



(都道府県労働局提出用)

健診給付  
病院等  
番号

健診給付  
病院等の  
名称

帳票種別 ※修正項目番号

3 8 7 0 1

修正項目番号

修正項目番号

② 労働者番号  
府 県 所 掌 管 轄 基 幹 番 号 枝 番 号

④ 労働者のシメイ(カナ)：姓と名の間は1文字あけてください。

シメイ(カナ)入力欄

⑦ 労働者の生年月日

元号 年 月 日  
昭和 平成 令和

⑨ 二次健康診断受診年月日

元号 年 月 日  
昭和 平成 令和

⑩ 請求額

請求額入力欄

① 支払額

支払額入力欄

③ 増減コード及び増減額

増減額入力欄

⑤ 増減理由

⑥ 処理区分

⑧ 決定年月日

決定年月日入力欄

⑨ 令和

令和入力欄

職員記入欄

二 次 健 康 診 断 等 費 用 請 求 内 訳 書

事業名称

事業所在地

都道府県

郡区市

検査項目 1

⑪ 空腹時血中脂質検査

1 有 3 無

※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。

検査項目 2

⑫ 空腹時血糖値検査

1 有 3 無

※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。

検査項目 3

⑬ ヘモグロビンA1c検査

1 有 3 無

※ 一次健康診断でヘモグロビンA1c検査を行っていない者に限り行ってください。

検査項目 4

⑭ 負荷心電図検査又は胸部超音波検査(心エコー検査)

1 負荷心電図 3 胸部超音波

※ 1又は3のいずれか一方の検査を行ってください。

検査項目 5

⑮ 頸部超音波検査(頸部エコー検査)

1 有 3 無

※ 受診者に当該検査を必ず行ってください。

検査項目 6

⑯ 微量アルブミン尿検査

1 有 3 無

※ 一次健康診断における尿蛋白検査で、疑陽性(±)又は弱陽性(+)の所見が認められた者に限り行ってください。

⑰ 特定保健指導

1 有 3 無

※ 二次健康診断において、脳又は心臓疾患の症状が認められない者に限り行ってください。

⑱ 脳又は心臓疾患の症状の有無

1 有 3 無

※ 受診者に当該症状が認められるか否かの確認を行ってください。

修正欄

修正欄入力欄

職員記入欄

(受診者用)

健診給付  
病院等の  
名称

## 二次健康診断等の受診結果

受診者のシメイ(カナ)

受診者の生年月日

元号 年 月 日  
3 大正  
5 昭和  
7 平成  
9 令和

二次健康診断受診年月日

元号 年 月 日  
7 平成  
9 令和

事業 の 名 称			
事業 場 の 所 在 地	都道 府 県	郡区 市	
二 次 健 康 診 断 結 果	空腹時血中脂質検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	LDLコレステロール (mg/dl)	
		HDLコレステロール (mg/dl)	
		中性脂肪 (mg/dl)	
	空腹時血糖値検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	血糖値 (mg/dl)	
	ヘモグロビンA1c検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	ヘモグロビンA1c検査 (%)	
	負荷心電図検査又は胸部超音波検査(心エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」のときは負荷心電図検査を、「3」のときは胸部超音波検査(心エコー検査)を行っております。	医師の所見	
頸部超音波検査(頸部エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	医師の所見		
微量アルブミン尿検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	微量アルブミン尿検査	- ± + ++ +++	
特定保健指導 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、特定保健指導を行っております。	医師の所見		

[二次健康診断等の結果における医師の所見]

氏 名	
	(記名押印又は署名)

(事業主提出用)

健診給付  
病院等の  
名称

### 二次健康診断等の受診結果

受診者のシメイ(カナ)

受診者の生年月日  
元号 年 月 日

3 大正  
5 昭和  
7 平成  
9 令和

二次健康診断受診年月日  
元号 年 月 日

7 平成  
9 令和

事業 の 名 称			
事業 場 の 所 在 地	都 道 府 県	郡 区 市	
二 次 健 康 診 断 結 果	空腹時血中脂質検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	LDLコレステロール (mg/dl)	
		HDLコレステロール (mg/dl)	
		中性脂肪 (mg/dl)	
	空腹時血糖値検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	血糖値 (mg/dl)	
	ヘモグロビンA1c検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	ヘモグロビンA1c検査 (%)	
	負荷心電図検査又は胸部超音波検査 (心エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」のときは負荷心電図検査を、「3」のときは胸部超音波検査 (心エコー検査)を行っております。	医師の所見	
頸部超音波検査 (頸部エコー検査) <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	医師の所見		
微量アルブミン尿検査 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、当該検査を行っております。	微量アルブミン尿検査	- ± + ++ +++	
特定保健指導 <input type="checkbox"/> 左欄が「1」の場合、特定保健指導を行っております。	医師の所見		

[二次健康診断等の結果における医師の所見]

氏 名	印  (記名押印又は署名)
--------	---------------------



# 「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく特定健康診査・特定保健指導の概要

## 1. 制度概要

- (1) 根拠法令: 「高齢者の医療の確保に関する法律」
- (2) 実施主体: 医療保険者
- (3) 対象: 40歳以上74歳以下の被保険者・被扶養者
- (4) 内容(健診): 高血圧症、脂質異常症、糖尿病その他の内臓脂肪の蓄積に起因する生活習慣病に関する健康診査を実施
- (5) 内容(保健指導): 健診の結果、健康の保持に努める必要がある者に対して特定保健指導を実施

## 2. 特定保健指導の具体的内容

特定保健指導については、胸囲、血糖などの追加リスク、喫煙歴及び年齢に基づき、「積極的支援」と「動機付け支援」のいずれかに大別されるが、特に「動機付け支援」については、生活習慣の改善に対する個別の目標を設定し、自助努力による行動変容が可能となるような動機付けを支援するものであり、「積極的支援」については、具体的で実現可能な行動の継続を支援するものである。

## 3. 動機付け支援の具体的内容

- (1) 初回面接
  - ① 個別面接1回(20分以上)  
又は
  - ② グループ面接(おおむね8名以下)1回(おおむね80分以上)
- (2) 実績評価  
3ヶ月後の実績評価を面接又は通信(電子メール、電話、FAX、手紙等)で実施

「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(第3版)」: 厚生労働省保険局医療介護連携政策課、データヘルス・医療費適正化推進対策室(2018年3月)等より抜粋

### (参考)

健康保険組合連合会、(公社)日本人間ドック学会、(一社)日本病院会が締結している「特定健康診査・特定保健指導委託契約書」においては、「動機付け支援」に係る1人当たり委託料単価は7,700円(令和元年度契約 消費税抜き)であり、初回面接を実施した時点で80%を支払うという条件とされている。