

令和5年度 特定健診等資料集

小牧市 保険医療課

目 次

1. 小牧市が実施する検査項目一覧表	……P.1
2. 詳細項目の実施基準	……P.2
3. 受診券・同封する案内等	
(1) 受診券について	……P.3・4
(2) 案内	……P.5～8
(3) 質問票	……P.9～12
(4) 実施医療機関一覧	……P.13・14
4. 眼底検査	
(1) 眼底検査の依頼について	……P.15・16
(2) 眼底検査依頼箋	……P.17
(3) 眼底検査実施機関	……P.18
(4) 眼底検査請求書	……P.19
5. 結果通知表・請求書	
(1) 特定健康診査等受診結果通知表	……P.20
(2) 請求書（特定健診）	……P.21
6. 健診結果・データ・費用の流れ	……P.22

【令和5年度】小牧市が実施する特定健診等の検査項目一覧表

健診の種類		特定健康診査	健康診査	健康診査	人間ドック		
対象者		小牧市国民健康保険 39～74歳	後期高齢者 医療制度	生活保護受給者 39歳以上	左記の国保・後期・ 生保対象者 協会けんぽの被扶養者	備考	
受診券の種類		白	桃	緑	白・桃・緑		
基本的な健診項目	問診	○	○	○	○		
	身体測定	身長	○	○	○	○	
		体重	○	○	○	○	
		腹囲	○	×	●	○	●…75歳以上は実施しない。
		BMI	○	○	○	○	
	血圧	収縮期血圧	○	○	○	○	
		拡張期血圧	○	○	○	○	
	診察	理学的所見	○	○	○	○	
	血中脂質検査	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	GOT	○	○	○	○	
		GPT	○	○	○	○	
		γ-GTP	○	○	○	○	
血糖検査	ヘモグロビンA1c	○	○	○	○		
尿検査	糖	○	○	○	○		
	蛋白	○	○	○	○		
市独自の検査項目	アルブミン	○	○	○	○		
	尿酸	○	○	○	○		
基本健診単価(8,450円)							
詳細な健診項目	貧血検査(230円)	赤血球数	△	△	☆	○	人間ドックの場合、貧血検査は必須のため、人間ドックの費用に含まれる。
		血色素量	△	△	☆	○	
		ヘマトクリット値	△	△	☆	○	
	血清クレアチニン検査	▲	▲	☆	○	人間ドックの場合は全員実施。	
	心電図検査(1,430円)	▲	▲	☆	▲		
眼底検査	(自:770円)	▲	▲	☆	▲	眼科あて依頼箋を作成する。	
	(他:1,570円)						
基本健診単価+詳細健診実施分							
特定健診事務手数料(740円)	○	○	○	○	○		
基本健診単価+詳細健診実施分+事務手数料							
人間ドック追加項目	尿検査	潜血			○		
	血中脂質検査	総コレステロール			○		
	腎肝機能	総たんぱく・総ビリルビン・ALP・LDH			○		
	電解質	Na, K, Cl, Ca, P			○		
	血液一般	白血球・血小板・血清鉄			○		
	代謝系	空腹時血糖			○		
	がん検診	胃がん				○	
大腸がん					○		
胸部X線					○		
人間ドック追加分	基本健診単価+詳細健診実施分+事務手数料+人間ドック追加分						
提出物	受診結果通知表(A3)	○	○	○	○ (人間ドック用)	眼底依頼箋がある場合は1人分ずつホチキスでとじ、1ヶ月ごとに取りまとめて請求書に記入し、翌月10日までに保健センターへ提出する。	
	その他	眼底依頼箋(他院で眼底検査を実施した場合)					

○…必須、☆…医師の判断、×…実施しない、△…病歴・視診により疑いのある場合に実施

▲…原則、当該年度または前回の健診結果により実施該当者と判定される場合のみ実施

〈詳細な検診の項目〉

追加項目	実施できる条件（判断基準）		
クレアチニン検査	次の基準のいずれかに該当した者のうち、医師が必要と認める者		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="517 331 667 430">血圧</td> <td data-bbox="667 331 1394 430"> 本年度の健診結果で収縮期 130mmHg 以上 または拡張期 85mmHg 以上 </td> </tr> </table>	血圧	本年度 の健診結果で収縮期 130mmHg 以上 または拡張期 85mmHg 以上
	血圧	本年度 の健診結果で収縮期 130mmHg 以上 または拡張期 85mmHg 以上	
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="517 430 667 528">血糖検査</td> <td data-bbox="667 430 1394 528"> 本年度または前回の健診結果で 空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c5.6%以上 </td> </tr> </table>	血糖検査	本年度または前回 の健診結果で 空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c5.6%以上
血糖検査	本年度または前回 の健診結果で 空腹時血糖 100mg/dl 以上または HbA1c5.6%以上		
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="517 528 667 577">尿蛋白</td> <td data-bbox="667 528 1394 577"> 本年度の健診結果で（+）以上 </td> </tr> </table>	尿蛋白	本年度 の健診結果で（+）以上	
尿蛋白	本年度 の健診結果で（+）以上		
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又は視診で貧血が疑われる者のうち、医師が必要と認める者		
心電図検査	次の基準のいずれかに該当した者のうち、医師が必要と認める者		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="517 963 667 1061">血圧</td> <td data-bbox="667 963 1394 1061"> 本年度の健診結果で収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上 </td> </tr> </table>	血圧	本年度 の健診結果で収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上
	血圧	本年度 の健診結果で収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上	
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="517 1061 667 1120">問診等</td> <td data-bbox="667 1061 1394 1120">不整脈が疑われる者</td> </tr> </table>	問診等	不整脈が疑われる者	
問診等	不整脈が疑われる者		
眼底検査	次の基準のいずれかに該当した者のうち、医師が必要と認める者		
	<table border="1"> <tr> <td data-bbox="517 1169 667 1267">血圧</td> <td data-bbox="667 1169 1394 1267"> 本年度の健診結果で収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上 </td> </tr> </table>	血圧	本年度 の健診結果で収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上
	血圧	本年度 の健診結果で収縮期 140mmHg 以上 または拡張期 90mmHg 以上	
<table border="1"> <tr> <td data-bbox="517 1267 667 1370">血糖検査</td> <td data-bbox="667 1267 1394 1370"> 本年度または前回の健診結果で 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5%以上 </td> </tr> </table>	血糖検査	本年度または前回 の健診結果で 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5%以上	
血糖検査	本年度または前回 の健診結果で 空腹時血糖 126mg/dl 以上または HbA1c6.5%以上		
上記に記載の判断基準のほか、医師が必要と認める場合は、判断理由を記載の上実施可 ただし、「本人希望」のみの場合は医師の判断と認められないため不可			

