

社保

家族の人

特定健康診査受診券

2024年4月1日 交付



11-202A1AA0717778#

特定健診受診券（セット券）

令和6年度

被保険者 様
対象者

被保険者 様
記号 03041032 番号 0000072

所名

特定健診を受ける際に必要となるものです。また、特定健診の特定保健指導の対象となった場合は、この券を用いて健診当日から1週間以内に特定保健指導（初回面接）をご利用いただくことが可能なお、健診当日から1週間以内の特定保健指導は、実施している健診のみご利用となりますのでご留意ください。

の受診券により、特定健診を受診できる健診機関、健診当日から1週間以内に特定保健指導もご利用いただくことができる健診機関などの情報は、協会けんぽホームページに掲載していますのでご参考ください。

診券に印字されている氏名、生年月日が被保険者証と相違ないかご確認ください。

診機関でお支払いいただく自己負担額は、健診機関によって異なります。自己負担額は以下の計算方法となりますのでご注意ください。

$$\text{健診の額} (\text{※1}) - \text{保険者負担額} (\text{※2}) = \text{自己負担額} (\text{※3})$$

この受診券の予約をする前に健診機関にお問い合わせください。
この受診券に記載しています。

受診券整理番号 24511007650
被保険者証の記号及び番号 記号 03041032 番号 0000072
被扶養者番号 01

フリガナ
受診者の氏名
性別 女
生年月日

保障範囲
確認

有効期限 2025年3月31日

- 健診内容
- 特定健康診査
 - その他（当日から1週間以内の保健指導）

医療保険者の負担

特定健診（基本部分）

負担額 又は 負担率	保険者負担上限額 7,150円
	保険者負担上限額 3,400円

特定健診（詳細部分）

負担額	積極的支援保険者負担上限額 25,120円
	動機付け支援保険者負担上限額 8,470円

その他（保健指導・積極的）

その他（保健指導・動機付け）

保険者所在地 さいたま市大宮区錦町682-2大宮
情報文化センター16階

保険者電話番号 048-658-5915

8800円
上限

※この電話番号は受診券に関する問い合わせ先の番号となります。

保険者番号・名称

01110014

全国健康保険協会
(協会けんぽ埼玉支部)



契約取りまとめ機関名

集合B① 協会集合A① 協会集合A②
個別契約

のみ
確認

支払代行機関番号

94899010

支払代行機関名

社会保険診療報酬支払基金

健診結果を送付する際に用いるもので、お手数ですが、郵便番号・番地まで正確に記入してください。

- 特定健康診査を受診するときには、この券と被保険者証を窓口に提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
- 特定健康診査はこの券に記載してある有効期限内に受診してください。ただし、本年度中に75歳になられる方は、誕生日の前日まで受診できます。
- 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに保険者において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
- 健診（・保健指導結果）のデータファイルは、決済代行機関に点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
- この券は、就職等の理由により健康保険の被扶養者の資格が無くなった日以降は使用できません。5日以内に必ず保険者に返却してください。

就職等により被扶養者資格を喪失した後に、この券を利用して特定健康診査を受診された場合は、後日、協会けんぽが補助を行った健診費用をお返しいただくことになります。

- 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役刑を受けることがあります。
- この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に申し出して訂正を受けてください。
- 特定健康診査を受診される当日は食事制限がありますので、受診日前に必ず健診機関にお問い合わせください。
- 特定健康診査の結果、特定保健指導の対象となった場合であって、この券を用いて健診当日から1週間以内に特定保健指導を利用する時は、以下にご注意ください。
- 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けてもよいかどうかを確認してください。
- 窓口での自己負担額は、原則、健診当日（特定保健指導開始時）に全額をお支払い頂きます。
- 特定保健指導の実施結果は保険者において保存し、必要に応じ、次年度以後の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。

