

## 歯科健康診査受診券等作成発送委託業務仕様書

### 第1 業務概要

山口県後期高齢者医療広域連合（以下「甲」という。）は、受託者（以下「乙」という。）に、後期高齢者歯科健康診査受診券（以下「受診券」という。）等の作成、封入封緘及び発送に関する業務（以下「本業務」という。）を委託する。

### 第2 委託期間

契約締結日から令和7年6月2日（月）まで

### 第3 委託業務内容

下記のとおりとする。詳細については、「第8 仕様等詳細」のとおりとする。

#### 1 作成物及び数量

(1) 受診券台紙	28,000枚
(2) 当初受診券（受診券台紙への印字等）	25,000枚（見込）
(3) お知らせ文書（デザイン制作を含む）	28,000枚
(4) 質問票	29,200枚
(5) 歯科健診実施機関一覧表（19市町別）	25,000枚
(6) 窓空封筒（当初受診券発送用）	25,000枚
(7) 窓空封筒（随時受診券用）	3,000枚
(8) 診断票	10,700部（42,800枚）
(9) 受診券（見本）	650枚

#### 2 封入封緘業務

郵送対象者ごとに、上記作成物「(2) 当初受診券」、「(3) お知らせ文書」、「(4) 質問票」、「(5) 歯科健診実施機関一覧表」を「(6) 窓空封筒（当初受診券発送用）」に封入封緘する。

作業予定件数は25,000件（見込）とする。

#### 3 発送・納品

(1) 上記「2 封入封緘業務」で封入封緘したものを当初受診券に印字された宛先・宛名に郵送する。

発送数は25,000通（見込）とする。

(2) その他の作成物は甲の指定数量を指定場所へ納品する。

### 第4 委託条件

- 1 乙は、本業務の実施に当たって、関係法令等を十分に遵守すること。
- 2 乙は、本業務の履行により知り得た本業務の内容を他者に漏らしてはならない。
- 3 乙は、個人情報保護や対策を目的とした一般財団法人日本情報経済社会推進協会によるプライバシーマークの認定又はISMS（情報セキュリティマネジメントシステム）適合評価制度の認証のいずれかを受けていること。
- 4 個人情報保護の観点から、本業務の一部を第三者に再委託する際には、再委託先についても、前項に示した認証のいずれかを受けていることを条件とし、事前に甲の承

認を得るものとする。

- 5 甲による事前の承認を得て第三者に再委託する場合は、乙は当該第三者に対し、本業務における乙の義務と同様の義務を遵守させ、その行為について一切の責任を負うこと。
- 6 取り扱う個人情報に厳重に管理し、その保護に配慮した十分な体制を整えること。
- 7 本業務中のトラブル発生に際しては、事業所内のバックアップ体制を整え迅速な対応ができること。
- 8 委託内容、作業日程等については、甲の電算処理等の都合により変更が生じる可能性があり、その際は別途協議の上、決定するものとする。

## 第5 作成物の帰属

本業務の履行に伴い発生する帳票等の所有権は、すべて甲に帰属する。

## 第6 データの保護

乙は、本業務を履行するために甲から提供を受け又は乙自ら作成する記録媒体若しくは帳票等（以下「データ等」という。）の安全対策を講じるほか、次の事項について措置する。

### 1 管理

データ等は個人情報であるため、秘密の保持等には善良な管理者による細心の注意義務をもって、インターネット等により外部と接続されていない環境のもとで契約期間終了まで厳重に保管する。

### 2 返還

乙が甲から提供を受けたデータ等は、本業務の履行上、不要となった時点で遅滞なく返還する。個人情報が含まれたデータを返還する際は、鍵付きのケース等を利用して持ち運ぶ。

### 3 移送

乙が作成したデータを移送する際には、乙側でデータの暗号化を施す。なお、暗号化に使用するツールは、個人情報保護の観点から踏まえ乙が選択する。個人情報が含まれたデータを移送する際は、鍵付きのケース等を利用して持ち運ぶ。

### 4 消去等

乙が自ら作成したデータ等は、本業務の履行上、不要となった時点で確実な方法をもって消去し、又は廃棄しなければならない。また、その証（個人情報廃棄処分証明書等）となるものを提出する。

### 5 授受

確認データ等の授受は、書面（送付書、受領書）にて確認の上行う。

### 6 目的外利用の禁止

乙は、本業務に係るデータ等を本業務以外の目的に使用してはならない。

### 7 漏えい時の対応

個人情報の漏えい等が発生した場合は、直ちに漏えい等の拡大を防止する措置を講じるとともに、甲に報告し、その指示を受ける。

## 第7 注意事項

- 1 製品作成について特許等がある場合は、乙がその責任を負う。
- 2 作成物は第三者の著作権、肖像権その他いかなる権利も侵害するものでなく、合法的なものであることとし、万一、第三者から異議の申立、あるいは損害賠償請求等が

あった場合には、乙の責任と負担においてこれを処理することとする。

- 3 作業内容や工程等については、契約締結後、綿密な打合せ及び調整を行うものとする。
- 4 原稿の校正は1回以上行うこと。校正ごとに、PDFファイルを電子メールにて送付するとともに用紙に印刷したものも甲まで提出すること。
- 5 その他、本仕様書に定めのない事項及び業務遂行上疑義が生じた事項については、その都度、甲と乙の協議の上処理する。

## 第8 仕様等詳細

### 1 作成物

#### (1) 受診券台紙

数量	28,000枚
用紙規格	上質紙中厚口 A4 (基準) 色:桜色
印刷仕様	両面 (表面:2色 (黒色・赤色)、裏面:1色 (黒色)) ・プリント処理に影響しないオフセット耐熱インクを使用 ・公印は刷り込み印刷とし、詳細は別途協議
レイアウト	別紙1-① (表面・裏面) のとおり ・原稿はワード及びエクセル形式で電子メールにより入稿
入稿時期	4月下旬
納品 (発送) 先 :部数	ア:3,000枚を甲事務局に折らずに納品 イ:25,000枚 (見込) は下記「(2) 当初受診券 (受診券台紙への印字等)」に記載のとおり
納品 (発送) 期限	上記ア:令和7年5月22日 (木) 上記イ:下記「(2) 当初受診券 (受診券台紙への印字等)」に記載のとおり

