

令和 7 年 4 月 10 日

大阪市国民健康保険  
特定健康診査取扱機関 様

大阪市福祉局生活福祉部保険年金課

令和 7(2025)年度 大阪市国民健康保険 特定健康診査 実施にかかる留意事項について

貴院におかれましては、特定健康診査取扱機関としてご協力いただき厚くお礼申しあげます。

さて、令和 7(2025)年度の特定健康診査につきまして、次の点にご留意のうえ、実施いただきますようお願いします。

記

**令和 7(2025) 年度**

**1 委託料（金額は消費税 10%を含む）**

| 特 定 健 康 診 査          | 令和 7(2025) 年度 | 旧年度     |
|----------------------|---------------|---------|
| 特定健診（基本的な健診）         | 8,514 円       | 8,448 円 |
| 血清クレアチニン（e G F R 含む） |               |         |
| 血清尿酸                 |               |         |
| 貧血検査                 | 231 円         | 231 円   |
| 心電図                  | 1,430 円       | 1,430 円 |
| 眼底検査                 | 2,002 円       | 2,002 円 |

腎機能検査（血清クレアチニン（e G F R 含む）、血清尿酸）は全員に実施してください。

**2 受診券【別紙 1】** 令和 7(2025)年度用の紙は水色になります。

**留意事項等**

**1 受診券の発送について**

（１）発送時期：４月末

（２）対象者

① 年度内に 40 歳から 74 歳になる者（昭和 26 年 4 月 1 日から昭和 61 年 3 月 31 日生まれ）

・全対象者に Q R コードを印刷した受診券を発送します。（再発行の受診券は Q R コード無し）

・受診券の有効期限：2026 年 3 月 31 日

## ② 年度内に 75 歳になる者（昭和 25 年 4 月 1 日から昭和 26 年 3 月 31 日生まれ）

- ・年度内に 75 歳になる者のうち、6 月 1 日生まれ以降の者（昭和 25 年 6 月 1 日から昭和 26 年 3 月 31 日生まれ）に受診券を発送します。
- ・受診券の有効期限：誕生日の前日（75 歳の誕生日以降は大阪市国保特定健診の対象外）  
受診券の表面に、75 歳到達者の受診券有効期限は誕生日の前日となる旨を記載しています。  
※保険資格の有効期限も誕生日の前日までとなっています。

・昭和 25 年 4～5 月生まれの方には、大阪市国保からは受診券を発送しません。  
大阪府後期高齢者医療広域連合から誕生月の翌月に受診券が送付され、後期高齢者医療健康診査を受診していただくこととなります。

## 2 受付時の確認事項

- （1）健診時に受診券を回収し、オンライン資格確認等により必ず大阪市国保の資格確認を行ってください。資格確認を怠ったことが明らかである場合は健診費用をお支払いできません。

保険資格の確認については次のいずれかの方法により行ってください。

- ①マイナ保険証によるオンライン資格確認
- ②マイナポータルの資格情報画面の確認
- ③マイナ保険証と「資格情報のお知らせ」の確認
- ④資格確認書の確認
- ⑤有効期限内の被保険者証の確認

- （2）特定健診は年度内に 1 回の受診としていますので、重複受診を防ぐために以下の点にご留意ください。

- ・受診券は健診時に必ず回収してください。
- ・再交付受診券の場合は、年度内に特定健診（国保プラス健診・国保人間ドックを含む）を受診していないことを確認してください。
- ・年度内に同一機関で同じ対象者に複数回健診を実施された場合は、健診費用をお支払できません。

- （3）大阪市内で区間異動があった受診者について

旧住所で発行された受診券は有効ですが、保険者番号及び被保険者記号番号は新住所での保険資格を確認してください。

## 3 受診券の取扱いについて

費用決済終了まで取扱機関で保管してください。

#### 4 個人票の取扱いについて 【別紙2】

- ・個人票は受診券に同封していますが、持参されない場合などの対応のため、必要な場合は当課までご請求ください。
- ・個人票は大阪市国保被保険者の健診にのみ使用してください。
- ・健診実施後の個人票「①医療機関保存用」は、取扱機関において保存してください。  
特定健診受診者から健診結果について当課にお問い合わせがありましたら、個人票「①医療機関保存用」の内容照会を行うことがありますので、ご協力をお願いします。

