

# 精密健康診査実施要綱

## 第1 目的

区市町村において実施する妊婦健康診査、乳児健康診査、1歳6か月児健康診査及び3歳児健康診査等の結果、診断の確定のため精密健康診査を要する者について、専門的な診断のできる医療機関（以下「専門医療機関」という。）及び児童相談所の協力を得て精密健康診査を行い、もってこれらの健康診査の充実強化を図る。

## 第2 対象者

都内に居住し、次の健康診査において、診断の確定のための精密健康診査を行う必要があると判断されたものとする。

種 別	対 象 者	交付対象年齢
妊 婦	医療機関での健康診査	—
乳 児	区市町村において実施する集団健康診査又は医療機関での健康診査 東京都において実施する先天性代謝異常等検査及び神経芽細胞腫検査	満1歳未満
1歳6か月児	区市町村において実施する1歳6か月児健康診査	満2歳未満
3 歳 児	区市町村において実施する3歳児健康診査	満4歳未満

## 第3 実施機関

- 1 区市町村長が委託契約を締結した専門医療機関
- 2 社団法人東京都医師会（以下「東京都医師会」という。）に加入し、本事業に協力する専門医療機関
- 3 児童相談所（精神発達遅滞、情緒障害等に関する場合に限る。）

## 第4 委託契約の締結

区市町村長は、東京都医師会長及び各専門医療機関の長と委託契約を締結し、精密健康診査を実施する。

## 第5 精密健康診査の範囲

診断確定に必要な検査等で、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年3月16日厚生省告示第54号)」に掲げる範囲で、入院を要する検査を除いたものとする。ただし、妊婦精密健康診査については、妊娠に起因する疾病に関するものに限る。

## 第6 受診票の交付及び再交付

- 1 精密健康診査を受診しようとする者又はその保護者は、精密健康診査受診票交付・再交付申請書(参考様式①)により、区市町村長に申請するものとする。
- 2 区市町村長は、前項の申請書を審査し、適当と認めたときは、精密健康診査受診票(第1号様式 妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児用)を交付する。  
また、3歳児の視力検診の場合は、精密健康診査受診票(参考様式② 3歳児視力用)を、3歳児の聴覚検診の場合は、精密健康診査受診票(参考様式③ 3歳児聴覚用)を交付する(以下「受診票」という)。
- 3 受診票は、甲乙丙の3枚複写とし、区市町村長は、甲票及び乙票を交付する。  
甲票……医療機関等依頼兼医療機関等控用  
乙票……結果通知用  
丙票……区市町村発行控用
- 4 区市町村長は、受診票に別表1で定める負担者番号及び別表2で定める受給者番号を記入して交付するものとする。
- 5 同時に2以上の疾病に係る診断の確定について精密健康診査を依頼する場合は、各診療科ごとに受診票を交付する。ただし、妊婦精密健康診査を除く。
- 6 東京都の実施する先天性代謝異常等検査及び神経芽細胞腫検査の結果、精密健康診査を要すると診断された場合、区市町村長は、都の依頼により受診票を交付する。
- 7 受診票の交付を受けた者(以下「被交付者」という)は、受診査を紛失又はき損した場合、精密健康診査受診票交付・再交付申請書により、区市町村長に再交付を申請できるものとする。

## 第7 受診票の有効期間及び交付回数

受診票の有効期間及び交付回数は、次のとおりとする。

種 別	有 効 期 間	交付回数
妊 婦	診断が確定するまでの期間とする。ただし、初診は交付日を含めて1か月以内に受診するものとする。	1 回
乳 児		2回以内
1歳6か月児		制限なし
3 歳 児		