#### (2) 当初受診券 (受診券台紙への印字等)

数量	25,000枚 (見込) ※受診券台紙への印字枚数が確定した時点で、仕様書と大きく差が生じた場合の対応は、甲乙協議の上、決定するものとする。
印字	上記「(1) 受診券台紙」で作成したものの表面に、甲が提供するデータを印字
印字データ形式	PDF形式及びCSV形式
印字データ引渡	光ディスクを甲の事務所で引き渡すため、乙は持ち運び用の鍵付きケース等を準備
印字データ引渡日	5月上旬
印字イメージ	別紙1-②のとおり
折り仕様	巻き三つ折り ※別途作成する封入用封筒の窓枠から宛先・宛名が表示されるように折る
封入封緘	以下「2 封入封緘業務」に記載のとおり
発送先	以下「3 発送・納品」に記載のとおり
発送期限	令和7年5月23日 (金)

### (3) お知らせ文書（デザイン制作を含む）

数量	28,000枚
用紙規格	PPC紙程度 A4（基準） 色：白
印刷仕様	両面 カラー印刷
レイアウト	<ul style="list-style-type: none"><li>・別紙2（表面・裏面）のとおり</li><li>・表面はデザインあり。デザイン仕様等に係る打合せは甲の事務所で行う</li><li>・裏面は甲の提供するデータのとおり</li></ul>
原稿	ワード形式で電子メールにより入稿
入稿時期	4月下旬
折り仕様	巻き三つ折り
封入封緘	25,000枚（見込）は以下「2 封入封緘業務」に記載のとおり
納品（発送）先 ：部数	ア：3,000枚を甲事務局に納品 イ：25,000枚（見込）は上記「(2) 当初受診券（受診券台紙への印字等）」に同封して発送
納品（発送）期限	上記ア：令和7年5月22日（木） 上記イ：令和7年5月23日（金）

### (4) 質問票

数量	29,200枚
用紙規格	PPC紙程度 A4（基準） 色：白
印刷仕様	両面 黒色1色
レイアウト	<ul style="list-style-type: none"><li>・表面に別紙3（質問票）、裏面に別紙4（お食事マップ）のとおり</li><li>・お食事マップについては、イラスト等を入れること。</li><li>・デザイン仕様等に係る打合せは甲の事務所で行う</li></ul>
原稿データ	PDF形式で電子メールにより入稿
入稿時期	4月下旬
折り仕様	巻き三つ折り（山口県歯科医師会納品分は折らない）
封入封緘	以下「2 封入封緘業務」に記載のとおり
納品（発送）先	ア：3,000枚を甲事務局に納品 イ：1,200枚を山口県歯科医師会事務局に折らずに納品 ウ：25,000枚（見込）は上記「(2) 当初受診券（受診券台紙への印字等）」に同封して発送
納品（発送）期限	上記ア、イ：令和7年5月22日（木） 上記ウ：令和7年5月23日（金）

**(5) 歯科健診実施機関一覧表（19市町別）**

数量	25,000枚
用紙規格	PPC紙程度 A4（基準） 色：白
印刷仕様	黒色1色（市町により片面もしくは両面となる見込み） ・片面印刷：約9,000枚（萩市、防府市、下松市、光市、長門市、柳井市、美祢市、山陽小野田市、周防大島町、上関町、田布施町、平生町、阿武町） ・両面印刷：約16,000枚（下関市、宇部市、山口市、岩国市、周南市、和木町）
レイアウト	別紙5のとおり ※ただし、被保険者住所地により19市町ごとに別々の内容となる。
原稿データ	PDF形式で電子メールにより入稿
入稿時期	4月下旬
折り仕様	巻き三つ折り
封入封緘	以下「2 封入封緘業務」に記載のとおり
発送先	以下「3 発送・納品」に記載のとおり
発送期限	令和7年5月23日（金）

**(6) 窓空封筒（当初受診券発送用）**

数量	25,000枚
封筒の種類	洋形4号 縦110mm×横227mm（基準）桜色系統の色色上質 厚口 窓空部分の素材は、グラシンとする。
印刷仕様	片面 黒色1色
レイアウト	別紙6-①のとおり
原稿データ	エクセル形式で電子メールにより入稿
封部分ののり	封緘用ののり加工を施す
入稿時期	4月下旬
封入封緘	以下「2 封入封緘業務」に記載のとおり
発送先	以下「3 発送・納品」に記載のとおり
発送期限	令和7年5月23日（金）

**(7) 窓空封筒（随時受診券用）**

数量	3,000枚
封筒の種類	洋形4号 縦110mm×横227mm（基準）桜色系統の色色上質 厚口 窓空部分の素材は、グラシンとする。
印刷仕様	片面 黒色1色
レイアウト	別紙6-②のとおり
原稿データ形式	エクセル形式で電子メールにより入稿
封部分ののり	アドヘア
入稿時期	4月下旬
納品先	甲事務局に納品
納品期限	令和7年5月22日（木）

## (8) 診断票

数量	10,700部(4枚複写1セット:42,800枚)
用紙規格	4枚複写(天のり) A4(基準) 色:白 1枚目:ノーカーボン紙 上紙 40番(青発色) 2枚目:ノーカーボン紙 中紙 40番(青発色) 3枚目:ノーカーボン紙 中紙 40番(青発色) 4枚目:ノーカーボン紙 下紙 40番
印刷仕様	片面 黒色1色
レイアウト	別紙7-1、7-2、7-3、7-4のとおり
原稿データ形式	エクセル形式で電子メールにより入稿
入稿時期	4月下旬
納品先	山口県歯科医師会事務局に納品
納品期限	令和7年5月22日(木)

## (9) 受診券(見本)

数量	650枚
用紙規格	上質紙中厚口 A4(基準) 色:桜色
印刷仕様	両面 2色(黒・赤)
レイアウト	別紙8(表面・裏面)のとおり
原稿データ形式	エクセル形式で電子メールにより入稿
入稿時期	4月下旬
納品先:部数	ア:100枚は甲事務局に納品 イ:550枚は山口県歯科医師会事務局に納品
納品期限	令和7年5月22日(木)

## (10) 注意事項

乙は各作成物への印字位置、内容等をテスト印刷で検証し、印字結果報告書を甲に提出し、甲が印字結果に問題ないことを確認した上で作業を行う。また、破損や印刷ミスをした作成物から個人情報漏えいすることのないよう乙が責任をもって管理、処分を行う。

データ等の運搬費及びテスト印刷にかかる費用は委託料に含まれるものとする。

## 2 封入封緘業務

### (1) 内容物

以下のものを窓空封筒(当初受診券発送用・仕様等詳細(6))に封入封緘する。

ア データ印字された当初受診券(仕様等詳細(2))

イ お知らせ文書(仕様等詳細(3))

ウ 質問票(仕様等詳細(4))

