

特定健診情報提供料請求書

〈長崎県国民健康保険団体連合会提出用〉

様式 2 0 0 4 0 1 1

請求日 令和 0 2 年 0 6 月 0 4 日

保険者番号 4 2 0 0 1 8

長崎 市町長 様
国保組合 理事長
(国保担当課扱い)

医療機関番号	4 2 1 0 1 6 9 9 9 9
医療機関住所	長崎市〇〇町〇〇番〇〇号
医療機関名	長崎医院
代表者名	〇〇 〇〇 印
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇

請求金額 ⑦ 円

請求年月 令和 0 2 年 0 6 月

【請求金額内訳】

医師の総合判断日	項目	単価 (消費税及び地方消費税を含む)		件数		合計	
		単価	円	件数	円	合計	円
令和2年4月1日 から 令和3年3月31日	情報提供料 (追加検査なし)	2,750	円	①	件	④	円
	追加検査分 HbA1c	550	円	②	件	⑤	円
	腎機能検査 (血清クレアチニン・血清尿酸)	220	円	③	件	⑥	円

※情報提供料として、情報提供書1件あたり2,750円が請求できます。
 情報提供書のためにHbA1c及び腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)を追加で実施した場合に限り、それぞれ550円、220円を2,750円に加算して請求できます。
 ただし、この場合は情報提供書の『追加検査実施欄』に〇記入が必要です。
 ※情報提供料等の各種単価は医師の総合判断日によって異なるため、確認の上請求をお願いいたします。
 医師の総合判断日が令和2年4月1日以前の情報提供を請求する場合は、前年度の様式【様式番号-1904020】を使用ください。

○記入方法及び注意事項

- ※請求書の様式変更は行わないでください
- ※鉛筆以外(ボールペン等)でご記入ください
- ※医療機関住所欄等はゴム印使用可能です

- 請求書を送付する日を記入
- 保険者番号を記入(例:長崎市であれば「420018」)
保険者名を記入(例:長崎市)
- 医療機関の住所、医療機関番号、医療機関名、代表者名、電話番号を記入のうえ、捺印(ゴム印使用可能)
- 【⑦=④+⑤+⑥(【請求金額内訳】の④、⑤、⑥の合計金額を記入)
- 請求年月の記入(例:連合会へ6月に提出する場合...【令和2年6月】)
- ①情報提供料(追加検査なし)分の請求件数を記入
- ②本事業のためにHbA1cを実施した件数を記入(追加検査)
※情報提供書の『追加検査実施(〇記入)』に「〇」を記入
- ③本事業のために腎機能検査(血清クレアチニンと血清尿酸はセット)を実施した件数を記入(追加検査)
※情報提供書の『追加検査実施(〇記入)』に「〇」を記入
- ④情報提供料(追加検査なし)分の請求金額(=件数×単価2,750円)を記入
- ⑤本事業のためにHbA1cを実施した分(追加検査分)の請求金額(=件数×単価550円)を記入
- ⑥本事業のために腎機能検査(血清クレアチニンと血清尿酸はセット)を実施した分(追加検査分)の請求金額(=件数×単価220円)を記入

本人記入欄 (全て記入/代筆可)

フリガナ	コクホ タロウ	保険者番号	4 2 0 0 1 8
氏名	国保 太郎	生年月日	昭和 2 7 年 0 1 月 1 2 日
郵便番号	〒 8 5 0 - 0 0 2 5	性別	男 (○) 女
住所	長崎市今博多町8-2	年齢	6 8 歳
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇 - 〇〇〇〇	受診券整理番号	1 9 1 9 9 9 9 9 9 9 9
		被保険者証番号	1 2 3 4 5
		医師の総合判断日※1	令和 0 2 年 0 4 月 1 5 日

医療機関記入欄 (任意項目以外全て記入)

項目	追加検査実施 (○記入)	検査結果	注意事項
身体測定	① 身長	cm	小数点以下1桁
	② 体重	kg	小数点以下1桁
	③ BMI	kg/m ²	小数点以下1桁
	④ 腹囲	cm	小数点以下1桁
血圧	⑤ 収縮期血圧	mmHg	
	⑥ 拡張期血圧	mmHg	
脂肪検査	⑦ 中性脂肪	mg/dl	
	⑧ HDLコレステロール	mg/dl	
	⑨ LDLコレステロール ※2	mg/dl	
肝機能検査	⑩ AST(GOT)	U/l	
	⑪ ALT(GPT)	U/l	
	⑫ γ-GT(γ-GTP)	U/l	
尿検査	⑬ 尿糖	- ± + ++ +++以上	
	⑭ 尿蛋白	- ± + ++ +++以上	
	⑮ 尿検査測定不能	排尿障害等のため尿検査を実施できません。()	
腎機能検査	⑯ 血清クレアチニン ※3	mg/dl	小数点以下2桁
	⑰ 血清尿酸 ※3	mg/dl	小数点以下1桁
血糖検査	⑱ HbA1c(NGSP値) ※4	%	小数点以下1桁
	⑲ 空腹時血糖 ※4	mg/dl	
任意項目	⑲ 随時血糖 ※4	mg/dl	
	⑳ Non-HDLコレステロール ※2	mg/dl	
貧血検査	㉑ ヘマトクリット値(Ht)	%	小数点以下1桁
	㉒ 色素量[ヘモグロビン値(Hb)]	g/dl	小数点以下1桁
尿検査	㉓ 赤血球数	万/mm ³	
	㉔ 尿潜血	- ± + ++ +++以上	
医師の診断 ㉕	異常なし() 治療中() 経過観察() 要注意() 要検査()		
医療機関コード	4 2 1 0 1 6 9 9 9 9	医療機関住所	長崎市〇〇町〇〇番〇〇号
医師名	〇〇 〇〇	医療機関名	長崎医院

