

建保発第28号  
平成22年5月17日

事業主様

兵庫県建築健康保険組合  
理事長 前川 容洋

### 被保険者に係る平成22年度特定健康診査の実施について

平素は、当健康保険組合の事業運営について、格別のご理解とご協力を賜り、厚くお礼申し上げます。

さて、被保険者（任意継続被保険者を除きます。）に係る平成22年度特定健康診査の実施については、次のとおり取扱うこととしますので、よろしくお取り計らい願います。

#### 1 受診方法について

事業主様が実施する労働安全衛生法に基づく定期健康診断（特定健康診査の健診項目が含まれます。）を受診したことにより、特定健康診査を受診したこととします。

なお、事業主様が契約する健診実施機関で受診することで差し支えありませんが、特定健康診査の健診項目（質問項目を含みます。）について、受診もれのないようご留意願います。

#### 平成22年度における特定健康診査の実施対象被保険者

平成22年4月1日現在被保険者で、平成22年度において、40歳以上75歳未満の年齢に達する被保険者を対象としますが、具体的には次のとおりです。

- (1) 平成22年4月1日以前に資格取得し、昭和11年4月1日から昭和46年3月31日までに生まれた被保険者
- (2) 平成22年4月1日以前に資格取得し、昭和10年4月2日から昭和11年3月31日までに生まれた被保険者で、誕生日の前日までの被保険者

#### 2 費用負担について

特定健康診査の健診項目の費用については、5,000円以内の実費は当健康保険組合が負担し、5,000円を超えた費用及び特定健診項目以外の費用は事業主様が負担していただきます。

当健康保険組合の負担分は、所定の「特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求書」により、原則として平成23年2月28日（月）までに当健康保険組合に請求していただきます。

## 「特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求書」の添付書類について

- (1) 所定の受診者名簿 ・ （受診者が5名の場合は、受診者名簿 のみで差し支えありません。）
- (2) 健診結果データ [ 特定健診にかかる国の電子的標準様式（XML）により作成したフロッピー（健診実施機関に依頼を要します。）とします。ただし、フロッピーの添付が困難である場合は、紙の健診結果データでも差し支えないものとし、質問票を必ず添付してください。]

## 定期健康診断（特定健康診査）の費用の補助について

定期健康診断（特定健康診査）の費用は、本来事業主様が負担すべきものとされています。

しかし、当健康保険組合としては、平成22年度における特定健康診査について、事業主様には、被保険者等への周知、健診実施機関との調整、健康保険組合への健診結果データ（フロッピー又は紙）の提供等により費用を負担していただくこととなりますので、定期健康診断（特定健康診査）の費用について補助させていただくこととしました。

## 3 留意事項について

- (1) 平成22年度における特定健康診査の実施対象被保険者で、平成22年4月2日以降の被保険者資格喪失者で、資格喪失前に受診した者は補助の対象とします。
- (2) 当健康保険組合の補助事業である人間ドックを受けた者又は受ける予定の者についても、補助の対象とします。

## 4 参考

平成22年度における特定健康診査の実施対象である任意継続被保険者及び被扶養者（兵庫県内・兵庫県外にお住まいの方）には、平成22年5月25日（火）に、ご自宅宛に特定健康診査の受診案内書（特定健康診査受診券、特定健康診査実施機関リストを同封）を送付させていただく予定です。

支給決定伺	支給決定金額	常務理事	事務長	課長	係
平成 年 月 日	¥				

平成 22 年度	款	保健事業費	項	保健事業費	目	特定健康診査事業費
----------	---	-------	---	-------	---	-----------

### 特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求書

健康保険被保険者証の記号	
事業所名称	
事業所所在地	
連絡先	担当者氏名 (印) 電話 ( )
実施医療機関の名称	
実施年月日	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日
実施人数	人
実際に要した費用の合計金額	円 X M L データ作成費用分 円 (別掲)
補助金請求金額	円

上記のとおり特定健康診査に係る定期健康診断を実施しましたので、補助金を請求します。  
平成 年 月 日

事業所所在地・名称  
事業主氏名 (印)  
兵庫県建築健康保険組合理事長 様

払渡希望の銀行名	預金種別	当座・普通	名義人
銀行 支店	口座番号		

(留意事項)

