

令和6年度版  
特定健診未受診者対策事業  
事務処理マニュアル  
(参加医療機関用)

# 目 次

1. 事業目的	1
2. 事業概要	1
3. 事務処理対応方法	2
4. 問合せ先	4
【各様式の記載方法】	5
○情報提供票請求総括票	5
○情報提供票送付書	6
○情報提供票	7
○質問票	8
○記入の不備等への対応について	9

## 1. 事業目的

特定健康診査（以下、特定健診）の受診率向上のため、現在、未受診者に対して、受診勧奨通知を行っているが、本県における市町村国保の被保険者の特定健診の受診率は令和4年度で50.5%と国の目標の60%と比較し低い状況にあります。

特に、医療機関に通院中の方は、医療機関で自身の健康状態を把握してもらっているため、市町村国保の特定健康診査の受診率が低い傾向にあり、伸び悩んでいる要因の一つとなっています。

そのため、医療機関受診者で特定健診を受診していない被保険者を対象に、医師会や医療機関と連携して特定健診受診率の向上のための取組を推進し、保険者が活用できるデータを充実させ、効果的な保健事業を実施し、更なる被保険者の健康保持・増進に資することを目的として行う事業です。

また、この事業は、令和5年度からモデル事業として実施しており、令和7年度までに対象市町村を拡大し、令和8年度以降に県内全市町村を対象に事業を実施する予定です。