前回の健診結果は受診券に印刷されています（受診歴がある場合のみ）。

486 小牧市 0011001

被保険者番号 [] 氏名 [] 性別 女

生年月日 [] 昭和 []

住所 []

被保険者番号 [] 氏名 [] 性別 女

生年月日 [] 昭和 []

有効期限 令和6年2月14日

窓口負担 特定健康診査は無料です。

特定健康診査受診券 令和5年6月1日交付

被保険者証番号 [] (株) []

受診券整理番号 231

健診番号 [] 性別 女

(フリガナ) 氏名 []

生年月日 昭和 []

前回の健康診査結果が記載されています。
健診の受診履歴がない場合は各項目に「***」が記載されます。

前回結果
・収縮血圧 : 114 (130以上) ・拡張血圧 : 71 (85以上)
・HbA1c : 5.5 (5.6以上) HbA1c値で出力されています
2018/10/09 ・中性脂肪 : 43 (150以上) ・HDL 105 (40未満)
・BMI : 17.3 (25以上) ・BMI : 17.3 (25以上)

受診券を切り離さずに医療機関へ提出してください。
今までの受診結果をお知らせし、健康管理に役立てさせていただきます。
年に1度健診を受けて、健康管理に役立てさせていただきます。

※基準値から外れている項目に*を表示しています。

特定健康診査項目	前回結果	2018/10/09	2017/09/05	前々回結果
身長	145.9	146.1	146.2	146.2
体重	37.0	38.0	40.1	40.1
腹囲	88.0	89.0	70.5	70.5
BMI	17.3	17.8	18.7	18.7
収縮血圧	114	97	122	122
拡張血圧	71	75	82	82
中性脂肪	43	40	35	35
HDLコレステロール	105	102	102	102
総コレステロール	61	61	25	25
空腹血糖	15	15	20	20
空腹時血糖	5.5	5.5	5.5	5.5

医療機関が過去のデータを参照できるように、受診券部分を切り離さず提出するように記載しています。
健診結果部分は、受診後、医療機関から本人へ返却してください。

基準値	2018/10/09	2017/09/05	2016/08/02
赤血球数 (万/mm ³)	(男) 4.20~5.70 (女) 3.76~5.00	443	472
血色素量 (g/dl)	(男) 13.2~17.6 (女) 11.3~15.2	13.8	14.4
ヘマトクリット値 (%)	(男) 39.2~51.8 (女) 33.4~44.9	41.9	44.1
クレアチニン (mg/dl)	(男) 1.0以下 (女) 0.7以下	0.67	0.60
尿酸 (mg/dl)	2.1~7.0以下	3.8	4.3
アルブミン (g/dl)	4.0以上	4.5	4.7

体重 (kg) [] 腹囲 (cm) [] BMI []

2016 (年次) (GSP)

2016 (年次)

脂質 (LDL) (mg/dl)

2016 (年次)

2017 2018 2019 2020 2021 2022 (年次)

脂質 (LDL) (mg/dl)

2016 (年次)

2017 2018 2019 2020 2021 2022 (年次)

※「—」は基準値

検査項目	基準値	前々回結果	2017/09/05	2018/10/09	2019/05/05	2020/08/02
小牧市人間ドック追加検査項目	128~219					
総コレステロール (mg/dl)	128~219					
脂質 (LDL) (mg/dl)	128~219					
空腹血糖 (mg/dl)	70~109					
空腹時血糖 (mg/dl)	70~109					

検査項目	基準値	前々回結果	2017/09/05	2018/10/09	2019/05/05	2020/08/02
赤血球数 (万/mm ³)	(男) 4.20~5.70 (女) 3.76~5.00					
血色素量 (g/dl)	(男) 13.2~17.6 (女) 11.3~15.2					
ヘマトクリット値 (%)	(男) 39.2~51.8 (女) 33.4~44.9					
クレアチニン (mg/dl)	(男) 1.0以下 (女) 0.7以下					
尿酸 (mg/dl)	2.1~7.0以下					
アルブミン (g/dl)	4.0以上					

桃の受診券

0001001
様 ③
[Barcode]

被保険者証番号 [Redacted]
 氏名 [Redacted]
 生年月日 昭和 [Redacted] 性別 男

有効期限	令和6年2月14日
窓口負担	健康診査は無料です。

被保険者証番号	[Redacted] ①		
受診券整理番号	231 [Redacted] ②		
健診番号	[Redacted]	性別	男
(フリガナ) 氏名	[Redacted]		
生年月日	昭和 [Redacted]	・収縮血圧 : 132 (130以上) ・拡張血圧 : 72 (85以上) ・HbA1c : 6.9 (5.6以上) ・空腹時血糖 : *** (100以上) ・中性脂肪 : 133 (150以上) ・HDL : 43 (40未満)	

所在地 名古屋市東区泉一丁目6番5号(国保会館内)
 電話番号 052-955-1205
 受診者番号 39232194
 称 愛知県後期高齢者医療広域連合



前年度の健診結果が記載されます。
 (白の受診券とは異なり、日付は印字されておりませんが、誤りではありません)
 前年度に健診を受けていない場合は各項目に“***”が記載されます。

- ① 被保険者証番号 健診日当日に必ず受診者の健康保険証を確認してください。
 白 : 小牧市国民健康保険 ×××-××× (枝番) ××
 桃 : 後期高齢者医療制度 ×××××××× (8桁)
 緑 : 生活保護受給者 保険証なし

※健康保険証が受診券と異なる場合は、小牧市(保険医療課)へ資格確認を行ってください。

※6月1日以降に75歳になる方は、誕生日以降は後期高齢者医療制度用の受診券(桃色)が必要となります。白色の受診券を持参された場合は、受診者に保険医療課まで連絡いただきますようご案内ください。(健診項目は『桃』の項目を実施します。質問票についても、後期用の質問項目で実施します。)また、障害等で早期に後期高齢者となった方も同様に取り扱います。

- ② 健診番号 健診用の独自番号です。特に記載等は必要ありません。

- ③ 住所等宛て名 受診券発送時点の受診者の住所です。基本は小牧市に住所がある方となりますが、例外として、特別な発送先(市外の場合もある)を申請している方もいます。

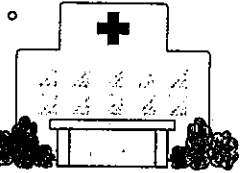
※受診者から住所変更の申出を受けた場合、郵送で結果を通知する各医療機関は下記のとおりに対応してください。