#### 5 健診項目について

- (1) 基本的な健診〔腎機能検査（血清クレアチニン（eGFR）、血清尿酸）を含む〕
- ・基本的な健診の項目は、必ず全て実施してください。

|                                                                            |                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| ① 個人票による問診<br>「高血圧症、脂質異常症、糖尿病の治療にかかる薬剤の服用の有無」および「喫煙習慣」については確実に聞き取りをお願いします。 |                                                                      |
| ② 身体計測                                                                     | 身長・体重・BMI・腹囲※ <sup>1</sup>                                           |
| ③ 理学的検査（身体診察）                                                              |                                                                      |
| ④ 血圧測定                                                                     |                                                                      |
| ⑤ 尿検査※ <sup>2</sup>                                                        | 尿糖・尿蛋白                                                               |
| ⑥ 血液検査                                                                     | 脂質検査※ <sup>3</sup> （中性脂肪・HDL コレステロール・LDL コレステロールまたは Non-HDL コレステロール） |
|                                                                            | 肝機能検査（AST（GOT）・ALT（GPT）・ $\gamma$ -GT（ $\gamma$ GTP））                |
|                                                                            | 血糖検査※ <sup>4</sup> （血糖検査・HbA1c）                                      |
|                                                                            | 腎機能検査※ <sup>5</sup> （血清クレアチニン（eGFR 含む）・血清尿酸）                         |

- ・未実施の項目がある場合は、返戻又は過誤請求の扱いとします。  
(身体上の理由等で、やむを得ず実施できない項目は、未実施の扱いとなる場合があります、その際は必ず理由を記載してください)

※1：腹囲は必ず測定してください。ただし腹囲測定の省略基準に基づいて、医師が必要ないと認めた場合、および内臓脂肪面積の測定を行った場合は測定を省略することができます。【別紙3】

※2：生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している者への尿検査は省略することができます。

※3：脂質検査について、中性脂肪値が 400mg/dl 以上または食後の場合は、LDL コレステロールを Non-HDL コレステロールに代えることが可能です。

Non-HDL コレステロール＝総コレステロール－HDL コレステロール

※４：血糖検査は、空腹時血糖（やむを得ない場合は随時血糖）及びヘモグロビンＡ１ｃ（HbA1c）の両検査を実施してください。

| 採血時間            | 空腹時血糖    | 随時血糖 | HbA1c |
|-----------------|----------|------|-------|
| 食後１０時間以上        | ○        |      | ○     |
| 食後３．５時間以上１０時間未満 |          | ○    | ○     |
| 食後３．５時間未満       | 食直後のため不要 |      | ○     |

※５：腎機能検査（血清クレアチニン（eGFR 含む）・血清尿酸）は、全員に実施してください。

（大阪府下の市町村国保では腎機能検査を全員に実施しています。）

当年度の特定健康診査の結果において、次の基準に該当する場合のみ、個人票に実施理由を記入してください。

- ・収縮期血圧が 130mmHg 以上、または拡張期血圧が 85mmHg 以上
- ・空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、もしくは HbA1c が 5.6%以上、または随時血糖値が 100mg/dl 以上

「対象者コード」「実施理由」を含め、血清クレアチニン値（eGFR 含む）は詳細な健診項目に入力し、XML データを作成してください。

（８費用請求について（２）特定健康診査の費用請求についての項も参照）

（２）詳細な健診項目（貧血検査、心電図検査、眼底検査）

- ・詳細な健診の実施基準【別紙４】に該当している場合で、医師が必要と認める者に限り実施してください。
- ・実施基準に該当しない者に対し、本人希望等で実施された場合は、返戻又は過誤請求の扱いとなります。
- ・眼底検査は、特定健診当日から１か月以内に実施した場合、詳細な健診の項目として実施したものとします。

（３）健診項目の実施が複数日にまたがる場合の取扱い

- ・特定健康診査の健診項目は基本的に同一日に全てを実施することが想定されますが、健診項目の実施が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日と、最後に実施された医師の総合判断日までの間は、３か月以内、かつ同一年度内とします。（厚生労働省 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４版】P37 参照）

