

〒362-0000

埼玉県北足立郡伊奈町

伊奈 はなこ 様

訂
修
正
記
入
欄

令和 年度 健康診査受診券

(注意事項)

1. 上記の住所欄に変更がある場合、ご自宅の住所を自署してください。
(健康診査受診結果等の送付に用います。)
2. 健康診査を受診するときには、この受診券と被保険者証を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
また、前年度に健診を受診した方で、前年度の健診結果をお持ちの方は併せて持参してください。
3. 健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。
4. 健康診査受診結果等は、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。
5. 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。
6. 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てください。
7. 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。

健診期間内に受診し、受診の際は、この受診券と被保険者証をご持参ください。

健診結果は、健康管理と介護予防を目的とした保健指導等のみ活用いたします。

健康診査受診券

2024年(令和6年) 6月 17日 交付

受診券整理番号	24100000000		
氏 名	イナ ハナコ		
性 別	女	生年月日	1948年(昭和23年) 5月12日
有効期限	2024 年 (令和 6 年) 1 1 月 3 0 日		

個別健診	健 診 内 容		実 施 項 目	窓 口 の 自 己 負 担	
	健康診査(基本的な健診)		実施	負担額	0円
	詳細な健診	貧 血	医師の判断により実施	負担額	0円
				同時実施負担額※2	***
		心 電 図	医師の判断により実施	負担額	0円
				同時実施負担額※2	***
		眼 底	***	***	***
		血清クレアチニン	***	***	***
	健康診査以外の健診(追加健診)		実施	負担額	0円
	生活機能評価※1		***	同時実施負担額※2	***
人 間 ド ッ ク		***	***	***	***

集団健診	健 診 内 容		実 施 項 目	窓 口 の 自 己 負 担	
	健康診査(基本的な健診)		***	***	***
	詳細な健診	貧 血	***	***	***
				同時実施負担額※2	***
		心 電 図	***	***	***
				同時実施負担額※2	***
		眼 底	***	***	***
		血清クレアチニン	***	***	***
	健康診査以外の健診(追加健診)		***	***	***
	生活機能評価※1		***	同時実施負担額※2	***
人 間 ド ッ ク		***	***	***	***

※1 生活機能チェックの結果又は、保険者等の契約内容を確認し実施します。

※2 生活機能評価を同時実施した場合は、この該当欄の「同時実施負担額」をお支払いください。

<参考>

詳細な健診項目の選定条件等について

項目	実施できる条件	判断基準
貧血検査	貧血の既往歴を有する者または視診等で貧血が疑われる者	医師から貧血と診断されたり、治療を受けたことがある。
心電図検査	当該年度の特定健康診査の結果等において判断基準に該当した者	収縮期血圧140mmHg以上、もしくは拡張期血圧90mmHg以上または、問診等で不整脈が疑われる者
眼底検査		収縮期血圧140mmHg以上、または拡張期血圧90mmHg以上または、空腹時血糖値が126mg/dl以上、または、HbA1c(NGSP値)6.5%以上、または、随時血糖値が126mg/dl以上
血清クレアチニン検査		収縮期血圧130mmHg以上、または拡張期血圧85mmHg以上または、空腹時血糖値が100mg/dl以上、または、HbA1c(NGSP値)5.6%以上、または、随時血糖値が100mg/dl以上

前年度の健診(質問票)結果	
質 問 票	***
空腹時血糖	***
H b A 1 c	***
中 性 脂 肪	***
HDLコレステロール	***
収縮期血圧	***
拡張期血圧	***
腹 囲	***
内臓脂肪面積	***
B M I	***

※ 判断基準に該当した者全員に実施するのではなく、受診者の性別・年齢等を踏まえ、医師が判断し実施します。

保険者等	所在地	北足立郡伊奈町中央四丁目355番地												
	名称	伊奈町												
	電話番号	048-721-2111				番 号	3	9	1	1	3	0	1	4
契約とりまとめ機関名		医師会												
支払代行機関番号及び支払代行機関名		91199026				埼玉県国民健康保険団体連合会								

※ 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。

公印省略