○記入方法及び注意事項

- ※鉛筆以外 (ボールペン等) でご記入ください
- ※医療機関住所欄等はゴム印使用可能です
- ※不足項目がないか確認ください
- ※カラー印刷以外 (白黒) でも提出可能です

- 請求年月の記入 (例: 連合会へ6月に提出する場合...【令和2年6月】)
- 被保険者が個人情報全て記入
ただし、被保険者の記入が難しい項目は医療従事者代筆可 (保険者番号等)
- ご注意! 年齢は医師の総合判断日時点の年齢を記入する
- ご注意! 医療機関の記入となります
- 基本項目 (①~⑱) は必須項目のため全て記入 ※未記入がある場合は返戻となる (一部例外有)
- 排尿障害等により尿検査を実施できない場合は『尿検査測定不能⑮』欄に○を記入
- 本事業のために腎機能検査 (⑯血清クレアチニン、⑰血清尿酸はセット) を実施した場合、『追加検査実施 (○記入)』欄に○を記入
- 本事業のために⑱HbA1cを実施した場合、『追加検査実施 (○記入)』欄に○を記入
- 血糖検査について、⑱HbA1cは原則必須
ただし、⑲空腹時血糖または⑲随時血糖の検査結果があれば、⑱HbA1cが未記入でも返戻にならない
- 任意項目 (⑲~㉔) は診療情報があれば記入 (未記入可)
- ㉕医師の診断は必須項目
- 医療機関コード、医療機関住所、医師名、医療機関名を全て記入 (ゴム印使用可能)

● 情報提供書の請求は請求書、情報提供書(裏面:質問票兼同意書)を添付し、長崎県国民健康保険団体連合会へ送付してください。
 ※1 最後に医師が総合的に判断した日を記入する。
 ※2 LDLコレステロールをNon-HDLコレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)に代えることができる。
 ※3 診療情報に検査結果がなく、本紙(情報提供書)のために追加で検査を実施した場合は「追加検査実施」に○を記入する。
 ※4 空腹時血糖または随時血糖のいずれかがあれば、血糖検査のHbA1cを必須としない。

【令和2年6月請求分】

（質問票兼同意書）【裏】

▼本人記入欄 該当するものに○をしてください（医師等の問診による記入可）		様式	2	0	0	4	0	1	3
	既往歴(高血圧・糖尿病・脂質異常症等)がありますか		①はい					②いいえ	
	今、体調の悪いところ(自覚症状)がありますか		①はい					②いいえ	
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか		①はい					②いいえ	
2	現在、血糖を下げる薬又はインシュリン注射を使用していますか		①はい					②いいえ	
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか		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、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けたことがありますか		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 (※これまでに合計100本以上、又は6か月以上吸っており、最近1か月間も吸っている)		①はい					②いいえ	
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又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ほとんど摂らない
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・洋酒など)を飲む頻度は、どれくらいですか		①毎日					②時々	③ほとんど飲まない(飲めない)
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どれくらいですか ・日本酒1合(180ml)の目安ビール中瓶1本(約500ml)、焼酎25度(110ml) ウイスキーダブル1杯(60ml)、ワイン2杯(240ml) ※間18が「ほとんど飲まない」方は「1合未満」を選択して下さい。		①1合未満			②1~2合未満			③2~3合未満 ④3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近いうちに(概ね1か月以内)改善するつもりであり、少しずつ始めている ④既に改善に取り組んでいる(概ね6か月未満) ⑤既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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか		①はい					②いいえ	

○記入方法及び注意事項

- ※鉛筆以外（ボールペン等）でご記入ください
- ※質問票を患者様が持参した場合は転記ください
- ※不足項目がないか確認ください
- ※カラー印刷以外（白黒）でも提出可能です

請求年月の記入（例：連合会へ6月に提出する場合・・・【令和2年6月】）

質問項目は全て必須項目のため全て記入 ※未記入がある場合は返戻となる（一部例外有）

項目ごとに、当てはまる箇所に1つだけ○を記入（複数回答不可）

【本人同意欄(自筆)】
この情報提供書(質問票兼同意書)を 長崎市 市・町 国保組合 に提出することに同意します。
令和 2 年 5 月 5 日 氏名 健診 太郎

同意日、氏名、保険者名を記入（個人情報提供に対する同意確認のため必須）

●ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。 (長崎県国民健康保険団体連合会提出用)