エ 歯科健診実施機関一覧表(仕様等詳細(5))

受診機関一覧表は被保険者住所地により19市町ごとに別々の内容のものを封入すること。

(2) 作業予定数 25,000件(見込)

(3) 抜き取り作業

乙は、甲により郵便物の抜き取りの指示があった場合、抜き取りを行い、郵送リスト等と一緒に抜き取った郵便物を甲に提出すること。

(4) 注意事項

ア 封筒の窓あき部分から、当初受診券に印字された被保険者宛先・宛名、カスタマバーコード、受診券整理番号が明示されていることを確認の上、封入封緘作業を行うこと。

イ カスタマバーコードの読み取りについて、郵便局で事前確認を行うこと。

ウ 個人情報を取り扱うため、秘密の保持等には細心の注意を払うこと。また、成果物は個人情報が記載された重要書類であることから、運搬時には、紛失・盗難・破損・脱落防止等の措置を講ずること。

(5) チェック体制の確立

本業務の遂行において、封入漏れや封緘漏れ、他の被保険者の封入物の混入などが発生しないよう、チェック体制を確立すること。

(6) 乙は作業工程表を甲に提出し、作業進捗状況を両者で共有すること。

(7) 検査

甲は、この業務の遂行について随時報告を求め、又は作業場所に立ち入って、その状況を検査することができる。

### 3 発送・納品

(1) 発送

ア 内容

封入封緘業務で封入封緘したもの(約25,000通)を郵送する。

イ 発送日

令和7年5月23日(金)

ウ 郵送料を低減させる措置

受診券は、郵便番号の上5桁で並び替えて仕分し、括束すること。また郵便局へ局出しの際、料金別納郵便票を添付すること。

エ 注意点

(ア) 乙は、郵送する当初受診券の枚数が確定した時点で郵送に係る報告書を甲に提出し、甲の検査を受けること。

(イ) 乙は、アの検査を合格したときは、甲が指定する発送日及び郵便局に受診券を搬入し、当初受診券の郵送に係る費用(以下「郵送料」という。)について乙が負担する。この場合において、甲が指定する郵便局は、指定した郵便局が承認した他局差出可能な局へ搬入も可とする。詳細については、甲乙協議の上、決定する。

(ウ) (イ)において、乙が郵送料を負担したときは、本業務の郵送に係る領収書及び支払請求書を甲に提出する。

(エ) 甲は、(ウ)により乙の提出する適法な支払請求書を受領したときは、遅滞なく郵送料を乙に支払うものとする。

(2) 納品

ア 納品先・納品物

(ア) 甲事務局へ納品

a 納品物

(a) 受診券台紙	3,000枚(仕様等詳細(1))
(b) お知らせ文書	3,000枚(仕様等詳細(3))
(c) 質問票	3,000枚(仕様等詳細(4))
(c) 窓空封筒(随時受診券用)	3,000枚(仕様等詳細(7))
(d) 受診券(見本)	100枚(仕様等詳細(9))

b 納品期限

令和7年5月22日(木)

(イ) 山口県歯科医師会事務局へ納品

a 納品物

(a) 質問票	1,200枚(仕様等詳細(4))
(b) 診断票	10,700部(42,800枚)(仕様等詳細(8))
(c) 受診券(見本)	550枚(仕様等詳細(9))

b 納品期限

令和7年5月22日(木)

イ 注意点

納品に係る運搬費等の費用は委託料に含まれるものとする。

(3) 報告書

乙は、報告書を各作業工程が終了するごとに甲へ納品すること。

(4) 帳票等の残品

業務終了後、本業務で作成した帳票等の残品については甲事務局へ納品する。

(5) 納品先所在地及び連絡先

ア 山口県後期高齢者医療広域連合事務局

〒753-0072 山口県山口市大手町9番11号 山口県自治会館4階

TEL 083-921-7112

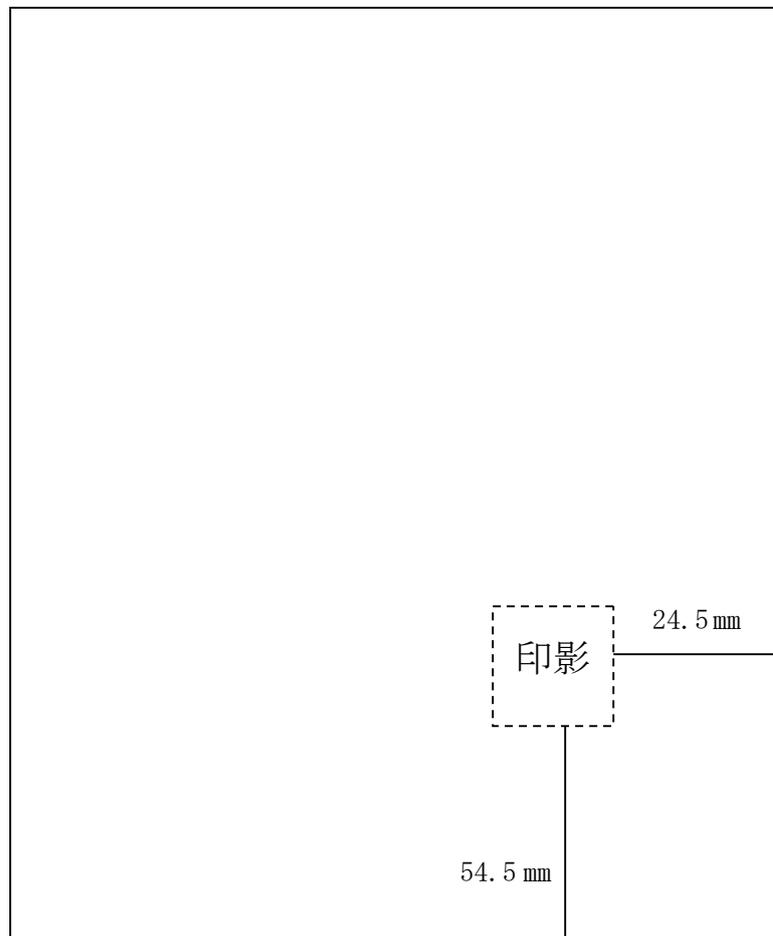
イ 山口県歯科医師会事務局

〒753-0814 山口県山口市吉敷下東一丁目4番1号

TEL 083-928-8020

## 受診券の台紙の作成

用紙の規格	上質紙中厚口 A 4
用紙の色	桜色
印刷内容	表面：印影等（朱色）の刷込 裏面：別紙 1 - ①（裏面）に同じ。
印刷位置	表面：以下のとおり 裏面：別紙 1 - ①（裏面）に同じ。