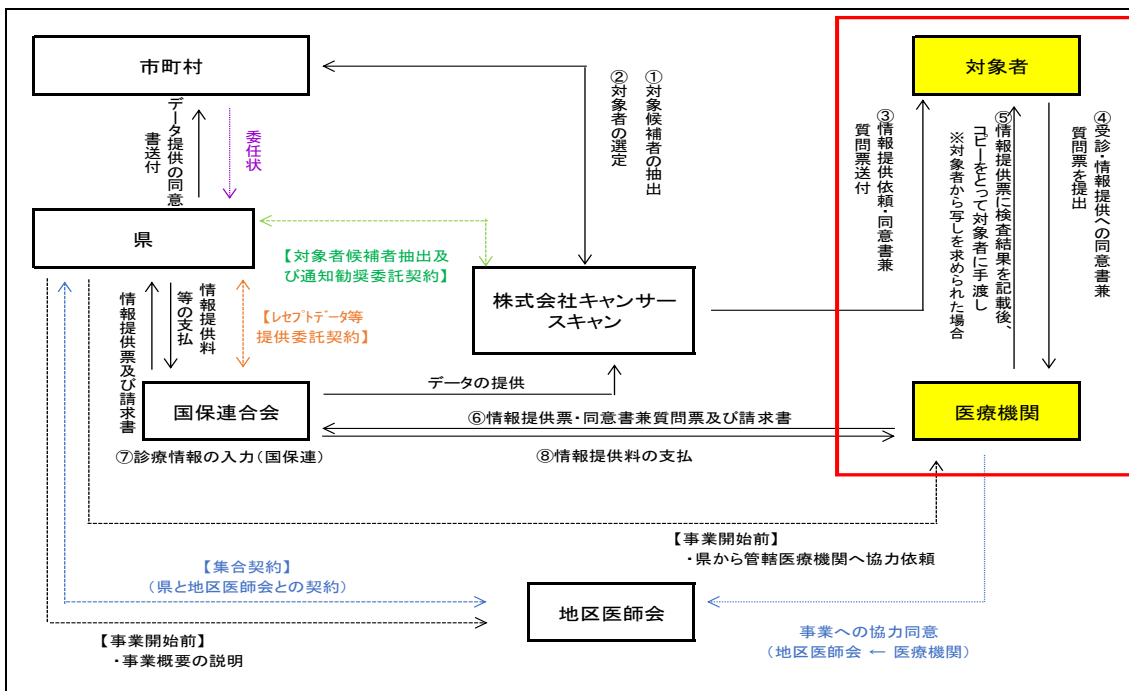
## 2. 事業概要

特定健診未受診者で、医療機関に通院中の国保被保険者から同意を得て、診療情報を「情報提供票」に記載し、山形県国民健康保険団体連合会あて提供お願いいたします。

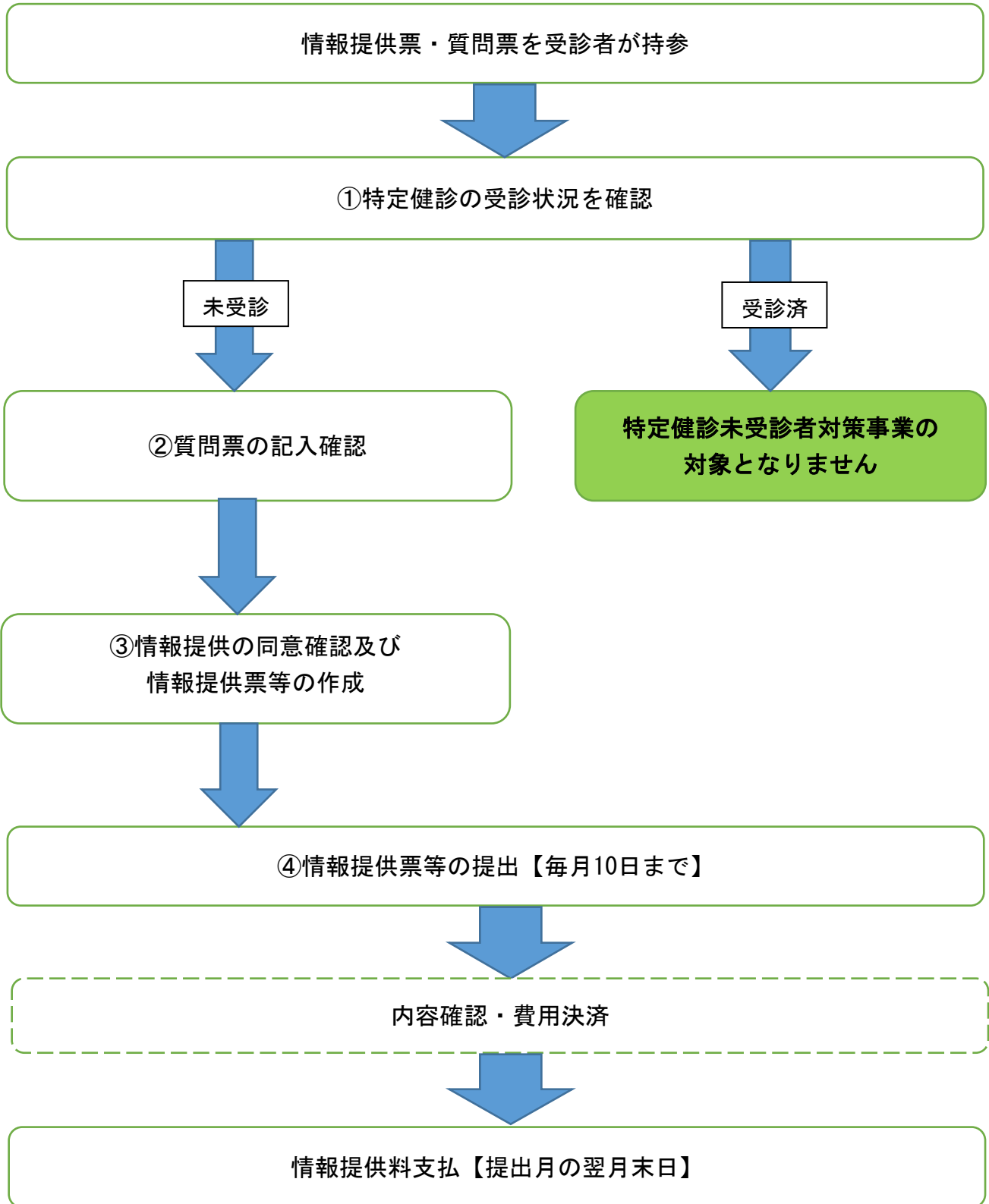
対象とする被保険者は、通院中の医療機関での診療における検査結果が特定健診の基本健診項目のすべてを満たす者になります。

情報提供票を作成・提出いただいた医療機関には情報提供料が支払われます。保険者は、診療情報をもとに効果的な保健事業へつなげるとともに、そのデータを保険者が実施する保健事業に活用いたします。

### 【事業のイメージ図】



3. 事務処理対応方法 ※①～④が参加医療機関対応内容



## ●情報提供票・質問票を受診者が持参

情報提供票・質問票を被保険者が持参します。

保険証かマイナ保険証で医療保険資格を確認し、資格期間外である場合、保険者に問い合わせるようお願いください。

### ①特定健診の受診状況を確認

特定健診の受診状況を確認してください。

(特定健診未受診者に情報提供票・質問票が発行されますが、発行後に特定健診を受診している場合があります。)