- ・市内転居 ……新しい住所を聞き取り訂正して通知。
- ・市外転出 ……小牧市(保険医療課)へ連絡し、資格確認。

令和
5年度

特定健康診査・人間ドック・がん検診のご案内

特定健康診査は心筋梗塞や脳卒中、糖尿病などの生活習慣病の早期発見や予防を目的とした健診です。※特定健康診査には後期高齢者医療制度加入者の健康診査を含みます。年に一度、健診を受けてあなたの健康づくりに役立てましょう。



① **A** 又は **B** どちらか1つを選択します。

A 特定健康診査 (身体計測・血圧・尿検査・血液検査)

無料

受診料

B 人間ドック

[身体計測・血圧・尿検査・血液検査]+[胃がん・大腸がん・肺がん(胸部X線)]
※検査項目は全て受けていただく必要があります。

受診日時点の年齢が
40～69歳……4,800円
70歳以上……1,800円
※年度内に40歳になる方を含む
※料金の免除については3ページで
ご確認ください。

② 希望によりオプションが追加できます。 ※詳しくは3ページをご確認ください。

追加可能な
オプション

- ・がん検診 (胃がん※・大腸がん※・肺がん※・前立腺がん)
 - ・肝炎ウイルス検診
 - ・風しん抗体検査 (対象の方にはクーポンを別途送付しています)
- ※印のがん検診は人間ドックに含まれているため、特定健診にのみ追加できます。

③ 小牧市内の「実施医療機関」へ予約申込みします。

申込み方法 別紙「実施医療機関一覧表」の医療機関へ直接電話等によりお申込みください。

受診期間 令和5年6月1日(木)～令和6年2月14日(水)

※国の「新型コロナウイルス感染症対策の基本方針」に基づき、実施医療機関及び受診期間を変更する場合があります。医療機関によっては定員がある場合があります。ご了承ください。

受診当日の持ち物

・受診券(白色、桃色又は緑色) ・質問票 ・健康保険証 ・受診料(人間ドック又はがん検診追加の場合)
※受診の際は、医師の指示に従ってください。※受診の前日は、アルコールの摂取や激しい運動は控えてください。

受診期間中に75歳になる方へ

同封した白色の受診券は、有効期限が誕生日の前日までとなっています。誕生日以降に受診する場合は、後期高齢者医療制度用の桃色の受診券が必要となります。その場合は、新しい受診券を送付しますので、保険医療課にご連絡ください。

電話 0568-76-1128(保険医療課 医療係)

詳しくは次ページ以降をご覧ください。

特定健康診査・人間ドック

A 又は **B** どちらか
1つを選択します。

内容

項目		A 特定健康 診査	B 人間 ドック	項目		A 特定健康 診査	B 人間 ドック	
身体計測	身長	○	○	腎・肝機能系	GOT (AST)	○	○	
	体重	○	○		GPT (ALT)	○	○	
	BMI	○	○		γ-GTP	○	○	
	腹囲 (後期高齢者医療制度加入者を除く)	○	○		ALP	/	○	
診察	視診・触診・聴打診	○	○		総たんぱく	/	○	
問診	健康状態や生活習慣を伺い 検査の参考にします	○	○		アルブミン	○	○	
尿検査	蛋白 潜血 糖	○	○		総ビリルビン	/	○	
		/	○		LDH	/	○	
		○	○		尿酸	○	○	
血液一般	ヘマトクリット	医師の 判断に 基づき 実施	○		代謝系	空腹時血糖	/	○
	ヘモグロビン		○	がん検診	ヘモグロビンA1c	○	○	
	赤血球数		○		電解質	Na・K・Cl・Ca・P	/	○
	白血球数		○		がん検診	胃がん検診 (バリウム/内視鏡※)	/	○
	血清鉄		○	大腸がん検診 (便潜血反応)		/	○	
	血小板		○	詳細健診	肺がん検診 (胸部X線)	/	○	
血中脂質	総コレステロール	/	○		クレアチニン (eGFR)	/	○	
	中性脂肪	○	○		心電図 眼底検査	健診結果により 必要な場合に 実施		
	HDLコレステロール	○	○					
	LDLコレステロール	○	○					

●人間ドックは特定健診の内容に、3つのがん検診と血液検査項目、尿検査がプラスされています。
※内視鏡検査を選択できる条件は、3ページをご確認ください。

注意事項

- ・新たに社会保険等に参加したり、小牧市から転出した場合等被保険者の資格がなくなったときは、同封の受診券を使用しての受診はできません。(健診の受診については、新たに加入された健康保険へお問合せください。)
- ・健診結果のデータは、国および県への実施結果報告として匿名化して部分的に提出されますので、ご了承ください。
- ・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、保険者等において保存し、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。また、この券で受診する追加検査項目、その他(人間ドック)健診結果についても同様です。

職場等で健診を受診した方へ

職場等で健診を受けられた場合は、受診結果を保険医療課までお知らせください。
結果により、生活習慣病のリスクがある方には、特定保健指導(無料)などの案内をさせていただきます。(後期高齢者医療制度加入者を除く)
※職場等での健診が特定健診の健診項目を満たさない場合は、特定保健指導の案内ができません。
※提供いただいた受診結果は、今後の保健事業の参考とさせていただきます。

がん検診・肝炎ウイルス検診・風しん抗体検査（オプション）

対象年齢・受診料 ※小牧市に住民登録のある方は、がん検診単独でも受診可能です。

	対象年齢	受診料		
		～69歳	70歳～	
B 人間ドックに含まれています	①胃がん検診 胃部X線バリウム検査	30歳～	3,000円	500円
	内視鏡検査	50歳～*		
	②大腸がん検診 (便潜血検査2日法)	30歳～	500円	500円
	③肺がん検診(胸部X線)	40歳～	1,000円	500円
	④前立腺がん検診 (PSA血液検査)	50歳～ 男性	1,000円	500円
	⑤肝炎ウイルス検診	昭和58年4月～昭和59年3月生まれの方が対象(無料)		
⑥風しん抗体検査	対象の方にはクーポン券を別途送付しています。(無料)			

※厚生労働省の「がん検診の指針」に基づき、2年に1回となります。
令和5年度は、和暦で奇数年生まれの方が対象です。

がんは早期発見・
早期治療が重要です。
定期的ながん検診を
受けましょう。



人間ドック・がん検診の料金免除について

下記に該当する方は、人間ドック・がん検診の料金が免除されます。

・生活保護世帯の方

福祉総務課から郵送された「緑の受診券」又は、福祉総務課で事前に取得した「生活保護受給証明書」を受診時に提示してください。

電話 0568-76-1126 (福祉総務課 保護係)