## お口の健康診断受診上の注意事項

1. お口の健康診断を受診される際には、①受診券、②被保険者であることを示すもの（マイナ保険証または資格確認書等いずれか1点）を受診する歯科医療機関の窓口へ提出してください。①、②のどちらか一方だけでは受診できません。
2. お口の健康診断は、受診券に記載してある有効期間内に受診してください。
3. 健診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、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。
4. 健診結果は、決済代行機関で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、部分的に提出される場合がありますので、ご了承の上、受診願います。
5. 被保険者の資格を喪失したときは、この受診券の使用はできません。すみやかに受診券を処分いただくか、保険者にお返しく下さい。
6. 不正に受診券を使用した者は、刑法により拘禁刑の処分を受けることがあります。
7. 受診券の記載事項に変更があった場合、すぐに保険者等にお申し出ください。
8. 受診券を紛失・破損された場合は、再交付申請をすることができます。ただし、再交付後に当初発行分の受診券が見つかった場合は、再交付された方の受診券を使用し、受診してください。また、当初発行分の受診券は処分いただくか、保険者にお返しく下さい。（お口の健康診断の受診は年度あたりおひとり様1回限りのため、当初分と再交付分の受診券を使用して年度内に2回以上受診された場合、2回目以降の受診料は全額自己負担となります。）

〒 XXX-XXXX [ XXXXXXXX - XX ]
山口市〇〇二丁目X番X号
△△△△△△ハイツXXX号
広域 太郎 様
※ ※ バ ー コ ー ド 欄 ※ ※

〒 -
修正記入欄

令和7年度

## お口の健康診断受診券

令和7年 X 月 XX 日 交付

受診券整理番号	2025XXXXXX - XX	被保険者番号	01234567
氏名	広域 太郎		
生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日	市町名	山口市
有効期間	開始: 令和7年 6 月 1 日 終了: 令和8年 1 月 31 日	自己負担額	無料

検査内容	<ul style="list-style-type: none"><li>基本評価 (残存歯数、むし歯の有無、歯周病の有無など)</li><li>口のおい</li><li>かむ力 (咬合力評価)</li><li>舌の動き (口腔機能評価)</li><li>のみこむ力 (嚥下 (えんげ) 機能評価)</li><li>口の乾燥 (口腔乾燥評価)</li></ul>
------	--

保 険 者	所在地	山口市大手町9番11号 (山口県自治会館4階)
	電話番号	083-921-7112
	名称	山口県後期高齢者医療広域連合

支払代行機関	公益社団法人 山口県歯科医師会
--------	-----------------

## お口の健康診断(無料)のご案内

### 対象者

- ㊦令和6年度中に75歳を迎えた方  
(昭和24年4月1日から昭和25年3月31日生まれの方)
- ㊧令和6年度中に、一定の障害がある方等で広域連合の認定を受けられた方
- ㊨上記以外で受診を希望する方(先着1,000名)(今年度の新規資格取得者を除く。)

### 健診内容

基本評価(残存歯数、むし歯の有無、歯周病の有無など)、口において、かむ力、舌の動き、のみこむ力、口の乾燥の6項目

### 受診場所

山口県内のお口の健康診断実施機関  
(お住まいの市町の「お口の健康診断実施機関一覧表」を同封しています。)

### 受診期間

令和7年6月1日から令和8年1月31日まで

### 自己負担額

無料

### 受診時に必要なもの

- ・受診券(桜色の紙)※宛名の下部が受診券です
- ・お口の健康診断質問票(同封されています。)
- ・被保険者であることを示すもの(マイナ保険証または資格確認書等いずれか1点)

### その他

お口の健康診断の受診の際には、次のことにご留意ください。

- ・お口の健康診断は、強制ではありません。また、受診券(桜色の紙)は令和8年1月31日まで使用できますので、ご自身の体調を踏まえ、受診時期をご検討ください。
- ・お口の健康診断の受診を希望される場合は、受診が可能か、必ず事前にお口の健康診断実施機関にお問い合わせください。
- ・お口の健康診断受診日には、お出かけ前に検温を行うなど体調の確認をお願いします。体調が優れないときは、ためらわず受診日の変更等をしてください。

(今回お送りした受診券は、令和7年5月●日時点における山口県後期高齢者医療制度加入状況を基に作成しております。)

