

特定健康診査の実施について

特定健診の流れ

受診者への対応

① 受付 ▶ ② 特定健診の実施（問診を含む）▶ ③ 自己負担金の徴収 ▶ ④ 受診者への結果通知

健診後の請求等

⑤ 電子化ファイルの作成 ▶ ⑥ 請求（社保分：支払基金 / 国保分：国保連合会）

1 受付

- ① 「受診券」と「被保険者証等」を確認する。 ⇒ 「受診券」の未提出者には、健診を実施しないでください。
- ② 契約している医療保険者であることを確認する。 ⇒ 医療保険者と契約区分（集合B、集合A、個別）を確認。
- ③ 医療保険者が契約している健診内容を確認する。 ⇒ 不明な点があれば、受診券の医療保険者へ問い合わせる。
- ④ 問診票を配布し、記入してもらう。 ⇒ 受診者が持参している場合もある。
- ⑤ 「受診券」を受理する。 ⇒ 重複受診の防止のため、「受診券」は返却しない。

(1) 受診券の「医療保険者名」と「契約とりまとめ機関名」を確認

■一部、「集合契約B」機関では受診できない方がいますので、受診券を → に沿って確認してください。

県内市町国保

全国健康保険協会
(協会けんぽ)

国保組合・共済組合・健保組合

「集合契約B」で特定健康診査を実施できます。

集合契約Aの契約や個別契約がない医療機関

「契約とりまとめ機関名」欄に「集合B」の記載を確認

「集合B」
あり「集合B（広島県除く）」
あり「集合B」
なし集合契約Aまたは
個別契約がある医療機関「集合契約B」では
実施できません。

(3) 受診券と被保険者証等の確認

- ① 氏名、性別、生年月日
・受診時に75歳以上の方は、受診できません。
- ② 有効期限
・有効期限を過ぎた受診券は、利用できません。
- ③ 自己負担額
・受診券を確認し、自己負担額がある場合は、費用が必要なことを説明してください。
・県内全ての市町国保は、自己負担額はありません。（無料）
- ④ 保険者番号・名称
・受診券と被保険者証等の保険者名が異なる場合は、実施できません。
・全国健康保険協会（協会けんぽ）は、受診券と被保険者証等の記号と番号が異なる場合は実施できません。（新しい受診券の申請手続が必要）
- ⑤ 受診券の住所
・受診者の住所が記載されているか確認してください。
（未記入の場合は記入を依頼）

特定健康診査を実施

対象：受診時に40～74歳の方（治療中の方も含む）

(2) 契約とりまとめ機関名の確認

◆全国組織関係「集合契約A」の契約や個別契約がある医療機関は、受診券の「契約とりまとめ機関名」で契約している集合契約の記号の有無を確認してください。

日本人間ドック学会／日本病院会	⇒ ド／日
日本総合健診医学会	⇒ 総
全日本病院協会	⇒ 病
全国労働衛生団体連合会	⇒ 全
結核予防会	⇒ 結
予防医学事業中央会	⇒ 予
上記の6団体全て	⇒ （例）健保連集合A
個別契約	⇒ 個別

