保険加入者の診療情報提供	同意者のみ実施	診療情報の提供	3,300円

◆ お問い合わせ先等

県内他市町村の健診に関するお問合せは、
それぞれの市町村、または

秋田県 健康づくり推進課 国保医療室（018-860-1351）
へご連絡ください。

* 実施にあたっての注意事項 *

◆ 令和8年度の変更点

今年度については、昨年度と変更ありません。

◆ 結果入力についての注意点


	項 目	注 意 点											
1	血糖値の測定時間	<ul style="list-style-type: none"> ・ 空腹時→食後 10 時間以上 ・ 随時→食後 3.5 時間～10 時間未満 ・ 食直後→食後 3.5 時間未満 											
2	血清クレアチニン検査	血清クレアチニン検査は、医師の判断により詳細項目として実施しなかった場合でも、追加項目として実施し、eGFR を算出してください。（追加項目として実施した場合は、実施理由の入力は不要です。）											
3	尿検査	<p>「1. 生理中」「2. 腎疾患」以外のやむを得ない事情で 「測定不可能・検査未実施」とする場合は、 「3. その他」を選択し、結果の「医師の判断」欄に、 <u>実施できなかった理由を明記</u>してください。</p>											
4	心電図検査	<p>心電図検査の実施理由について、実施基準に該当しない数値の場合でも「検査結果による」になっていることがあります。数値の確認後、下表により 1 または 2 の選択をし、実施理由の入力をしてください。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">実施基準</th> <th colspan="2" style="text-align: center;">結果の入力</th> </tr> <tr> <th style="width: 35%;">対象者</th> <th style="width: 35%;">実施理由</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>収縮期血圧 140mmHg 以上 または 拡張期血圧 90mmHg 以上</td> <td>1 当該年度の検査結果対象者</td> <td>「検査結果による」等 ※基準数値に該当する場合のみ</td> </tr> <tr> <td>問診等で不整脈が疑われる者</td> <td>2 不整脈 ※検査値が「基準範囲外」の場合は必ず 2 を入力してください。</td> <td>・ 医師の判断による 等 ・ 問診による ※検査値が「基準範囲外」の場合、実施理由を「検査結果による」にはできません。</td> </tr> </tbody> </table>	実施基準	結果の入力		対象者	実施理由	収縮期血圧 140mmHg 以上 または 拡張期血圧 90mmHg 以上	1 当該年度の検査結果対象者	「検査結果による」等 ※基準数値に該当する場合のみ	問診等で不整脈が疑われる者	2 不整脈 ※検査値が「基準範囲外」の場合は必ず 2 を入力してください。	・ 医師の判断による 等 ・ 問診による ※検査値が「基準範囲外」の場合、実施理由を「検査結果による」にはできません。
実施基準	結果の入力												
	対象者	実施理由											
収縮期血圧 140mmHg 以上 または 拡張期血圧 90mmHg 以上	1 当該年度の検査結果対象者	「検査結果による」等 ※基準数値に該当する場合のみ											
問診等で不整脈が疑われる者	2 不整脈 ※検査値が「基準範囲外」の場合は必ず 2 を入力してください。	・ 医師の判断による 等 ・ 問診による ※検査値が「基準範囲外」の場合、実施理由を「検査結果による」にはできません。											

◆ 健診結果データの修正について

入力にあたっては、代行機関に依頼している医療機関もあると思いますが、入力データが誤っている場合は健診実施医療機関から修正報告を行っていただく必要があります。（秋田市は代行機関と直接契約をしていないため、個人情報保護の観点から個人の情報を代行機関に教えることができません。）

【 報告済みの検査結果数値等の修正について 】

国保連に既に報告済みの検査結果数値等の修正については別添の「健診結果データ修正連絡票」の提出をお願いします。

◆ データ修正連絡票	対応できる修正	既往歴や検査数値の入力誤りなど
	対応できない修正	<p><u>検査項目に変更が生じるものや請求金額の修正が生じるもの</u></p> <p style="text-align: center;"></p> <p><u>・国保連への健診結果データ再提出が必要となるため、データ修正連絡票では対応できません。</u></p> <p>※この修正の過程が記録に残るため、連絡票の提出は不要です。</p>

 請求金額の誤りが多いです。

基本項目の額は、国保と後期で金額が違うため、必ず確認してください。
血清クレアチニン、eGFR、尿酸について、請求忘れにご注意ください。

【 報告者名について 】

データ修正連絡票を提出する際の「代表者（又は担当医師）名」は、健診実施機関の代表者又は検査を担当された医師の氏名をご記入ください。

健診結果データ修正連絡票

健診結果データの修正について、以下のとおり連絡します。

健診実施機関名

代表者（又は担当医師）名

1 受診券整理番号： _____ 実施日： _____ 年 月 日

受診者氏名：

検査項目名	正	誤
備考		

2 受診券整理番号： _____ 実施日： _____ 年 月 日

受診者氏名：

検査項目名	正	誤
備考		

※ 特定健診課受付後の写しの返送 【 要 ・ 不要 】

発行責任者 _____ 電話 _____
 メール _____
 担当者 _____ 電話 _____
 メール _____

----- 【特定健診課処理欄】 -----

処理内容	修正日	担当	確認日	担当
国保連データ	/		/	
結果通知システム	/		/	
備考				

【受付印】

健診結果データ修正連絡票 【記載例】

健診結果データの修正について、以下のとおり連絡します。

健診実施機関名 **特定健診医院**

代表者（又は担当医師）名 **特 定 健**

1 受診券整理番号： **26101234567** 実施日： **令和〇年6月3日**

受診者氏名： **健診 行代**

検査項目名	正	誤
腹囲	80cm	8cm
収縮期血圧	140mmHg	14mmHg
備考	修正の件について、本人にも説明済み。	

2 受診券整理番号： **26109876543** 実施日： **令和〇年6月10日**

受診者氏名： **健康 大事**

検査項目名	正	誤
質問票	血糖服薬あり	血糖服薬なし
備考		

※ 特定健診課受付後の写しの返送 【 **要** ・ 不要 】

発行責任者 **特 定 健** 電話 **〇〇〇-〇〇〇〇**
 メール **〇〇@〇〇〇〇**
 担 当 者 **担 当 子** 電話 **〇〇〇-〇〇〇〇**
 メール **〇〇@〇〇〇〇**

----- 【特定健診課処理欄】 -----

処理内容	修正日	担当	確認日	担当
国保連データ	/		/	
結果通知システム	/		/	
備考				

【受付印】