## 6 眼底検査の取扱いについて

- ・取扱機関において眼底検査を実施できない場合は、眼底検査を実施できる医療機関又は検査機関を紹介いただき、取扱機関から眼底検査の結果も含めて結果報告並びに費用請求をしていただくこととなります。

※眼底検査 1件につき @2,002 円（消費税 10%含む）

- ・健診費用は眼底検査料金も含めて取扱機関にお支払いしますので、眼底検査に要した費用を取扱機関から眼底検査実施機関へお支払いください。

## 7 健診結果について

- ・健診結果は、必ず取扱機関から受診者に説明してください。
- ・健診結果から医療が必要と判断される者については、受診を勧奨するとともに、保険診療の取扱いとして必要な検査を実施してください。
- ・個人票「②受診者用」裏面【別紙2】に検査値の見方を記載していますので、結果説明の際には「②受診者用」を交付してください。

なお、以下の2点を満たしている場合は、取扱機関独自の様式での交付も可能とします。

○大阪市国民健康保険の特定健康診査の結果である旨を記載すること

○「②受診者用」の内容（検査値の見方含む）が網羅されていること

## 8 費用請求について

### （1）特定健康診査の費用請求について

- ・健診実施後、電子データを作成し、1か月分をとりまとめて翌月5日までに国保連に提出してください。
- ・オンラインでデータを送信する場合は、データ作成後、随時国保連に送信してください。
- ・XMLデータを作成する上で、血清クレアチニン値（eGFR 含む）と血清尿酸値は、追加健診項目（下表①）に入力し、データを作成してください。ただし、詳細な健診基準に該当した場合は、「対象者コード」「実施理由」を含め、血清クレアチニン値（eGFR 含む）は詳細な健診項目（下表②）に入力し、データを作成してください。

|          | ①追加健診項目に該当する場合 | ②詳細な健診基準に該当する場合      |
|----------|----------------|----------------------|
| 基本的健診    | 8,514円         | 8,514円               |
| 血清クレアチニン | 追加項目           | 詳細項目                 |
| eGFR     | 追加項目           | 詳細項目                 |
| 血清尿酸     | 追加項目           | 追加項目                 |
| 対象者コード   | 0              | 1                    |
| 実施理由     |                | 必須（例 今年度の各種健診結果等による） |

※基本的健診の費用は、消費税 10%を含む

(2) 費用請求後に「国保資格喪失後の健診受診」と判明した場合

- ・特定健診受診時に大阪市国保の受診券と被保険者証（資格証明書）により、大阪市国保の保険資格の確認を行ったにもかかわらず、費用請求後に国保資格喪失と判明し返戻になることがあります。（受診者が国保資格喪失の届出を忘れる、遅れた場合等）
- ・この場合、国保資格喪失者の健診費用を大阪市が代行支払いしますので、必要な書類を大阪市へ提出していただく等の手続きにご協力をお願いします。

（代行支払いについての問い合わせ先は文末）

(3) 初診料・再診料の取扱いについて

特定健診と同一日・同一取扱機関に行われた保険診療につきまして、初診料・再診料は算定できません。（特定健診でも診察は行われるため、初診料・再診料は含まれることとなります。）

**～検査結果報告及び費用請求に関するお願い～**

**1. 費用請求時の健診結果の記入（入力）値を再度ご確認ください。**

～記入（入力）誤りの多い例～

- eGFR 算出時の性別誤り
  - 血糖検査の「HbA1c 値」に貧血検査の「血色素量（ヘモグロビン量）」を記入（入力）
  - 「体重と腹囲」を逆に記入（入力）
  - 「収縮期血圧値と拡張期血圧値」を逆に記入（入力）
  - 入力時のタイピングミス
  - 「0 と 6」「7 と 9」など判別しにくい手書きの数字
- ・・・などが相当数あります。

**2. 費用請求は、健診実施後速やかに行ってください。**

費用請求が遅れると健診受診後の適切な時期に利用券の送付及び受診勧奨ができなくなります。

取扱機関から健診結果報告（費用請求）をされてから約 1～2 か月後に、本市より受診者に対し、健診の経年結果をお知らせするとともに、必要な対象者に特定保健指導利用券の送付及び保健福祉センター保健師による受診勧奨を行っています。