〒

住所

受診券二次元バーコード



利用券二次元バーコード



この二次元バーコードは、券面の情報の入力ミスを防ぎ、業務の効率化・迅速化を図るためにあります。（券面の表示に関わりのない情報はコード化されていません。）

- ・電気料金
・個人印字用紙
 - ・項目で確認
・出来上がりを確認→会社に提出時に持つが、
 - ・金額がいく
・日々取り扱い 会社健診申込書

会社健診申込書

個人的な意見

医療法人社団弘象会東和病院 〒336-0926 さいたま市緑区東浦和7-6-1 TEL:048-873-8621 FAX:048-873-5578

個人
地圖
當角工
DCCU

今社

笔名
叶圣陶

会社の 12

七五

Epoch 2

二加三 持之以恒

七二九

会社名

※健診①または健診②に○をして下さい。

担当者名

健診①(身長・体重・BMI・視力・聴力・血圧測定・検尿)・胸部X線 5,500円

連絡先

健診②：上記項目に加え心電図、採血（肝機能・脂質・血糖） 8,800円

住所

請求先 ~~×~~ あねくは西とうかある、西とうち

2重先生の手 結婚3000→その日で出

2重失効料 $\frac{3000}{\text{支票}} \rightarrow$ その日で出る
(レシート等) $\cdot 5900 \rightarrow$ 教知かがる \rightarrow 違約

(レント付)・5900 → 敷金かがね → 駐輪
- 8800 → BML(トヨタセブン)に去る 20以上降

→ 10日前後かかる

-X- 午後の方はお昼抜く

次回 午後 2022.2.10(木)

さいたま市

さいたま市みどり生活券 ハーフ券

さいたま市社会福祉法人

組合 団体

ハガキはがきの券

170歳以上

② - ③ 支 手

往復券

バスチケット

X-バス停認定

(6ヶ月～高齢)

(年金受取者)

マタタク時 団体券

→ 2回以内後次回に限る

全部

3.000
5.000
8.000

健康診断個人表 令和06年(西暦 2024年)

事業所名	埼玉土建	
所在地		

kana			生年月日	1965/4/30	健診年月日	2024/10/18	性別
氏名				S40.4.30	年齢	59	M
業務歴			血圧	3	最高血圧	145	<140mmHg
				1	最低血圧	77	<90mmHg
既往歴	高血圧・糖尿病・痛風・花粉症		尿検査	1	潜血	(-)	(-)
				1	蛋白	(-)	(-)
自覚症状	なし		末梢血検査	1	糖	(-)	(-)
				1	白血球数(WBC)	7440	3500 - 9700
他覚症状	なし		生化学検査	1	赤血球数(RBC)	451	M438 - 577
				1	血色素測定(Hb)	13.6	M13.6 - 18.3
身長	176.5		1	ヘマトクリット値(Ht)	41.1	M40.4 - 51.9	
				1	血小板数	29.7	14.0 - 37.9
体重	108.1		3	AST(GOT)	54	10 - 40	
				1	ALT(GPT)	32	5 - 45
B M I	3		1	γ-GTP	69	M LT 79	
				1	総コレステロール	215	219以下 計算値
腹囲	3		3	中性脂肪	219	50 - 149	
				1	HDLコレステロール	42	M 40 - 80
視力	右 0.5 (矯正) 左 0.4 (矯正)		1	LDLコレステロール	129	70 - 139	
				3	空腹時血糖	119	70 - 109
聴力	右1000Hz 所見あり 30db 左4000Hz 所見あり 30db 左1000Hz 所見あり 40db 左4000Hz 所見あり 40db		3	HbA1c(NGSP)	6.7	4.6 - 6.2	
				1	尿酸(UA)	4.9	M 3.6 - 7.0
心電図検査	異常なし		1	尿素窒素(BUN)	14	8.0 - 20.0	
				1	クレアチニン(Cre)	0.87	M 0.65 - 1.09
胸部X線	撮影日時 2024/10/18  心陰影拡大		5	eGFR	70.1	60以上 計算値	
				1	便潜血1日目	(+)	(-)
喫煙歴	喫煙をやめた		1	便潜血2日目	(-)	(-)	
				肥満・腹囲超過	日常生活・食事に注意		
診断	聴力検査異常	軽度異常・経過観察					
	胸部X線異常	要経過観察					
高血圧	日常生活・食事に注意						
	肝機能障害	要経過観察					
脂質異常	要経過観察						
	糖尿病	日常生活・食事に注意					
便潜血 陽性	要精密検査						
	メタボリック症候群の判定	該当					
健康診断を実施した医師の氏名	松原正直						
医療法人社団 弘象会 東和病院							
埼玉県さいたま市緑区東浦和7-6-1 TEL 048-873-8621							

