

<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

任意継続組合員・被扶養者	
組合員証記号番号	地・長崎 ()
受診者名	
受診者連絡先*ご連絡先をご記入ください	

【任意継続組合員または、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任意継続組合員・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「人間ドック」を受診 ④通院先で定期的に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ください。



【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. 「調査票」の報告方法について

上記、提出先へ直接提出(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(任意): _____)

◆ 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）

④～⑤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。



④ 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	
-----	---	---	---	-----	--



④⑤⑥ 人間ドックを受診、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) ④、⑤、⑥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。

健診結果報告書（令和7年度）

<別紙（㊸㊹㊺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 ※必ず、自己測定値で可です。 必ず、ご記入ください。	1	身長	cm
	2	体重	kg
	3	腹囲	cm
	4	血圧(収縮期：上)	mmHg
		血圧(拡張期：下)	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

質問票(令和7年度)

組合員（被扶養者）証番号	地・長崎（ ）		受診者氏名	
	組合員所属名	任意継続組合員	受診者連絡先	

・回答の該当項目に☑をして下さい。

質 問 項 目		回 答	
	現在、a から c の薬を継続して使用していますか（医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す）。		
1	a. 血圧を下げる薬	☐ はい	☐ いいえ
2	b. 血糖を下げる薬またはインスリン注射	☐ はい	☐ いいえ
3	c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬	☐ はい	☐ いいえ
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）との診断や、治療を受けたことがある	☐ はい	☐ いいえ
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）との診断や、治療を受けたことがある	☐ はい	☐ いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や慢性腎不全との診断や、治療（透析など）を受けている	☐ はい	☐ いいえ
7	医師から貧血と言われたことがある	☐ はい	☐ いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っている （※「習慣的に」とは下記の条件を全て満たす者） 条件 1：最近 1 カ月間吸っている 条件 2：生涯で 6 カ月間以上吸っている、又は合計 1 0 0 本以上吸っている	☐ はい（条件 1， 2 両方を満たす） ☐ 以前は吸っていたが、最近 1 カ月は吸っていない（条件 2 のみ） ☐ いいえ（条件 1， 2 以外）	
9	2 0 歳の時の体重から、1 0 kg 以上増加している	☐ はい	☐ いいえ
10	1 回 3 0 分以上の軽く汗をかく運動を、週 2 日以上、1 年以上実施している	☐ はい	☐ いいえ
11	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	☐ はい	☐ いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して、歩く速度が速い	☐ はい	☐ いいえ
13	食事を噛んで食べる時の状態は、どれにあてはまりますか？	☐ 何でも、噛んで食べられる ☐ 歯や歯茎や噛み合せなど気になる部分があり、噛みにくいことがある ☐ ほとんど噛めない	
14	人と比較して、食べる速度はどうですか？	☐ 速い	☐ ふつう ☐ 遅い
15	就寝前の 2 時間以内に夕食を摂ることが週に 3 回以上ある	☐ はい	☐ いいえ
16	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	☐ 毎日 ☐ 時々	☐ ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが、週に 3 回以上ある	☐ はい	☐ いいえ
18	お酒を飲む頻度は、どれくらいですか？ （※「やめた」とは、過去に月 1 回以上の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）	☐ 毎日 ☐ 週 5-6 日 ☐ 週 3-4 日 ☐ 週 1-2 日 ☐ 月に 1-3 日 ☐ 月に 1 日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない（飲めない）	
19	飲酒をされる方、1 日当たりの飲酒量は？ 日本酒 1 合（15 度・180ml）、ビール 1 合（5 度・500ml）、焼酎 1 合（25 度・110ml）、ウヰン 1 合（14 度・180ml）、ウヰサキ 1 合（43 度・60ml）、缶チューハイ 1 合（5 度・500ml、7 度・350ml）	☐ 1 合未満 ☐ 1 ～ 2 合未満 ☐ 2 ～ 3 合未満 ☐ 3 ～ 5 合未満 ☐ 5 合以上	
20	睡眠で、休養は十分とれている	☐ はい	☐ いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣についてどう思われますか？	☐ 改善するつもりはない ☐ 6 ヶ月以内には改善するつもりがある ☐ 1 ヶ月以内には改善するつもりがある ☐ 改善中（6 ヶ月間未満） ☐ 改善中（6 ヶ月間以上）	
22	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？	☐ はい	☐ いいえ

・該当がある場合はご記入ください

自覺症狀	
既往歷	