

令和 5 年度 特定健康診査受診券

令和 5 年 6 月 1 日 交付

〒 999-9999

〇〇市〇〇町1-2-3

コクホ タロウ
国保 太郎 様

000 01 000001 #



受診券整理番号	23100000001		
有効期限	令和 5 年 10 月 31 日		
被保険者番号	1234567890		
氏名	国保 太郎		
住所	〇〇市〇〇町1-2-3		
性別	男	年齢 ※1	63 歳
生年月日	昭和 35 年 1 月 1 日		

※1 交付日における年齢

健診内容	実施形態	実施項目	窓口の自己負担		保険者負担上限額	
			負担額	負担率		
特定健診	基本項目	個別	〇	0円	—	
		集団	—	—	—	
	詳細項目	貧血	個別	△	0円	—
			集団	—	—	—
		心電図	個別	△	0円	—
			集団	—	—	—
		眼底	個別	△	0円	—
			集団	—	—	—
	血清クレアチニン	個別	△	0円	—	
		集団	—	—	—	
	特定健診以外の項目	生活機能評価	生活機能チェック	個別	—	—
			生活機能チェック	集団	—	—
追加健診		生活機能検査	個別	—	—	
		生活機能検査	集団	—	—	
人間ドック	個別	△	0円	—		
	集団	—	—	—		

眼底検査に関する 令和 4 年度健診結果による判定			非該当
健診結果	単位	令和 4 年度	令和 3 年度
身長	cm	153.3	153.5
体重	kg	45.1	42.9
腹囲	cm	69.0	66.6
内臓脂肪面積	cm ²	—	—
BMI	—	19.2	18.2
収縮期血圧	mmHg	98	101
拡張期血圧	mmHg	51	51
中性脂肪	mg/dl	78	82
HDLコレステロール	mg/dl	73	77
LDLコレステロール	mg/dl	84	88
non-HDLコレステロール	mg/dl	—	—
GOT	U/l	27	22
GPT	U/l	24	16
γ-GTP	U/l	21	15
空腹時血糖	mg/dl	—	—
HbA1c	%	5.6	5.1
随時血糖	mg/dl	—	—
尿糖	—	—	—
尿蛋白	—	—	—
ヘマトクリット	%	36.5	37.3
血色素量	g/dl	12.1	12.5
赤血球数	万/mm ³	387	387
心電図	—	—	—
眼底検査(検査名)	—	—	—
血清クレアチニン	mg/dl	0.68	0.68
eGFR	ml/min/1.73m ²	—	—
服薬歴	血圧	服薬なし	服薬なし
	血糖	服薬なし	服薬なし
	脂質	服薬なし	服薬なし
喫煙歴	いいえ	いいえ	
保健指導区分 ※2	情報提供	情報提供	



注) △については、基本項目や生活機能評価チェックの結果及び保険者の契約内容により実施します。

※2 健診結果に基づく判定結果であり、実際に行った保健指導ではありません。

※3 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください。

保険者等	所在地	〇〇市 〇〇〇 〇番〇号						
	電話番号	012-345-6789						
	番号	0	0	1	6	0	0	0
	名称	〇〇市						
支払代行機関番号 ※3	91699025			支払代行機関名 ※3	富山県国民健康保険団体連合会			

公印省略

特定健康診査受診上の注意事項

- 上記の住所欄に変更がある場合は、ご自宅の住所を自署してください。(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)
- 特定健康診査を受診するときには、受診券と被保険者証を窓口提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
- 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。
- 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。また、この券で受診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同様です。
- 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
- 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返しください。
- 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
- この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。

0010-00000-000000-1234567890