判定

① 異常なし

④ 治療が必要です。

指導区分

② わずかに異常があります。

⑤ 再検査が必要です。

③ 日常生活・食事に注意が必要です。

③ 経過観察が必要です。

健康診断個人表 令和 06年(西暦 2024年)

事業所名	個人
所在地	

判定
指導区分

- ① 異常なし
 - ② わずかに異常があります。
 - ③ 日常生活・食事に注意が必要です。

- ③ 経過観察が必要です。
 - ④ 治療が必要です。
 - ⑤ 再検査が必要です。

健康診断結果の見方

検査項目		結果説明
身体測定	B M I	身長と体重を計測し、B M I（体格指数）を算出します。 B M I = 体重 (kg) ÷ 身長 (m) ÷ 身長 (m) 18.5~24.9が基準値となります。18.5未満を低体重、25.0以上を肥満と判定します。
	腹囲	内臓脂肪の蓄積を調べるために腹囲を測定します。おへそを中心にして腹囲を測り、メタボリックシンドロームの疑いがあるかを調べます。男性は85cm未満、女性は90cm未満を基準値として異常なしとなります。
視力	視力	5m先のものがどれだけ見えるか左右の視力を測定します。裸眼で左右とも0.7以上で正常です。0.6以下だと近視や乱視などの疑いがあります。矯正で0.6以下だと、メガネやコンタクトレンズが適切でない可能性があります。
聴力	聴力	聴力検査はオージオメーターで、左右の1000Hz（会話音域）と4000Hz（高音域）の聴力低下がないか調べます。1000Hzは30dB、4000Hzは40dBが基準値となります。
血圧	血圧	血液測定は血管の中を血液が通る際に、血管にかかる圧力を調べます。収縮期血圧（最高血圧）が140mmHg以上、または拡張期血圧（最低血圧）が90mmHg以上だと高血圧と判断されます。高血圧は動脈硬化や、心筋梗塞・脳梗塞の病気につながることがあります。
尿検査	尿蛋白	腎疾患、起立性蛋白尿などで陽性になることがあります。
	尿潜血	腎臓・膀胱・尿道等に異常があると陽性になることがあります。
大腸	尿 糖	糖尿病や腎性糖尿などで陽性になることがあります。
	尿ウロビリ	重い肝機能障害、溶血性貧血や便秘などで陽性になることがあります。
血液一般	便潜血	糞便中に混入した、ヒト由来のヘモグロビンに特異的に反応します。大腸ポリープ、大腸がん、潰瘍性大腸炎、痔、胃・十二指腸潰瘍などの病気を発見できます。
	赤血球数	赤血球は血液中で酸素を運ぶ役目を持っています。貧血を調べる検査ですが、Hb（ヘモグロビン）やHt（ヘマトクリット）などと合わせて総合的に判断します。
	ヘマトクリット（H t）	ヘマトクリットは血液の中で赤血球が占める容積の割合です。低い値は血液濃度が薄いことになり貧血が疑われます。反対に、脱水症や多血症では高い値になります。
	血色素量（H b）	血色素量（ヘモグロビン）は赤血球中の酸素を運ぶためのタンパク質です。
	M C V	赤血球1個あたりの平均容量
	M C H	赤血球1個あたりのH b量
	M C H C	赤血球1個あたりの平均H b濃度
炎症反応	血小板	血小板は出血した時、血栓を作つて血を止める働きをします。
	血清鉄	血清鉄は赤血球造血や生体エネルギー代謝に必須の金属です。これが低値を示す場合は、鉄欠乏性貧血が考えられます。
炎症反応	白血球数	細菌やウイルスなどの捕食や免疫の働きで外敵から体を守るのが白血球の役目です。感染症、炎症、白血球など様々な疾患で増加しますが、まれに減少する疾患もあります。
	C R P	炎症や組織の障害によって上昇します。

