

令和6年度

ヘルスサポート事業

事務マニュアル

(佐賀県健康づくり財団版)

令和6年4月1日 (Vol. 14- Ver.1)

公益財団法人 佐賀県健康づくり財団

(問い合わせ)

【健診部巡回健診課個別健診】 0952-37-3312

担当：中島、岸川、山田

【検査部】 0952-37-3302

【代表・総務部】 0952-37-3301

1. 「ヘルスサポート事業」について

高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、平成20年4月から、医療保険者に対し、40歳～74歳の加入者への特定健診が義務付けられましたが、定期通院者に対しても、例外ではありません。

各市町国保では、受診率向上のため、定期通院者の検査情報のうち『特定健診として活用できる情報』を、医療機関から提供して頂く新たな国保保健事業に取り組みます。

1) 対象者 定期通院している40～74歳の市町国民健康保険被保険者
(以下、「定期通院者」という。)

【注意事項】

- ※ ヘルスサポート事業実施市町国保限定です。
- ※ 慢性肝炎、高血圧、糖尿病、高脂血症の病歴が在られる再診の方にお勧めです。
- ※ 同一年度内に保険者が実施する「特定健診」、「人間ドック・脳ドック」など「特定健診」の項目を含む健診を受診していない方が対象です。
- ※ 「ヘルスサポート事業」は、年度内に1回だけの実施としています。
- ※ 特定健診の詳細健診の同時実施はできません。
- ※ 本事業に同意された方(医療機関窓口で同意が必要)が対象です。

《同意内容》

1. ヘルスサポート事業に関する情報を医療保険者に提供し、保健事業等に活用されること。
2. 特定健診受診者として匿名で国へ情報提供されること。
3. 同一年度内に保険者が実施する「特定健診」・「脳ドック・人間ドック」等の健診は受診しないこと。

2) 自己負担金

【自己負担金】 特定健診の負担金は無料 ただし、通常の診療分は患者負担となる。

3) 契約方法・委託料

【契約方法】 佐賀県医師会と市町国保の代表保険者である佐賀市との集合契約

【委託料】 令和6年度委託料：3,300円/件 (消費税込み)

【請求の明細】 ヘルスサポートに関しては、国保連合会から支払額内訳書が発行されません。支払額通知書(代行分)に支払金額(振込金額)のみの通知になりますので、健康づくり財団から発行する請求明細書をご参照ください。

4)「ヘルスサポート事業」の位置づけについて

診療と重複する部分の費用の取り扱いを明確にし、新たな保健事業とする。

～混合診療に関する「厚生労働省医療費適正化対策推進室」からの回答～

(問) 混合診療について

既に医療機関に通院している者について、本人の同意を取り、特定健診として活用できる項目の情報提供を受ける(「ヘルスサポート事業」) (※) ことは、混合診療に該当するか。

(※) 診療時に特定健診(診療に伴う検査以外の項目)を実施する場合

(答)

特定健診は診療ではないので混合診療とはならず、診療と同時に実施することは可能である。診療と重複する部分の費用の取扱いについては、例えば下記の方法が考えられる。

- ① 契約単価のみ明確となっている特定健診を優先的に実施し、特定健診以外の部分は診療として実施する
- ② 診療としての検査等を優先的に行い、特定健診として不足している部分については、医療保険者と当該医療機関との間で実施単価を取り決めた上で実施する

※ 厚生労働省ホームページ 「特定健康診査・特定保健指導に関するQ&A集」 1. 特定健康診査について ⑥その他 No.5 を参照

5)実施期間

【実施時期】

- ① 集合契約締結日から2月末日 (15 ページ参照)
- ② 集合契約締結日から3月末日 (15 ページ参照)

6)委託料

【委託料】 令和6年度委託料 3,300 円/件 (消費税込み)

7)実施医療機関

※ 新規登録の実施医療機関は、佐賀県国民健康保険連合会を介して委託料を支払うため、「特定健診実施医療機関」としての登録が必要となります。郡市医師会を通じて、県医師会にご連絡ください。

※ 同時に、「社会保険診療報酬支払基金」への「特定健診実施医療機関」登録も行ってください。

特定健診ヘルスサポートセット検査項目

検査セット名・セット番号		S-41	S-42
		ヘルサポ41 (検査料金) 1,001円(税込)	ヘルサポ42 (検査料金) 1,001円(税込)
傷病名		例:慢性肝炎	例:高血圧・糖尿病 高脂血症
セット項目	AST(GOT)	●	●
	ALT(GPT)	●	●
	中性脂肪	●	●
	HDL-コレステロール	●	●
	LDL-コレステロール	●	●
	クレアチニン	▲	▲
	尿酸	▲	▲
	γ-GTP	●	●
	血糖	●	●
	HbA1c	▲	▲
	総蛋白	○	○
	LD(LDH)	○	○
	総コレステロール	○	○
	尿素窒素	○	○
	NaとCl	○	○
	K	○	○
	カルシウム	○	○
	総ビリルビン	○	○
	直接ビリルビン	○	●
	アルブミン	○	○
	ALP	○	●
	コリンエステラーゼ	○	○
	血清アミラーゼ	○	●
	CK	●	●
	無機リン	●	●
	白血球	○	○
	赤血球	○	○
	血色素(Hb)	○	○
	ヘマトクリット値	○	○
	MCV	○	○
	MCH	○	○
	MCHC	○	○
血小板数	○	○	

特定健診の電子化項目
(HbA1cを含めて10項目)
* 注意:保険請求できないので、
レセプトに記載しないでください
特定健診項目を除いた
レセプトセットを作成してください

