

特定健診データ入出力代行サービス 入力原票記入について留意事項

2026年4月1日現在

- 黄色の部分につきましては、**受診券**に記載されているとおりに記入します。
必ず記入します。(住所欄は旭川市は電話番号になります)
- 水色部分につきましては、詳細な検査を実施した場合に、**受診券**に記載されているとおりに記入します。
- ピンク部分(質問票部分、(基本)検査結果部分)につきましては、特定健診の制度上必要な項目です。**必ず記入します。**
- 入力原票は、それぞれ新しい原票(下記の日付を参照)をご利用ください。
 日付は入力原票右下に表示しております
 - 旭川市 2026. 4. 1
 - 鷹栖町 2026. 4. 1
 - 後期高齢(鷹栖町) 2026. 4. 1
 - 比布町 2024. 4. 1
 - 上川町 2024. 4. 1
 - その他 2026. 4. 1
 - 大雪地区 2024. 4. 1
 - 当麻町 2024. 4. 1
 - 後期高齢(当麻町) 2026. 4. 1
 - 愛別町 2024. 4. 1**※入力原票は、旭川市医師会様ホームページよりダウンロードすることも可能です。**
- 欄外等に記入されたコメントは、入力されません。
- 記入漏れの多い箇所は以下のとおりです。提出前に再度ご確認をお願いします。
 - 受診券番号、有効期限、被保険者証等の記号・番号、請求区分、代行機関
 - 医師の判断、医師名(医師名はゴム印可)
- 記入誤りの多い箇所は以下のとおりです。提出前に再度ご確認をお願いします。
 - カナ氏名や結果値、医師名など記入文字の判別が難しい場合があります。ボールペンで枠内にはっきりと記入します。
 - 窓口負担、請求区分(「窓口負担の記入例について」を参照)
 - 被保険者証等の記号について、保険証に記号がない場合も、半角ハイフン(-)、半角スラッシュ(/)など、記入する文字の指定があります。受診券を確認の上、記入します。
 - その他の既往歴(最大5つ)、自覚症状(最大5つ)、家族歴(最大7つ)など、記入できる項目数に限りがあるものについて、その上限数を超えて記入しないでください。また、選択肢の範囲内の数字は**2桁**で記入します。
 - 血糖欄について、**食後経過時間が「3.5時間未満」の場合、血糖値は記入しないでください。 ※記入があっても入力しません。**
 - 心電図検査を実施し、**所見が「1:異常所見あり」の場合、判定区分と具体的な所見も必ず記入します。**
 - 詳細な検査の「対象者」は、検査を実施した場合、記入します。**未記入の場合**、原則「1:検査結果による」で入力します。ただし、心電図検査で、質問票の「その他の既往歴」が「O3:不整脈」に該当した場合にのみ、「2:不整脈疑い」で入力します。**※電話による確認は行いません。**

特定健康診査入力原票										実施機関名 旭川特定健診クリニック									
受診日(西暦)					2026年05月01日					実施機関番号					0112910000				
受診券番号					26112345678					保険者番号					01010016				
カナ氏名					アサヒカワゲンキ					基本負担区分					4				
生年月日					昭和45年04月15日					性別					1				
有効期限(西暦)					2027年03月31日					窓口負担					基本負担額				
郵便番号					070-0029					詳細負担区分					4				
住所					旭川市金星町1丁目1-5					負担額					7150				
被保険者証等					記号01311234					負担額					1059				
					番号12345					負担合計額					3400				
					枝番01					請求区分					2				
										代行機関					2				
										提出先					2				
質問票										検査結果									
既往歴					脳血管 1					身体計測					身長 (cm)				
					心疾患 1										体重 (kg)				
					腎不全人工透析 2										腹囲 (cm)				
					貧血 2										腹囲測定法				
その他の既往歴 (01-11)					0104					血圧					収縮時血圧 (mmHg)				
自覚症状 (01-14)					040709										拡張時血圧 (mmHg)				
服薬					血圧 2					血中脂質					空腹時/随時中性脂肪 (mg/dl)				
					血糖 2										HDLコレステロール (mg/dl)				
					脂質 2										LDLコレステロール (mg/dl)				
喫煙歴					1					肝機能					AST(GOT) (U/l)				
															ALT(GPT) (U/l)				
															γ-GT(γ-GTP) (U/l)				
詳細な検査										血糖									
貧血					今回実施する理由					食後経過時間					1				
					赤血球数 (万/mm3)										空腹時/随時血糖 (mg/dl)				
					血色素量 (g/dl)										90				
					ヘマトクリット値 (%)										ヘモグロビンA1c (%)				
					489										5.4				
心電図					当該年度結果に基づき今回実施する理由					尿					糖				
					6										1				
					所見										蛋白				
					1										1				
					判定区分										測定不可能・検査未実施の理由				
					1										1				
					具体的な所見 (01-91)														
					078873														
眼底検査					対象者					医師の判断					他覚症状 (01-06)				
					2										01				
					当該年度結果に基づき今回実施する理由														
					5														
					キースワグナー分類										医師の判断				
					1										3				
					シェイエ分類S														
					1														
					シェイエ分類H														
					1														
					SCOTT分類														
					1														
					その他の所見														
腎機能					対象者					医師名					旭川一郎				
					1														
					当該年度結果に基づき今回実施する理由														
					5														
					血清クレアチニン (mg/dl)														
					eGFR (ml/min/1.73m ²)														
					対象者														
					1														

