

【健診結果提供の流れ】

※下記「情報提供チェックシート」を使い、健診結果票に必要項目が全て記載されていることを確認してください。

- ① 職場健診や人間ドック(市負担健診を除く)の健診結果票をコピーする
- ② おもて面の、「健診結果提供書」と「問診票」に記入する
- ③ ①と②を封筒に入れ、令和5年5月31日（水）必着で、送付先まで郵送する。

※切手を貼付してください。

送付先

〒261-8755 千葉市美浜区幸町1-3-9
千葉市健康支援課 健康診査指導班行

電子申請はこちらから



情報提供チェックシート

下記をご確認のうえ、不足がないよう必要書類をご準備ください。

□にチェックをしてください

受診日に千葉市国民健康保険に加入していましたか
<input type="checkbox"/> 加入している
健診結果票に、下記の必要項目が全て記載されていますか
<input type="checkbox"/> 身長・体重・腹囲
<input type="checkbox"/> 血圧
<input type="checkbox"/> 尿検査結果(糖、タンパク)
血液検査結果(下記項目)
<input type="checkbox"/> 脂質(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)
<input type="checkbox"/> 血糖(空腹時、随時)、HbA1c ※どちらかでも可
<input type="checkbox"/> 肝機能(AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT(γ-GTP))
<input type="checkbox"/> 腎機能(クレアチニン、eGFR) ※検査していない場合は省略可
同封書類について、下記を確認しましたか
<input type="checkbox"/> おもて面の提供書を記入しましたか
<input type="checkbox"/> 千葉市特定健康診査・千葉市一日人間ドック・保険診療の結果を同封していませんか →それらの結果は対象外です。

アンケートにご協力をお願いします

よろしければ、下記のアンケートをご記入ください。

Q1. この事業をどこでお知りになりましたか。

- 市政だより ホームページ 区役所窓口 千葉市特定健康診査受診券
 職場からの案内 その他()

Q2. 健診の種類を教えてください。

- 人間ドック 職場健診 その他()

Q3. この事業について、ご意見・ご要望があればお聞かせください。

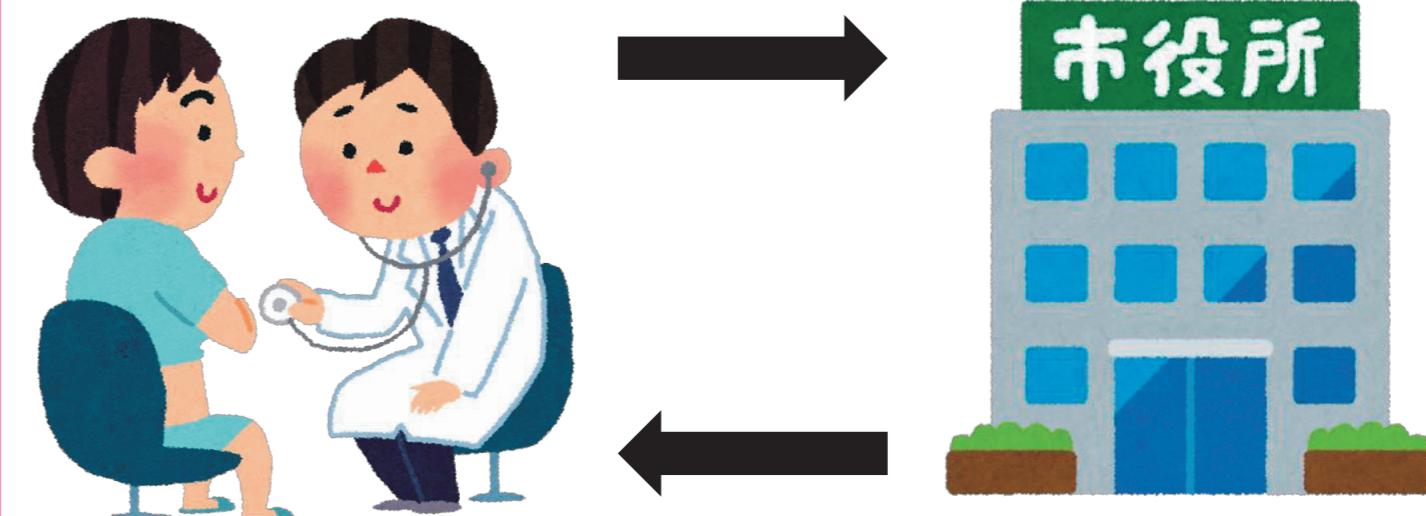
()