保険診療 生化学10項目以上

保険診療 末梢血液一般検査項目

(注意)
傷病名が高脂血症だけの場合は、
血算項目の傷病名として貧血及び
貧血疑い等をご記入ください。

【参考】 ●:健康づくり財団サービス項目 ▲:健康づくり財団サービス項目(衛生事業項目)
○:保険請求可能な項目

- 【ヘルスサポートセットの提出について】
- 提出時は、「ヘルスサポートセット専用」の検査依頼書と健診受診票をご利用ください。
 - 生化学検査用の「スピッツ」・血液学検査用の「アンチ」と血糖検査用のフッ化Naの3本及び保険証と受診券コピーを添えての提出をお願い致します。なお、検体には、健診受診票のバーコードラベルを貼付してください。
 - 「ヘルサポ41」「ヘルサポ42」のいずれかを/でマークしてください。追加項目も可能です。各項目にマークをお願いします。
 - ヘルスサポート以外のセットを利用される場合は、他のセットまたは、単項目をお選びください。なお、特定健診項目が未記入の場合は、当方で追加させていただきます。

8)ヘルスサポート事業として、市町が医療機関より提供して頂くデータ内容及び条件

①検査内容(項目)

検査項目		国保購入データ
問診	問診	☆
理学的・他覚的所見	身体診察	☆
身体計測	身長・体重・腹囲・BMI	☆
血圧測定	最高血圧・最低血圧	☆
尿検査	尿糖・尿蛋白・尿潜血	☆
血液検査	AST(GOT)	●
	ALT(GPT)	●
	中性脂肪	●
	HDL-コレステロール	●
	LDL-コレステロール	●
	クレアチニン	▲
	尿酸	▲
	γ-GTP	●
	血糖	●
	HbA1c	▲

《参考》 ☆:病医院実施項目(情報提供項目)

●・▲:「ヘルスサポートセット」健康づくり財団サービス項目

【注意事項】

- ・「ヘルスサポートセット」は定期通院者1名につき、年に1回のみ実施可能とします。
- ・「ヘルスサポート事業項目(●・▲)」は、保険請求できません。
- ・「尿検査(☆)」を請求する場合、ヘルスサポート事業は適用外です。
- ・「採血料」は医療での請求となります。
- ・二重受診防止のため、「ヘルスサポートセット」を実施後に「特定健診スミ」シールを保険証に必ず貼付してください。
- ・カルテは、保険診療用と健診用に必ず分けて使用してください

「ヘルサポ41」のレセプト例

○05730

診療報酬明細書（医科入院外）2国 令和6年4月分 県番41 医コ01、1738、1

-	-	1 医科	1 国	1 単独	2 本外
公負①	公負①	保 険 4 1 0 0 1 9		給 割 7	
公負②	公負②	記号・番号 *****			

氏名	イシカイ タロウ 医師会 太郎	特記事項
名	1 男 3 昭 3 3 . 3 . 3 生	
職務上の事由		

傷病名	(1) 慢性肝炎	診療開始日	(1) 令6年4月1日	診	1 日	診療実日数	①	②
11	初診	回						
12	再診	75 × 1 回	75					
	外來管理加算	52 × 1 回	52					
	時間外	× 回						
	休日	× 回						
	深夜	× 回						
13	医学管理							
14	往診	回						
	夜間	回						
	深夜・緊急	回						
	在宅患者訪問診療	回						
	その他							
	薬剤							
20	21内服薬剤	単						
	内服調剤	× 回						
	22屯服薬剤	単						
	23外用薬剤	単						
	外用調剤	× 回						
	25処方	× 回						
	26麻毒	回						
	27調基							
30	31皮下筋肉	回						
	32静脈内	回						
	33その他	回						
40	処方	回						
	薬剤							
50	手術・麻酔	回						
	薬剤							
60	検査・病理	2 回						
	薬剤							
70	画像診断	回						
	薬剤							
80	処方せん	回						
	薬剤							

* 明細書発行体制等加算	1 ×	1
.....		
* 末梢血液一般検査	2 1 ×	1
* 血液化学検査（13項目） TP,LD,Tcho,BUN, ナトリウム及びクロール,カリウム, カルシウム,BIL/総,BIL/直, Alb（BCP改良法・BCG法）, ALP,ChE,Amy	1 0 3 ×	1
* B-V	4 0 ×	1
* 血液学的検査判断料	1 2 5 ×	1
* 生化学的検査（I）判断料	1 4 4 ×	1

特定健診の10項目と尿中一般物質定性検査は、記載しないでください。

○再診の方で（1）の傷病名のある方のご利用例です。
1. 総合依頼書の「ヘルササポートセット41」をご利用してください。
2. 傷病名、投薬等の詳細に関しては患者の症状にお合わせください。

療書の給付	保 険	請 求 点	※ 決 定 点	一部負担金額	円			
	①	561						
	②					※高額	円	※公 点

「ヘルサポ42」のレセプト例

〇05730

診療報酬明細書（医科入院外）2国 令和6年4月分 県番41 医コ01、1738、1

-	-	1 医科	1 国	1 単独	2 本外
公負①	公負①	保 険 4 1 0 0 1 9		給 割 7	
公負②	公負②	記号・番号 *****			

氏名	イシカイ タロウ 医師会 太郎	特記事項
年齢	1 男 3 昭 3 3 . 3 . 3 生	
職務上の事由		

傷病名	(1) 高血圧症	診療開始日	(1) 令6年4月2日	診 断	帰	診療日数	保 1 日
	(2) 糖尿病		(2) 令6年4月2日				① 日
	(3) 高脂血症		(3) 令6年4月2日				② 日

11	初 診		回				
12	再 診	75 × 1	回	75			
再 診	外來管理加算	52 × 1	回	52			
	時間外	×	回				
	休 日	×	回				
	深 夜	×	回				
13	医学管理						
14	往 診		回				
	夜 間		回				
	深夜・緊急		回				
	在宅患者訪問診療		回				
20	21内服薬剤		単				
	内服調剤	×	回				
	22屯服薬剤		単				
	23外用薬剤		単				
薬	25処 方	×	回				
	26麻 毒		回				
	27調 基						
	30	31皮下筋肉		回			
注 射	32静脈内		回				
	33その他		回				
40	処 置		回				
50	手術・麻酔		回				
	薬 劑						
60	検査・病理		2 回				
70	画像診断		回				
	薬 劑						
80	処方せん		回				
その他	薬 劑						