健康診断結果の見方

検査項目		結果説明
肝機能	A S T (G O T)	肝臓の細胞に多く含まれている為、細胞が壊れると血中に増加します。その為、肝機能障害の指標になります。その他、心筋骨格筋や赤血球にも含まれている為、これらの障害により増加します。
	A L P (G P T)	A S T (G O T) と同様、肝機能障害の指標ですが、肝特異性が高く、特に肝炎では数値が高くなる傾向があります。
	γ -G T P	アルコール（お酒）による肝機能障害の指標になります。肥満や脂肪肝などの影響で高値を示すこともあります。
脂質代謝	総コレステロール	血中コレステロールの総量を調べます。高い値の場合は、脂質異常症（高脂血症）になる可能性があり、動脈硬化、糖尿病などの危険因子になります。
	中性脂肪	血液中の中性脂肪の量を調べます。高値の場合、肥満や脂肪肝・動脈硬化などの原因となります。食事の影響を受けやすい検査でもあります。
	H D L コレステロール	善玉コレステロールの量を調べます。動脈に溜まったコレステロールを取り除く働きがあります。低い値の場合、動脈硬化性疾患（心筋梗塞や脳梗塞）の危険因子になります。喫煙の影響で低値になる場合もあります。
	L D L コレステロール	悪玉コレステロールの量を調べます。高値の時は、動脈硬化を促進し、脂質異常症（高脂血症）になる可能性があります。また高い値が続くと血管の細胞に余分に溜まってしまい動脈が狭くなり、つまり易くなります。心筋梗塞や脳梗塞の原因にもなります。
血糖	血糖	血中のブドウ糖濃度を示し、糖尿病で上昇します。食事の影響を受けやすい検査なので、空腹時の結果が正常範囲の方でも食後1~3時間は上昇していることがあります。
	H b A 1 c	過去1~2ヶ月の平均血糖値を反映します。血糖と同様、糖尿病の指標に役立ちます。
腎機能	尿素窒素	腎機能の働きを見る検査です。腎臓を排出される老廃物で、腎機能が悪くなると増加します。
	クレアチニン	尿素窒素（B U N）と同様、腎機能の検査です。検査値は筋肉量にも比例しますので、一般的には男性より女性の方が低値になります。
	e G F R	腎臓にどれくらい老廃物を尿に排泄する能力があるかを示しており、この値が低いほど腎臓の働きが悪いということになります。
尿酸	尿酸	老廃物の一種で血中に増加すると関節や臓器に沈着して、痛風や腎機能障害を引き起こします
ピロリ菌	I g G 抗体	I g G 抗体定量（抗体濃度）が10.0以上の場合、陽性（+）となります。 抗体濃度が10.0未満の場合、陰性（-）となりますですが、3.0~9.9は陰性高値と呼ばれています。 陰性高値の多くは以前ピロリ菌に感染していた方が75%。残りは現在感染している方が10%、未感染者も15%含まれます たとえ判定結果が陰性（-）であっても3.0から~9.9の陰性高値の方は、別法（便中ピロリ菌検査・尿素呼気検査など）でピロリ菌感染の有無を再確認する必要があります。

医療法人社団弘象会 東和病院

〒336-0926 埼玉県さいたま市緑区東浦和7-6-1

T E L : 0 4 8 - 8 7 3 - 8 6 2 1

※ 医療等の状況について

(治療を受けた医療機関等に傷病名、医療費または施術料等の証明を受ける用紙)

学校・保育所等の管理下

・授業中（保育中を含む）

例：各教科、遠足、修学旅行、大掃除など

・課外指導中

例：部活動、林間学校、臨海学校など

・休憩時間中及び学校の定めた特定時間中

例：始業前、業間休み、昼休み、放課後

・通常の経路及び方法による通学（園）中

例：登校（登園）中、下校（降園）中

・その他 寄宿舎にあるとき

◎診療報酬点数 500 点以上であれば記入可能。

1か月間の診療につき 1枚用紙を記入。（追記はできない）

申請後、医療費の 4割分（自己負担額 3割 + お見舞金 1割）が給付される。

◎診療報酬点数 500 点未満の場合や何らかの理由で給付対象となった場合は、

各区の保険年金課へ申請し、医療費の払い戻しを受けていただく。

保険適用外の治療、診断書料、交通費等は給付対象となりません。

記入に時間がかかる場合があるため、

「10～15分ほどかかりますが、お待ちになりますか？」とお声をかける。

待つ場合；おかげになってお待ちくださいと。

後日の場合；受け取りに来る保護者の連絡先を聞き、

「出来上がりましたらご連絡いたします。」と伝える。

その際、都合の悪い時間帯などがあれば確認しておく。

記入した用紙は、コピーし、原本は患者、コピーは電子カルテにスキャンする。

医療等の状況

立

学校(園)