## 第8 受診票の提示

被交付者が、実施機関において精密健康診査を受けようとするときは、被保険者証とともに受診票を提出するものとする。

## 第9 精密健康診査の実施及び結果の通知

実施機関は、受診票により精密健康診査を実施する。診断が確定したときは、所見、今後の処置等を記入し、速やかに乙票を区市町村長に提出する。

## 第10 精密健康診査の公費負担額

区市町村が負担する精密健康診査の額は、健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法（平成6年厚生省告示第54号）の例により算定した額から、健康保険法等の保険者が負担すべき額を控除した額とする。

## 第11 精密健康診査費の請求

専門医療機関は、被交付者に対し精密健康診査を行ったときは、当該健診月の翌月10日までに、次により精密健康診査費を区市町村長に請求するものとする。

### 1 国民健康保険診療分

「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（平成8年12月24日厚生省令第70号）」による診療報酬請求書及び診療報酬明細書を東京都国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）に提出する。

### 2 医療保険診療分

区市町村負担医療費請求書（第2号様式）を連合会に提出する。

## 第12 精密健康診査費の審査及び支払

区市町村長は、精密健康診査費等の審査支払に関する事務を連合会に委託して行うものとする。

### 1 精密健康診査費

区市町村長は、前記第11による請求書等を受理し、その過誤を調査し適当と認めるときは、連合会を通じて、専門医療機関にその旨を通知し支払うものとする。

なお、支払後、過誤額が確認された場合、連合会を通じて、当該過誤額を通知するとともに、精算処理するものとする。

### 2 利子補給

この制度の円滑な実施を図るため、区市町村長は、専門医療機関に対して、1により支払う精密健康診査費について、連合会を通じて、利子補給を行うものとする。

### 3 手数料

区市町村長は、この制度の実施に伴い、専門医療機関に対して、連合会を通じて、次の手数料を支払うものとする。

(1) 事務取扱手数料

(2) 介助手数科

### 第13 事後措置

区市町村長は、精密健康診査の結果を母子健康管理票に記録するとともに、指導を要するものについては適切な措置を講ずるものとする。

### 第14 広報活動

関係行政機関は、各種広報手段を活用するとともに、医師会及び専門医療機関などの関係団体を通じて、都民に対して制度の周知を図るものとする。

### 附 則

この要綱は、平成9年4月1日から施行する。

年 月 日

## 精密健康診査受診票 交付・再交付申請書

長 殿

申請者居住地

氏 名 印

下記により、精密健康診査受診票の交付・再交付を受けたいので申請いたします。

記

フリカナ 受診者氏名		生年月日	年 月 日
居 住 地	電話		
保護者氏名	※乳幼児の場合のみ記入してください。		
妊婦の場合	妊娠週数	週	出産予定日 年 月 日
申請理由	1. 区市町村で実施した健康診査で受診を勧められたため 2. 医療機関で受診を勧められたため 3. 先天性代謝異常等検査又は神経芽細胞腫検査で受診を勧められたため 4. 受診票を紛失又はき損したため 5. その他( )		
受診者 区 分	1. 妊 婦            2. 乳 児            3. 1歳6か月児 4. 3歳児一般      5. 3歳児視力      6. 3歳児聴覚		

第2号様式

区市町村

精密健康診査(妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児)  
 妊娠中毒症等(87136016~87136230)

区市町村負担医療費請求書

※87136008分は、東京都負担医療費請求書(みどり)にて請求してください。

医療機関コード

区市町村長殿

下記のとおり請求いたします。

平成 年 月 日

医療機関所在地  
 名称(電話)  
 開設者

診療年月 平成 年 月 分

医科 1

(印)

内 訳 No

区市町村	負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	本人別 取次	入院別 外来	診療 日数	自己負担金 請求額	公費分点数	備考
87136				本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
87136				本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
87136				本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
87136				本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
87136				本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
87136				本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
87136				本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
87136				本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
87136				本(1) 家(2)	入(1) 外(2)	日	円	点	
99999999			合 計			件	円		

請求書送付先 〒160 東京都新宿区四谷三丁目三番地一  
 東京都国民健康保険団体連合会

(注) 1 入院時食事療養費に係る費用(食事提供日数×標準負担額)は自己負担金額求額の下欄に記入してください。  
 2 請求書は、診療年月ごとに別用紙にしてください。