- ◆個別契約がある場合は、個別契約で実施してください。
- ◆その他の該当する記号がある場合は、「集合契約A」（単価が低い方）で実施してください。

集合契約A、
または個別契約で実施

2-1 特定健康診査の実施

※以下は集合契約Bで実施する場合の手順です。集合契約B以外の契約で実施する場合は、検査項目等契約内容を確認して実施してください。

(1) 基本的な健診：対象者全員に実施

項 目		留意事項
問 診	既往歴、服薬歴、喫煙習慣※1	※1 質問票の確認（記載漏れ、誤記を確認） ①高血圧症、脂質異常症、糖尿病に係る薬剤治療の有無 ②喫煙習慣 下記の条件1と条件2の両方を満たした場合、「はい（吸っている）」、条件2のみを満たす場合は「以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない」、それ以外は「いいえ（吸っていない）」 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」 ※2 やむを得ず空腹時（絶食10時間以上）以外で中性脂肪を測定する場合は、随時中性脂肪による血中脂質検査でも可。 ※3 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コレステロールでも可。 ※4 やむを得ず、食後3.5時間～10時間未満に採血を行い、ヘモグロビンA1c（NGSP値）を測定しない場合は、随時血糖による血糖検査を可とする。 【特定健診における血糖検査の優先順位】 ①空腹時血糖、②ヘモグロビンA1c、③随時血糖 の順
身体計測	身長、体重、腹囲、BMI	
診 察	理学的検査（身体診察）	
血 圧	収縮期血圧、拡張期血圧	
血中脂質	中性脂肪※2、HDLコレステロール、LDLコレステロール※3	
肝 機 能	AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP)	
血糖検査	空腹時血糖 【食後10時間以上】 ヘモグロビンA1c 【食後10時間未満】※4	
尿 検 査	尿糖、尿蛋白	

(2) 詳細な健診：「基準に該当」かつ「医師が必要と認めた」場合に実施。 → 該当 → 非該当・必要ないと判断

項 目	基準（当該年度、いずれかに該当）		
	問診・視診	血 圧	血 糖
貧 血	・貧血の既往歴 ・貧血の疑われる者		
血清クレアチニン （eGFR含む）		・収縮期 130mmHg 以上 ・拡張期 85mmHg 以上	・空腹時血糖 100mg/dl 以上 ・ヘモグロビンA1c（NGSP値）5.6% 以上 ・随時血糖 100mg/dl 以上
12 誘導 心電図※1	・不整脈が疑われる者	・収縮期 140mmHg 以上 ・拡張期 90mmHg 以上	
眼底（両側）※2、3		・収縮期 140mmHg 以上 ・拡張期 90mmHg 以上	・空腹時血糖 126mg/dl 以上 ・ヘモグロビンA1c（NGSP値）6.5% 以上 ・随時血糖 126mg/dl 以上
※1 心電図検査は、特定健診当日に実施した場合、『詳細な健診』として実施したこととする。 ※2 眼底検査は、特定健診当日から1か月以内に実施した場合、『詳細な健診』として実施したこととする。 ※3 今年度の血圧が非該当かつ血糖の結果が確認できない場合、前年度の健診結果で血糖が該当する者を含む。			

非該当
→
実施しない

基準に該当する場合

医師が『詳細な健診』の必要性を判断

医師が必要と認める場合

詳細な健診（健診結果データに“医師が必要と認めた理由”を記載。）

(3) 健診内容の確認

■集合契約B以外の契約がある場合は、検査項目等契約内容を確認して実施する。

(4) 特定健康診査の判定

■メタボリックシンドロームの判定

《参考：特定保健指導の判定基準》

・医療保険者が健診結果を基に選定し、対象者に通知します。
 ・高血圧症、脂質異常症、糖尿病に係る薬剤治療者は、対象から除外されます。

腹 囲	≥85cm（男性） ≥90cm（女性）
①脂 質	中性脂肪 150mg/dl 以上 または HDLコレステロール 40mg/dl 未満 または脂質異常症にかかる薬剤治療
②血 圧	収縮期血圧 130mmHg 以上 または 拡張期血圧 85mmHg 以上 または 高血圧症にかかる薬剤治療
③血 糖	空腹時血糖 110mg/dl 以上 または ヘモグロビンA1c 6.0% 以上 または 糖尿病にかかる薬剤治療

腹 囲	追加リスク	喫煙歴	保健指導レベル	
	脂質・血圧・血糖		40～64歳	65～74歳
≥85cm（男性） ≥90cm（女性）	2つ以上該当	あり	積極的支援	動機づけ支援
	1つ該当	なし		
上記以外で BMI 25kg/m ² 以上	3つ該当	あり	積極的支援	動機づけ支援
	2つ該当	なし		
	1つ該当			

