

令和4年度
市町村国民健康保険特定健診の継続意志調査
及び実施機関受託業務内容調査票

機 関 番 号 _____

実施機関名 _____

【継続意思確認】 ※ 昨年度実施した医療機関のみ記入

- ・ 市町村国保特定健診を令和4年度も継続契約（する・しない）

【特 定 健 診】

◇実施形態 個別健診^{※1}（※市町村国保の集団健診^{※2}については、集合契約対象外です。）

◇設備状況 ※下記①～③について自院か再委託かを必ず選択。

①血液検査（ ）自院で実施 （ ）再委託で実施

※血清クレアチニン値からの eGFR の算出を含む

②心 電 図（ ）自院で実施 （ ）再委託で実施

③眼 底（ ）自院で実施 （ ）再委託で実施

注）関係箇所、すべての項目にチェックをお願いいたします。

※1 個別健診：医療機関の施設で行う形態で、受診者が診療を目的として来院している患者に混じって、設備を共有して行う健診。

※2 集団健診：医療機関（健診センター等）、公民館等の施設や検診車で行う形態で、専用の設備を設けて（日時を指定して健診のみ実施する場合を含む）行う健診。個別健診に該当しないもの。