**★これらは、受診者の不利益となる場合がありますのでご協力をお願いします。**

(参考) メタボリックシンドローム 判定基準

**腹囲** 男性 85cm以上/ 女性 90cm以上(内臓脂肪面積 男女とも 100cm<sup>2</sup>以上に相当)で

ア 中性脂肪「150 mg/dl 以上」又はHDLコレステロール「40 mg/dl 未満」

かつ/または「コレステロールを下げる薬を使用している。」

イ 収縮期血圧「130mmHg 以上」又は拡張期血圧「85mmHg 以上」

かつ/または「血圧を下げる薬を使用している。」

ウ 空腹時血糖「110 mg/dl 以上」(ヘモグロビン A1cの場合は「6.0%以上」)

かつ/または「インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。」

ア～ウのうち 1つのみ該当 ⇒ 予備群該当

2つ以上該当 ⇒ 基準該当

上記以外 ⇒ 非該当

本通知に関するお問い合わせは

大阪市福祉局生活福祉部 保険年金課 (保健事業グループ)

06-6208-9876 までお願いします。

〒〇〇〇-〇〇〇〇  
大阪市〇〇区〇〇 〇丁目〇番〇〇号お問合せ先  
〒〇〇〇-〇〇〇〇  
大阪市〇〇区〇〇 〇-〇-〇〇  
大阪市〇〇区役所  
保険年金業務担当  
06-〇〇〇〇-〇〇〇〇

〇〇 〇〇〇 様

QR  
コード

令和7（2025）年度 大阪市国民健康保険

# 国保の健診 受診券

（特定健診・国保プラス健診・国保人間ドック）

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 氏 名  |  | 受診券番号 |  |
| 生年月日 |  | 性 別   |  |
| 有効期限 |  |       |  |

国保の健診は、メタボや生活習慣病の予防、疾病の早期発見のために大阪市国保被保険者を対象に実施している健診です。この受診券と「国保けんしんガイド」等のご案内をご覧ください、受診してください。

※医療機関に通院中の方も健診の対象です。かかりつけ医にご相談ください。

|               |                                                                                                                                         |
|---------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 受診場所          | 大阪府内の実施機関、または集団健診会場（区役所・保健福祉センター等）<br>※同封のけんしん実施場所一覧をご覧ください。<br>お住まいの区以外の実施機関は、大阪市ホームページで検索してください。<br>※健診受付時間・予約の要否などは、事前に実施機関にご確認ください。 |
| 料金<br>(自己負担金) | ・特定健診 無料<br>・国保プラス健診 1,800 円<br>・国保人間ドック 無料または 10,000 円                                                                                 |
| 受診に<br>必要なもの  | ・この受診券<br>・マイナ保険証等<br>・個人票（または実施機関等から指定される書類）<br>・実施機関から指定されるもの（診察券・検体等）                                                                |
| 受診の際の<br>ご注意  | 水以外の飲食は、受診する 10 時間前までに済ませてください。                                                                                                         |

受診券が届いた方でも、他の健康保険に変わった方は、この受診券を使用できません。

- ・大阪市から他の市町村に転出した方
- ・会社で働きはじめたり、扶養家族になった方
- ・生活保護受給となった方や、75 歳未満で後期高齢者医療制度に加入された方...など

