

受診券

(結果報告票、質問票)

令和6年度版

有効期間

令和6年
4月1日

令和7年
3月31日

年度途中で資格を喪失した場合、喪失日以降の受診分は無効となります。



ホームページから**健診ガイド**がご覧になれます!

www.m-ishikokuho.or.jp

氏名

生年月日

被保険者証
記号・番号

受診券番号

あなたの助成金
限度額は

円です。

1 自家健診の場合

この裏面の結果報告票、質問票を記入して健診助成金支給申請書と一緒に医師国保に提出してください。
(詳細は**自家健診等請求ガイド**参照)

2 提携健診機関(健診受診ガイド参照)で受診の場合

記入せず、受診の際提携健診機関に必ず提出してください。提携健診機関に本受診券を提出いただけない場合、正しい補助を受けられない可能性がありますので、**受診日まで大切に保管してください。**

3 その他で受診の場合

この裏面の結果報告票、質問票を記入(転記)したもの、結果(健診機関発行)の写し、健診助成金支給申請書、領収書(写)と一緒に医師国保に提出してください。(詳細は**健診受診ガイド**参照)

* 特定健診以外の検査結果報告のお願い *

特定健診以外の検査項目調査のため、実施した場合には費用の請求に関わらず、必ずご記入お願いします(健診結果報告票下部)。助成金内であれば助成対象となります。

- 助成金は今年度中40、45、50、55、60、65、70歳になる方は30,352円が限度(節目健診)、それ以外の方は10,186円が限度となり、年度中1回のみ助成します。また、特定健診項目のみ実施の場合は、7,130円を助成します。
- 助成金申請時には、この受診券の結果報告票をご記入のうえ、健診助成金支給申請書に必ず添付してください。
なお、40歳未満(昭和60年4月1日以降生まれ)の方、75歳以上の方はこの健診結果報告票ではなく、独自の健康診断票等の写しでも結構です。
- 助成金の計算及びその他の検査項目報告はこの受診券の検査項目別助成金計算表をお使いください。(自家健診の場合のみ)

受診方法、助成金申請方法など
お気軽にお電話をください!!



022-227-0516

宮城県医師国民健康保険組合

組合記入欄	支給金額	備考	データ入力	入力日
	円			/

健診結果報告票 (令和6年度版)

↓ 下記項目(特定健診項目)は必須です。

【数字はすべて右詰めでご記入ください。】

基本的事項	健診機関番号	0 4 1	受診者氏名					
	↑ 041のあとに医療機関番号(健診機関番号)を記入してください。不明の場合は空欄でかまいません。							
身体計測	身長	※小数点以下1桁	既往歴	ありの場合、その内容				
	体重	※小数点以下1桁	1: 特記すべきことあり 2: 特記すべきことなし					
	BMI	※小数点以下1桁	自覚症状	ありの場合、その内容				
	腹囲(実測)	※小数点以下1桁	1: 特記すべきことあり 2: 特記すべきことなし					
	BMI=体重(kg)÷(身長(m)×身長(m))		他覚症状	ありの場合、その内容				
			1: 特記すべきことあり 2: 特記すべきことなし					
血圧	収縮期血圧	拡張期血圧						
採血時間 (食後) <input type="checkbox"/> 2: 食後10時間以上 3: 食後3.5時間以上10時間未満 (※採血時間の記載が今年度より必須となりました。) 4: 食後3.5時間未満 (なお、選択肢1は欠番です。)								
血中脂質	空腹時中性脂肪(トリグリセリド)	mg/dl	肝機能	GOT(AST)	U/l	血糖	空腹時血糖	mg/dl
	随時中性脂肪(トリグリセリド)	mg/dl		GPT(ALT)	U/l		随時血糖	mg/dl
	HDLコレステロール	mg/dl		γ-GT(γ-GTP)	U/l		HbA1c (NGSP値)	%
	LDLコレステロール	mg/dl						
尿	尿糖	1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++	尿検査実施不可の場合	[実施できない理由] <input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患				
	尿蛋白	1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++						
医師の判断	メタボリックシンドローム判定	1: 基準該当 2: 予備群該当 3: 非該当 4: 判定不能	保健指導レベル	1: 積極的支援 2: 動機付け支援 3: なし 4: 判定不能	健康診断を実施した医師の氏名			
	医師の診断(判定)							
				<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> その他 ()				

*ここから下は任意の実施項目ですが、実施した場合には費用の請求に関わらず、必ずご記入をお願いします。

検査名	結果
A 心電図(12誘導)	所見なし・所見あり ()
B 胸部X線	所見なし・所見あり ()
C 喀痰細胞診	所見なし・所見あり ()
D 胃部-内視鏡(胃カメラ)	所見なし・所見あり ()
E 胃部-透視(X線)	所見なし・所見あり ()
F 便潜血	所見なし・所見あり ()
G 子宮頸部細胞診	所見なし・所見あり ()
H 乳房X線検査(マンモグラフィー/2方向)	所見なし・所見あり ()