・住民税非課税世帯の方 ※免除申請は6月1日(木)から受け付けます。

事前に保健センターの窓口で免除申請が必要です。運転免許証など身分が証明できるものを持ってお越しください。申請後、該当の方には免除券を発行しますので、受診時に医療機関で提示してください。

※令和5年1月2日以降に小牧市へ転入された方は、申請に必要な書類が異なりますので、保健センターへお問合せください。

・市長が必要と認めた方

災害避難者等の特別な場合に限り、保健センター窓口への事前申請により免除します。

人間ドック・がん検診料金の免除申請については、保健センターへお問合せください。

電話 0568-75-6471 (保健センター 予防検診係)

特定保健指導

受診された健診の結果をもとに、生活習慣病のリスクがある方に特定保健指導の案内をお送りします。特定保健指導では、生活習慣病の改善に向けて医師や保健師等がアドバイスや支援を行います。(後期高齢者医療制度加入者を除く)

※健診の結果や診察状況により、健診を受けた医療機関から特定保健指導の案内をすることがあります。

※特定保健指導について、小牧市が委託した事業者から電話等で利用の案内をさせていただく場合があります。

女性特有の乳がん・子宮がん検診について

「がん」で命を落とさないで！

早期発見・早期治療があなたの命を守ります。

	検診の選択	検査内容	対象年齢	検診料金	申込み
子宮がん	個別検診 (市内指定医療機関で実施)	内診・視診・ 細胞診	※ 20歳以上 女性	1,000円 (70歳以上は 500円)	★ ①③の方は、直接医療機関へお申込みください。 ②の方は、事前に保健センターへお問合せください。保健センターで令和4年度の受診の有無を確認し、検診票を郵送します。
	集団検診 (保健センター等で実施)				保健センターへ申込み後、検診票を郵送します。
乳がん	個別検診 (市内指定医療機関で実施)	マンモグラフィ	※ 40歳以上 女性	1,500円 (70歳以上は 500円)	上の★と同じ申込み方法
	集団検診 (保健センター等で実施)				保健センターへ申込み後、検診票を郵送します。
		超音波	30～39歳	1,000円	

※厚生労働省の「がん検診の指針」に基づき、2年に1回の受診となります。

★令和5年度は、次の①～③のいずれかに該当する方が対象です。

①和暦で奇数年生まれの方 ②和暦で偶数年生まれの方で令和4年度に未受診の方

③子宮頸がん又は乳がん検診無料クーポン券が届いた方(6月頃郵送予定)

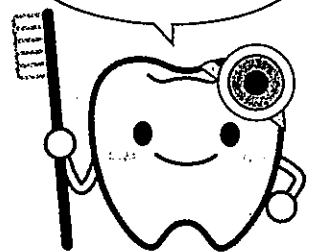
※注：妊娠、授乳中の方、卒乳後1年を経過していない方は、乳がん(マンモグラフィ)検診の受診はできませんが、無料クーポン券が届いた方は、特例で超音波検査での受診が可能です。保健センターへご相談ください。

無料歯科健診のご案内

おうちの病気の1つ「歯周病」。放っておくととても怖い病気ってご存知ですか？歯周病は、糖尿病・肺炎・心疾患・動脈硬化など身体の健康に影響を及ぼす怖い病気です。また、年齢とともに唾液量が減少し、食事のトラブルや口臭の原因になることもあります。身体の健康チェックと併せて、この機会にぜひ歯科健診を受けましょう。

※別紙「質問票」裏面の無料歯科健診のご案内をご覧ください。

無料でお得な
デンタルチェック！



問合せ先 ※予約申込み・キャンセルの確認は直接医療機関へお問合せください。

特定健康診査 国保係(40～74歳の方) 0568-76-1123
 特定保健指導について 保険医療課 医療係(75歳以上の方) 0568-76-1128

人間ドック・がん検診等 保健センター 0568-75-6471
 料金免除、歯科健診について

生活保護世帯の方の 福祉総務課 保護係 0568-76-1126
 「緑の受診券」について

【特定健康診査・人間ドック用】（※事前に記入し、受診日に医療機関へ提出しましょう。）

質問票(国民健康保険加入者用)

*この回答は、健診結果と合わせて特定保健指導の対象者判定に使用します。なお、質問1～3の薬を使用している方は特定保健指導の対象外となります。適切な保健事業につなげるため、正確にご記入ください。

フリガナ	電話番号	
お名前	生年月日 昭和 年 月 日	
No.	質問項目	当てはまる方に○を付けてください。
	現在、AからCの薬を使用していますか。	
1	A. 血圧を下げる薬	はい ・ いいえ
2	B. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	はい ・ いいえ
3	C. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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、治療を受けたことがありますか。	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、治療を受けたことがありますか。	はい ・ 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。	はい ・ いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい ・ いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※下記①②の両方にあてはまる方は、習慣的に吸っていることとなります。 ① 今までにたばこを100本以上吸っている又は6か月以上吸っている。 ② 最近1か月間もたばこを吸っている。	はい ・ いいえ
9	20歳のときから体重が10kg以上増加していますか。	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年以上実施していますか。	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ますか。	はい ・ いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度は速いですか。	はい ・ 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は速いですか。	速い ・ ふう ・ 遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	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 ・ 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。	はい ・ いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒など)を飲む頻度はどれくらいですか。	毎日 ・ 時々 ・ ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量はどれくらいですか。 ※日本酒1合(180ml)の目安 ビール500ml、焼酎25度(110ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml)	1合未満 ・ 1～2合未満 2～3合未満 ・ 3合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	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せんか。 ※右の(1)～(5)のどれかに○を付けてください。	(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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	はい ・ いいえ
※	歯の健康づくり得点の点数は16点以上ですか。(裏面の健康づくり得点表で採点してください。)	はい ・ いいえ

※任意回答項目

裏面もご覧ください

ご存知ですか？身体とお口の関係

歯周病菌は、糖尿病・肺炎・心疾患・骨粗しょう症・動脈硬化・認知症などに影響を与えます！

たった10問！**歯の健康づくり得点**でおくちの健康チェックをしましょう！

質問に対する答えの点数を○で囲んでください。

(項 目)	はい	いいえ
歯ぐきが腫れることがありますか	0	4
歯がしみることがありますか	0	3
趣味がありますか	3	0
間食をよくしますか	0	3
かかりつけの歯医者さんはありますか	2	0
歯の治療は早めに受けるようにしていますか	1	0
歯ぐきから血が出ることがありますか	0	1
歯みがきを1日2回以上していますか	1	0
自分の歯ブラシがありますか	1	0
たばこを吸いますか	0	1