### お問合せ先

山口県後期高齢者医療広域連合事務局 業務課 保健事業推進係  
山口市大手町9番11号 山口県自治会館4階 ☎083-921-7112

# ～健康な生活は、お口の健康チェックから～

## あなたのお口の健康（口腔機能）は大丈夫ですか？

次のイラストを見て、当てはまるものにチェック（☑）をしてみてください。



むせる  
食べこぼす



食欲がない  
少ししか食べない



やわらかいもの  
ばかり食べる



滑舌がわるい  
舌が回らない



お口が乾く  
ニオイが気になる



自分の歯が少ない  
あごの力が弱い

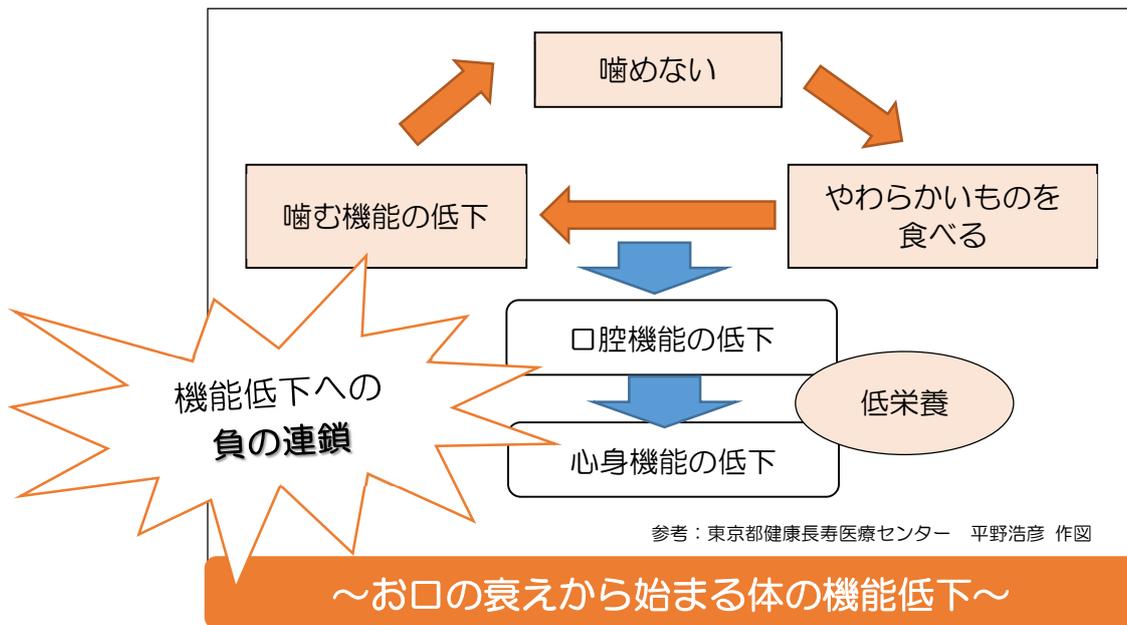
1つでもチェックがあった方は、

**お口の健康(口腔機能)が低下している可能性があります！**



## フレイル予防は、お口の健康（口腔機能）から！

フレイルとは、年齢とともに心身の活力が低下し、要介護のリスクが高くなった状態です。このフレイルは、お口の健康（口腔機能）の衰えから始まります。既に衰えを感じている方も、適切な助言と努力で改善することができます。



健康な生活は、お口のチェックから！「**お口の健康診断**」(無料)を利用して、お口の健康(口腔機能)を保っていきましょう。

## お口の健康診断質問票

記入日：令和 年 月 日

枠内をご記入ください。

ふりがな		電話番号
氏名		
生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ( 歳)	

オーラルフレイルのセルフチェック 「はい」か「いいえ」に○をつけてください。

①半年前と比べて固いものが食べにくくなった	はい 2	いいえ 0
②お茶や汁物でむせることがある	はい 2	いいえ 0
③義歯を入れている ※義歯を持っているが使っていない場合は右の( )内に○	はい 2 ( )	いいえ 0
④口の渇きが気になる	はい 1	いいえ 0
⑤半年前と比べて、外出が少なくなった	はい 1	いいえ 0
⑥さきイカ・たくあんくらいの固さの食べ物を噛むことができる	いいえ 1	はい 0
⑦1日に2回以上、歯を磨く	いいえ 1	はい 0
⑧年に1回以上、歯医者に行く	いいえ 1	はい 0
合計得点 (○をつけた回答の数値を合計してください)	点	
あなたの オーラルフレイルの判定	<input type="checkbox"/> 0～2点 : オーラルフレイルの危険性は低い <input type="checkbox"/> 3点 : オーラルフレイルの危険性あり <input type="checkbox"/> 4点以上 : オーラルフレイルの危険性が高い	

作表(東京大学高齢社会総合研究機構 田中友規氏、飯島勝矢氏)に一部追加

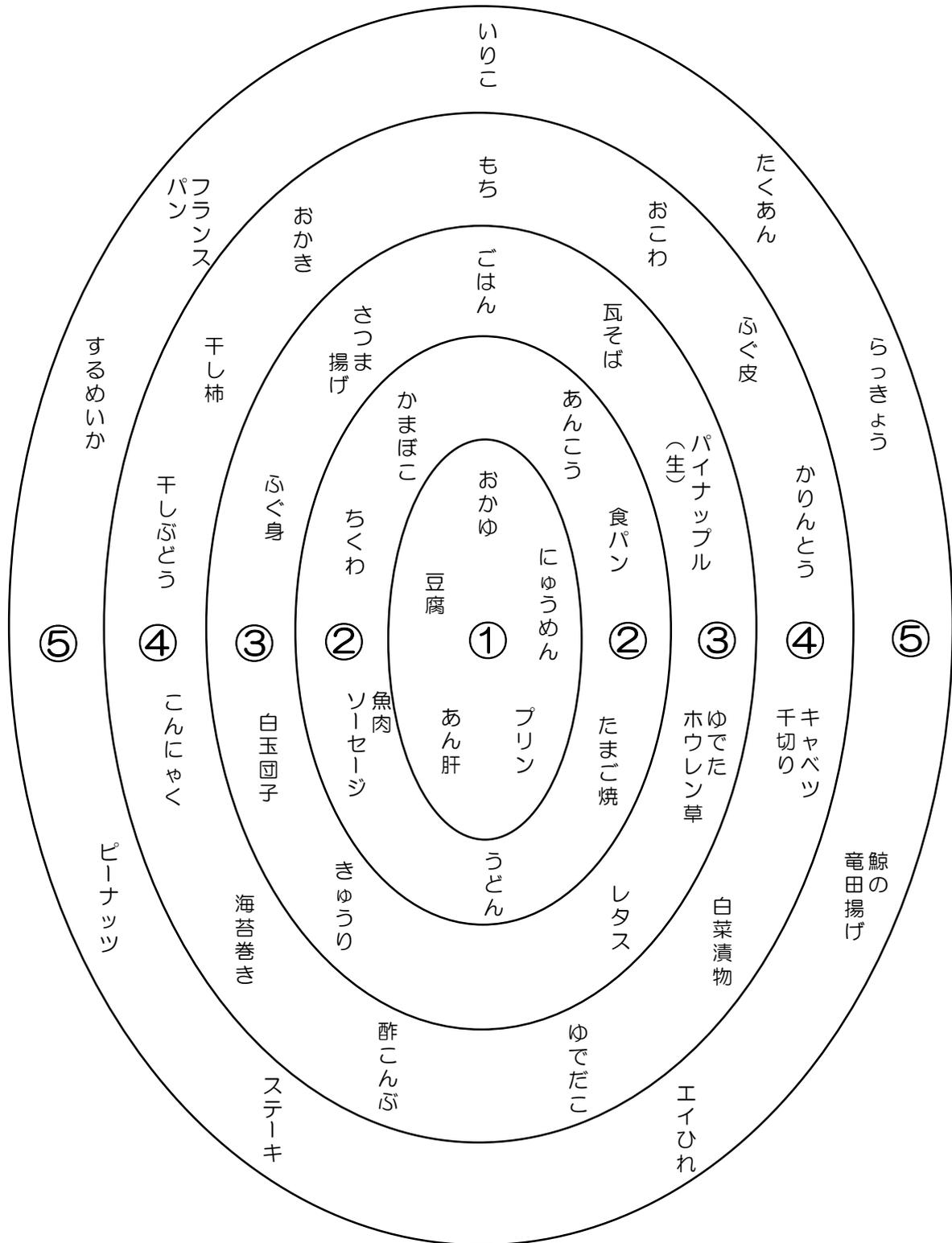
気になる症状や既往症 ○をつけてください。

①口の中で痛いところがありますか	1. はい	2. いいえ
②食後に口の中に食べ物が残りやすいですか	1. はい	2. いいえ
③話すときに舌がひっかかりますか	1. はい	2. いいえ
④口臭が気になりますか	1. はい	2. いいえ
⑤薄味がわかりにくくなりましたか	1. はい	2. いいえ
⑥現在、次のいずれかの病気で治療を受けていますか。 (該当するもの全てに○をつけてください。過去にかかったことがあるが、現在は治療を受けていないものには×をつけてください。)	1. 糖尿病      2. 脳卒中      3. 心臓病 4. がん      5. 肺疾患(肺炎含む)      6. 骨粗しょう症	
⑦その他気になることがあれば枠内にご記入ください。		