* 明細書発行体制等加算	1 ×	1

* 末梢血液一般検査	2 1 ×	1
* 血液化学検査（10項目） T P, L D, T c h o, B U N, ナトリウム及びクロール、カリウム、 カルシウム、B I L / 総、 A l b（B C P改良法・B C G法）、 C h E	1 0 3 ×	1
* B - V	4 0 ×	1
* 血液学的検査判断料	1 2 5 ×	1
* 生化学的検査（I）判断料	1 4 4 ×	1

特定健診の10項目と尿中一般物質定性検査は、記載しないでください。

○再診の方で（1）から（3）のいずれかの傷病名のある方のご利用例です。

1. 総合依頼書の「ヘルササポートセット42」をご利用してください。
2. 傷病名、投薬等の詳細に関しては患者の症状にお合わせください。
3. 傷病名が高脂血症だけの場合は、血算項目の傷病名として貧血及び貧血疑い等をご記入ください。

療養の給付	保 険	請 求 点	※ 決			
	①	561				
	②				※高額	円

※ 定期的に通院中の患者様に対する血液検査の一回 (年度内に一度だけ)を特定健診としてご活用ください。

定期的に血液検査をされている患者様に、ヘルスサポートセットを是非お勧めください。

1. ヘルスサポートセットはスクリーニング検査を中心にたくさんの検査項目を含んでおり、医療にも、特定健診にも利用でき、また健診受診率の向上にも繋がります。
2. 患者様の一部はチラシ等で、血液検査の一部負担金までも無料と思われていますので、医療の負担金は、通常どおり掛かることの説明が必要です。ただし、特定健診の個人負担金は必要ありません。
3. 患者様の一部負担割合によっては、特定健診の個人負担金よりも割高になる場合がありますが、ヘルスサポートセットは多数の検査項目を含み、スクリーニング検査としても有用と思われます。
4. ヘルスサポートセットの実施は、診察が必ず必要なこと、採血を伴い、問診も多く、時間を要することなどを患者様に十分に説明した上で、同意して頂く必要があります。

特定健診とヘルスサポートセットの料金比較 (例)

	特定健診	特定健診ヘルスサポートセット41	
実施料	8,382円	5,610円	保険診療点数(例) 561点
			再診料 75点
			明細書発行体制等加算 1点
			外来管理加算 52点
			採血料 40点
			生化学10項目以上 103点
			生化学的検査(I)判断料 144点
			末梢血液一般検査 21点
			血液学的検査判断料 125点
検査料		-1,001円	検査請求料金(ヘルサポ41・42セット料金)
情報提供料	0円	3,300円	特定健診情報提供料(市町国保保険者)
委託料	-3,352円	-1,100円	健診請求料金(特定健診項目及び問診の電子化)
病医院受取額	5,030円	6,809円	

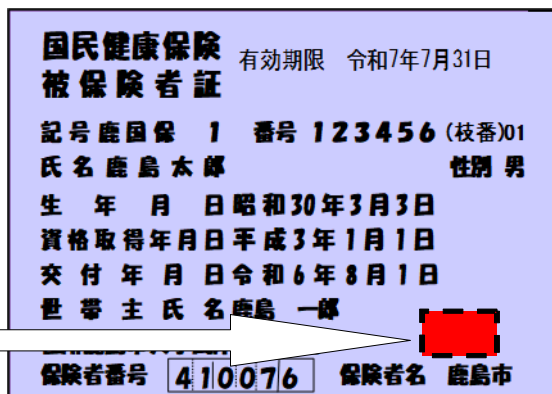
ヘルスサポートセット利用に関する受診者の利点等の例について

例	治療検査内容	保険診療の個人負担	受診者の利点	病医院の受取額
年1回以上血液検査を実施されている受診者	例えば、スクリーニングBセット(S2)または循環器(高血圧・動脈硬化)セット(S10)を実施されていた場合	保険診療では、末梢血液検査の21点と判断料125点の1,460円が加算となる。 1割負担の方は、146円の負担増 3割負担の方は、438円の負担増 しかし、特定健診の個人負担金は発生しないので、お得となる場合がある。	貧血検査と糖尿病検査が受けられる。 また、 隠れた糖尿病・貧血の早期発見に繋がる。	保険診療 (1例の場合) 5,610円 各市町からの情報提供料 3,300円 以上から検査料1,001円と委託料1,100円の合計2,101円を差引いた差額は6,809円となり 特定健診の受取額5,030円より増収となる。
血液検査を実施されていない受診者		日頃のお薬代等に採血検査に関する採血料40点 生化学10項目以上103点と判断料144点 末梢血液検査の21点と判断料125点の4,330円が加算となる。 1割負担の方は、433円の負担増 3割負担の方は、1,299円の負担増 しかし、特定健診の個人負担金は発生しないので、3割負担の方でも、負担金は少なく済む。	特定健診の10項目に比べ、33項目のスクリーニング検査が受けられる。 血圧測定と血液検査等で ①高血圧 ②高血糖 ③脂質異常 ④貧血等の早期発見に繋がる。	