上記に該当された方が、この受診券を使用した場合は、費用の返還を求めることがあります。

また、不正にこの券を使用した方は、法律により罰せられることがあります。

※有効期限内に大阪市国民健康保険に再度加入した方は、この券を使用できます。

裏面もあります

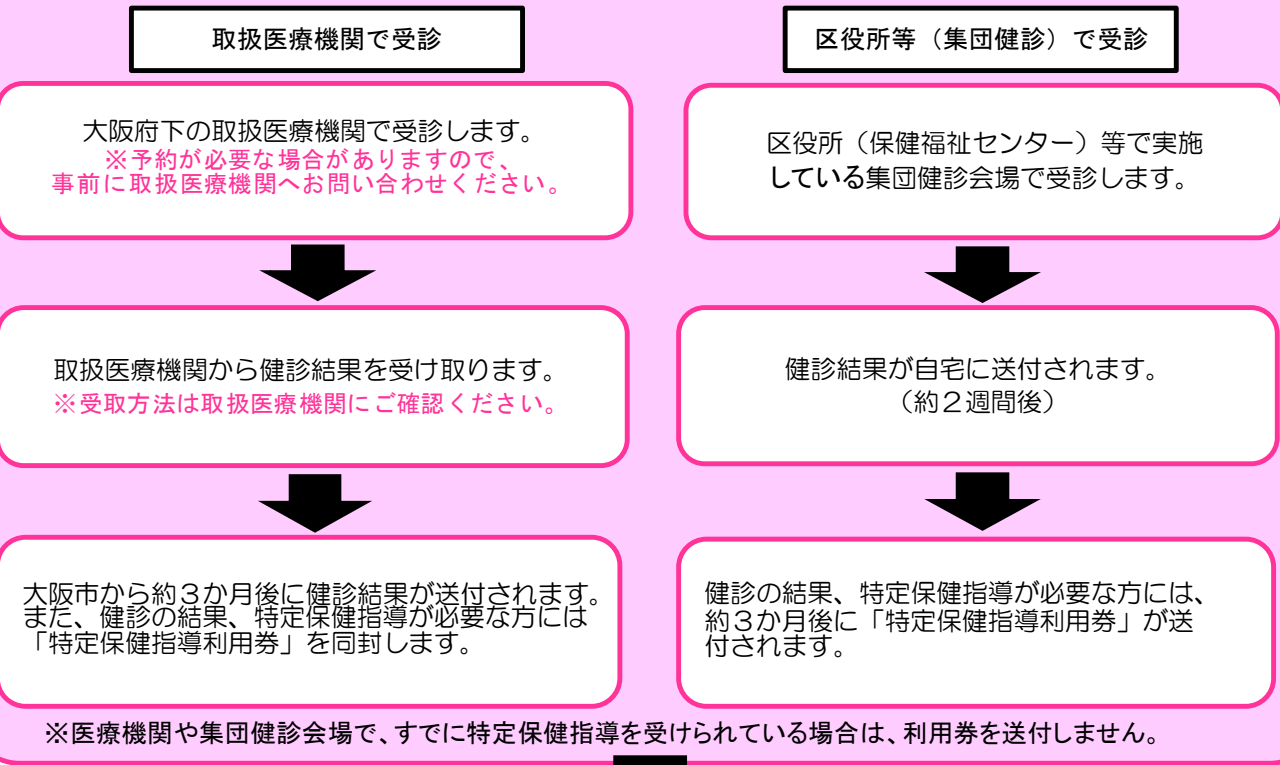
|             |       |  |
|-------------|-------|--|
| 保<br>険<br>者 | 所 在 地 |  |
|             | 番 号   |  |
|             | 名 称   |  |
|             | 電話番号  |  |

|           |                 |
|-----------|-----------------|
| 支払代行機関番号  | 9 2 7 9 9 0 2 2 |
| 支払代行機関機関名 | 大阪府国民健康保険団体連合会  |



# 大阪市国民健康保険 特定健診 個人票

## ●特定健診（結果通知までの流れ）



●特定保健指導  
特定保健指導の対象となられた方は、利用券に同封の「取扱機関一覧」から利用したい機関を選び、  
申し込んでください。

### 特定保健指導とは？

メタボ脱出のチャンス

生活習慣病のリスクを減らすために、専門家があなたに合ったダイエットなどのプランと一緒に考え、  
3～6か月間サポートします。（費用は無料ですので、ぜひご利用ください。）