- 平成 22 年度分の労働安全衛生法に基づく特定健康診査に係る定期健康診断に要した費用を対象として補助します。
- 平成 22 年度における特定健康診査実施対象被保険者 1 人当たり 5,000 円以内の実費に、健診結果データを X M L により作成した費用の実費を加算した額を補助します。
- 実施医療機関は、事業主が希望する健診実施医療機関とします。
- この請求書は、次の書類等を添付し、原則として平成 23 年 2 月 28 日までに兵庫県建築健康保険組合に提出してください。  
(1) 所定の受診者名簿 ・ (受診者が 5 名の場合は、受診者名簿 のみで差し支えありません。) (2) 健診結果データ [ 特定健診に係る国の電子的標準様式 ( X M L ) により作成したフロッピー ( 健診実施医療機関に依頼を要する。 ) 又は紙の健診結果データとし、質問票を必ず添付してください。 ]

## 受診者名簿〔特定健康診査に係る定期健康診断補助金請求用〕

受診年月日	被保険者番号	被保険者フリガナ氏名 被保険者漢字氏名	生年月日	特定健康診査の健診項目の 受診もれの有無	枚中 枚		担当者 確認印
					実際に要した 費用の額	補助金請求 額	
・ ・		.....	昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・		.....	昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・		.....	昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・		.....	昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・		.....	昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・		.....	昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・		.....	昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・		.....	昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
・ ・		.....	昭和 年 月 日	1. 無 2. 有 ( )	円	円	
計					円	円	

(留意事項)

1. 平成 22 年 4 月 1 日現在被保険者で、平成 22 年度において、40 歳以上 75 歳未満の年齢に達する被保険者を補助の対象とします。なお、平成 22 年 4 月 2 日以降の被保険者資格喪失者で、資格喪失前に受診した者は補助の対象とします。
2. 「特定健康診査の健診項目の受診もれの有無」欄は、該当する数字に を入れてください。なお、受診もれ有の場合は、もれている健診項目を( )内に記入してください。



記号番号	.
受診者氏名	本人 家族

## 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	a . 血圧を下げる薬	はい いいえ
2	b . インスリン注射又は血糖を下げる薬	はい いいえ
3	c . コレステロールを下げる薬	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、治療を受けたりし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、治療を受けたりしたことがありますか。	はい いいえ
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたりしたことがありますか。	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る。 （「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計 100 本以上、又は 6 ヶ月以上吸っている者」であり、最近 1 ヶ月間も吸っている者）	はい いいえ
9	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加している。	はい いいえ
10	1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 回以上、1 年以上実施	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	はい 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。	はい いいえ
13	この 1 年間で体重の増減が ± 3 kg 以上あった。	はい いいえ
14	人と比較して食べる速度が速い。	速い ぶつう 遅い
15	就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ある。	はい いいえ
16	夕食後に間食（3 食以外の夜食）をとることが週に 3 回以上ある。	はい いいえ
17	朝食を抜くことが週に 3 回以上ある。	はい いいえ
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	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 清酒 1 合（180ml）の目安： ビール中瓶 1 本（約 500ml）、焼酎 35 度（約 80ml）、 ウィスキーダブル 1 杯（60ml）、ワイン 2 杯（240ml）	1 合 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る。	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。	改善するつもりはない 改善するつもりである（概ね 6 ヶ月以内） 近いうちに（概ね 1 ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている 既に改善に取り組んでいる（6 ヶ月未満） 既に改善に取り組んでいる（6 ヶ月以上）
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

## 特定健康診査の健診項目

診 察	質問（問診）	別紙質問票のとおり	
	身体計測	身長	
		体重	
		腹 囲	
		B M I	
	理学的所見（身体診察）		
血 圧			
血中脂質	中性脂肪		
	H D L - コレステロール		
	L D L コレステロール		
肝 機 能	A S T （ G O T ）		
	A L T （ G P T ）		
	- G T （ - G T P ）		
血 糖	空腹時血糖		
	ヘモグロビンA1c（HbA1c）		
尿 検 査	蛋白		
	尿糖		
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		
心 電 図 検 査			
眼 底 検 査（両眼）			

...必須項目

...いずれかの項目の実施でも可

...医師の判断に基づき選択的に実施する項目