スマシールの貼付等について

- ① 医療機関は、二重受診の防止の為、被保険者の保険証に「特定健診スマ」シールの貼付を行う。

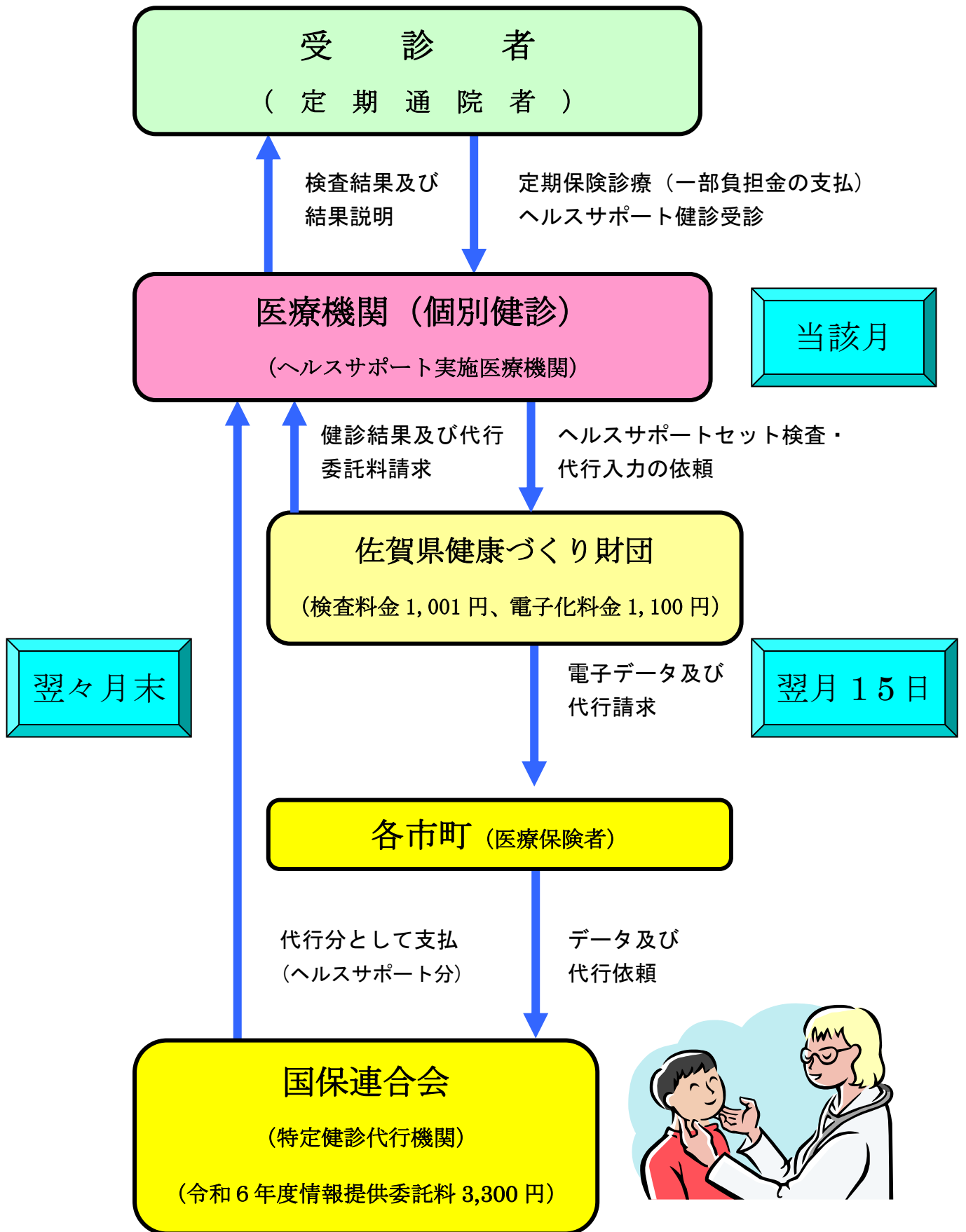
【国保の例】



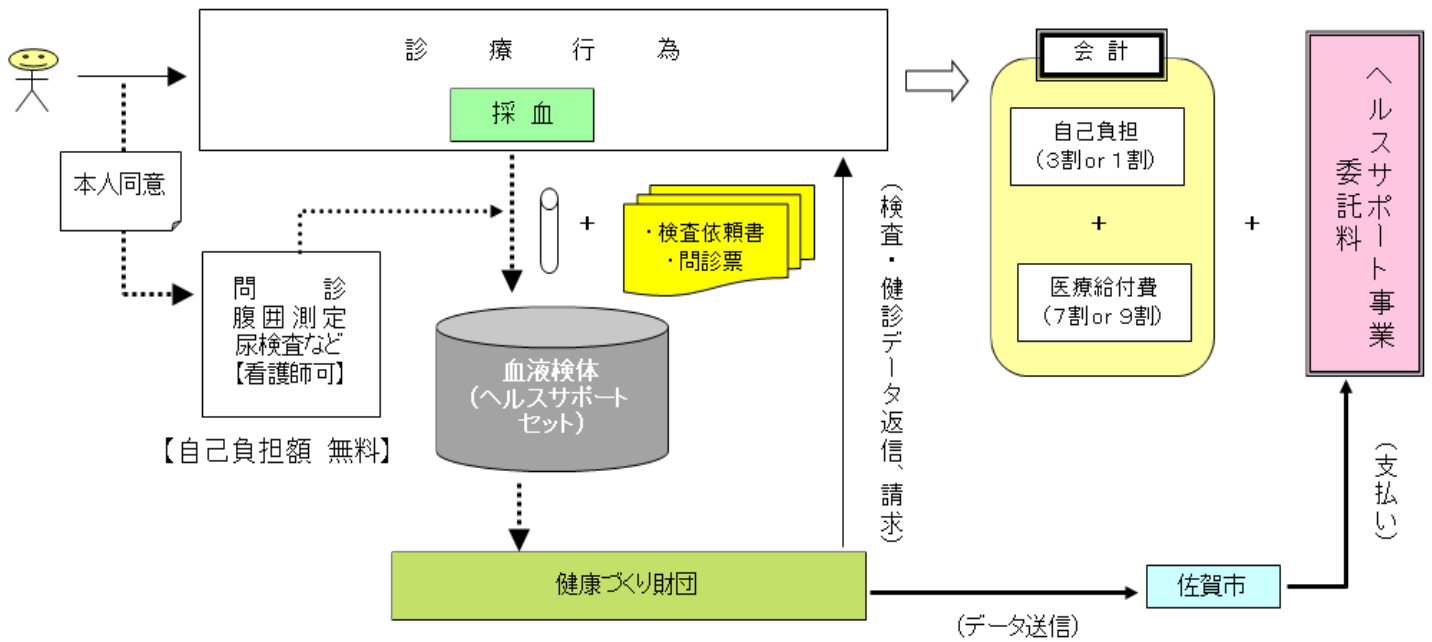
保険証のこの位置に貼ってください。

- ② 医療機関において、診療行為にかかった自己負担（3割もしくは1割）を定期通院者に請求してください。
 ※なお、「国民健康保険被保険者資格証明書」を交付されている方も、この事業の対象となります。
- ③ 医療機関は、検体（アンチ・スピッツ・フッ化Na）・検査依頼書（総合依頼書）・健康診査受診票・受診券のコピーなどを健康づくり財団へ提出してください。
 ※検体には健診受診票のバーコードラベルを貼付してください。
- ④ 健康づくり財団からは、医療機関へ「ヘルスサポート事業」の結果を送ります。
 ※検査結果は翌日までに報告し、健診結果等は概ね14日後に医療機関へ送付いたします。
- ⑤ 医療機関は、定期通院者の来院時に結果説明を実施し、必要によっては医療等のフォローを行なってください。

