

<提出先> 「特定健康診査調査票 在中」

※記入をお願いします

〒850-8570

長崎市尾上町3-1 長崎県庁3階

地方職員共済組合長崎県支部 福利課

特定保健指導室 担当:粕谷、大家

FAX:095-894-3741 [TEL:095-894-3745](tel:095-894-3745)

E-mail: tokuteihokensido@pref.nagasaki.lg.jp

所属所名	
組合員番号	
組合員名	
受診者名	
電話番号	
住所	

【ご家族の方へ 受診のお願い】

令和7年度「特定健康診査」のご案内および「調査票」(要提出)

地方職員共済組合の資格がある被扶養者の方に、送付しています。

令和7年4月1日時点の年齢が39～73歳の被扶養者の方について、決められた健診結果を、毎年、共済組合から、国への報告が義務化されております。下記①～⑤のいずれかの方法で受診後、裏面の「調査票」の該当項目に記入し、ご提出ください。

資格を喪失されている方については、受診ができません。下記「5」にご記入の上、ご返送ください。

1. 健診の受診方法について 下記の①～⑤とおりです。

- ①同封している「特定健康診査受診券」を使って受診 ③勤務先で、健診を受診
②支部が実施する「配偶者人間ドック」を受診 ④通院先で定期的を受けている採血検査

2. 受診できる実施機関は 全国にございます。

下記 URL または、QRコードから、地方職員共済組合長崎県支部のホームページでご確認し、ご予約下さい。



【URL】 <https://nagasaki.chikyosai.or.jp>

(HOME > 特定健康診査・特定保健指導 > 実施機関一覧)

3. 受診期間について **令和7年4月1日～令和7年12月31日** (利用推奨期間)

※ 受診券の有効期限は令和8年3月31日までですが、年内12月31日までの受診のご協力をお願いします。

4. 受診後の「調査票」の報告方法について

上記、提出先へ直接提出(庁内便・郵送・Fax・E-mail)または、裏面に記載の該当 QR コードへ入力し、報告。ご利用しやすい方法での報告をお願いいたします。

5. 受診が出来ない方について 下記①～⑤の項目に該当する方は、今回の健診の受診は不要です。

該当される方は「○」をつけ、こちらの「調査票」をご提出下さい。



- ①() 共済組合の資格を喪失(保険証返納)された(される)方 (喪失年月: 年 月)
②() 妊娠している方
③() 障害支援施設や老人ホームに入所している方
④() 令和7年4月1日～令和8年3月31日の間に、6ヶ月以上の入院をした方
⑤() 受診ができない (理由: _____)

◆ 上記に該当された方は、ご記入いただく項目はこれで終了です。

令和7年度「調査票」(要提出)

①～④の受診方法によって記載内容が異なります。ご自身の受診方法へお進みください。



① 特定健康診査受診券を使用して受診

※通院先の病院で受診券を使用した場合も含む

- (1)受診券の有効期限を確認する。有効期限「令和8年3月31日」
受診費用「1,000円」(自己負担額)
- (2)受診する病院を決めて、受診日を予約する。
「県庁診療所」での受診も可能です。お近くの方は、ご利用下さい。(095-894-3741)
- (3)受診当日は、「特定健康診査受診券」と「1,000円」を持って、朝食は食べずに受診して下さい。
なお、「マイナンバーカード」「保険証」「資格情報のおしらせ」いずれかの身分証明書をご持参ください
- (4)受診後、下記に「受診日」と「病院名」を記入し、こちらの「調査票」をご提出下さい。
(健診結果の記入は必要ありません！)

受診日	年	月	日	病院名
-----	---	---	---	-----



② 配偶者人間ドックを受診

※人間ドック対象年齢：令和7年4月1日時点の年齢が、35、40、45、50、55、60歳の方

- (1)対象年齢の方には、組合員を通して、6月頃に希望調査があります。希望される方は、
当組合の契約病院の中から、希望する病院を選び、組合員を通し申請して下さい。
詳しくは、福利課担当(本田)095-895-2167へお尋ねください。
 - (2)病院が決定後、当組合より被扶養配偶者人間ドック「受診決定通知書」が届きますので、通知書の
記載病院へ、各自で受診日をご予約下さい。
- (注：今回、同封している「特定健康診査受診券」とは異なります。上記が届いた方は、「特定健康診査受診券」は、破棄して下さい。)
- (4)受診後、下記に「受診日」と「病院名」を記入し、こちらの「調査票」をご提出下さい。
(健診結果の記入は、必要ありません)

受診日	年	月	日	病院名
-----	---	---	---	-----



③、④勤務先での健診または通院先で定期的に受けている採血検査

- (1)③または④に該当される方は、別紙の健診結果報告書と質問票を記入し、ご提出ください。
採血結果については、コピーでの提出も可。身長、体重、腹囲、血圧の記載漏れにご注意ください。
※健診受診日が、「令和7年4月1日～令和8年3月31日」の間のものに限ります。

健診結果報告書（令和7年度）

＜別紙（㉔㉕の方）＞

「令和7年4月1日～令和8年3月31日」の間に受けられた検査結果について、ご記入をお願いします。

受診した健診の種類に○を		() 職場の健診・() 通院先で検査・() 個人で健診		
医療機関名		受診日		
特定健康診査項目（出来るだけ不足がないようにご記入ください）				
基本項目 <small>※必ず、ご記入ください。 自己測定値で可です。</small>	1	身長		cm
	2	体重		kg
	3	腹囲		cm
	4	血圧(収縮期：上) 血圧(拡張期：下)		mmHg mmHg
採血時間		食後 () 時間後		
脂質	5	中性脂肪 (TG)		mg/dl
		随時中性脂肪 (食後 10 時間未満の場合)		
	6	HDL コレステロール		mg/dl
7	LDL コレステロール		mg/dl	
肝機能	8	AST (GOT)		U/L
	9	ALT (GPT)		U/L
	10	γ-GT (γ-GTP)		U/L
血糖	11	空腹時血糖 (FBS)		mg/dl
	12	HbA1c (NGSP 値)		%
	13	随時血糖 (食後 10 時間未満の場合)		mg/dl
11～13 は、いずれか一つでも可です。				
検尿	14	尿糖	- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ それ以上	
	15	尿蛋白	- ・ ± ・ 1+ ・ 2+ ・ 3+ ・ それ以上	
※下記の理由で検尿出来なかった場合は○を () 生理尿のため検査未実施 () 腎疾患等のため検査未実施				
医師の診断				
健診を実施した医師名				
詳細項目（検査結果があれば、ご記入ください）				
その他	16	ハマトクリット値 (Ht)		%
	17	血色素量 (Hb)		g/dl
	18	赤血球数 (RBC)		万/μl
腎	19	血清クレアチン (Cre)		mg/dl

