

## 40歳未満者における健診結果データ提供料補助金に関するQ & Aについて

問 支給要件に「1. 特定健診と同一の健診項目を満たしていること」とあるが、すべての項目を満たしていなければ、支給されないのか

回答 高齢者医療確保法における健診必須項目の全ての提供が必要であり、1つでも足りない場合は支給対象外となります。（別紙2の○は必須項目、●はいずれかの項目実施で可）  
ただし、以下の実施基準に該当し医師の判断に基づき選択的に実施する項目（詳細な健診項目：別紙2の□）については、追加費用負担が発生することから、本補助金請求における実施の有無は任意といたします。

詳細な健診の項目（医師が必要と認めた場合に実施）

追加項目		実施基準
貧血検査	ヘマトクリット値	貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われるもの
	血色素量	
	赤血球数	
心電図検査		収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上の者、又は問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査		血圧又は血糖が次の基準に該当した者、なお、血糖は前年度の特定健診結果等でも可 血圧：収縮期血圧140mmHg以上もしくは拡張期血圧90mmHg以上 血糖：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
血清クレアチニン検査 （eGFRを含む）		血圧又は血糖が次の基準に該当した者 血圧：収縮期130mmHg以上もしくは拡張期血圧85mmHg以上 血糖：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

問 令和8年度に「40歳未満者における健診結果データ提供料補助金」を申請する場合、以下のすべての支給要件を満たしていないときは、支給は受けられないのか。

2. 健診結果データを提供する事業所は、以下の(1)～(3)の要件をすべて満たしていること

- (1) 「健康な職場づくり宣言書」の提出
- (2) 特定健診結果データの提出率が85%以上（前年度または前々年度実績）
- (3) 特定保健指導の実施率が30%以上（ " ）

※ 当分の間（5年間程度）は、特定健診80%以上、特定保健指導10%と読み替え、Pe p Up導入事業所には、(2)の提出率及び(3)の実施率に5%を加える

回答 令和8年度（初年度）における本補助金の支払いに係る支給要件として、(2)の提出率及び(3)の実施率は、前年度または前々年度実績に基づき判断するため、令和8年度においては、(1)「健康な職場づくり宣言書」の提出のみで支給要件を満たします。

なお、「健康な職場づくり宣言書」の提出等については、令和8年4月上旬に改めて各事業所宛て送付いたします（未提出事業所のみ）。

問 特定健診結果データの提出率及び特定保健指導の実施率については、40歳未満者も含まれるか

回答 特定健診及び特定保健指導については、40歳以上75歳未満者が対象となり、40歳未満者の健診結果データの提出及び保健指導の実施は、提出率等には含まれません。

問 特定保健指導の実施率は、どのように決定されますか

回答 対象者が特定保健指導を受け、最終の実績評価まで完了した場合に実施とみなします。  
資格喪失などを理由に支援を途中終了した場合は、実施とはみなされません。

問 年度途中に加入した40歳未満者は、本補助金の支給対象者となりますか

回答 年度途中の加入者であっても、支給対象となりますので、提出いただいて構いません。

問 40歳未満者の健診結果データは、特定健診（40歳以上）の結果データと分けて提出するのか

回答 特定健診（40歳以上）の結果データと併せて提出いただいても構いません。  
ただし、40歳未満者の健診結果データ提供料補助金を請求するにあたり、「40歳未満者における健診結果データ提供料補助金請求書（様式10）」の提出は必要となります。  
また、年度末に一括してデータ提供するのではなく、40歳未満者の重症化予防対策の一環として、医療機関への受診勧奨事業等を実施するため、職員健診期間の終了後、速やかにご提出いただきますようお願いいたします。

問 本補助金の支給決定がされた際の対象者リストはあるか

回答 支給決定の際は、当組合から対象者の氏名を記載した「支給決定通知書」を送付いたします。

## 特定健診内容表(令和6年度以降版)

↓受診者が「家族」の場合は、家族欄にチェック☑を入れてください

保険証記号・番号	受診者氏名	家族	性別	生年月日	実施年月日
—	フリガナ		男 ・ 女	昭和	令和
				年 月 日	年 月 日

検査項目	条件	健診結果						
1 身長	○	cm						
2 体重	○	kg						
3 BMI	○	kg/m <sup>2</sup>						
4 腹囲	○	cm						
5 既往歴	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし					
具体的な既往歴								
6 自覚症状	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし					
自覚症状所見								
7 他覚症状	○	1. 特記事項あり	2. 特記事項なし					
他覚症状所見								
8 血圧 (収縮期)	○	mmHg						
(拡張期)	○	mmHg						
9 採血時間(食後)	○	2. 食後10時間以上						
		3. 食後3.5時間以上10時間未満						
		4. 食後3.5時間未満						
10 空腹時中性脂肪 (食後10時間以上)	●	mg/dl						
随時中性脂肪 (食後10時間未満)	●	mg/dl						
11 HDLコレステロール	○	mg/dl						
12 LDLコレステロール	●	mg/dl						
Non-HDLコレステロール	●	mg/dl						
13 GOT (AST)	○	U/l						
14 GPT (ALT)	○	U/l						
15 $\gamma$ -GTP ( $\gamma$ -GT)	○	U/l						
16 空腹時血糖(食後10時間以上)	●	mg/dl						
HbA1c (NGSP値)	●	%						
随時血糖 (食後3.5時間以上10時間未満)	●	mg/dl						
17 尿糖	○	M	F	1.-	2.±	3.+	4.++	5.+++
18 尿蛋白	○	M	F	1.-	2.±	3.+	4.++	5.+++
19 検査未実施(M) 測定不可能(F) の理由		1. 生理中						
		2. 腎疾患等による排尿障害のため						
		3. その他						

検査項目	条件	健診結果	
20 貧血検査	□	%	
	□	g/dl	
	□	万/mm <sup>3</sup>	
	□		
21 心電図(安静時)	□	1. 所見あり	2. 所見なし
	□		
	□		
22 眼底検査(両目)	□		
	□		
23 血清クレアチニン値	□	mg/dl	
	□	ml / min / 1.73m <sup>2</sup>	
24 医師の総合判定	○		
25 診断を実施した医師の氏名	○		

質問項目	条件	回答	
a. 血圧を下げる薬を使用していますか	○	1. はい	2. いいえ
b. インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか	○	1. はい	2. いいえ
c. コレステロールを下げる薬を使用していますか	○	1. はい	2. いいえ
現在たばこを習慣的に吸っていますか	○	1. はい	
		2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない	
		3. いいえ	

### 記入上の注意等

- 各健診結果欄には、検査数値を記載し、回答箇所には○を付してください
- 条件欄の○は必須項目、●はいずれかの項目の実施で可  
検査項目16: 優先順位①空腹時血糖(食後10時間以上)→②HbA1c→③随時血糖(食後3.5時間以上10時間未満)
- 条件欄の□は医師の判断に基づき選択的に実施する項目  
「貧血検査」・「心電図」・「眼底検査(両目)」の検査を実施した場合は、健保組合に対して理由が必要です
- 検査項目17:尿糖、18:尿蛋白については、必須項目となりますが、以下のケースに該当する場合は、  
【M】または【F】を選択し、その理由をご回答ください  
【M:未実施】検体を採取できない場合や受診者の事情により検査を行う事が適切ではないと考えられた場合  
【F:測定不可能】検体採取後何らかの理由により(凝固、量が不足など)検査ができなかった場合

受付日付印