・脂質：中性脂肪 150mg/dl 以上 又は随時中性脂肪175mg/dl 以上 又はHDLコレステロール 40mg/dl 未満
 ・血圧：収縮期血圧 130mmHg 以上 又は拡張期血圧 85mmHg 以上
 ・血糖：空腹時血糖 100mg/dl 以上、ヘモグロビンA1c（NGSP値）5.6% 以上、
 随時血糖 100mg/dl 以上（優先順位：空腹時＞ヘモグロビンA1c＞随時）

腹囲 + ①～③ 2つ以上：該当者
 腹囲 + ①～③ 1つ以上：予備群

2-2 受診者への結果通知

- 通知の時期や方法、特定保健指導や次年度の特定健診時に持参する旨を受診者へ説明してください。
- 受診者が再度来院できない場合は、郵送等により結果通知票を送付してください。
実施機関が「かかりつけ医」の場合は、受診者が再度受診した際に結果通知票を配布・説明してください。

2-3 自己負担額の徴収

- 受診券の「窓口での自己負担」欄を確認して、受診者に自己負担額がある場合は、窓口で負担額を徴収してください。

2-4 健診費用等の算定

(1) 特定健康診査の単価

『基本的な健診』	8,646円		
『詳細な健診』貧血検査	231円	『詳細な健診』心電図検査	1,430円
『詳細な健診』血清クレアチニン（eGFR 含む）	121円	『詳細な健診』眼底検査	1,232円

(2) 請求金額の算定（市町国保以外）

	a 基本的な健診	b 詳細な健診（実施した検査を選択）				請求金額
		心電図	眼底	貧血	血清Cr（eGFR含む）	
特定健診	8,646円	1,430円	1,232円	231円	121円	(a+b) - 自己負担額

（注）市町国保については、3-4健診費用等の算定【市町国保の場合】を参照。

2-5 健診費用等の請求

(1) 請求資料の作成

- 特定健診の請求は、厚生労働省の「標準的な電子化ファイル」仕様に基づき作成してください。
- 窓口負担額は、受診券の「窓口での自己負担」の欄を確認して算定してください。

(2) 請求先

- 健診の種類や同時実施の有無により、請求先は異なります。詳しくは契約内容を確認してください。

健診名		請求先	請求方法
特定健診	被用者保険	社会保険診療報酬支払基金広島審査委員会事務局	電子化ファイル
	国民健康保険	広島県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）	

（注）独自契約の項目がある場合は、その契約部分の請求先が上記と異なる場合があるので、契約内容を確認してください。

（注）全国健康保険協会（協会けんぽ）の窓口負担額は、「保険者負担額」と記載されています。

(3) 特定健診の請求金額の考え方

- 電子化を自らの機関で行う場合、他の健診との同時実施時は、入力内容に留意してください。
- 電子化ファイルへの代行入力を依頼されている機関は、問診票や結果通知票、請求関係等の様式について、代行入力を依頼している機関（各地区医師会等）へお問い合わせください。

被用者保険 （支払基金）	①単価合計（基本 + 詳細 + 追加） - ②他の健診による負担額 - ③窓口負担額（基本 + 詳細 + 追加） = 請求金額
国民健康保険 （国保連合会）	①単価合計 {（基本 - 他の健診負担額） + 詳細 + 追加} = 請求金額 （注）国保連合会では、電子ファイル作成時、他の健診による負担額の欄は入力できません。