令和 年 月分

○この用紙は、独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に使うものであります。	被災児童生徒等	氏名		男	平成		年 月 日生								
				女	令和										
傷病名	(1) (2) (3)														
診療開始日	(1) 令和 年 月 日	診療実日数			転帰										
	(2) 令和 年 月 日	日			治ゆ	死亡	中止								
	(3) 令和 年 月 日														
診療療求報点酬数	外来に係る療養						入院に係る療養								
	十万	万	千	百	十	一	点	日数	十万	万	千	百	十	一	点
								日間							
						入院に係る食事療養標準負担額	日数	万	千	百	十	一	円		
						日間									
上記のとおり証明します。															
令和 年 月 日															
医療機関所在地及び名称															
氏名															
※ 決定	外来に係る療養分		10円×	$\text{点} \times \frac{4}{10} =$		円									
	入院に係る療養分		10円×	$\text{点} \times \frac{4}{10} =$		円									
	入院に係る食事療養標準負担額										円				
	合計										円				

- (注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての療養を受けた場合に使用すること。
 2 病院又は診療所における医科の療養と歯科の療養は、それぞれ別葉とすること。
 3 入院に係る食事療養標準負担額欄は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。
 4 ※印は、記入しないこと。
 5 この医療等の状況の用紙は、日本産業規格A4縦型とすること。

【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（*該当する項目に□をつけてください。）			
①記入者*	②公費負担医療制度*	□乳幼児 □ひとり親 □子ども医療助成 □障害者総合支援法*	
		□保護者	□その他 (利用している制度を記入) 〔 〕
□学校(園)	□利用なし(記入終了)	自己負担額 (「利用あり」の場合に記入)	
□設置者	□利用あり(右欄記入)	円	
□医療機関			

医療機関へお願い

診療報酬請求点数及び負担金額欄中、空欄となる上位けた数欄は、×印等で抹消してください。

【保護者のみなさまへ】

医療機関を受診した場合は、本用紙に証明していただいてください。

- ・災害共済給付制度は、学校・保育所等の管理下で発生する災害に対して給付を行い、教育活動の円滑な実施に資することを目的として設立された公的な互助共済制度です。請求に必要な「医療等の状況」等は、医師、歯科医師、薬剤師、柔道整復師、鍼灸師のみなさまの特別の配慮によりご協力をいただいております。医療機関等に証明していただくにあたっては、用紙を持参してもその場で書いていただけない場合もありますことをご了承ください。
- ・受診した月から2年間請求を行わなかった場合は、時効により給付が受けられなくなりますので、速やかに学校・保育所等に提出してください。

「医療等の状況」の記入方法

独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付業務にご協力をいただき、ありがとうございます。

医療費の証明に当たっては、以下の記入例に基づきご対応いただきますようお願い申し上げます。

- ①医療保険の療養（院内処方分を含む。）について、証明をお願いします。
- ②療養月ごとに記入してください。
- ③総医療費（10割分の点数）を記入してください。