ヘルスサポート事業の流れ図

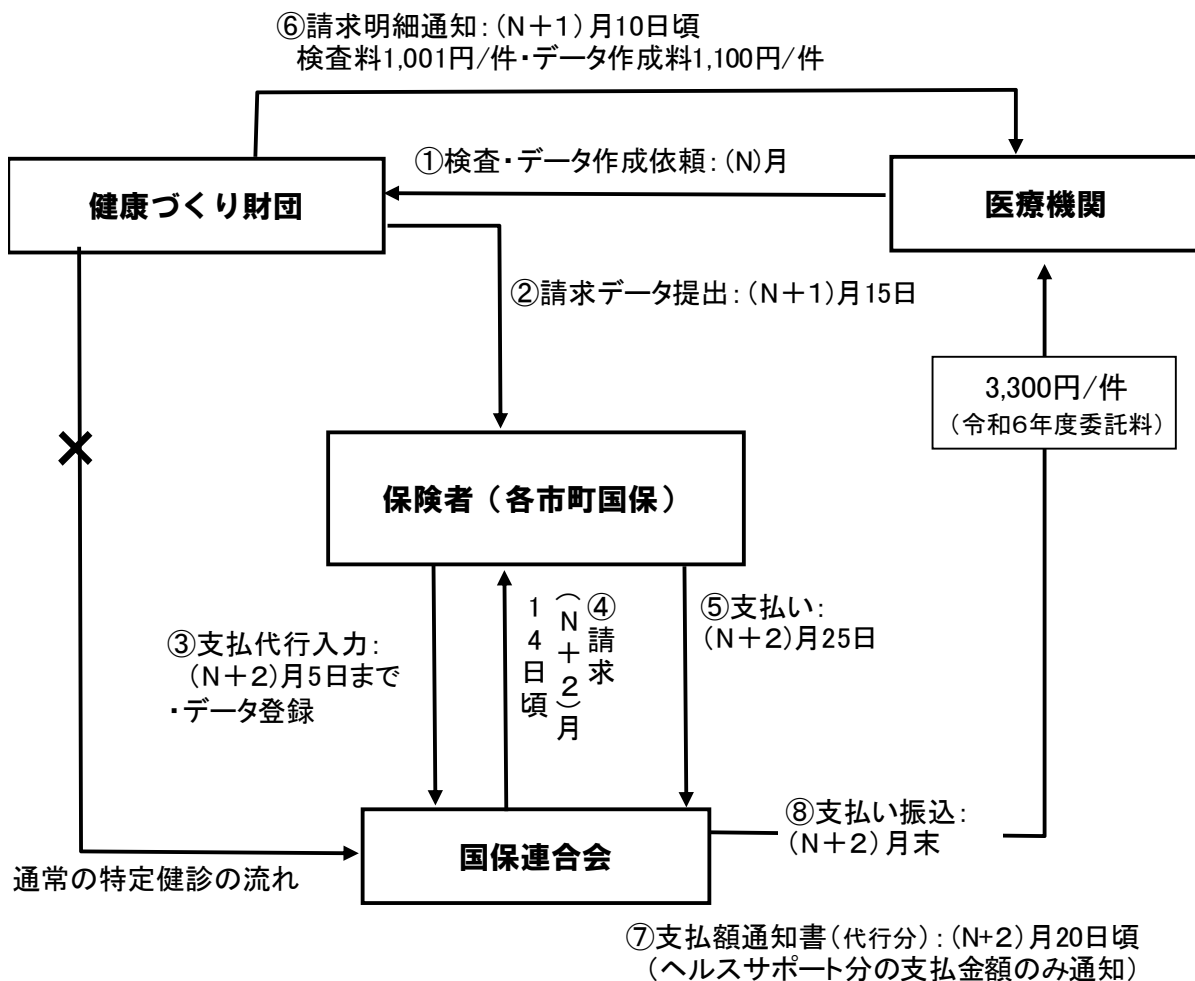


9)「ヘルスサポート事業」の受診から結果通知までの流れ 《一般的な例》



医療機関からの特定健診関連情報提供策(ヘルスサポート事業)