### ②質問票の記入確認

受診者が事前に記入し持参されますので、記入漏れがないか確認してください。

### ③情報提供の同意確認及び情報提供票等の作成

受診者へ情報提供の同意確認及び情報提供票の同意欄へご署名いただくよう対応のほどお願いします。

○情報提供票請求総括票（見本は5ページ目になります）

○情報提供票送付書（見本は6ページ目になります）

○情報提供票・質問票（見本は7～8ページ目になります）

上記3種類を作成し、最後に記入漏れがないか確認してください。

※詳しくは5～8ページ目の「各様式の記載方法」をご覧ください。

### ④情報提供票等の提出

情報提供票請求総括票及び情報提供票送付書、情報提供票・質問票を毎月1回取りまとめて提出してください。レセプト等と合わせて封入せず、単独で提出いただくようお願いいたします。

#### 【提出先】

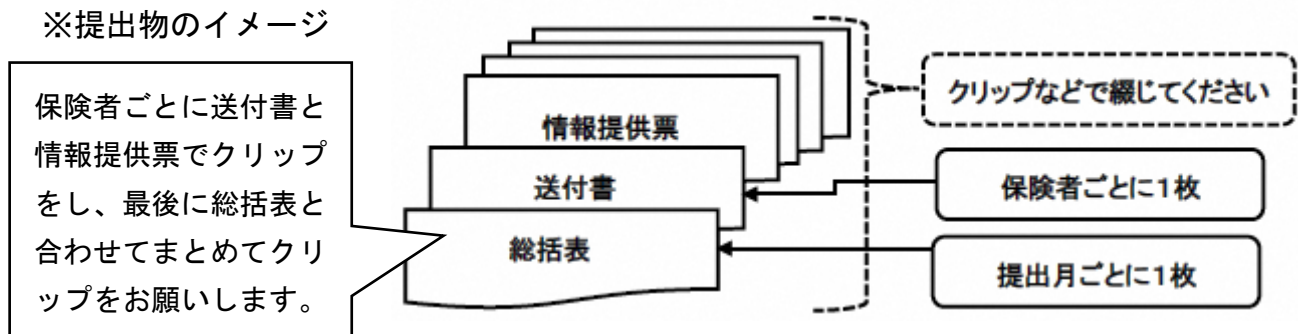
山形県国民健康保険団体連合会 事業推進課保健事業係  
(〒991-0041 山形県寒河江市大字寒河江字久保6番地)

#### 【提出期限】

毎月10日まで

※令和6年度分は、令和7年2月10日までにご提出ください。

※提出物のイメージ



## ●情報提供料支払

情報提供料を提出月の翌月末日までに診療報酬振込先として届出されている口座に振り込みます。

### ◎情報提供料

1件当たり2,750 円（消費税込み）

## 4. 問合せ先

### 【請求支払や情報提供票内容】

山形県国民健康保険団体連合会 事業推進課保健事業係

TEL 0237 (87) 8002

### 【その他】

山形県健康福祉部がん対策・健康長寿日本一推進課

TEL 023 (630) 3418

上山市役所健康推進課国保係

TEL 023 (672) 1111 内線 (123)

南陽市役所すこやか子育て課国保医療係

TEL 023 (840) 1692

高畠町役場健康子育て課

TEL 023 (852) 5045

川西町役場健康子育て課健康グループ

TEL 023 (842) 6640



## 情報提供票送付書の見本

### 情報提供票送付書

山形県国民健康保険団体連合会 行

情報提供料の請求について、下記のとおり提出します。

提出年月日	令和 年 月 日提出							
保険者番号								
医療機関番号								
医療機関名称								
電話番号	( )			担当者名				

提出枚数		枚
------	--	---

- ・項目は全て記入してください。
- ・記入は、鉛筆以外（ボールペン等で消えないインクのもの）でお願いします。
- ・提出枚数には、情報提供票・質問票の提出枚数を記入してください。
- ・医療機関名等はゴム印使用可能です。