裏面もご記入ください。

お食事マップ (お口の健康診断用)

かんで食べられる物に○をつけてください。



かむ力の判定です。  
 1~2の方はかむ力が弱まっています。  
 入れ歯の調整やお口の筋力アップについて、  
 歯科医師に相談されるとよいでしょう。

## お口の健康診断実施機関一覧表（〇〇市・町版）

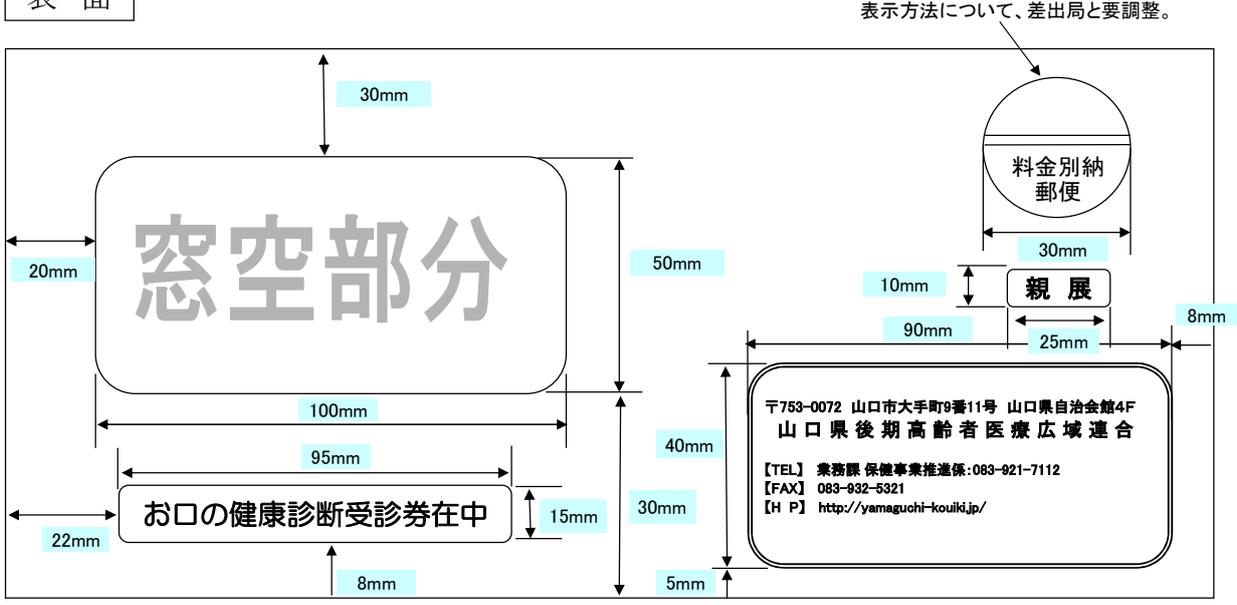
令和7年●月●日現在

実施機関名	電話番号	住所	車椅子受診
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	×
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	×
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	△
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	△
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	×
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	×
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	△
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	△
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	×
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	×
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○
〇〇歯科	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	〇〇市〇〇町〇丁目〇番地	○

(注) この表は、山口県歯科医師会の令和7年●月●日現在の情報を基に、お住いの市町で「お口の健康診断」が受診可能な医療機関を記載しています。なお、この表以外の市町の医療機関で受診可能かどうかについては、各医療機関または山口県後期高齢者医療広域連合事務局（TEL：083-921-7112）にお問い合わせください。

(注) 車椅子での受診を希望される方で、車椅子受診欄が「△」になっている場合は事前に各医療機関にご相談ください。

表面

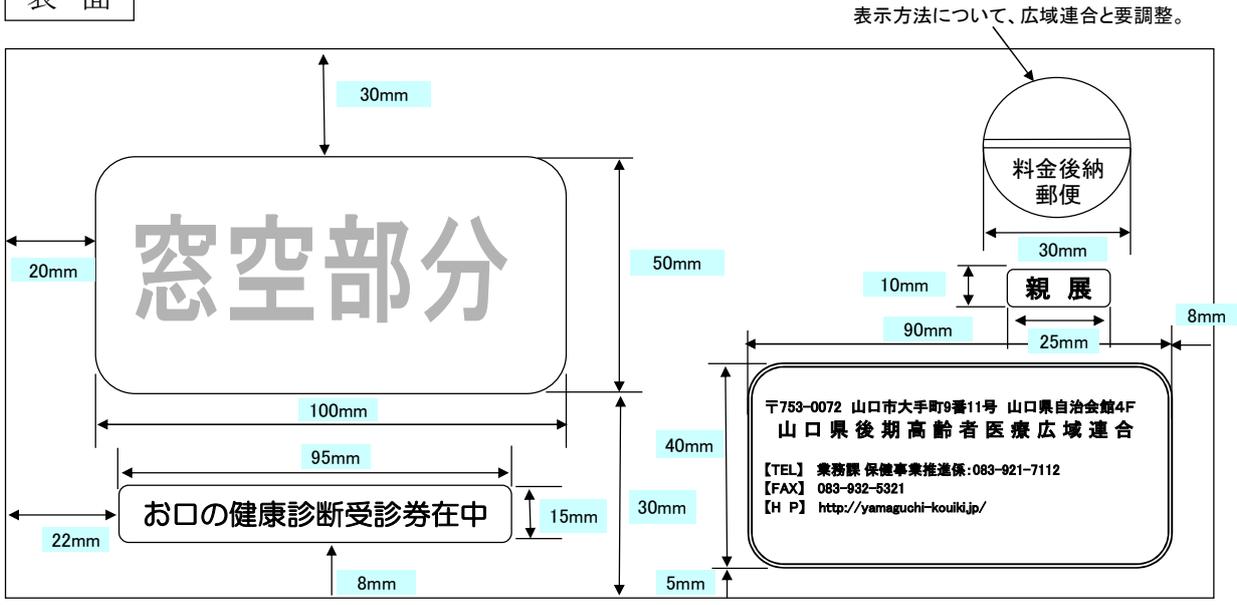


裏面



封筒は桜色系統です。

表面



裏面



封筒は桜色系統です。

## お口の健康診断票

&lt; 歯科医院用 &gt;