○で囲んだ数字を全てたしててください 合計 () 点

愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座/監修

16点以上のあなた

とても良い生活習慣です。定期健診を受け、自分の歯の本数を確認し、歯や歯肉の健康を維持しましょう。可能な方は、「8020(*1)」「7021(*2)」「6024(*3)」の達成を目指しましょう。

15点以下のあなた

歯や歯肉のトラブルが起きやすい状態です。まずは、歯科医院でお口の健康診断を受けましょう。回答欄の0点の項目を改善できるよう心がけましょう。

- *1 「8020 (ハチマルニイマル)」・・・「80歳で自分の歯を20本以上保とう」という目標値
- *2 「7021 (ナナマルニイチ)」・・・「70歳で自分の歯を21本以上保とう」という目標値
- *3 「6024 (ロクマルニヨン)」・・・「60歳で自分の歯を24本以上保とう」という目標値

無料歯科健診のご案内

小牧市では、節目の年齢の方を対象に無料歯科健診を実施しています。下記に該当される方は、この機会にぜひデンタルチェックを受けましょう。

■いきいき世代個別歯科健診

- (対象) 小牧市に住民登録があり、令和5年4月1日時点で40・45・50・55・60・65・70・75・80歳の方
- ・5月下旬頃、対象者に受診券を送付します。
- ・市内契約歯科医療機関へ事前に予約が必要です。



詳しくはこちらをご覧ください。

<https://www.city.komaki.aichi.jp/admin/soshiki/kenkouikigai/hoken/8/5/5683.html>

*詳しくは、保健センター(電話0568-75-6471)までお問合せください。

質 問 票(後期高齢者医療加入者用)

フリガナ		電話番号	
お名前		生年月日	明大昭 年 月 日
No.	質問項目	当てはまるものに○を付けてください。	
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	よい・まあよい・ふつう あまりよくない・よくない	
2	毎日の生活に満足していますか。	満足・やや満足・やや不満・不満	
3	1日3食きちんと食べていますか。	はい・いいえ	
4	半年前に比べて固いもの(*)が食べにくくなりましたか。 *さきいか、たくあんなど	はい・いいえ	
5	お茶や汁物等でむせることがありますか。	はい・いいえ	
6	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。	はい・いいえ	
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか。	はい・いいえ	
8	この1年間で転んだことがありますか。	はい・いいえ	
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	はい・いいえ	
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると 言われていますか。	はい・いいえ	
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	はい・いいえ	
12	あなたはたばこを吸いますか。	吸っている・吸っていない・やめた	
13	週に1回以上は外出していますか。	はい・いいえ	
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか。	はい・いいえ	
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか。	はい・いいえ	
※	歯の健康づくり得点の点数は16点以上ですか。 (裏面の健康づくり得点表で採点してください。)	はい・いいえ	
※	おひとり暮らしですか。	はい・いいえ	
※	上記で「はい」と回答した方は民生委員に「おひとり暮らし」 であることをお知らせしてよいですか。	はい・いいえ	

※任意回答項目

裏面もご覧ください

ご存知ですか？身体とお口の関係

歯周病菌は、糖尿病・肺炎・心疾患・骨粗しょう症・動脈硬化・認知症などに影響を与えます！

たった10問！**歯の健康づくり得点**でおくちの健康チェックをしましょう！

質問に対する答えの点数を○で囲んでください。

(項 目)	はい	いいえ
歯ぐきが腫れることがありますか	0	4
歯がしみることがありますか	0	3
趣味がありますか	3	0
間食をよくしますか	0	3
かかりつけの歯医者さんはありますか	2	0
歯の治療は早めに受けるようにしていますか	1	0
歯ぐきから血が出ることがありますか	0	1
歯みがきを1日2回以上していますか	1	0
自分の歯ブラシがありますか	1	0
たばこを吸いますか	0	1

○で囲んだ数字を全てたしててください 合計 () 点

愛知学院大学歯学部口腔衛生学講座/監修

16点以上のあなた

とても良い生活習慣です。定期健診を受け、自分の歯の本数を確認し、歯や歯肉の健康を維持しましょう。可能な方は、「8020(*1)」「7021(*2)」「6024(*3)」の達成を目指しましょう。

15点以下のあなた

歯や歯肉のトラブルが起きやすい状態です。まずは、歯科医院でお口の健康診断を受けましょう。回答欄の0点の項目を改善できるよう心がけましょう。

- *1 「8020 (ハチマルニイマル)」・・・「80歳で自分の歯を20本以上保とう」という目標値
- *2 「7021 (ナナマルニイチ)」・・・「70歳で自分の歯を21本以上保とう」という目標値
- *3 「6024 (ロクマルニヨン)」・・・「60歳で自分の歯を24本以上保とう」という目標値

無料歯科健診のご案内

小牧市では、節目の年齢の方を対象に無料歯科健診を実施しています。下記に該当される方は、この機会にぜひデンタルチェックを受けましょう。

- いきいき世代個別歯科健診
(対象) 小牧市に住民登録があり、令和5年4月1日時点で
40・45・50・55・60・65・70・75・80歳の方
- ・5月下旬頃、対象者に受診券を送付します。
- ・市内契約歯科医療機関へ事前に予約が必要です。



詳しくはこちら
をご覧ください。

<https://www.city.komaki.aichi.jp/admin/soshiki/kenkouikigai/hoken/8/5/5683.html>

*詳しくは、保健センター(電話 0568-75-6471)までお問合せください。

令和5年度 実施医療機関一覧表

胃内視鏡検査は50歳以上かつ和暦で奇数年生まれの方が対象です。
 人間ドック、がん検診については、保健センター（電話75-6471）にお問い合わせください。
 ●のついている項目は日曜日も実施しています。受診可能時間など詳細は各医療機関にお問い合わせください。