- 負担額は、負担区分に従って計算した受診者負担額を**必ず記入します。**
- 詳細な検査を実施した場合のみ記入します。
- 保険証に記号がない場合も、受診券の注意事項欄を確認し、必要に応じて、半角ハイフン(-)、半角スラッシュ(/)を記入します。枝番が無い場合は空欄とします。
- その他の既往歴は、O1~11、自覚症状は、O1~14、家族歴(市町村国保系のみ)は、O1~07の質問票に記載されている範囲内の数字で、1つの回答につき**2桁**で記入します。
- 上川町以外は、両方記入しないでください。**必ず記入します。**
- 食後経過時間が、「4:3.5時間未満」の場合、血糖値は記入しないでください。(記入があっても入力しません。)
- 入力原票「その他」以外の場合、必須です。「その他」の場合、食後経過時間が、「3:3.5~10時間未満」、「4:3.5時間未満の場合」、必須です。
- 測定不可能な場合は×を記入します。
- 検査未実施時の理由を記入します。
- 検査を実施した場合、記入します。「対象者」が未記入の場合、原則、「1:検査結果による」を入力します。ただし、心電図検査で、質問票の「その他の既往歴」が「O3:不整脈」に該当した場合にのみ、「2:不整脈疑い」で入力します。
- 記入可能な選択肢は1つです。複数回答はできません。

旭川市

例：35～39歳健診の時

受診券：基本健診：負担なし

※詳細な検査はありません

35～39歳健診の場合は、基本健診部分には「×」を記入し、
 その他健診部分に負担区分を記入します。
 また、その他健診時の請求区分には、「7」を記入します。

窓口負担	基本健診	×	1:負担なし
	その他健診	1	1:負担なし
請求区分		7	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診 7:35～39歳健診

その他

例1：負担区分が定額負担の場合

受診券：基本健診：定額負担 1,000円

詳細健診：定額負担 1,000円

※詳細な検査を実施していない場合

- 基本部分の負担額について
 定額負担ですので、窓口負担額は1,000円と記入します。
- 詳細部分の負担額について
 詳細な検査は実施していないので、「×」を記入します。

窓口負担	基本	負担区分	2	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限
		負担額	1 0 0 0	円又は%
窓口負担	詳細	負担区分	×	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限
		負担額		円又は%
		負担合計額	1 0 0 0	円-(①+②)
請求区分	1	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診		
代行機関(提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金		

例2：負担区分が定率負担の場合

受診券：基本健診：定率負担 30%

詳細健診：定率負担 30%

※詳細な検査の貧血、心電図検査を実施した場合

- 基本部分の負担額について
 基本健診単価 8,209円 × 定率負担 30% = 2,463円
 ※保険者によって、100円未満切捨て等の記載がある場合は記載どおりに計算し、記入します。
- 詳細部分の負担額について
 (貧血検査単価 920円 + 心電図検査単価 1,630円)
 × 定率負担 30% = 765円

窓口負担	基本	負担区分	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限
		負担額	2 4 6 3	円又は%
窓口負担	詳細	負担区分	3	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限
		負担額	7 6 5	円又は%
		負担合計額	3 2 2 8	円-(①+②)
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診		
代行機関(提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金		

例3：負担区分が保険者上限額の場合

受診券：基本健診：保険者上限額 7,150円

詳細健診：保険者上限額 3,400円

※詳細な検査の貧血、心電図検査を実施した場合

- 基本部分の負担額について
 基本健診単価 8,209円 - 保険者負担上限額 7,150円 = 1,059円
- 詳細部分の負担額について
 貧血検査単価 920円 + 心電図検査単価 1,630円 = 2,550円 となり、
 保険者負担上限額を超えていないので、負担額は0円と記入します。

窓口負担	基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限
		負担額	7 1 5 0	円又は%
窓口負担	詳細	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限
		負担額	3 4 0 0	円又は%
		負担合計額	1 0 5 9	円-(①+②)
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診		
代行機関(提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金		

例4：負担区分が保険者上限額の場合

受診券：基本健診：保険者上限額 7,150円

詳細健診：保険者上限額 3,400円

※詳細な検査4つ全てを実施した場合

- 基本部分の負担額について
 基本健診単価 8,209円 - 保険者負担上限額 7,150円 = 1,059円
- 詳細部分の負担額について
 貧血検査単価 920円 + 心電図検査単価 1,630円
 + 眼底検査単価 1,340円 + クレアチニン検査 130円
 - 保険者負担上限額 3,400円 = 620円

窓口負担	基本	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限
		負担額	7 1 5 0	円又は%
窓口負担	詳細	負担区分	4	1:負担なし 2:定額負担 3:定率負担 4:保険者負担上限
		負担額	3 4 0 0	円又は%
		負担合計額	1 6 7 9	円-(①+②)
請求区分	2	1:基本的な健診 2:基本的な健診+詳細な健診		
代行機関(提出先)	2	1:国保連合会 2:支払基金		