実施日：令和 年 月 日

被保険者番号		市町名	
ふりがな			
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	( 歳)

## 基本評価

残存歯数：( ) 本	：臼歯部での咬合 右側 (あり・なし) 左側 (あり・なし)		
a) C (むし歯)：	1. ない	2. ある	
b) P (歯周病)：	1. ない	2. ある	
c) 義歯：	1. ない	2. ある	3. 未装着 (持っているが使用していない場合)
d) 汚れ (歯もしくは義歯、舌それぞれで3段階程度)			
① 歯もしくは義歯：	1. ない	2. ある	3. 多い
② 舌：	1. ない	2. ある	3. 多い
e) 粘膜の異常：	1. ない	2. ある (びらん・潰瘍・カンジタ・その他 )	

## A. 口臭 ( 1. 2. 3. )

1. ない：	口臭を全く、またはほとんど感じない。
2. 弱い：	口臭はあるが弱く我慢できる程度。会話に差し支えない程度の弱い口臭。
3. ある：	近付かなくても口臭を感じる。強い口臭があり、会話しにくい。

## B. 咬合力

右 ( 1. 2. 3. ) 左 ( 1. 2. 3. )

1. 強い：	指先が強く押される。咬筋が硬くなっているのが明確に触診できる。
2. 弱い：	指先が弱く押される。咬筋が硬くなっているのがほとんど触診できない。
3. 無し：	指先が押される感覚がない。咬筋が硬くなっているのが全く触診できない。

## C. 口腔機能 ( 1. 2. 3. )

パ：	( ) 秒間 ( ) 回	→	( ) 回/秒
タ：	( ) 秒間 ( ) 回	→	( ) 回/秒
カ：	( ) 秒間 ( ) 回	→	( ) 回/秒

## D. 嚥下機能

回
---

## E. 口腔乾燥

度
---

判定及びその他の所見 ( 1. 2. 3. )

1. 良好 2. 機能低下のおそれあり 3. 改善が必要	【所見】
------------------------------------	------

歯科医院名		診断者 氏名	
-------	--	-----------	--

## お口の健康診断票

&lt;県歯科医師会用&gt;

実施日：令和 年 月 日

被保険者番号		市町名	
ふりがな			
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日生 ( 歳)

## 基本評価

残存歯数： ( ) 本：臼歯部での咬合 右側 (あり・なし) 左側 (あり・なし)
a) C (むし歯)： 1. ない 2. ある
b) P (歯周病)： 1. ない 2. ある
c) 義歯： 1. ない 2. ある 3. 未装着 (持っているが使用していない場合)
d) 汚れ (歯もしくは義歯、舌それぞれで3段階程度)
① 歯もしくは義歯： 1. ない 2. ある 3. 多い
② 舌： 1. ない 2. ある 3. 多い
e) 粘膜の異常： 1. ない 2. ある (びらん・潰瘍・カンジタ・その他 )

## A. 口臭 ( 1. 2. 3. )

1. ない： 口臭を全く、またはほとんど感じない。
2. 弱い： 口臭はあるが弱く我慢できる程度。会話に差し支えない程度の弱い口臭。
3. ある： 近付かなくても口臭を感じる。強い口臭があり、会話しにくい。

## B. 咬合力

右 ( 1. 2. 3. ) 左 ( 1. 2. 3. )

1. 強い： 指先が強く押される。咬筋が硬くなっているのが明確に触診できる。
2. 弱い： 指先が弱く押される。咬筋が硬くなっているのがほとんど触診できない。
3. 無し： 指先が押される感覚がない。咬筋が硬くなっているのが全く触診できない。

## C. 口腔機能 ( 1. 2. 3. )

パ： ( ) 秒間 ( ) 回 → ( ) 回/秒
タ： ( ) 秒間 ( ) 回 → ( ) 回/秒
カ： ( ) 秒間 ( ) 回 → ( ) 回/秒

## D. 嚥下機能

回
---

## E. 口腔乾燥

度
---

判定及びその他の所見 ( 1. 2. 3. )

1. 良好 2. 機能低下のおそれあり 3. 改善が必要	【所見】
------------------------------------	------

歯科医院名		診断者 氏名	
-------	--	-----------	--

## お口の健康診断票

&lt;広域連合用&gt;

実施日：令和 年 月 日

被保険者番号		市町名	
ふりがな			
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日生 ( 歳)

## 基本評価

残存歯数：( ) 本：臼歯部での咬合 右側 (あり・なし) 左側 (あり・なし)
a) C (むし歯)： 1. ない 2. ある
b) P (歯周病)： 1. ない 2. ある
c) 義歯： 1. ない 2. ある 3. 未装着 (持っているが使用していない場合)
d) 汚れ (歯もしくは義歯、舌それぞれで3段階程度)
① 歯もしくは義歯： 1. ない 2. ある 3. 多い
② 舌： 1. ない 2. ある 3. 多い
e) 粘膜の異常： 1. ない 2. ある (びらん・潰瘍・カンジタ・その他 )

## A. 口臭 ( 1. 2. 3. )

1. ない： 口臭を全く、またはほとんど感じない。
2. 弱い： 口臭はあるが弱く我慢できる程度。会話に差し支えない程度の弱い口臭。
3. ある： 近付かなくても口臭を感じる。強い口臭があり、会話しにくい。

## B. 咬合力

右 ( 1. 2. 3. ) 左 ( 1. 2. 3. )

1. 強い： 指先が強く押される。咬筋が硬くなっているのが明確に触診できる。
2. 弱い： 指先が弱く押される。咬筋が硬くなっているのがほとんど触診できない。
3. 無し： 指先が押される感覚がない。咬筋が硬くなっているのが全く触診できない。

## C. 口腔機能 ( 1. 2. 3. )

パ： ( ) 秒間 ( ) 回 → ( ) 回/秒
タ： ( ) 秒間 ( ) 回 → ( ) 回/秒
カ： ( ) 秒間 ( ) 回 → ( ) 回/秒

## D. 嚥下機能

回
---

## E. 口腔乾燥

度
---

判定及びその他の所見 ( 1. 2. 3. )