医療機関名	住所	電話番号	実施内容											
			特定健康診査	人間ドック	特定保健指導	がん検診								乳がん（マンモグラフィ）
						胸部X線	胃がん		大腸がん	前立腺がん	肝炎ウイルス	子宮がん		
							胃部X線	胃内視鏡						
浅野外科内科	小牧市小牧原1-405	72-1241	●	●		●	●	●	●	●	●			
新井内科クリニック	小牧市光ヶ丘1-31-2	78-0050	○	○		○	○	○	○	○	○			
岩崎スマイルクリニック	小牧市岩崎1-93	71-1200	○	○		○	○	○	○	○	○			
江崎外科内科	小牧市曙町70	75-2211	○	○	○	○	○		○	○	○			
姥原医院	小牧市中央1-159	76-2351	○			○			○	○	○			
エンゼルレディースクリニック	小牧市中央2-22	41-6260											●	
おおやま内科クリニック	小牧市北外山1521-1	76-8808	○	○		○	○	○	○	○	○			
落合医院	小牧市上末414	79-2600	○	○	○	○	○		○	○	○			
加藤内科子どもクリニック	小牧市篠岡1-46-2	79-7722	○	○		○	○		○	○	○			
かなずみクリニック	小牧市久保一色1192-2	68-8205	○	○	○	○	○		○	○	○			
北里クリニック	小牧市小木西3-53	72-1911	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
健康塾クリニック	小牧市下末宇山畑1571-240	72-8166	○		○	○			○	○				
小木南クリニック	小牧市小木南2-29	75-1288	○			○				○	○			
ごとう小児科	小牧市城山3-3 サンコート桃花台1F	47-2766	○						○	○	○			
後藤内科クリニック	小牧市中央5-75	72-2271	○	○		○	○	○	○	○	○			
小林外科内科	小牧市岩崎281-10	77-3531	○			○			○	○	○			
小牧いとう整形外科	小牧市久保一色929-1	72-8850	○											
小牧クリニック	小牧市北外山宇桜井807-5	75-3500	○		○	○			○	○	○			
小牧市民病院健診センター (申し込み方法は直接健診センターへお問い合わせください)	小牧市常普請1-20	76-6100	○	○	○	○	○		○	○	○	○		
小牧第一病院	小牧市中央5-39	71-4390	○	○	○	○	○	○	○	○	○			○
小牧ようてい記念病院	小牧市西之島宇丁田1963	65-7517	○	○	○	○	○		○	○				
在宅緩和ケア あすなろ医院	小牧市常普請1-35	65-6380	○							○	○			
さかいハートクリニック	小牧市郷中2-17	74-0020	○			○			○	○				
坂本ファミリークリニック	小牧市中央2-69	77-8957	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
サンエイクリニック	小牧市小牧3-560	74-2315	○						○	○	○			
しのおか内科クリニック	小牧市池之内宇下赤堀1	79-8116	○			○			○	○	○			
清水クリニック	小牧市高根1-271-2	78-2111	○	○		○	○		○	○	○			
しんばら子どもクリニック	小牧市小牧原新田宇南原1828-1	74-4150	○								○			
すどうからだのケアクリニック	小牧市間々本町134	77-7800	○	○		○	○	○	○	○	○			
すどうストレスケアクリニック	小牧市中央1-349	75-0222	○											

令和5年度 実施医療機関一覧表

胃内視鏡検査は50歳以上かつ和暦で奇数年生まれの方が対象です。
 人間ドック、がん検診については、保健センター（電話75-6471）にお問い合わせください。
 ●のついている項目は日曜日も実施しています。受診可能時間など詳細は各医療機関にお問い合わせください。

医療機関名	住所	電話番号	実施内容											
			特定健康診査	人間ドック	特定保健指導	がん検診								乳がん（マンモグラフィ）
						胸部X線	胃がん		大腸がん	前立腺がん	肝炎ウイルス	子宮がん		
							胃部X線	胃内視鏡						
関本内科医院	小牧市高根2-325	78-2535	○		○	○			○	○	○			
千田クリニック	小牧市中央1-334-1	72-7267	○			○			○	○				
たかの内科クリニック	小牧市小牧原2-47	73-2333	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
塚原外科・内科	小牧市中央2-185	77-3175	○		○	○			○	○	○			
DOI CLINIC	小牧市藤島町鏡池72	77-8018	○	○	○	○		○	○	○	○			
桃花台スマイルクリニック	小牧市城山1-5-68	47-2220	●	●		●	●		●	●	●			
桃花台レディースクリニック	小牧市篠岡1-46-1	78-0001	○									○		
糖尿病・甲状腺 上西内科	小牧市常普請2-83	74-0003	○		○	○			○	○				
富野内科	小牧市春日寺2-205	73-1135	○	○		○	○		○	○	○			
友松内科耳鼻咽喉科	小牧市久保新町12	75-8111	○	○		○	○	○	○	○	○			
のむら内科外科ファミリークリニック	小牧市中央5-366	48-4170	○	○	○	○		○	○	○	○			
はたのクリニック	小牧市東田中宇北反田2011	48-1115	○	○		○		○	○	○	○			
林内科クリニック	小牧市久保一色237-3	71-3231	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
ピアレクリニック	小牧市古雅1-1ピアレ3F	78-1300	●			●			●	●	●			
菱田医院	小牧市東田中827	76-2719	○							○				
平松内科・呼吸器内科	小牧市小牧1-565-3	41-0008	●		●	●			●	●	●			
舟橋外科クリニック	小牧市外堀2-229	73-5888	○	○	○	○	○		○	○	○			
前川クリニック	小牧市上末字東山3592-1	78-0015	○			○			○	○	○			
ミナミクリニック	小牧市小牧原4-38-1	75-3732										●		
ミナミ産婦人科	小牧市田県町47	75-3882									○	○		
三輪内科	小牧市北外山2468-1	71-5677	○	○	○	○		○	○	○	○			
みわレディースクリニック	小牧市小牧2-582	76-2603	○								○	○	○	
もとまちクリニック	小牧市元町1-40	76-2717	○	○		○	○		○	○	○			
森クリニック	小牧市間々原新田字今池51	71-7711	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
やまもとクリニック	小牧市岩崎宇郷戸西1900-1	77-1333	○	○		○	○		○	○	○			
吉田医院	小牧市中央1-223	76-2519	○	○	○	○	○	○	○	○	○			
わたなべクリニック	小牧市郷中1-123	41-1001	○		○	○			○	○	○			

眼底検査の依頼について

①特定健診実施医療機関（以下、「実施機関」）で、次の基準のいずれかに該当した者のうち、眼底検査を実施する必要がある者を判別する。

【参考】詳細は「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」参照。

次の基準のいずれかに該当した者のうち、医師が必要と認める者	
血圧	本年度の健診結果で収縮期140mmHg以上 または拡張期90mmHg以上
血糖検査	本年度または前回の健診結果で 空腹時血糖126mg/dl以上またはHbA1c6.5%以上

※ただし、小牧市では上記基準に全て該当していない者でも前年の結果があり、医師が必要と判断した場合は、眼底検査を実施できるものとする。

②実施機関は、眼底検査を実施する必要がある者に『眼底検査依頼箋（別紙）』を渡し、市内の眼科医療機関で検査を受けてもらうよう依頼。その際、必ず検査期限を記入し、受診者へ期限内に受診するよう説明する。

