

特定健診情報提供料請求書

様式 1 9 0 4 0 1 0

請求日 平成 令和 1 年 6 月 5 日

保険者番号 4 2 0 0 1 8

長崎市 市町長 国保組合 理事長 様
(国保担当課扱い)

医療機関番号	4 2 1 0 1 2 3 4 5 6
医療機関住所	長崎県長崎市〇〇町〇丁目〇〇番地1
医療機関名	長崎国保病院
代表者名	国保 太郎 印
電話番号	〇〇〇 - 〇〇〇〇 - 〇〇〇〇

請求金額 ⑦ 円

請求年月 平成 令和 1 年 6 月

【請求金額内訳】

項目	単価 (消費税及び地方消費税を含む)		件数		合計	
情報提供料 (追加検査なし)	2,500	円	①	件	④	円
追加検査分 HbA1c ※	500	円	②	件	⑤	円
腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸) ※	200	円	③	件	⑥	円

※ 情報提供料については1件あたり2,500円が請求できますが、情報提供書のためにHbA1cまたは腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)を新たに実施した場合に限り、情報提供料の2,500円にそれぞれ500円と200円を加算して請求できます。
この場合、情報提供書の『追加検査実施欄』(※3)にそれぞれ〇記入が必要です。

○請求書の記入方法及び注意事項

- ※請求書の様式変更は、行わないようにしてください。
- ※記入は鉛筆以外(ボールペン等)でお願いいたします。
- ※医療機関住所欄等に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1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2,500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500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200円)を記入

【表】平成 1 年 6 月請求分 特定健診の情報提供書

【本人記入欄】全て記入（代筆可）

フリガナ	ケンシン タロウ	保険者番号	4 2 0 0 1 8
氏名	健診 太郎	生年月日	昭和 3 3 年 1 2 月 2 0 日
郵便番号	〒 〇〇〇 - 〇〇〇〇	性別 ※1	男(○) 女()
住所	長崎県長崎市〇〇町〇番〇〇号	年齢	6 0 歳
連絡先(電話番号)	〇〇〇 - 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
		被保険者証番号	1 2 3 4 5
		医師の総合判断日 ※4	平成 1 年 5 月 1 0 日

【医療機関記入欄】任意項目以外全て記入 ※該当する元号を選択

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	mg/dl ※6	
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 ※1	- () ± () + () ++ () +++以上 ()	
	⑭ 尿蛋白 ※1	- () ± () + () ++ () +++以上 ()	
	⑮ 尿検査測定不能 ※2	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	. mg/dl	小数点以下2桁
	⑰ 血清尿酸	. mg/dl	小数点以下1桁
血糖検査	⑱ HbA1c (NGSP値) ※3	. % ※5	小数点以下1桁
血糖検査	⑲ 空腹時血糖	. mg/dl ※5	
	⑳ 随時血糖	. mg/dl ※5	
任意項目	㉑ 脂肪検査 Non-HDLコレステロール	. mg/dl ※6	
	㉒ ヘマトクリット値 (Ht)	. %	小数点以下1桁
貧血検査	㉓ 血色素 [ヘモグロビン (Hb)]	. g/dl	小数点以下1桁
	㉔ 赤血球数	. 万/mm ³	
尿検査	㉕ 尿潜血 ※1	- () ± () + () ++ () +++以上 ()	
医師の診断 ※1 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 2 3 4 5 6	医療機関住所	長崎県長崎市〇〇町〇丁目〇〇番地 1
医師名	国保 太郎	医療機関名	長崎国保病院

※1: いずれかの () 内に○を記入する。
 ※2: 尿検査が排尿障害等のため実施できない場合は () 内に○を記入する。
 ※3: 追加で検査を実施した場合、「追加検査実施」欄に左枠内に○を記入する。
 ※4: 最後に医師が総合的に判断した日を記入する。
 ※5: 血糖検査のHbA1cは必須項目、空腹時血糖および随時血糖は任意項目として設定しているが、空腹時血糖または随時血糖のいずれかがあれば、HbA1cを必須としない。
 ※6: 脂肪検査の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。ただし、Non-HDLコレステロールを記入する場合は実施要領の12注意事項②に注意すること。
 ●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、国保連合会へ送付ください。

○情報提供書の記入方法及び注意事項
 ※記入は鉛筆以外（ボールペン等）でお願いします。
 ※医療機関住所欄等にゴム印使用可能です。
 ※不足している項目がないか確認をお願いいたします。

- 請求年月の記入（例：連合会へ6月に提出する場合…【令和1年6月】）
- 被保険者が個人情報を全て記入
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！被保険者ではなく医療機関が記入する
- 基本項目（①～⑩）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⑳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（⑲～㉕）は診療情報があれば記入（未記入可）
- 『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）

【裏】 平成 1年 6月請求分 特定健診の情報提供書（質問票兼同意書）
 令和

【本人記入欄】 医師等の問診による記入可 様式 1 9 0 4 0 1 3

項目	質問事項	回答欄		
		該当する（ ）内に○を記入してください		
	既往歴（高血圧・糖尿病・脂質異常症 等）がありますか。	はい（○）	いいえ（ ）	
	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	はい（○）	いいえ（ ）	
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい（○）	いいえ（ ）	
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	はい（○）	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。	はい（○）	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。	はい（ ）	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。	はい（ ）	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。	はい（ ）	いいえ（○）	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい（ ）	いいえ（○）	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方）	はい（ ）	いいえ（○）	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	はい（ ）	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。	はい（○）	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。	はい（ ）	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。	はい（ ）	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。	何でもかめる（○）	かみにくいことがある（ ）	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。	速い（○）	普通（ ）	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。	はい（○）	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。	毎日（ ）	時々（○）	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。	はい（○）	いいえ（ ）	
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度は、どのくらいですか。	毎日（ ）	時々（ ）	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、どのくらいですか。 日本酒1合（180ml）の目安： ビール500ml、焼酎25度（110ml）、 ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml） ※問18が「ほとんど飲まない」方は「1合未満」を選択して下さい。	1合未満（○）	1～2合未満（ ）	
		2～3合未満（ ）	3合以上（ ）	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい（○）	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。	改善するつもりはない（ ）		
		改善するつもりである（○）		
		近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。（ ）		
		既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）（ ）		
		既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）（ ）		
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。	はい（○）	いいえ（ ）	

【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・町 国保組合 に提出することに同意します。
 平成 1年 5月 8日 氏名 健診 太郎
 令和
 *該当する元号を選択

○質問票兼同意書の記入方法及び注意事項
 ※記入は鉛筆以外（ボールペン等）でお願いいたします。
 ※質問票を患者さまが持参した場合は、転記をお願いいたします。
 ※不足している項目がないか確認をお願いいたします。

請求年月の記入（例：連合会に5月に請求する場合、「平成28年5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（ ）内に○を記入（複数回答不可）

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）