別表1 負担者番号一覧

87…法制番号

13…都道府県番号

600…実施機関番号

下1桁…検証番号

千代田区	87136016	葛飾区	87136222	東大和市	87136438
中央区	87136024	江戸川区	87136230	清瀬市	87136446
港区	87136032	八王子市	87136248	東久留米市	87136453
新宿区	87136040	立川市	87136255	武蔵村山市	87136461
文京区	87136057	武蔵野市	87136263	多摩市	87136479
台東区	87136065	三鷹市	87136271	稲城市	87136487
墨田区	87136073	青梅市	87136289	あきる野市	87136495
江東区	87136081	府中市	87136297	羽村市	87136503
品川区	87136099	昭島市	87136305	瑞穂町	87136511
目黒区	87136107	調布市	87136313	日の出町	87136529
大田区	87136115	町田市	87136321	檜原村	87136545
世田谷区	87136123	小金井市	87136339	奥多摩町	87136552
渋谷区	87136131	小平市	87136347	大島町	87136560
中野区	87136149	日野市	87136354	利島村	87136578
杉並区	87136156	東村山市	87136362	新島村	87136586
豊島区	87136164	国分寺市	87136370	神津島村	87136594
北区	87136172	国立市	87136388	三宅村	87136602
荒川区	87136180	田無市	87136396	御蔵島村	87136610
板橋区	87136198	保谷市	87136404	八丈町	87136628
練馬区	87136206	福生市	87136412	青ヶ島村	87136636
足立区	87136214	狛江市	87136420	小笠原村	87136644

別表2 受給者番号

1 受給者番号一覧表

精密健康診査名	受給者番号			※ 検証番号
	疾病番号	患者番号		
妊婦精密健康診査	2			
乳児精密健康診査	3			
1歳6か月児精密健康診査	4			
3歳児精密健康診査	5			

2 受給者番号の計算方法

検証番号を除いた残りの6桁について、次のように計算する。

下から1桁目の数	× 2	=	A	} かけ合わせた数が2桁になる場合は、 1桁目の数と2桁目の数の和 (例) 6 × 2 = 12 ↓ 1 + 2 = 3
// 2 //	× 1	=	B	
// 3 //	× 2	=	C	
// 4 //	× 1	=	D	
// 5 //	× 2	=	E	
// 6 //	× 1	=	F	

↓

$$A + B + C + D + E + F = \boxed{G} \quad \boxed{H}$$

↓      ↓  
2桁目 1桁目

↓

$$\boxed{\text{検証番号}} = 10 - (1\text{桁目の数字}) = 10 - H$$

なお、この解が10になる場合 (Hが0の場合) は、検証番号を0とする。

(例)

3	0	2	6	5	0
×	×	×	×	×	×
1	2	1	2	1	2

$$3 + 0 + 2 + (12) + 5 + 0 = 13$$

1 + 2 = 3

検証番号 = 10 - 3 = 7



# 精密健康診査受診票(妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児)

(甲・医療機関依頼用)

負担者番号	8	7	1	3	6				種別	該当するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 3歳児	
受給者番号									×		
フリガナ									男・女	昭和 平成	年 月 日生
受診者氏名											
フリガナ									保険の 記号		番号
保護者番号											
保険者番号									保険の 種類	政府(1)・船員(2)・日雇(3)・組合(4)・ 共済(5)・国保(6)・生保(8)・ 退職被保険者	
保険者名称											
居住地	東京都								電話	( )	
初診有効期間	平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで										
依頼要旨											
上記の者の精密健康診査を依頼します。											
平成 年 月 日											
殿 長 団											
医師											
所見又は今後の処置											
精密健康診査の結果は上記のとおりです。											
平成 年 月 日											
医療機関名											
担当医師名											