ヘルスサポート事業支払フロー図



※ヘルスサポートに関しては、国保連合会から支払額内訳書が発行されません。

支払額通知書(代行分)に支払金額(振込金額)のみの通知になりますので、健康づくり財団から発行する請求明細書をご参照ください。

令和6年5月●日 No. 9999999-99

請求明細書 みほん

2024 年 4月分

9999 ●●病院
9999 《国保》

佐賀県健康づくり財団

当月受診料	当月消費税額		
48,318円	0円		48,318円

			計		
特定健診 (個別健診)	9 名		30,996		
2024/04/12	1331 長崎 次助	本人	3,352	国保連合会からは、基本の8,382円から個人負担金を差し引いた金額が振り込まれます。	
2024/04/13	1305 長崎 三助	本人	3,352		
2024/04/14	1306 福岡 一美	本人	3,352		
2024/04/16	1392 福岡 次美	本人	3,352		
2024/04/16	1393 福岡 三美	本人	3,352		
2024/04/17	1394 福岡 四美		3,352		
	+眼底・特定詳細 (個別)		110		
	+心電図・特定詳細 (個別)		110		
	+貧血・特定詳細 (個別)		154		
	+クレアチニン		80		
2024/04/17	1395 大分 一太		3,352	特定健診の詳細健診該当者の方です。 基本と眼底1,232円、心電図1,430円と貧血検査242円が詳細として振り込まれます。	
2024/04/17	1397 大分 二太		3,352		
	+眼底・特定詳細 (個別)		110		
	+心電図・特定詳細 (個別)		110		
	+貧血・特定詳細 (個別)		154		
2024/04/17	1398 大分 三太		3,352		
後期高齢者の健診 (個別)	6 名		14,022		
2024/04/03	1407 熊本 一男	本人	3,352	国保連合会からは、基本の8,382円とアルブミン121円が振り込まれます。	
	+アルブミン		80		
2024/04/05	1306 熊本 次男	本人	3,352		
	+アルブミン		80		
2024/04/06	1372 熊本 花子	本人	3,352	国保連合会からは、基本と眼底1,232円、心電図1,430円と貧血検査242円が詳細として振り込まれます。	
	+アルブミン		80		
2024/04/07	1416 長崎 一助	本人	3,352		
	+眼底・特定詳細 (個別)		110		
	+心電図・特定詳細 (個別)		110		
	+貧血・特定詳細 (個別)		154		
ヘルスサポート	3 名		3,300		
2024/04/02	1391 医師会 太郎	本人	1,100	国保連合会から代行分として一人当たり3,300円振り込まれます。	
2024/04/02	1392 医師会 二郎	本人	1,100		
2024/04/03	1306 医師会 三郎	本人	1,100		

【 問い合わせ先：健診部 中島・山田 TEL 0952-37-3312】

ヘルスサポートパックの依頼について

提出時は、「ヘルスサポート専用」の総合依頼書と健康診査受診票(Ⅱ)をご利用ください。
 生化学検査用「スピッツ」と血液学検査用「アンチ」、血糖検査用「フツ化 Na」の3本と受診券のコピーを添えての提出をお願い致します。なお、検体には健診受診票のバーコードラベルを貼付してください。
「ヘルサポ41」「ヘルサポ42」のいずれかをノでマークしてください。
追加項目も可能です。各項目にマークをお願いします。
 また、ヘルスサポート以外のセットを利用される場合は、他のセットをお選びください。

総合依頼書 (尿・糞便、血液、生化学、免疫学的検査)

依頼書№ 026985011 12

※検査名(カタカナで、種と名の順に1マスだけてください) ※検査料

性別: 男 女 年齢: _____ 年 _____ 月 _____ 日

カルテ№ (英字、数字のみ) _____ 特記事項 (英字、数字、カタカナのみ) _____

採取日: _____ 月 _____ 日 採取時間: _____ 時 _____ 分

身長: _____ cm 体重: _____ kg

検査項目: S1 S2 S3 S4 S5 S7 S8 S9 S10 S11 S12 S13 S14 S16 S17 S18 S19 S20 S21 S22 S23 S24 S25 S26 S27 S28 S29 S30 S31 S32 S33 S34 S35 S36 S37 S38 S39 S40 S41 S42

センターセット: スクリ A, スクリ B, 肝疾患 A, 肝疾患 B, 肝疾患 C, 肝臓検査, 腎臓疾患, 糖尿病, 循環器 A, 循環器 B, 腎疾患 A, 腎疾患 B, リウマチ, 血液 A, 血液 B, 血液 C, 血液 D, 甲状腺疾患, 膠原病, 骨疾患, 全麻前, 高脂血症, ※※※※※, 薬物中, 学歴三, ※※※※※, 妊婦 B1, 妊婦 B2, 妊婦 B3, 妊婦 B4, 花柳 A, 花柳 B, 花粉小児, ※※※※※, ※※※※※, ※※※※※, ※※※※※, ※※※※※, ※※※※※, ※※※※※, ※※※※※