# 情報提供票の見本

## 特定健診 情報提供票

### 【同意欄（署名）】

当医療機関で実施した検査結果を、特定健診に準じた結果表として保険者に提供することに同意します。  
 令和 年 月 日 氏名 \_\_\_\_\_

### 【被保険者情報】医療機関記入欄

◆赤枠内は記入漏れのないようお願いします。

保険者番号	フリガナ	
被保険者証 記号・番号	氏名	
受診券整理番号	性別・年齢	男・女 ( ) 歳
	生年月日	昭和 年 月 日

### 【検査結果等】医療機関記入欄

項目	検査結果・所見内容など	留意事項
身体測定	身長	cm
	体重	Kg
	BMI	Kg/m <sup>2</sup> 小数点以下1桁まで記載ください
	腹囲	cm
問診・診察	既往歴	1.あり ( 1.高血圧症 2.糖尿病 3.脂質異常症 4.その他 ) ※ありの場合は、( )内のいずれか1つを選択してください。 2.なし
	自覚症状	1.あり ( ) ※ありの場合は、( )内へ記載ください。 2.なし
	他覚症状	1.あり ( ) ※ありの場合は、( )内へ記載ください。 2.なし
血圧	収縮期血圧	mmHg
	拡張期血圧	mmHg
血中脂質 ※中性脂肪は いずれか記入	空腹時中性脂肪	mg/dl 空腹時は食後10時間以上です
	随時中性脂肪	mg/dl 随時は食後10時間未満です
	HDLコレステロール	mg/dl
	LDLコレステロール	mg/dl
肝機能検査	AST (GOT)	U/l
	ALT (GPT)	U/l
	γ-GT (γ-GTP)	U/l
血糖検査 ※いずれか記入	空腹時血糖	mg/dl 空腹時は食後10時間以上です
	随時血糖	mg/dl 随時は食後3.5時間以上10時間未満です
	HbA1c (NGSP)	% 小数点以下1桁まで記載ください
尿検査	尿糖	- = + ++ +++ 3+以上は+++を選択ください
	尿蛋白	- = + ++ +++
追加検査	検査未実施の理由	1.生理中 2.腎疾患等の基礎疾患があるため採尿障害を有する 3.その他
	血清クレアチニン	mg/dl 結果がある場合、記載ください

② 医師の総合判断日 令和 年 月 日

③ 医師の判断 1.異常なし 2.経過観察 3.要検査 4.要医療 5.治療中

③ 医療機関番号 \_\_\_\_\_

③ 医師名 \_\_\_\_\_

### ○記入項目についての留意事項

・ 情報提供票の赤枠線内はすべて記入をお願いします。  
 検査結果は、特定健診の検査項目と同じ項目になります。

・ 記入は、鉛筆以外（ボールペン等で消えないインクのもの）でお願いします。

① 令和6年度に行われた直近の検査結果を記入してください。検査が複数日にまたがる場合も、各検査項目の直近の結果を記入してください。

② 「医師の総合判断日」は、医師が検査結果をもとに「医師の判断」を実施した日付を記入してください。（特定健診の受診日として取り扱う日付となります。）

③ 医師名等ゴム印使用可能です。

④ 赤枠線以外の項目は検査結果がある場合に記入をお願いします。

# 質問票の見本

## ○記入項目についての留意事項

・質問票は受診者が事前に記載し持参されますが、万が一不備がある場合は記入いただくようお願いします。

**特定健診 質問票** 氏名: \_\_\_\_\_

〈裏面〉

**本人記入欄**

1~3	現在、aからcの薬を使用していますか。	
1	a：血圧を下げる薬	①はい ②いいえ
2	b：血糖を下げる薬またはインスリン注射	①はい ②いいえ
3	c：コレステロールや中性脂肪を下げる薬	①はい ②いいえ
4	医師から、脳卒中(脳出血、脳梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
5	医師から、心臓病(狭心症、心筋梗塞等)にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ
6	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析等)を受けていますか。	①はい ②いいえ
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	①はい ②いいえ
8	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、または合計100本以上吸っている)	①はい(条件1と条件2を両方満たす) ②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) ③いいえ(①②以外)
9	20歳の時の体重から、10kg以上増加していますか。	①はい ②いいえ
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	①はい ②いいえ
11	日常生活において歩行または同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	①はい ②いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	①はい ②いいえ
13	食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	①何でもかんで食べられる ②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	①速い ②普通 ③遅い
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
16	朝昼夕の3食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	①毎日 ②時々 ③ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	①はい ②いいえ
18	お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度はどのくらいですか。 (※「やめた」とは、過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近1年以上酒類を摂取していない者)	①毎日 ②週5~6日 ③週3~4日 ④週1~2日 ⑤月に1~3日 ⑥月に1日未満 ⑦やめた ⑧飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安： ビール(同5度・500ml)、焼酎(同25度・約110ml)、ワイン(同14度・約180ml)、 ウイスキー(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml、同7度・約350ml)	①1合未満 ②1~2合未満 ③2~3合未満 ④3~5合未満 ⑤5合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	①はい ②いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	①改善するつもりはない ②改善するつもりである(概ね6か月以内) ③近いうち(概ね1か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ④すでに改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤すでに改善に取り組んでいる(6か月以上)
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	①はい ②いいえ

## ○記入の不備等への対応について

提供された情報提供票等については、国保連合会で被保険者の資格チェックや記載事項のチェックを実施しますが、チェックの結果、資格喪失者や記載事項の不備などにより、情報提供料の支払決定ができない場合があります。

電話確認等に対応できる軽微なものについては、国保連合会から電話確認を行う場合がありますのでご協力をお願いいたします。

不備の内容によっては、一旦返戻させていただく場合がありますのでご了承ください。