生活習慣病のリスクが出現し始めている方  
**動機付け支援**

生活習慣病のリスクが重なっている方  
**積極的支援**

**初回面談** 生活習慣の確認や改善に向けた行動計画を立てます。

中間時期に、電話やメール等で  
支援を行います。（1回）

3～6か月間  
各自で実践します

電話やメール等で支援を行います。  
（複数回）

**最終評価** 電話や面談等で、取り組まれたことをお聞きし、  
継続に向けてのアドバイスをします。

## 検査値の見方

| 検 査 項 目                                                           |             |                                     | 基 準 値    | 生活を見直しましょう | 受診してください                | 検査値の見方                                                        |        |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------------------------|----------|------------|-------------------------|---------------------------------------------------------------|--------|
| 腹囲（cm）                                                            |             | 男                                   | 85未満     | 85以上       |                         | 高い場合、特定保健指導の対象となる場合があります。（血圧・脂質・血糖等の要件あり）<br>対象者には利用券が送付されます。 |        |
|                                                                   |             | 女                                   | 90未満     | 90以上       |                         |                                                               |        |
| BMI<br>（身長・体重から算出）                                                |             |                                     | 25未満     | 25以上       |                         |                                                               |        |
| 血圧                                                                | 収縮期血圧(mmHg) |                                     | 130未満    | 130～139    | 140以上                   | 高い場合、高血圧症が疑われます。                                              |        |
|                                                                   | 拡張期血圧(mmHg) |                                     | 85未満     | 85～89      | 90以上                    |                                                               |        |
| 血液検査                                                              | 脂質          | 空腹時中性脂肪(mg/dl)                      | 150未満    | 150～299    | 300以上                   | 高い場合、動脈硬化や脂肪肝の原因になります。                                        |        |
|                                                                   |             | 随時中性脂肪(mg/dl)                       | 175未満    | 175～299    | 300以上                   |                                                               |        |
|                                                                   |             | HDLコレステロール(mg/dl)                   | 40以上     | 35～39      |                         | 低い場合、動脈硬化がすすみます。                                              |        |
|                                                                   |             | LDLコレステロール(mg/dl)                   | 120未満    | 120～139    | 140以上                   | 高い場合、動脈硬化がすすみます。                                              |        |
|                                                                   |             | Non-HDLコレステロール(mg/dl) <sup>※1</sup> | 150未満    | 150～169    | 170以上                   | 高い場合、動脈硬化がすすみます。                                              |        |
|                                                                   | 肝機能         | AST（GOT）(U/L)                       | 31未満     | 31～50      | 51以上                    | 高い場合、肝臓の病気が疑われます。<br>γ-GTのみが高い場合は、アルコールの飲みすぎが考えられます。          |        |
|                                                                   |             | ALT（GPT）(U/L)                       | 31未満     | 31～50      | 51以上                    |                                                               |        |
|                                                                   |             | γ-GT（γ-GTP）(U/L)                    | 51未満     | 51～100     | 101以上                   |                                                               |        |
|                                                                   | 血糖          | 空腹時(随時)血糖(mg/dl)                    | 100未満    | 100～125    | 126以上                   | 高い場合、糖尿病が疑われます。                                               |        |
|                                                                   |             | ヘモグロビンA1c(%)                        | 5.6未満    | 5.6～6.4    | 6.5以上                   | 過去1～2か月間の血糖の状態を示しています。<br>高い場合、糖尿病が疑われます。                     |        |
|                                                                   | 腎機能         | 血清尿酸(mg/dl)                         | 7.0以下    |            |                         | 高い場合、痛風や腎臓の病気が疑われます。                                          |        |
| eGFR(ml/min/1.73m <sup>2</sup> )<br>（血清クレアチニン <sup>※2</sup> から算出） |             | 60以上                                | 45～60    | 45未満       | 低い場合、慢性腎臓病が疑われる場合があります。 |                                                               |        |
| 尿検査                                                               | 尿蛋白         |                                     | （－）又は（±） |            | （＋）以上                   | （＋）以上は慢性腎臓病が疑われる場合があります。                                      |        |
|                                                                   | 尿糖          |                                     | （－）又は（±） |            | （＋）以上                   | （＋）以上は糖尿病が疑われる場合があります。                                        |        |
| 詳細な健診 <sup>※3</sup>                                               | 貧血検査        | 赤血球数(万/mm <sup>3</sup> )            | 男        | 410～530    |                         | 血色素量は、低い場合は貧血、高い場合は多血症が疑われます。                                 |        |
|                                                                   |             |                                     | 女        | 380～480    |                         |                                                               |        |
|                                                                   |             | 血色素量(g/dl)                          | 男        | 13.1～17.9  | 12.1～13.0               |                                                               | 12.0以下 |
|                                                                   |             |                                     | 女        | 12.1～15.9  | 11.1～12.0               |                                                               | 11.0以下 |
|                                                                   |             | ヘマトクリット値(%)                         | 男        | 39～52      |                         |                                                               |        |
|                                                                   |             |                                     | 女        | 35～48      |                         |                                                               |        |
|                                                                   | 心電図         |                                     | 異常なし     |            | 異常あり                    | 心臓の状態を示しています。                                                 |        |
|                                                                   | 眼底検査        |                                     | 異常なし     |            | 異常あり                    | 眼底の血管の状態を示しています。<br>高血圧や糖尿病などで変化がみられます。                       |        |