ユーザーセット: _____

連絡事項(その他の項目) _____

生化学的検査	糖代謝関連	肝炎ウイルス関連	感染症関連検査	血液学的検査	免疫血液学的検査	便・尿検査
<input type="checkbox"/> 総ビリルビン	<input type="checkbox"/> マグネシウム	<input type="checkbox"/> 血清血糖	<input type="checkbox"/> HBs抗原(定性)	<input type="checkbox"/> 末梢血液一般	<input type="checkbox"/> ABO血液型	<input type="checkbox"/> 尿中一般物質
<input type="checkbox"/> 直接ビリルビン	<input type="checkbox"/> 血清鉄	<input type="checkbox"/> 血漿血糖	<input type="checkbox"/> HBs抗原	<input type="checkbox"/> 血液像	<input type="checkbox"/> Rh血液型	<input type="checkbox"/> 尿沈渣
<input type="checkbox"/> 総蛋白	<input type="checkbox"/> UIBC	<input type="checkbox"/> ヘモグロビンA1c	<input type="checkbox"/> HBs抗体価(促出)	<input type="checkbox"/> 網状赤血球	<input type="checkbox"/> 不規則抗体	<input type="checkbox"/> 尿中アミラーゼ
<input type="checkbox"/> アルブミン	<input type="checkbox"/> フェリチン	<input type="checkbox"/> グリコアルブミン	<input type="checkbox"/> HBs抗体価	<input type="checkbox"/> PT(INR)	<input type="checkbox"/> アレルギー検査	<input type="checkbox"/> 尿中クレアチニン
<input type="checkbox"/> 蛋白分画	<input type="checkbox"/> ビタミンB12	<input type="checkbox"/> 1,5AG	<input type="checkbox"/> HBe抗体価	<input type="checkbox"/> APTT	<input type="checkbox"/> 非特異的IgE	<input type="checkbox"/> 糖定量
<input type="checkbox"/> AST(GOT)	<input type="checkbox"/> 葉酸	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> HBe抗体価	<input type="checkbox"/> フィブリノゲン	<input type="checkbox"/> ハウスダスト1	<input type="checkbox"/> 蛋白定量
<input type="checkbox"/> ALT(GPT)	<input type="checkbox"/> 胆汁酸	<input type="checkbox"/> 血中Cペプチド	<input type="checkbox"/> HBe抗体価	<input type="checkbox"/> トロンボテスト	<input type="checkbox"/> ヤケヒョウヒダニ	<input type="checkbox"/> アルブミン
<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> ヒアルロン酸	<input type="checkbox"/> 腫瘍マーカー	<input type="checkbox"/> IgM-HBc抗体価	<input type="checkbox"/> Dダイマー	<input type="checkbox"/> コナヒョウヒダニ	<input type="checkbox"/> 糖定量
<input type="checkbox"/> γ-GT	<input type="checkbox"/> アンモニア	<input type="checkbox"/> SCC	<input type="checkbox"/> HBV-DNA定量 (リアルタイムPCR)	<input type="checkbox"/> 内分分泌学的検査	<input type="checkbox"/> スギ	<input type="checkbox"/> 蛋白定量
<input type="checkbox"/> LD(LDH)	<input type="checkbox"/> AMY	<input type="checkbox"/> CYFRA	<input type="checkbox"/> HBVゲノタイプ	<input type="checkbox"/> T3	<input type="checkbox"/> ヒノキ	<input type="checkbox"/> 尿中NTx(骨格吸収)
<input type="checkbox"/> CK(CPK)	<input type="checkbox"/> CK(CPK)	<input type="checkbox"/> ProGRP	<input type="checkbox"/> HCV抗体価	<input type="checkbox"/> T4	<input type="checkbox"/> カモガヤ	<input type="checkbox"/> 尿中HCG定量
<input type="checkbox"/> LAP	<input type="checkbox"/> LD(LDH)	<input type="checkbox"/> SLX	<input type="checkbox"/> HCV抗原 (HCVコア蛋白)	<input type="checkbox"/> FT3	<input type="checkbox"/> ブタクサ	<input type="checkbox"/> 便潜血
<input type="checkbox"/> 血清アミラーゼ	<input type="checkbox"/> ALP	<input type="checkbox"/> CA15-3	<input type="checkbox"/> HCV RNA定量 (リアルタイムPCR)	<input type="checkbox"/> FT4	<input type="checkbox"/> アルテルナリア	<input type="checkbox"/> 免疫法(Hb)
<input type="checkbox"/> リパーゼ	<input type="checkbox"/> BAP(骨型ALP)	<input type="checkbox"/> NCC-ST-439	<input type="checkbox"/> HCV 酵素測定 (グルーピング)	<input type="checkbox"/> TSH	<input type="checkbox"/> 卵白	<input type="checkbox"/> 免疫法(Hb TF)
<input type="checkbox"/> コリンエステラーゼ	<input type="checkbox"/> 血清NTx(骨格吸収)	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> IgM-HA抗体価	<input type="checkbox"/> 甲状腺ホルモン	<input type="checkbox"/> オオムコイド	<input type="checkbox"/> 薬物検査
<input type="checkbox"/> 総コレステロール	<input type="checkbox"/> TRACP-5b	<input type="checkbox"/> AFP	<input type="checkbox"/> ウイルス感染症	<input type="checkbox"/> LH (黄体形成ホルモン)	<input type="checkbox"/> 牛乳	<input type="checkbox"/> フェニトイン
<input type="checkbox"/> 中性脂肪	<input type="checkbox"/> total P1NP	<input type="checkbox"/> PIVKA II	<input type="checkbox"/> 抗EBNA	<input type="checkbox"/> FSH (卵巣刺激ホルモン)	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> カルバマゼピン
<input type="checkbox"/> HDL-コレステロール	<input type="checkbox"/> 心筋マーカー	<input type="checkbox"/> CEA	<input type="checkbox"/> サイトメガロ(CF)	<input type="checkbox"/> E2 (エストロジオール)	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> ジコキシ
<input type="checkbox"/> LDL-コレステロール (脂質分)	<input type="checkbox"/> CK-MB	<input type="checkbox"/> CA19-9	<input type="checkbox"/> 単純(CF)	<input type="checkbox"/> プロラクチン	<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> テオフィリン
<input type="checkbox"/> 尿薬量	<input type="checkbox"/> BNP	<input type="checkbox"/> CA72-4	<input type="checkbox"/> ヘルペス	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> 大豆	<input type="checkbox"/> ハロペリドール
<input type="checkbox"/> クレアチニン	<input type="checkbox"/> NT-proBNP	<input type="checkbox"/> DUPAN-2	<input type="checkbox"/> ヘルペス	<input type="checkbox"/> レニン活性	<input type="checkbox"/> 小麦	<input type="checkbox"/> リチウム
<input type="checkbox"/> 尿酸	<input type="checkbox"/> 自己免疫関連検査	<input type="checkbox"/> エラステーゼ1	<input type="checkbox"/> ヘルペス	<input type="checkbox"/> ACTH	<input type="checkbox"/> 小麦	
<input type="checkbox"/> Na及びCl	<input type="checkbox"/> リクマチ因子 (RF定量)	<input type="checkbox"/> CA125	<input type="checkbox"/> ヘルペス	<input type="checkbox"/> レニン活性	<input type="checkbox"/> 小麦	
<input type="checkbox"/> K	<input type="checkbox"/> 抗核抗体(IFA法)	<input type="checkbox"/> PSA	<input type="checkbox"/> ヘルペス	<input type="checkbox"/> コルチゾール	<input type="checkbox"/> ネコ上皮・皮膚	
<input type="checkbox"/> カルシウム	<input type="checkbox"/> MMP-3	<input type="checkbox"/> F/T比(PSA)	<input type="checkbox"/> ヘルペス	<input type="checkbox"/> アルドステロン	<input type="checkbox"/> イヌ皮膚	
<input type="checkbox"/> 無機リン	<input type="checkbox"/> 抗CCP抗体	<input type="checkbox"/> 可溶性IL-2 レセプター	<input type="checkbox"/> ヘルペス		<input type="checkbox"/> ゴキブリ	

記入例: 依頼 訂正 セット内取消 (連絡事項に○項目を除去と記入ください)

