

新潟市国民健康保険にご加入の40歳～74歳のみなさまへ

健診結果データの提出にご協力ください

人間ドックや職場等で受けた健診結果データ提出のお願い

新潟市国民健康保険では、40歳～74歳の人を対象に生活習慣病予防を目的とした「特定健康診査」を実施しています。

新潟市国民健康保険の加入者で、令和7年4月1日以降に新潟市国民健康保険の特定健康診査受診券を利用せず、人間ドックや職場での健診を受けた方は、その健診結果のコピーの提出にご協力くださいますよう、お願いいたします。

提出していただいたすべての人には健康に関する情報提供をするほか、メタボリックシンドロームに該当する（または疑いがある）方には、区役所の保健師や栄養士が実施する特定保健指導をご案内させていただきます。

（健診結果は、本人の健康管理を行うための保健指導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。また、提出いただいた方には、健康管理にご利用いただくための粗品を進呈いたします。）

対象となる人（すべての条件を満たす方）

- ・新潟市国民健康保険加入者（人間ドック・職場健診受診時も含む）
- ・40歳～74歳（昭和26年4月1日～昭和61年3月31日生まれ）の方
- ・令和7年4月1日以降に新潟市国民健康保険の特定健康診査受診券を利用せず、人間ドックや職場での健診を受けた人

提出いただく書類

①健診結果提出同意書

②健診結果のコピー

（特定健康診査の検査項目を含む該当ページのコピー）

③ 新潟市国保 令和7年度 特定健康診査受診券

特定健康診査受診券（左下部分）のみ切りとり、ご提出ください。
受診券を紛失した場合、再発行して添付する必要はありません。

※提出いただいた書類は返却しませんのでご了承ください。

特定健康診査の受診券を利用し、特定健診を受診済の場合は、結果の提出は不要です

<令和7年度国保用受診券見本>

提出の切および提出方法

令和8年5月29日まで

保険年金課へ郵送で提出

持参の場合は、各区役所 健康福祉課 健康増進係窓口

お問い合わせ先：保険年金課 健康支援推進室 電話025-226-1075

提出先

●郵送

担当係	住 所
市役所 福祉部 保険年金課 健康支援推進室	〒951-8550 中央区学校町通1番町602番地1

●持参

担当係	住 所
北 区 健康福祉課 健康増進係	〒950-3393 北区東栄町1丁目1番14号
東 区 健康福祉課 健康増進係	〒950-8709 東区下木戸1丁目4番1号
中央区 健康福祉課 健康増進係	〒951-8553 中央区西堀通6番町866番地 NEXT21 3階
江南区 健康福祉課 健康増進係	〒950-0195 江南区泉町3丁目4番5号
秋葉区 健康福祉課 健康増進係	〒956-8601 秋葉区程島2009番地
南 区 健康福祉課 健康増進係	〒950-1292 南区白根1235番地
西 区 健康福祉課 健康増進係	〒950-2097 西区寺尾東3丁目14番41号
西蒲区 健康福祉課 健康増進係	〒953-8666 西蒲区巻甲2690番地1

健診結果提出同意書

新潟市長 あて

私が受診した健診結果を、下記の事項に同意したうえで提出します。

- 令和7年度新潟市国民健康保険特定健康診査の実施に代えること。
- 健診結果のデータが、新潟市の保健事業の企画及び評価のための分析データとして使用されること。

記入日	令和 年 月 日		
住所	〒 -		
	新潟市 区		
フリガナ		生年月日 (年齢)	昭和 年 月 日 (歳)
氏名	(自署)		
電話番号	- -	(日中連絡の取れる電話番号をご記入ください)	

※生年月日が昭和26年3月31日以前の方は、ご提出の対象外となります。

1. 下記の質問にお答えください。(必須)

No		回 答 (<input type="checkbox"/> 欄をチェックしてください)
①	血圧を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
②	血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
③	コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
④	現在、たばこを習慣的に吸っていますか ※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。 条件1:最近1か月間吸っている 条件2:生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) <input type="checkbox"/> いいえ

2. 提出いただく健診結果に以下の項目全てが含まれているか確認ください。

身体測定	<input type="checkbox"/> 身長	<input type="checkbox"/> 体重	<input type="checkbox"/> 腹囲
血圧	<input type="checkbox"/> 収縮期血圧	<input type="checkbox"/> 拡張期血圧	
尿検査	<input type="checkbox"/> 尿糖	<input type="checkbox"/> 尿蛋白	
血液検査	(血糖) <input type="checkbox"/> 空腹時血糖 又は 随時血糖, HbA1c		
	(脂質) <input type="checkbox"/> 中性脂肪 <input type="checkbox"/> HDL コレステロール		
	<input type="checkbox"/> LDL コレステロール 又は Non-HDL コレステロール		
	(肝機能) <input type="checkbox"/> AST	<input type="checkbox"/> ALT	<input type="checkbox"/> γ-GT
その他	<input type="checkbox"/> 健診年月日	<input type="checkbox"/> 健診機関	<input type="checkbox"/> 健診医 <input type="checkbox"/> 医師の判断(判定)