3-1 特定健康診査の実施

※以下は集合契約Bで実施する場合の手順です。集合契約B以外の契約で実施する場合は、検査項目等契約内容を確認して実施してください。

(1) 必須項目①:『基本的な健診』+『追加健診4項目』

食後10時間以上…基本「空腹時血糖」+追加「ヘモグロビンA1c」、食後10時間未満…基本「ヘモグロビンA1c」のみ

■問診 ■身体計測 ☐ 身長 ☐ 体重 ☐ 腹囲 ☐ BMI ■血圧測定 ☐ 血圧 ■診察 ■尿検査 ☐ 尿糖 ☐ 尿蛋白	血液検査 食後10時間以上	血糖検査 ☐ 空腹時血糖 血中脂質 ☐ 中性脂肪 ☐ HDLコレステロール ☐ LDLコレステロール 肝機能 ☐ AST(GOT) ☐ ALT(GPT) ☐ γ-GT(γ-GTP) 追加健診 ☐ 血清尿酸 ☐ ヘモグロビンA1c ☐ 血清クレアチニン (eGFR含む) *貧血 (☐ 赤血球数 ☐ 血色素測定 ☐ ヘマトクリット値)
	血液検査 食後10時間未満	血糖検査 ☐ ヘモグロビンA1c 血中脂質 ☐ 中性脂肪 ☐ HDLコレステロール ☐ LDLコレステロール 肝機能 ☐ AST(GOT) ☐ ALT(GPT) ☐ γ-GT(γ-GTP) 追加健診 ☐ 血清尿酸 ☐ 血清クレアチニン (eGFR含む) *貧血 (☐ 赤血球数 ☐ 血色素測定 ☐ ヘマトクリット値)

(2) 詳細な健診:「基準に該当」かつ「医師が必要と認めた」場合に実施。 → 該当 → 非該当・必要ないと判断

項 目	基準（当該年度、いずれかに該当）		
	問診・視診	血 圧	血 糖
貧 血	・貧血の既往歴を有する者 ・貧血が疑われる者		
血清クレアチニン （eGFR 含む）		・収縮期 130mmHg 以上 ・拡張期 85mmHg 以上	・空腹時血糖 100mg/dl 以上 ・ヘモグロビンA1c（NGSP値）5.6% 以上
12 誘導 心電図※1	・不整脈が疑われる者	・収縮期 140mmHg 以上 ・拡張期 90mmHg 以上	
眼底（両側）※2、3		・収縮期 140mmHg 以上 ・拡張期 90mmHg 以上	・空腹時血糖 126mg/dl 以上 ・ヘモグロビンA1c（NGSP値）6.5% 以上
※1 心電図検査は、特定健診当日に実施した場合、『詳細な健診』として実施したこととする。 ※2 眼底検査は、特定健診当日から1か月以内に実施した場合、『詳細な健診』として実施したこととする。 ※3 今年度の血圧が非該当かつ血糖の結果が確認できない場合、前年度の健診結果で血糖が該当する者を含む。			

非該当

実施しない

基準に該当する場合

医師が『詳細な健診』の必要性を判断

医師が必要と認める場合

詳細な健診（健診結果データに“医師が必要と認めた理由”を記載。）

必要ないと判断

(3) 健診内容の確認

■請求種別:追加健診のうち、「貧血」「血清クレアチニン (eGFR含む)」が、『詳細』に該当する場合は『詳細』で請求する。

該当しない場合は『追加』で請求する。

■独自契約:一部の市町国保と集合契約B以外の契約がある場合は、検査項目等契約内容を確認して実施する。

(4) 特定健康診査の判定

■メタボリックシンドロームの判定

《参考:特定保健指導の判定基準》

- ・医療保険者が健診結果を基に選定し、対象者に通知します。
- ・高血圧症、脂質異常症、糖尿病に係る薬剤治療者は、対象から除外されます。

腹 囲	≥85cm (男性) ≥90cm (女性)
①脂 質	中性脂肪 150mg/dl 以上 または HDLコレステロール 40mg/dl 未満 または脂質異常症にかかる薬剤治療
②血 圧	収縮期血圧 130mmHg 以上 または 拡張期血圧 85mmHg 以上 または 高血圧症にかかる薬剤治療
③血 糖	空腹時血糖 110mg/dl 以上 または ヘモグロビンA1c 6.0% 以上 または 糖尿病にかかる薬剤治療