<p>別紙3(1)</p> <p>医 療 等 の 状 況</p> <p>この用紙は 独立行政法人日本スポーツ振興センターの災害共済給付金の支払請求に 使うものです。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2">被扶養児童 氏名</td> <td>安全 健二</td> <td>(男) 平成 (女) 令和</td> <td>○年○月○日生</td> </tr> <tr> <td colspan="2">傷病名</td> <td colspan="3">(1) 右足関節骨折</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">(2)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td colspan="3">(3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">診療開始日</td> <td>(1) 平成 令和 ○年 5月 10日</td> <td>診療実日数</td> <td>5</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>(2) 平成 令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>(3) 平成 令和 年 月 日</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">診療 請求 算定 額</td> <td>外 来 に 係 る 療 著</td> <td>入 院 に 係 る 療 著</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>十万 万 千 百 十 一</td> <td>日 敷 十万 万 千 百 十 一</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td>X X 1 1 2 3 点</td> <td>X 1 6 7 0 0 点</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td>日 間</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td>入院に係る食事療養標準負担額</td> <td>3 X 4 1 4 0 円</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td></td> <td>日 間</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="5">上記のとおり証明します。</td> </tr> <tr> <td colspan="5">令和 ○○年 6月 7日</td> </tr> <tr> <td colspan="2">医療機関所在地及び名称</td> <td colspan="3">○○市△△1-2-3 ○○病院 健康 太郎</td> </tr> <tr> <td colspan="2">氏名</td> <td colspan="3"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">外 来 に 係 る 療 著 分</td> <td>10円×</td> <td>点</td> <td>10 円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">入 院 に 係 る 療 著 分</td> <td>10円×</td> <td>点</td> <td>10 円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">入院に係る食事療養標準負担額</td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> <tr> <td colspan="2">合 計</td> <td></td> <td></td> <td>円</td> </tr> </table> <p>(注) 1 この医療等の状況は、医療保険各法に基づく被扶養者、被保険者又は組合員としての権利を受けた場合に使用すること。 2 病院又は診療所における医師の療養と医薬の療養は、それぞれ別算とすること。 3 入院に係る食事療養標準負担額は、食事をとった日数の合計と食事療養標準負担額の合計額を記入すること。 4 痛用は、記入しないこと。 5 この医療等の状況の用紙は、日本医療規格A-3型とすること。</p> <p>【お願い】上記証明において公費負担医療制度の利用状況について下欄の記入にご協力ください。（※該当する項目に印をつけてください。）</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>□ 加入者</td> <td>□ 公費負担医療制度</td> <td>□ 乳幼児</td> <td>□ ひとり親</td> <td>□ 子ども医療助成</td> <td>□ 障害者特待金</td> </tr> <tr> <td>□ 痘瘍者</td> <td>□ 利用なし (未加入)</td> <td>□ その他</td> <td>□ 特別な場合を記入</td> <td colspan="2">[]</td> </tr> <tr> <td>□ 学校(園)</td> <td>□ 利用あり (在学)</td> <td>□ 費用負担額</td> <td>□ 「公費あり」の場合は、記入</td> <td colspan="2">円</td> </tr> <tr> <td>□ 被扶養者</td> <td>□ 利用あり (家庭)</td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>□ 医療機関</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>	被扶養児童 氏名		安全 健二	(男) 平成 (女) 令和	○年○月○日生	傷病名		(1) 右足関節骨折					(2)					(3)			診療開始日		(1) 平成 令和 ○年 5月 10日	診療実日数	5			(2) 平成 令和 年 月 日					(3) 平成 令和 年 月 日			診療 請求 算定 額		外 来 に 係 る 療 著	入 院 に 係 る 療 著				十万 万 千 百 十 一	日 敷 十万 万 千 百 十 一				X X 1 1 2 3 点	X 1 6 7 0 0 点					日 間					入院に係る食事療養標準負担額	3 X 4 1 4 0 円				日 間		上記のとおり証明します。					令和 ○○年 6月 7日					医療機関所在地及び名称		○○市△△1-2-3 ○○病院 健康 太郎			氏名					外 来 に 係 る 療 著 分		10円×	点	10 円	入 院 に 係 る 療 著 分		10円×	点	10 円	入院に係る食事療養標準負担額				円	合 計				円	□ 加入者	□ 公費負担医療制度	□ 乳幼児	□ ひとり親	□ 子ども医療助成	□ 障害者特待金	□ 痘瘍者	□ 利用なし (未加入)	□ その他	□ 特別な場合を記入	[]		□ 学校(園)	□ 利用あり (在学)	□ 費用負担額	□ 「公費あり」の場合は、記入	円		□ 被扶養者	□ 利用あり (家庭)					□ 医療機関						<p>この枠内の記入をお願いします。</p> <p>療養月を記入してください。</p> <p>・学校の管理下での災害による傷病名のみ記入してください。 ・傷病部位を記入してください。 例) 21 1 歯牙破折</p> <p>入院・外来の合計を記入してください。</p> <p>治療が継続している場合は、記入の必要はありません。</p> <p>保険外診療や学校の管理下と関係のない傷病（むし歯など）の点数を除いて記入してください。</p> <p>食事療養標準負担額を記入してください。（課税世帯で、1日3食で3日間入院する場合は、$460\text{円} \times 3\text{食} \times 3\text{日} = 4,140\text{円}$となります。）</p> <p>証明日・医療機関所在地及び名称・氏名の記入をお願いします。</p> <p>公費負担医療制度の利用の記入について、ご協力いただける場合は、よろしくお願ひします。</p>
被扶養児童 氏名		安全 健二	(男) 平成 (女) 令和	○年○月○日生																																																																																																																																				