＜受診者・保護者の方へ＞

- 1 精密健康診査を受けるときは、この受診票と健康保険証を紹介された医療機関にお持ちください。
- 2 この受診票で、診察の確定のために必要な検査(入院を要する検査を除く。)を受診できます。本人の自己負担はありません。
- 3 受診票交付日から1か月以内に初診を受けてください。(この受診票は、診断の確定まで有効です。)

＜医療機関へのお問い合わせ＞

- 1 この票の乙(結果通知用)は、医師又は受診者を通じて、上記依頼者まで御返送ください。
- 2 国民健康保険分は診療報酬明細書により、社会保険分は公費分のみ区市町村負担医療費請求書(きりう)により、東京都国民健康保険団体連合会に請求してください。

第1号様式

精密健康診査受診票(妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児)

(丙・発行型)

負担者番号	8	7	1	3	6	欄	既済するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 3歳児		
受診者番号						X	別		
フリガナ	昭和 年 月 日生								
受診者氏名	昭和 平成								
フリガナ	男、女								
保険者番号	保険の記号								
保険者番号	保険の種別								
保険者名称	被保(1)・被保(2)・日保(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6)・労保(7)・退職者保険等								
居住地	東京都								
初診時間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日まで
依頼者	東京都								
上記の者の精密健康診査を依頼します。									
平成	年	月	日	段			長	醫師	
所見又は今後の処置									
精密健康診査の結果は上記のとおりです。									
平成	年	月	日	段			長	醫師	
所見又は今後の処置									

＜お診察・領収書の方へ＞  
 1 精密健康診査を受ける場合は、この受診票と健康保険証を併せてお持ちください。  
 2 この受診票で、医師の同意のために必要な検査(入院を要する検査を除く)を受けることができます。本人の自己負担はありません。  
 3 負担者交付日から1か月以内(1か月以内)に領収書を受け取ってください。(この受診票は、医師の同意で有効です。)

＜医師依頼へのお願い＞  
 1 この票の乙(添付事項)は、価格又は見当を添付して、上記受診票より明細を請求してください。  
 2 国民健康保険分は健康保険組合(協会)により、社会保険分は公費分の承認(認可)健康保険組合(協会)により、東京府国民健康保険組合に請求してください。

第1号様式

精密健康診査受診票(妊婦・乳児・1歳6か月児・3歳児)

(乙・結果通知用)

負担者番号	8	7	1	3	6	欄	既済するものに○をすること 妊婦 乳児 1歳6か月児 3歳児		
受診者番号						X	別		
フリガナ	昭和 年 月 日生								
受診者氏名	昭和 平成								
フリガナ	男、女								
保険者番号	保険の記号								
保険者番号	保険の種別								
保険者名称	被保(1)・被保(2)・日保(3)・組合(4)・共済(5)・国保(6)・労保(7)・退職者保険等								
居住地	東京都								
初診時間	平成	年	月	日	から	平成	年	月	日まで
依頼者	東京都								
上記の者の精密健康診査を依頼します。									
平成	年	月	日	段			長	醫師	
所見又は今後の処置									
精密健康診査の結果は上記のとおりです。									
平成	年	月	日	段			長	醫師	
所見又は今後の処置									

＜お診察・領収書の方へ＞  
 1 精密健康診査を受ける場合は、この受診票と健康保険証を併せてお持ちください。  
 2 この受診票で、医師の同意のために必要な検査(入院を要する検査を除く)を受けることができます。本人の自己負担はありません。  
 3 負担者交付日から1か月以内(1か月以内)に領収書を受け取ってください。(この受診票は、医師の同意で有効です。)

＜医師依頼へのお願い＞  
 1 この票の乙(添付事項)は、価格又は見当を添付して、上記受診票より明細を請求してください。  
 2 国民健康保険分は健康保険組合(協会)により、社会保険分は公費分の承認(認可)健康保険組合(協会)により、東京府国民健康保険組合に請求してください。