(40~74歳の千葉市国民健康保険加入の方が対象です)

・職場の健康診断 ・自費で受けた人間ドック等の 結果をご提供ください

※千葉市特定健診、千葉市一日人間ドックを受診された方は対象外です

①健診結果を千葉市に提供



②クオカード or ちばシティポイント 500円相当をプレゼント

千葉市では、生活習慣病の発症・重症化予防に取り組んでいます。

皆様の健康状態を把握するため、健診の結果提供をお願いします。

詳しくは

千葉市 健診結果提供



千葉市健康支援課 ☎043-238-9926

令和4年度健診結果提供書

私は、千葉市に健診結果を提供し、その結果をもって千葉市特定健診の受診とみなすことに同意します。

○対象者（①～③にすべて該当する方）

- ①健診受診日に千葉市国民健康保険に加入している
- ②令和4年度に40歳～74歳になる（昭和23年4月1日～昭和58年3月31日生）
- ③令和4年度に職場健診や自費で人間ドック等を受診

■注意事項■

千葉市から送付された受診券を使用し、千葉市特定健診または千葉市一日人ドックを受診した（予定）場合は対象外です。

○申請方法

- ①と②の書類を健康支援課に提出（郵送、電子申請）

[提出書類]

- ①健診結果提供書

- ②健診結果の写し（令和4年4月1日～令和5年3月31日に受診分）

[送付先]

〒261-8755 千葉市美浜区幸町1-3-9

千葉市健康支援課 健康診査指導班 行

▼電子申請はこちら



■注意事項■

申請には下記の検査項目が全て必要です。

- 身長・体重・腹囲
- 血圧
- 尿検査（糖、タンパク）
- 血液検査
 - ・脂質（中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール又はNon-HDLコレステロール）
 - ・血糖（血糖（空腹時・隨時）、HbA1c）※どちらかでも可
 - ・肝機能（AST(GOT)、ALT(GPT)、γ-GT (γ-GTP)）
 - ・腎機能（クレアチニン、eGFR）※検査していないければ省略可

○申請期間

令和4年6月1日（水）～令和5年5月31日（水）必着

記入日	令和 年 月 日
フリガナ 氏名	
住所	(〒)
千葉市国民健康保険 被保険者番号	記号 番号（左詰めで記入） 3
生年月日	昭和 年 月 日
電話番号	(日中連絡のとれる電話番号)
健診実施日	健診の受診日をご記入下さい。（令和4年度中に受診した健診が対象です。） 令和 年 月 日
健診実施機関	健診を受けた医療機関名をご記入下さい。
希望の品	健診結果を提供いただいた謝礼として、以下のものをお送りする予定です。 希望する品にチェックしてください。 ※謝礼のお渡しには申請後、2～3か月を要します。 <input type="checkbox"/> クオカード（500円） <input type="checkbox"/> ちばシティポイント（500ポイント） <input type="checkbox"/> ちば風太WAONカードの郵送 <input type="checkbox"/> お手持ちのカードにポイント付与 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 必要なし
詳しい情報は ちばシティポイント <input type="button" value="検索"/>	

問診票

下記の問診票にご回答いただき、必要書類（裏面参照）と合わせてご返送ください。

〈□にチェックをして下さい〉

服 薬	現在、aからcの薬を医師からの処方で使用していますか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	a: 血圧を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	b: 血糖を下げる薬又はインスリン注射	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
喫 煙	c: コレステロールや中性脂肪を下げる薬	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	現在、たばこを習慣的に吸っていますか（加熱式たばこや電子たばこを含みます） ※「現在、習慣的に喫煙している」とは、「これまでに合計100本以上、又は6か月以上吸っている」ことであり、最近1か月間も吸っていること	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
健診の結果、特定保健指導（健康サポート）の対象となった場合、生活習慣病の改善に関する保健指導を希望しますか。		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
※希望された場合は、千葉市の委託業者よりご連絡させていただきます。		

*提供いただいた情報は、保健事業や健診データの集約・分析以外の目的では使用いたしません。
*健診の結果、保健指導や健康に関する講演会等の案内をさせていただくことがあります。