

【40歳未満者における健診結果データ提供料補助金】提出書類等について

【対象者】

年度に1回、実施年度に40歳未満の被保険者

※その年度中に40歳になる方は、実施日に39歳であっても短期人間ドック補助金対象となるため支給対象外となります

【支給要件】

1. 特定健診と同一の健診項目を満たしていること（P 3～5 参照）
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（用紙は令和8年4月上旬に各事業所宛て送付予定）
 - (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

【提出書類】 以下の1～3のいずれかの方法で提出してください

いずれの方法も40歳以上の特定健診結果と同時提出可能です

1. XML形式（国の電子的標準様式）で提出の場合

- ・ 健診結果データを収録した電子媒体及び提供料補助金請求書（様式10）
 - ▶ データを収録した電子媒体を組合へ送付、もしくはデータをKOSMO Webで電送
 - ※ パスワードを設定した場合は、別途お知らせください

2. 当組合の「特定健診結果データ作成ソフト」を使用してデータを作成した場合 （令和8年5月中旬には、組合ホームページにおいて掲載予定）

- ・ 健診結果データを収録した電子媒体及び提供料補助金請求書（様式10）
 - ▶ データを収録した電子媒体を組合へ送付、もしくはデータをKOSMO Webで電送
 - ※ パスワードを設定した場合は、別途お知らせください

3. 紙媒体で提出の場合

- (1) 特定健診実施結果送付書（別紙1）
- (2) 特定健診内容表（別紙2）
- (3) 提供料補助金請求書（様式10）
 - ① 外部委託の関係上、当組合専用書式以外は受付不可となります
 - ② 「読みやすく、判別しやすい字」で記入をお願いいたします（特に数字や漢字）
 - ③ 「医師の総合判定」は、受診者へ送付する結果表にそのまま使用しますので、専門用語は避け、受診者が分かる内容でご記入ください

【注意点】

- ・ 補助金支給は、毎年度1人1回となります
ただし、令和8年4月1日以降に実施した健診に限る
- ・ 支給要件を満たしていない場合は、支給対象外となります
- ・ 健診結果データは、生活習慣病関連疾患における重症化予防対策事業へ活用いたしますので、月単位で速やかに提出してください
- ・ 実施者が多数の場合、「別紙1」の氏名等を記載する欄に「別紙」と記載したうえで、実施者名簿を別途作成していただいても構いません
ただし、結果送付書の全項目が記載されるよう作成してください

特定健診実施結果送付書

事業所記号

事業所所在地

事業所名称

事業主氏名

電話番号

担当者氏名

(健診機関情報は必ずご記載ください)

健診機関番号

(10桁)

健診機関所在地

健診機関名称

電話番号

令和 年 月実施分

↓受診者が「家族」の場合は、家族欄へチェック☑を入れてください

	家族 (被扶養者)	被保険者番号	受診者氏名	人間ドックの検査結果 を使用している (使用⇒○を付ける)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
合計				名

※ 特定健診終了後速やかに、受診者の被保険者番号及び氏名等をこの送付書に記載のうえ、紙媒体『特定健診内容表』と同時に提出をお願いいたします。なお、被保険者番号順にてご記載いただきますようご協力をお願いいたします。

受付日付印

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 ²						
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 γ-GTP (γ-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	ヘマトクリット値	□	%
	血色素量(ヘモグロビン値)	□	g/dl
	赤血球数	□	万/mm ³
	貧血検査実施理由	□	
21 心電図(安静時)	□	1. 所見あり	2. 所見なし
心電図所見	□		
心電図実施理由	□		
22 眼底検査(両目)	□		
眼底検査(両目)実施理由	□		
23 血清クレアチニン値	□	mg/dl	
eGFR	□	ml / min / 1.73m ²	
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

【各法における健診の項目】

	項目名	高齢者医療確保法	労働安全衛生法
診察	既往歴	○	○
	服薬歴	○	※
	喫煙歴	○	※
	業務歴		○
	自覚症状	○	○
	他覚症状	○	○
身体計測	身長	○	○
	体重	○	○
	腹囲	○	○
	BMI	○	○
血圧	血圧（収縮期 / 拡張期）	○	○
肝機能検査	AST（GOT）	○	○
	ALT（GPT）	○	○
	γ-GT（γ-GTP）	○	○
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	●注1)	●注1)
	随時中性脂肪	●注1) 注2)	●注1) 注2)
	HDL コレステロール	○	○
	LDL コレステロール (Non-HDL コレステロール)	○注3)	○注3)
血糖検査	空腹時血糖	●	●
	HbA1c	●	●
	随時血糖	●注4)	●注4)
尿検査	尿糖	○	○
	尿蛋白	○	○
血液学検査 (貧血検査)	ヘマトクリット値	□	
	血色素量 [ヘモグロビン値]	□	○
	赤血球数	□	○
その他	心電図	□	○
	眼底検査	□	
	血清クレアチニン（eGFR）	□	□
	視力		○
	聴力		○
	胸部エックス線検査		○
	喀痰検査		□
医師の判断	胃の疾病及び異常の有無		
	医師の診断（判定）	○	○
	医師の意見		○

○…必須項目、□…医師の判断に基づき選択的に実施する項目、●…いずれかの項目の実施で可

※…必須ではないが、聴取の実施について協力依頼注5)

注1) 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪の判定のため、採血時間（食後）の情報は必須入力項目とする。

注2) 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。

注3) 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が 400mg/dL 以上又は食後採血の場合は、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）で評価を行うことができる。

注4) やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP 値）を測定しない場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除き随時血糖により血糖検査を行うことを可とする。

注5) 「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に関する協力依頼について（令和2年12月23日付け基発1223第5号・保発1223第1号厚生労働省労働基準局長・保険局長連名通知。令和5年7月31日一部改正）の別紙「定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に係る事業者と保険者の連携・協力事項について」（<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000161103.html>）

標準的な質問票

	質問項目	回答
1-3	現在、a からcの薬の使用の有無*1	
1	a. 血圧を下げる薬	① はい ② いいえ
2	b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射	① はい ② いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	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る。	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を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 以上増加している。	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。	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。	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。	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。	① 速い ② ぶつう 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回以上ある。	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回以上ある。	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 ② 週5~6日 ③ 週3~4日 ④ 週1~2日 ⑤ 月に1~3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた*2 ⑧ 飲まない(飲めない)*2
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3~5合未満 ⑤ 5合以上
20	睡眠で休養が十分とれている。	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

*1 医師の診断・治療のもとで服薬中のものを指す。

*2 18番で⑦・⑧と回答した場合は、19番の回答は不要。

常務理事	部長	課長	係長	係

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

令和 年 月 日

千葉県医業健康保険組合 様

事業所所在地 〒 _____

事業所の名称 _____

事業主の氏名 _____ (印)

電話番号 _____

担当者氏名 _____

※電子申請(KOSMO webによる)の場合は押印不要

下記のとおり健診データを提供したので請求いたします

※決定欄には記入しないでください

事業所記号		
種 目	件 数	合 計 (一 人 当 たり 5,000円(定額))
健診データ	件	円
※決定欄	件	円

補助金振込口座	銀行							支店
種 別	普通	・	当座	口座番号				
(フリガナ)								
口座名義								

◎振込口座は、事業所(主)口座でお願いいたします

◎補助金額 一人当たり定額5,000円

◎健診データの検査項目は、高齢者医療確保法に基づく特定健康診査の必要項目となります

◎実施年度に40歳未満の被保険者に対し、年度1回の支給とする

※その年度中に40歳になる者は、短期人間ドック補助金の支給対象となります

受 付 日 付 印