1. 良好 2. 機能低下のおそれあり 3. 改善が必要	【所見】
------------------------------------	------

歯科医院名		診断者 氏名	
-------	--	-----------	--

## お口の健康診断票

&lt;受診者用&gt;

実施日：令和 年 月 日

被保険者番号		市町名	
ふりがな			
氏名			
生年月日	明治・大正・昭和	年 月 日生	( 歳)

## 基本評価

残存歯数：( ) 本：臼歯部での咬合 右側 (あり・なし) 左側 (あり・なし)
a) C (むし歯)： 1. ない 2. ある
b) P (歯周病)： 1. ない 2. ある
c) 義歯： 1. ない 2. ある 3. 未装着 (持っているが使用していない場合)
d) 汚れ (歯もしくは義歯、舌それぞれで3段階程度)
①歯もしくは義歯： 1. ない 2. ある 3. 多い
②舌： 1. ない 2. ある 3. 多い
e) 粘膜の異常： 1. ない 2. ある (びらん・潰瘍・カンジタ・その他 )

## A. 口のおい ( 1. 2. 3. )

1. まったく、またはほとんど感じません。
2. 会話に差し支えない程度です。
3. 少し気になります。

## B. かむ力

右 ( 1. 2. 3. ) 左 ( 1. 2. 3. )

1. かめています。
2. かむ力が弱いです。
3. 心配です。

## C. 口のはたらき ( 1. 2. 3. )

1. 良好です。
2. 少し弱いです。
3. 弱いです。

## D. のみこむ力

※2回以下の方は、歯科医師の指導を受けましょう。

## E. 口の乾燥

※2度以上の方は、歯科医師の指導を受けましょう。

## 判定及びその他の所見 ( 1. 2. 3. )

1. お口の中は元気です。 2. お口の中が少し心配です。 3. お口の中が心配です。 所見欄をご確認ください。	【所見】
---	------

歯科医院名		診断者氏名	
-------	--	-------	--

見 本

〒 XXX-XXXX [ 2025XXXXXX - XX ]  
山口市〇〇二丁目X番X号  
△△△△△△ハイツXXX号  
広域 太郎 様  
※ ※ バ ー コ ー ド 欄 ※ ※

受診券が1回目の発行分なら00、  
再発行分なら01、02と更新されます。  
番号が01以上になっている場合は、  
既に1回目の受診券を使用して、  
受診済みでないかご確認ください。

令和7年度

被保険者番号(8桁)を  
診断票氏名欄上部にご記入ください

お口の健康診断受診券

令和7年X月XX日 交付

受診券整理番号	2025XXXXXX - XX	被保険者番号	01234567
氏名	広域 太郎		
生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日	市町名	山口市
有効期間	開始: 令和7年 6 月 1 日 終了: 令和8年 1 月 31 日	自己負担額	無料

検査内容

- ・ 基本評価 (残存歯数、むし歯の有無、歯周病の有無など)
- ・ 口のおい
- ・ かむ力 (咬合力評価)
- ・ 舌の動き (口腔機能評価)
- ・ のみこむ力 (嚥下 (えんげ) 機能評価)
- ・ 口の乾燥 (口腔乾燥評価)

保 険 者	所在地	山口市大手町9番11号 (山口県自治会館4階)
	電話番号	083-921-7112
	名称	山口県後期高齢者医療広域連合

公 印

支払代行機関 公益社団法人 山口県歯科医師会

## ◆お口の健康診断\*（歯科健康診査）の概要について

## 1 受診対象者

山口県後期高齢者医療広域連合の被保険者のうち、以下に該当する者とします。

- ㊦ 令和6年4月1日から令和7年3月31日までに75歳年齢到達により被保険者資格を取得した者（昭和24年4月1日から昭和25年3月31日生まれの者）
- ㊧ 令和6年4月1日から令和7年3月31日までに障害認定等により被保険者資格を取得した者
- ㊨ 上記以外で受診を希望する者（令和7年度の新規資格取得者を除く。）

## 2 受診券

受診対象者㊦・㊧は、これまでどおり5月末までに広域連合から送付します。

受診対象者㊨は、6月1日以降にお住まいの市町または広域連合で、受診券交付申請（書類又は電話申請）の手続きが必要です。申請後、広域連合から受診券を送付します。（先着1,000人）

## 3 受診者が持参するもの

お口の健康診断受診券、お口の健康診断質問票、マイナ保険証または資格確認書等

## 4 本人の確認

お口の健康診断受診券とマイナ保険証または資格確認書等を照合し、本人確認をしてください。どちらか一方だけの受診は不可とします。

## 5 受診者負担金

無料

## 6 お口の健康診断（歯科健康診査）実施項目

区分	内容
基本評価	残存歯数、むし歯の有無、歯周病の有無など
口臭	口のおいの有無
咬合力	かむ力の評価
口腔機能	口のはたらき（舌の動き）の評価
嚥下機能	のみこむ力の評価
口腔乾燥	口の中の乾燥状態の評価

## 7 請求金額

4,400円（お口の健康診断（歯科健康診査）単価（税込））

## ★ こんな場合は？ ★

## 1 市外・町外の被保険者がお口の健康診断（歯科健康診査）の受診を希望した場合は？

後期高齢者については、市外・町外の被保険者でもお口の健康診断（歯科健康診査）を受診することができます。

## 2 お口の健康診断（歯科健康診査）実施項目の一部が実施できない場合の費用請求は？

身体的なご事情等により健診項目の一部が実施できない場合は、健診結果を「測定不能」とし、請求金額の満額（4,400円）を請求してください。

## 3 お口の健康診断（歯科健康診査）の費用額を間違っして請求した場合は？

医療機関名、被保険者氏名、被保険者番号、受診日を記載し、誤請求の旨を広域連合にお知らせください。後日、過誤調整を行います。

## 4 被保険者が受診券を紛失している場合は？

市町または広域連合で受診券の再交付を申請（書類又は電話申請）するようご案内ください。申請後、広域連合から被保険者宛に受診券を送付します。また、二重受診防止のため、お口の健康診断（歯科健康診査）受付時には必ず受診券を回収してください。（2回目以降の受診は被保険者の全額自己負担となります。）

## 5 受診対象者㊨に該当する方で、受診券をお持ちでない場合は？

6月1日以降に、市町または広域連合で受診券の交付申請（書類又は電話申請）をするようご案内ください。申請後、広域連合から受診券を送付します。

<問い合わせ先>

〒753-0072 山口市大手町9番11号 山口県自治会館4階 山口県後期高齢者医療広域連合  
電話番号 083-921-7112 ホームページ <http://yamaguchi-kouiki.jp/>