傷病名		(1) 右足関節骨折																																																																																																																																						
		(2)																																																																																																																																						
		(3)																																																																																																																																						
診療開始日		(1) 平成 令和 ○年 5月 10日	診療実日数	5																																																																																																																																				
		(2) 平成 令和 年 月 日																																																																																																																																						
		(3) 平成 令和 年 月 日																																																																																																																																						
診療 請求 算定 額		外 来 に 係 る 療 著	入 院 に 係 る 療 著																																																																																																																																					
		十万 万 千 百 十 一	日 敷 十万 万 千 百 十 一																																																																																																																																					
		X X 1 1 2 3 点	X 1 6 7 0 0 点																																																																																																																																					
			日 間																																																																																																																																					
			入院に係る食事療養標準負担額	3 X 4 1 4 0 円																																																																																																																																				
			日 間																																																																																																																																					
上記のとおり証明します。																																																																																																																																								
令和 ○○年 6月 7日																																																																																																																																								
医療機関所在地及び名称		○○市△△1-2-3 ○○病院 健康 太郎																																																																																																																																						
氏名																																																																																																																																								
外 来 に 係 る 療 著 分		10円×	点	10 円																																																																																																																																				
入 院 に 係 る 療 著 分		10円×	点	10 円																																																																																																																																				
入院に係る食事療養標準負担額				円																																																																																																																																				
合 計				円																																																																																																																																				
□ 加入者	□ 公費負担医療制度	□ 乳幼児	□ ひとり親	□ 子ども医療助成	□ 障害者特待金																																																																																																																																			
□ 痘瘍者	□ 利用なし (未加入)	□ その他	□ 特別な場合を記入	[]																																																																																																																																				
□ 学校(園)	□ 利用あり (在学)	□ 費用負担額	□ 「公費あり」の場合は、記入	円																																																																																																																																				
□ 被扶養者	□ 利用あり (家庭)																																																																																																																																							
□ 医療機関																																																																																																																																								