腹 囲	追加リスク 脂質・血圧・血糖	喫煙歴	保健指導レベル	
			40~64歳	65~74歳
≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	2つ以上該当	あり	積極的 支援	動機づけ 支援
	1つ該当	なし		
上記以外で BMI 25kg/m ² 以上	3つ該当	あり	積極的 支援	動機づけ 支援
	2つ該当	なし		
	1つ該当			

- ・脂質:中性脂肪 150mg/dl 以上 又は随時中性脂肪175mg/dl 以上 又はHDLコレステロール 40mg/dl 未満
- ・血圧:収縮期血圧 130mmHg 以上 又は拡張期血圧 85mmHg 以上
- ・血糖:空腹時血糖 100mg/dl 以上、ヘモグロビンA1c (NGSP値) 5.6% 以上、
随時血糖 100mg/dl 以上のいずれかに該当
(特定健診における血糖検査の優先順位:空腹時>ヘモグロビンA1c>随時)

腹囲 + ①~③ 2つ以上: 該当者
腹囲 + ①~③ 1つ以上: 予備群

3-2 受診者への結果通知

■通知の時期や方法、特定保健指導や次年度の特定健診時に結果通知票を持参する旨を受診者へ説明してください。

■受診者が再度来院できない場合は、郵送等により健診結果を送付してください。実施機関が「かかりつけ医」の場合は、受診者が再度受診した際に結果を配布・説明してください。

3-3 自己負担額の徴収

■市町国保は、県内すべての市町国保で、特定健診の自己負担額はありません。（無料）

3-4 健診費用等の算定

(1) 必須項目④：県内全ての市町国保の対象者全員に実施（「基本的な健診」＋「追加健診4項目」）

項 目			食後10時間以上	食後10時間未満	請求単価	備 考	
基 本	問 診	既往歴，服薬歴，喫煙習慣	○	○	8,646円	○ 実施する項目 ※市町国保は，集合契約B で，ヘモグロビンA1c（NGSP値）を一律に実施します。 食後10時間未満の場合，「基本的な健診」でヘモグロビンA1c（NGSP値）を実施するため，追加健診としては，実施・請求できません。 随時血糖の実施条件（食後3.5～10時間未満，ヘモグロビンA1cを実施しない場合）を満たさないため，市町国保は「基本的な健診」で随時血糖を実施しません。	
	身体計測	身長	○	○			
		体重	○	○			
		腹囲	○	○			
		BMI	○	○			
	診 察	理学的検査（身体診察）	○	○			
	血 圧	収縮期血圧，拡張期血圧	○	○			
	血液検査	脂 質	中性脂肪	○			○
			HDLコレステロール	○			○
			LDLコレステロール	○			○
		肝機能	AST(GOT)	○			○
			ALT(GPT)	○			○
			γ-GT(γ-GTP)	○			○
		血 糖	空腹時血糖	○			
			ヘモグロビンA1c*				○
尿検査	尿糖	○	○				
	尿蛋白	○	○				
追 加	血液検査	ヘモグロビンA1c*	○		539円	★貧血，血清クレアチニン（eGFR含む）が「詳細」に該当する場合は「詳細」で請求し，該当しない場合は「追加」で請求してください。	
		血清尿酸	○	○	121円		
		貧 血	赤血球数	★	★		231円
			血色素測定	★	★		
			ヘマトクリット値	★	★		
		血清クレアチニン（eGFR含む）	★	★	121円		
（小 計）			9,658円	9,119円			

(2) 詳細な健診項目 ⑤、⑥：○ 当該年度の健診結果等が「実施基準に該当」かつ「医師が必要と認めた」場合に実施

項 目		食後10時間以上	食後10時間未満	請求単価	備 考
詳細	⑤	12誘導 心電図	○	1,430円	
	⑥	眼底検査（両側）	○	1,232円	

(3) 請求金額の算定

項 目	食後10時間以上	食後10時間未満	
必須項目④	9,658円	9,119円	・ 必須項目④で未実施項目があれば、原則返戻します。 ・ 市町国保は、自己負担額はありません。（無料）
必須項目④＋詳細⑤（心電図検査）	11,088円	10,549円	
必須項目④＋詳細⑥（眼底検査）	10,890円	10,351円	
必須項目④＋詳細⑤＋詳細⑥	12,320円	11,781円	