※注意: マークが枠からはみ出すと誤読します。

矢印が上向きになるようにタテに貼付してください。

注意: ①左数種類の専用ラベルで、他には使用できません。 ②検体種類のラベルをえらんでご使用ください。 ③ラベルの残りは切り離さずそのまま提出ください。

検査のバーコードラベルは、使用しないでください

氏名: _____ 02698501-100

氏名: _____ 02698501-200

氏名: _____ 02698501-300

氏名: _____ 02698501-500

氏名: _____ 02698501-000

氏名: _____ 02698501-000

氏名: _____ 02698501-000

氏名: _____ 02698501-000

健診のバーコードラベルをご利用ください

- 必ず記入して下さい。
- 受診者氏名はワザリガナをお願いします。
- 注文を頂いた分科は病院コード・病院名を印字いたします。白紙の受診票の場合は、ご記入をお願いします。(14桁印)
- 該当する健診シリアル番号を記入をお願いします。

ラベル

健康診査受診票(Ⅱ)

※大体内容を必ず記入して持参してください

健康診査受診票(Ⅱ) 受診者氏名(姓) 受診者氏名(名) 受診日 年 月 日 受診番号

1. 受診日 2. 受診時間 3. 診療科目 4. 受診者の性別 5. 年齢 6. 身長 7. 体重

8. 既往症 9. 喫煙状況 10. 飲酒状況

11. 家族歴 12. 生活習慣 13. 治療歴

14. 検査結果 15. 医師の診断

16. 医師の署名 17. 医師の印 18. 検査機関の印

19. 受診料 20. 検体手数料

33

必須です。必ず記入をお願いします。

(又は) ①の現在吸っているタバコは、以前吸っていた場合は、**本数・年数を必ず記入して下さい。**

個別健診での肺炎ウイルス検査は鳥潟市以外の実施しません。

受付番号は記入不要です。

保険証の記号・番号・受診券整理番号を記入して下さい。(左詰め) ※必ず記入して下さい。

飲食後時間(時間表示) ※10時間以上の場合も必ず記入して下さい。

最終飲食物時間 ※必ず記入して下さい。

【採血者サイン】 集団健診用となります。医療機関での記入は不要です。

問診欄は、必ず全ての記入をお願いします。

治療中の場合は服薬の確認をお願いします。

【問診者サイン】 集団健診用となります。医療機関での記入は不要です。

佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター

令和6年度特定健診・ヘルスサポート事業等実施体制について

令和6年3月19日現在

市町名	保険証更新時期	健診等集合契約		自己負担額		実施体制		R6ヘルスサポート集合契約				
		健診	指導	一般世帯	非課税世帯	実施時期	集団健診	個別健診	指導	実施期間	実施有無(O/X)	受診確認(受診券取扱い外)
佐賀市	4月	○	○	1,000円 ※40歳は無料	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター ○佐賀県産業医学協会 ○健診センター佐賀	4月～3月	4月～3月	○	4月～3月	スマシール (佐賀市版)
唐津市	8月	○	○	無料 500円 ※40歳、50歳、60歳、 及70歳以上は無料	一般世帯に同じ	無料	○唐津東松浦医師会医療センター	5月～1月	4月～3月	○	4月～3月	なし
鳥栖市	8月	○	×	1,000円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	6月～3月	4月～3月	○	4月～3月	スマシール (健康づくり財団版)
多久市	8月	○	×	1,000円	一般世帯に同じ	無料	○多久臨床検査センター	6月～3月	4月～3月	○	4月～3月	なし
伊万里市	8月	○	○	無料	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	4月～3月	5月～3月	×		
武雄市	8月	○	×	(集団健診) 600円 (個別健診) 600円	一般世帯に同じ	無料	○武雄村島地区医師会検査センター	6月、9月、10月	4月～3月	○	4月～3月	スマシール (佐賀市版)
鹿島市	8月	○	○	(集団健診) 500円 (個別健診) 1,000円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	6月～1月	4月～3月	○	5月～3月	スマシール
小城市	8月	○	×	(集団健診) 1,000円 (個別健診) 1,200円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月～2月	5月～2月	○	5月～2月	なし
藤野市	8月	○	○	1,000円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	7月～12月	4月～3月	○	6月～3月	スマシール (健康づくり財団版)
神埼市	4月	○	○	1,000円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	4月～3月	4月～3月	○	4月～3月	スマシール (健康づくり財団版) または落スタンプ
吉野ヶ里町	8月	○	×	500円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月、7月、10月	4月～2月	○	4月～2月	なし
基山町	8月	○	×	(集団健診) 無料 (個別健診) 1,000円	無料	無料	○一般財団法人 医療情報健康財団	5月～11月	4月～3月	○	4月～3月	なし
みやき町	8月	○	×	(集団健診) 40～69歳：1,000円 70歳以上：500円	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月～11月	4月～2月	○	4月～3月	なし
上峰町	8月	○	×	(集団健診) 無料 (個別健診) 無料	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	4月～1月	4月～2月	○	4月～3月	なし
玄海町	8月	○	○	無料	一般世帯に同じ	無料	○唐津東松浦医師会医療センター	6月～10月	4月～3月	○	4月～3月	なし
有田町	8月	○	×	(集団健診) 40～69歳：600円 70歳以上：200円 (個別健診) 40～69歳：1,200円 70歳以上：400円	無料	無料	○(一社)日本健康倶楽部	6月～7月	8月～3月	○	7月～3月	なし
大町町	8月	○	○	(集団健診) 500円 (個別健診) 1,000円 ※いずれも70歳以上無料	一般世帯に同じ	無料	○武雄村島地区医師会検査センター	7月、11月	7月～3月	○	4月～3月	なし
江北町	8月	○	○	(集団健診) 500円 (個別健診) 1,000円 ※集団・個別とも 70歳以上は無料	一般世帯に同じ	無料	○武雄村島地区医師会検査センター	7月、11月	7月～2月	○	7月～3月	なし
白石町	8月	○	○	1,000円	一般世帯に同じ	無料	○武雄村島地区医師会検査センター	7月、11月、12月	6月～3月	○	4月～3月	なし
太良町	8月	○	○	無料	一般世帯に同じ	無料	○佐賀県健康づくり財団 佐賀県健診・検査センター	5月、6月、8月、 10月、1月	6月～2月	○	4月～3月	スマシール (佐賀市版)
			20	11	0					19		