証明いただいた傷病名が、学校・保育所等の管理下の災害以外によるものと考えられる場合や傷病名と因果関係が判然としない場合などは、証明内容を確認させていただく場合があります。その場合は、傷病名欄余白等に記入していただくようお願いします。



生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）

移送費は医療扶助の一部として支給。

⇒担当医が給付要否意見書を記入し、通院の必要性があると認められた場合

生活保護の8つの扶助；生活扶助、教育扶助、住宅扶助、**医療扶助**、介護扶助、出産扶助、
生業扶助、葬祭扶助

医療扶助とは、8つの扶助のうちの1つで、病気やけがの治療のため、医療機関等に
かかるための費用を扶助。

- ・交通手段（バス、電車➡領収書がないので、病院までの乗車区間を確認）
(タクシー ➡領収書を確認する)

受診確認書を預かったら、受診日を確認、該当日に上田印を押す。

医療機関の所在地・名称の入った印を押す。

※患者氏名、受診年月、生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）は患者が記入。

受 診 確 認 書

患者氏名と受診年月については、申請者が記入してください。

患者氏名		受診年月	令和	年	月分
------	--	------	----	---	----

下記の太枠内については、受診した医療機関で記載を受けてください。

さいたま市緑福祉事務所長様

上記患者の、当医療機関への受診実績（上記受診年月分）については、次のとおりです。

1 日		8 日		15 日		22 日	
2 日		9 日		16 日		23 日	
3 日		10 日		17 日		24 日	
4 日		11 日		18 日		25 日	
5 日		12 日		19 日		26 日	
6 日		13 日		20 日		27 日	
7 日		14 日		21 日		28 日	

※ 患者が受診した日について、医療機関の印・スタンプ等を押印してください（詳細下記）。

医療機関の所在地・名称 院（所）長	医療法人社団弘象会 東和病院 埼玉県さいたま市緑区東道7-6-1 電話048(873)8621 上田象三	29 日
		30 日
		31 日

(医療機関へのお願い並びに記載要領)

- この面の太枠内を、医療機関において記載してください。
- この「受診確認書」は、さいたま市内の福祉事務所で生活保護を受けている患者が、医療機関（さいたま市外に所在する医療機関を含む）への受診に係る交通費について、生活保護法による医療扶助における移送の給付を受けようとするときに、患者の受診実績を証明するために必要となる資料です。
- 日付欄の、患者が受診した日付に該当する欄に、医療機関の印・スタンプ等を押印してください。
- 患者が、やむを得ない理由により、同日に2回以上受診した場合は、日付欄に押印した余白に、「2回」等と朱書してください。
- 「受診確認書」は、指定医療機関医療担当規程第7条に言う「必要な証明書又は意見書等」に該当しますので、記載・交付は無償で行っていただくこととなります。
- 患者氏名、受診年月、及び「生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）」（この用紙の反対側の面の太枠内）は、患者が記入します。
- 「受診確認書」に記載された内容について、福祉事務所から医療機関にお問い合わせさせていただく場合があります。

生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）

令和 年 月分

下記の太枠内に記入してください。

令和 年 月 日

受取印

さいたま市緑福祉事務所長様

住所
申請者

氏名

こちら側の面は
患者自身で記入
してもらいます。

下記のとおり医療機関に受診しましたので、生活保護法による保護の変更（医療扶助の移送費の給付）を申請します。

患者氏名	男	世帯主氏名					
明・大・昭・平・令	女	(患者との続柄)					
年生まれ(歳)							
居住地	さいたま市 区						
受診先医療機関		交通手段・経路および片道運賃（電車・バス等の場合）					
		~	(片道 円)				
		~	(片道 円)				
		~	(片道 円)				
1 日	円	8 日	円	15 日	円	22 日	円
2 日	円	9 日	円	16 日	円	23 日	円
3 日	円	10 日	円	17 日	円	24 日	円
4 日	円	11 日	円	18 日	円	25 日	円
5 日	円	12 日	円	19 日	円	26 日	円
6 日	円	13 日	円	20 日	円	27 日	円
7 日	円	14 日	円	21 日	円	28 日	円
通院日数	備考			29 日	円		
日				30 日	円		
かかった費用の合計額				31 日	円		
円							

福祉事務所 確認欄	給付要否意見書による給付承認期間	割引等		給付決定額
		<input type="checkbox"/> 障害者割引運賃	<input type="checkbox"/> 障害福祉タクシー券	
	令和 年 月 日 から	<input type="checkbox"/> 回数券・定期券		
	令和 年 月 日 まで	<input type="checkbox"/> その他 ()		円

(生活保護法による医療扶助における移送の給付を受けようとする方へ)

- 1 医療扶助における移送の給付を受けようとするときは、この用紙の反対側の面（「受診確認書」）に氏名・受診年月を記入して、受診の際に、医療機関の印・スタンプ等を押印してもらってください。
- 2 複数の医療機関に受診する場合は、医療機関ごとに1枚ずつの用紙を使用してください。
- 3 「受診確認書」に医療機関の押印を受けた上で、「生活保護法による保護変更申請書（医療移送費）」に必要事項を記入して、福祉事務所に提出してください。
- 4 タクシー等を利用して受診した場合は、この用紙にタクシー等の領収書等を添付して、福祉事務所に提出してください。なお、タクシー等の利用については事前に福祉事務所の承認を受けてください。