※1 中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合は、LDLコレステロールをNon-HDLコレステロールに代える場合があります。

※2 血清クレアチニンはeGFRを算出するために用いているため、基準値は記載していません。

※3 実施基準に該当し、医師が必要と判断した場合に実施します。

すべての項目が「基準値」の範囲だった方  
今回の特定健診では、異常は認められません。  
※治療中の方は、治療を続けてください。

「生活を見直しましょう」に該当のある方  
自覚症状がなくても、血管の老化（動脈硬化）が起こっている場合があります。生活を見直して健康づくりに取り組みましょう。  
※治療中の方は、治療を続けてください。

「受診してください」に該当のある方  
医療機関を受診されることをお勧めします。  
医師の判断のもと、詳しい検査や治療を受けましょう。  
※治療中の方は、主治医にご相談ください。

※お住いの区の保健福祉センターの保健師が、電話、訪問等により、体調や治療状況をお尋ねし、医療機関の受診をお勧めする場合がありますので、ご協力ください。

### 腹囲測定の省略基準

- 1 BMI が 20 未満であること
- 2 自ら腹囲を測定し、その値を申告していること（BMI が 22 未満である者に限る）

資料：特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第 1 条第 2 項の規定の基づき厚生労働大臣が定める基準

### 内臓脂肪面積の測定

CT スキャンによる内臓脂肪面積の測定もしくは、測定結果の精度や測定方法等が妥当かつ適切である機器により測定された内臓脂肪面積

資料：第 2 期 特定健診・特定保健指導に関する Q&A 集

## 詳細な健診の実施基準

### 1 貧血検査

貧血の既往歴のある者又は視診等により貧血が疑われる者

### 2 心電図検査・眼底検査

当該年度の特定健康診査の結果等（日常診療における検査結果も含む：以下同じ）において、次の基準に該当する者

|           |                                                                                                                                                                     |
|-----------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 心電図<br>検査 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・収縮期血圧が 140mmHg 以上 又は 拡張期血圧が 90mmHg 以上</li> <li>・不整脈が疑われる方</li> </ul>                                                        |
| 眼底検査      | <ul style="list-style-type: none"> <li>・収縮期血圧が 140mmHg 以上 又は 拡張期血圧が 90mmHg 以上</li> <li>・空腹時血糖値が 126mg/dl 以上、ヘモグロビン A1c が 6.5%以上<br/>又は随時血糖値が 126mg/dl 以上</li> </ul> |

基準に該当しない者に対し、医師の判断での実施や本人希望で実施された場合、返戻又は過誤請求の扱いとなりますので、ご注意ください。

### 3 血清クレアチニン検査（eGFRを含む）

当該年度の特定健康診査の結果等において、次の基準に該当する場合は、個人票に実施理由を記入してください。

- ・収縮期血圧が 130mmHg 以上 又は 拡張期血圧が 85mmHg 以上
- ・空腹時血糖値が 100mg/dl 以上、ヘモグロビン A1c が 5.6%以上  
又は随時血糖値が 100mg/dl 以上

なお、大阪府医師会代行請求以外の直接請求機関は、「対象者コード」「実施理由」を含め、血清クレアチニン値（eGFR含む）は詳細な健診項目に入力し、XML データを作成してください。

（P5 留意事項 8「費用請求について」参照）

## 【詳細な健診を実施していただく際に、次の点にご留意ください】

- ★詳細な健診を実施した場合は、個人票の「実施理由欄」に実施理由を必ず記載してください。
- ★実施基準に該当する場合でも、次の場合は詳細な健診の**対象外**となります。
  - ・他の医療機関で行った最近（2～3 か月以内）の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要が無いと判断される場合
  - ・現に高血圧や心臓病等の疾患により医療機関において管理されている場合
- ★今回の健康結果等から、医療が必要と判断される者については、受診を勧奨するとともに、医療保険の取扱いとして必要な検査を実施してください。