注意 期限を過ぎたものは、眼底検査の実施なしとして小牧市へ結果を送付することとなり、眼底検査料は支払われません。

③受診者から『眼底検査依頼箋』を受け取った眼科医療機関は、対象者の健康保険証を確認し、検査を実施し、検査結果の記入された『眼底検査依頼箋』を実施機関（依頼元）へ送付する。受診者へ、眼底検査の結果通知は健診の結果と合わせて、実施機関が行うことを説明する。

注意 健康保険証が、小牧市国民健康保険・後期高齢者医療制度でない場合、特定健診（眼底検査を含む）を実施することができないため、直ちに実施機関（依頼元）へ連絡されます。

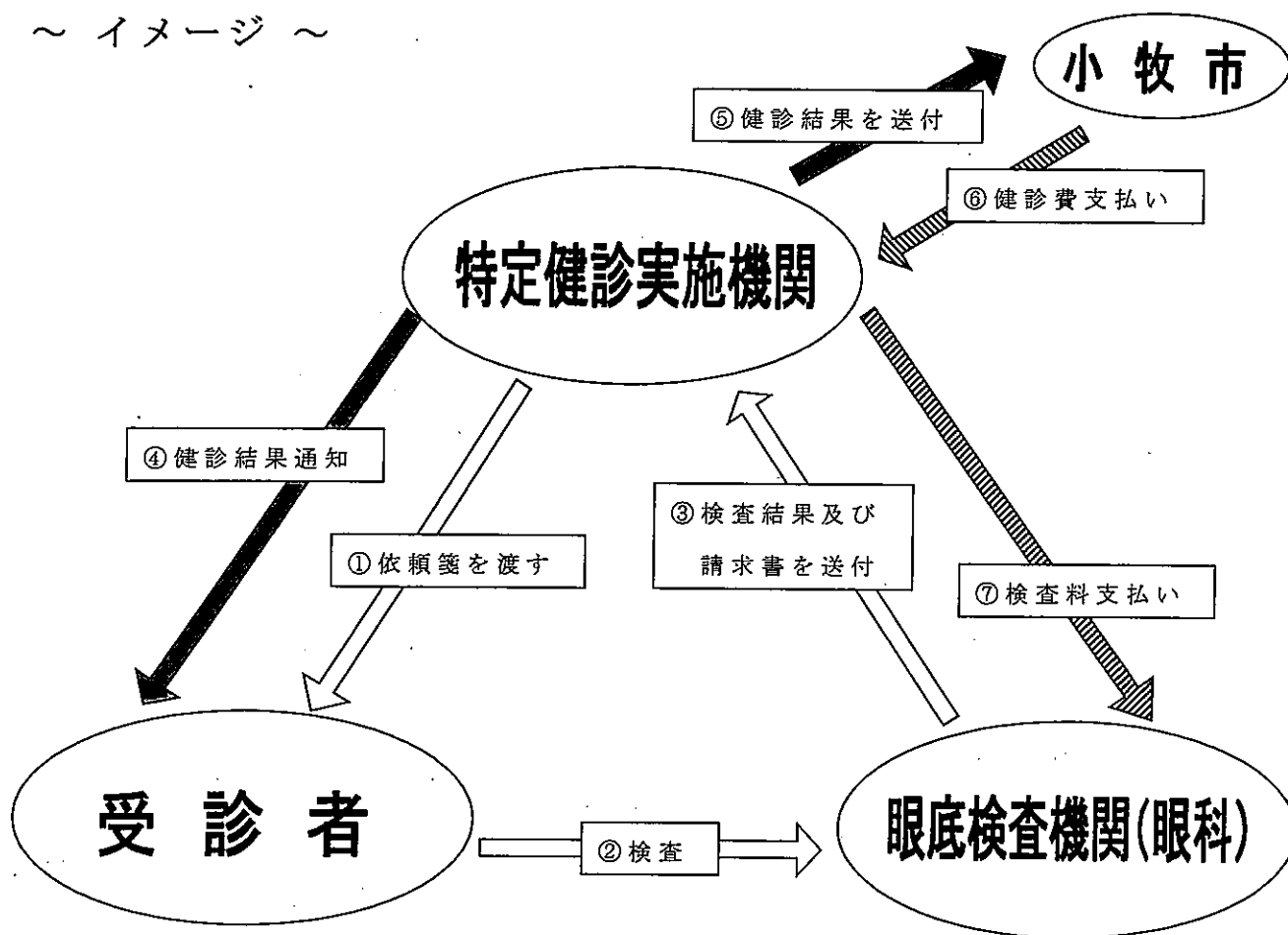
④実施機関は、眼科医療機関から『眼底検査依頼箋』を受け取った後、速やかに受診者へ結果通知表を送付するとともに、結果通知表（市役所用）に眼底検査依頼箋を添付して小牧市へ提出する。

注意 依頼箋の添付がない場合は、自らの機関で実施した場合の眼底検査料が支払われることとなります。

⑤結果通知表を受け取った受診者が、眼底検査の結果に対して詳細な説明を要求した場合は、眼底検査を実施した眼科医療機関から説明を行う。

注意 特定健診にかかる眼底検査については、実施後の検査結果の説明までとします。そのため、その後の精密検査や治療は、受診者の負担となることを説明する必要があります。

～ イメージ ～



- ※ 1 実施機関は、眼底検査の結果を含む全ての健診結果を取りまとめ、翌月10日までに小牧市へ提出する。その翌月の10日までに小牧市から健診費用が支払われる。
- ※ 2 眼底検査料（1件1,570円）は、小牧市から実施機関へ支払うものとする。実施機関から眼底検査機関（眼科）への支払いは請求書（別紙見本参照）等を用いて行うこととなる。

眼底検査依頼箋

下記の方は、小牧市国民健康保険特定健診（後期高齢者健康診査）を受診した結果により『眼底検査』が必要となります。

つきましては、検査期限までに眼底検査実施機関（裏面一覧表）へ、この依頼箋を持参し検査を受けてください。

* 眼底検査対象者情報 *

保険証番号			
フリガナ 受診者氏名			
生年月日	明・大・昭	年	月 日
検査期限	令和	年	月 日 () まで

【健診医療機関】
検査期限を必ず記入。
(目安:2週間)

上記のとおり、眼底検査を依頼します。

令和 年 月 日

健診医療機関名：

(担当医師氏名：)

【眼底検査機関】
・検査結果を記入し、検査日から概ね1週間以内に依頼元(健診医療機関)へ提出する。

(眼科記入欄)

検査日：令和 年 月 日

* 検査結果 *

(1) 所 見 (該当部分にし点)

	正常範囲内
	中間透光体混濁
	網膜出血・白斑
	視神経乳頭異常
	黄斑異常
	その他 ()