質 問 票

質 問 項 目			選 択 肢 ○で囲んでください。	
1	服薬等	a	現在、血圧を下げる薬を使用している。	① 服薬あり ② 服薬なし
		b	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。	① 使用あり ② 使用なし
		c	コレステロール・中性脂肪を下げる薬を使用している。	① 服薬あり ② 服薬なし
2	既往歴	a	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
		b	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
		c	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
3	貧 血	医師から、貧血といわれたことがある。	① はい ② いいえ	
4	喫 煙	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。 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か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ(①②以外)	
5	体重増加	20歳のときの体重から10kg以上増加している。	① はい ② いいえ	
6	運動習慣	1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	① はい ② いいえ	
7	歩行、 身体活動	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施している。	① はい ② いいえ	
8	歩行速度	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	
9	咀 嚼	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 何でもかめる ② かみにくい ③ ほとんどかめない	
10	食べ方	a	人と比較して食べる速度が速い。	① 速い ② 普通 ③ 遅い
		b	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
		c	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
11	朝食習慣	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	① はい ② いいえ	
12	飲酒習慣	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 ⑧ 飲まない(飲めない)	
13	飲酒量	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・約180ml)の目安： ビール(同5度・約500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、 ウイスキー(同43度・約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	
14	睡眠状況	睡眠で休養が十分とれている。	① はい ② いいえ	
15	生活習慣 の改善意識	運動や食生活等の生活習慣病を改善してみようと思っていますか。	① 改善する意志はない。 ② 改善する意志がある。(概ね6カ月以内) ③ 近いうち(概ね1カ月以内)に、改善する意志があり、少しずつ始めている。 ④ 既に改善に取り組んでいる。(6カ月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる。(6カ月以上)	
16	保健指導	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	

検査費用(単価)は裏面「検査項目助成金計算表(参考)」をご覧ください。

検査名	結果
I 視力	右 / 左
J 聴力	正常 ・ 所見あり
K HBS抗原定性 (- or +)	- ・ +
L HBS抗原定量 (濃度IU/ml)	IU/ml
M HCV抗体	- ・ +
N TPLA定性	- ・ +
O CRP定量	mg/dl
P RPR法定性	- ・ +

検査名	結果
Q 蛋白分画	
R 血液像	
S 眼底	
T 脈波	
U 腹部エコー (超音波)	
V 骨密度測定	
W PSA	

検査項目別助成金計算表(参考)

自家健診で、任意の検査項目を実施する際の請求金額の計算にお使いください。

(健診センター等の提携機関ではこの単価ではありません。)

項目	実施有無	助成金(税込)
特定健診 (詳しくは健診結果報告票参照)	○ (必須)	7,130円



下記項目は任意ですが、助成金限度額内で請求可能です。

任意項目	項目	金額	
		単価	金額
がん検診等	A 心電図(12誘導)		1,650円
	B 胸部X線		1,650円
	C 喀痰細胞診		2,750円
	D 胃部-内視鏡(胃カメラ)		18,700円
	E 胃部-透視(X線)		13,200円
	F 便潜血(2日)		1,760円
	G 子宮頸部細胞診		6,820円
	H 乳房X線検査(マンモグラフィ-/2方向)		5,500円
身体計測	I 視力		0円
	J 聴力		550円
免疫学的検査	K HBS抗原定性(-or+)		550円
	L HBS抗原定量(濃度IU/ml)		1,650円
	M HCV抗体		2,750円
	N TPLA定性		605円
	O CRP定量		330円
	P RPR法定性		330円
生化学	Q 蛋白分画		352円
血液学	R 血液像		352円
その他	S 眼底		990円
	T 脈波		2,750円
	U 腹部エコー(超音波)		5,500円
	V 骨密度測定		1,540円
	W PSA		2,530円
金額合計 (特定健診+任意項目)			円

計算例

1) 助成金限度額10,186円の方の場合

A. 特定健診(7,130円) + 胸部X線(1,650円) + 心電図(1,650円) = 10,430円
⇒ 請求金額 10,186円(限度額)

B. 特定健診(7,130円) + 胸部X線(1,650円)
= 請求金額 8,780円

2) 助成金限度額30,352円の方の場合

特定健診(7,130円) + 胸部X線(1,650円) + 心電図(1,650円)
+ 腹部エコー(5,500円) = 請求金額 15,930円

※その他上記以外の項目を実施した場合には、助成金限度額内でお支払いできる場合がありますので、組合までお問い合わせください。