3-5 健診費用等の請求

(1) 請求資料の作成

■特定健診の請求は、厚生労働省の「標準的な電子化ファイル」仕様に基づき作成してください。

(2) 請求先

■健診の種類や同時実施の有無により、請求先は異なります。詳しくは契約内容を確認してください。

健診名	請求先	請求方法
特定健診	国保連合会	電子化ファイル

(注) 市町国保の追加健診4項目は、国保連合会へ請求が可能です。（未実施項目があれば、原則返戻します。）

独自項目（追加健診4項目以外）がある場合は、国保連合会又は市町へ直接請求する場合があるので、契約内容を確認してください。

(3) 特定健診の請求金額の考え方

■電子化を自らの機関で行う場合、他の健診との同時実施時は、入力内容に留意してください。

■電子化ファイルへの代行入力を依頼されている機関は、問診票や結果通知票、請求関係等の様式について、代行入力を依頼している機関（各地区医師会等）へお問い合わせください。

国保連合会	①単価合計 { (基本 - 他の健診負担額) + 詳細 + 追加 }	= 請求金額
-------	------------------------------------	--------

(注) 国保連合会では、電子ファイル作成時、他の健診による負担額の欄は入力できません。

(注) 食後10時間未満の場合、追加健診としてヘモグロビンA1c（539円）の請求不可。

問い合わせ先

(医療保険者：共通)

◆被用者保険の特定健康診査等

- 被用者保険の被扶養者については、
「**特定健康診査受診券（セット券）**」に記載されている**医療保険者**へ連絡してください。
- 全国健康保険協会（協会けんぽ）の被扶養者については、
「**全国健康保険協会広島支部**」電話 **082-568-1032**へ連絡してください。

◆国民健康保険の特定健康診査等

区分	機関名	部署名	電話番号
市町国保	広島市	健康推進課	082-504-2290
	呉市	福祉保健課	0823-25-3103
	竹原市	市民課	0846-22-7734
	三原市	保険医療課	0848-67-6050
	尾道市	保険年金課	0848-24-1962
	福山市	健康推進課	084-928-3421
	府中市	健康推進課	0847-47-1310
	三次市	健康推進課	0824-62-6232
	庄原市	保健医療課	0824-73-1255
	大竹市	保健医療課	0827-59-2153
	東広島市	医療保健課	082-420-0936
	廿日市市	健康福祉総務課	0829-20-1610
	安芸高田市	健康長寿課	0826-42-5633
	江田島市	保健医療課	0823-43-1639
	府中町	健康推進課	082-286-3255
	海田町	健康づくり推進課	082-823-4418
	熊野町	税務住民課	082-820-5604
	坂町	保険健康課	082-820-1504
	安芸太田町	住民課	0826-28-2116
	北広島町	町民保健課	0826-72-7353
	大崎上島町	保健衛生課	0846-62-0303
国保組合	世羅町	健康保険課	0847-25-0134
	神石高原町	健康衛生課	0847-89-3366
	歯科医師国保組合		082-261-1718
	医師国保組合		082-258-3177

◆特定健康診査に関する問い合わせ先

内 容	機関名	電話番号
特定健診受診券の内容	受診券に記載されている医療保険者へ連絡してください。	
請求 社会保険関係の請求	社会保険診療報酬支払基金広島審査委員会事務局	082-294-6761
請求 国民健康保険関係の請求	広島県国民健康保険団体連合会	082-554-0772
特定健康診査・特定保健指導「実施機関届」	社会保険診療報酬支払基金広島審査委員会事務局	082-294-6761
特定健康診査・特定保健指導の制度	広島県（健康づくり推進課）	082-513-3214
広島県医師会の集合契約の参加	広島県医師会（地域医療課）	082-568-1511