(2) 結 果

シェイエ(H)	右： 度	左： 度
シェイエ(S)	右： 度	左： 度
その他(※)	方法：KW/SCOTT/その他 ()	
	結果：()	

※シェイエ以外で検査した場合は「その他」へ記入。

眼底検査実施医療機関名：

(担当医師氏名：)

眼底検査実施機関

医療機関名	住 所	電話番号
石田眼科	小牧市郷中 1-170	74-2220
いわた眼科クリニック	小牧市中央 5-40	76-0777
江崎眼科医院	小牧市中央 1-301	76-2067
尾張眼科	小牧市岩崎 1-101-1	73-0044
こまき眼科	小牧市中央 2-148 小牧ステーションビル 2F	72-1118
小牧平田眼科	小牧市堀の内 4-52-1	74-6638

【 検査結果 】

高血圧動脈硬化性変化（シェイエ分類）

判定	高血圧性変化（H）	硬化性変化（S）
0度	異常なし	異常なし
1度	軽度のびまん性動脈狭細	動脈血柱反射やや増強、 軽度の動静脈交叉現象
2度	びまん性動脈狭窄、 網膜動脈の口径不同	動脈血柱反射増強、 動静脈交叉現象
3度	動脈狭窄、口径不同が著明、 網膜出血または白斑	銅線動脈、 高度の動静脈交叉現象
4度	上記に加えて視神経乳頭浮腫	銀線動脈

請求書

(健診機関名)

様

1 内 訳 眼底検査料 (令和 年 月分) として

2 金 額 金 _____ 円 (1,570 円 × _____ 件)

3 振込先

金融機関名	支店名	種類	口座番号	(フリガナ) 口座名義人
		普通 当座		

※振込手数料は特定健診実施機関が負担することとする。

上記のとおり請求します。

令和 年 月 日

(請求者)

住 所 :

医療機関名 :

代表者名 :

特定健康診査

受診結果通知表

(市後所用)

① 受診券のシールを貼ります。
 1枚目 詳細情報(右側)
 2枚目 宛て名(左側下)
 3枚目 宛て名(左側上)

② 情報提供
 結果通知の方法に関する記入欄を追加しました。
 <関係(白)>
 結果通知を郵送する場合...1に○
 医療機関で対面による説明を行う場合...3に○
 必ずいずれかに○を付けてください。

③ 既往歴、自覚、他覚症状
 「あり」の場合は、右の()内に具体的な
 症状を必ず記入してください。

④ 基本健康
 診査結果は、受診券の右側に記入
 必ず全て記入してください。
 (例色の受診券の方の欄は除く)

⑤ 菌の健康
 づくりの得点
 任意回答事項です。受診者が質問票に
 記入している場合は転記してください。

シール貼付

④ 情報提供
 結果通知の方法に関する記入欄を追加しました。
 <関係(白)>
 結果通知を郵送する場合...1に○
 医療機関で対面による説明を行う場合...3に○
 必ずいずれかに○を付けてください。

⑤ 菌の健康
 づくりの得点
 任意回答事項です。受診者が質問票に
 記入している場合は転記してください。

【健診の対象者全員に実施する項目】

項目	検査結果	基準値
身長		
体重		
体脂肪		
BMI		
収縮期血圧		
拡張期血圧		
糖		
蛋白		
中性脂肪		
HDL-コレステロール		
LDL-コレステロール		
GOT (AST)		
GPT (ALT)		
γ-GTP		
ヘモグロビンA1c (NGSP)		
尿酸		
アルブミン		

【健診の対象者全員に実施する項目】

項目	検査結果	基準値
1 血圧を下げる薬		
2 血糖を下げる薬、インスリン注射		
3 コルゲステロール等を下げる薬		
4 脳卒中(脳出血、脳梗塞等)		
5 心臓病(狭心症、心筋梗塞等)		
6 慢性腎臓病、腎不全、人工透析		
7 貧血		
8 喫煙の習慣		
9 20歳以降の体重増加+10kg		
10 運動習慣(週2日以上、1年継続)		
11 日常生活の身体活動		
12 歩く速度が遅い		
13 食事をかんで食べるときの状態		

【詳細項目】

項目	検査結果	基準値
クレアチニン		
eGFR		
実施理由		
赤血球数		
血色素量		
ハマトクリット値		
実施理由		
心電図検査		
眼底検査		

⑤ 質問票
 受診券から回収した質問票を転記。
 記入もれに注意!
 ※質問票に未記載がある場合は、
 結果通知の際に補記してください。
 ※結果通知の際に補記する場合は、
 結果通知の際に補記してください。

⑥ 菌の健康
 づくりの得点
 任意回答事項です。受診者が質問票に
 記入している場合は転記してください。

※任意回答事項

⑩ 健康指導の早期実施
 健康指導を引き続き実施する場合には、必ず
 初回面接日を記入し、実施済み・実施予定の
 どちらかに○を付けてください。

健康指導を健診結果配布時など市の利
 用券送付(約2ヶ月後)の前に実施する場
 合にご記入ください。

集計表兼請求書

(あて先) 小牧市長

下記のとおり請求します。

請求日は記入しないでください!!
※内容確認後に、小牧市で記入します。

住所:

医療機関名:

代表者名:

令和 年 月 日

受診券の種類		白(国民健康保険被保険者)				緑(40~74歳)		
項目	単価	特定健診 単独分	人間ドック 実施分	件数計	金額	健康診査 単独分	人間ドック 実施分	件数計
基本健診	9,190円	件	件	件	円	件	件	件
詳細項目	230円	件	件	件	円			円
	1,430円	件	件	件	円			円
	770円	件	件	件	円			円
	1,570円	件	件	件	円			円
				合計金額				合計金額

押印が不要になりました。

昨年度とは単価の変更があります。必ず、今年度配布した様式にてご請求ください。

- ①結果通知表を特定健診・人間ドックの別に分ける。
- ②貼付した受診券の色で仕分け。
- ③それぞれの基本健診の件数(枚数)を記入。
- ④詳細項目の件数を記入。
- ⑤「(特定)健診単独分」と「人間ドック実施分」の件数を合計し、「件数計」の欄に記入
- ⑥単価×件数計で、金額を記入する。

受診券の種類		桃(後期高齢者医療被保険者)				合計金額	
項目	単価	健康診査 単独分	人間ドック 実施分	件数計	金額	合計金額	合計金額
基本健診	9,190円	件	件	件	円		円
詳細項目	230円	件	件	件	円		円
	1,430円	件	件	件	円		円
	770円	件	件	件	円		円
	1,570円	件	件	件	円		円
				合計金額		合計金額	合計金額

健診結果・データ・費用の流れ

