

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 4 0 4 0 1 1

請求日 令和 0 6 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 6 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
令和6年4月1日 から 令和7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6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-2304011】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
- ※被保険者の方に渡さないで下さい、医療機関から請求をお願いします
- 被保険者からの直接請求は受付けておりません

- 請求書を送付する日を記入
- 被保険者の保険者番号を記入(例:長崎市であれば「420018」)
被保険者の保険者名を記入(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6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		保険者番号	4 2
氏名		生年月日	昭和 年 月 日
郵便番号	〒	性別	男 ・ 女 年齢 歳
住所		受診券整理番号	
電話番号	-	被保険者証番号	
		医師の総合判断日※1	令和 年 月 日

▼医療機関記入欄 (任意項目以外全て記入)

※1 最後に医師が総合的に判断した日を記入する。(令和7年3月31日迄)

項目	追加検査実施 (○記入)	検査結果	注意事項
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
⑤ 収縮期血圧		mmHg	
⑥ 拡張期血圧		mmHg	
⑦ 空腹時中性脂肪 ※5		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	
⑩ AST(GOT)		U/l	
⑪ ALT(GPT)		U/l	
⑫ γ-GT(γ-GTP)		U/l	
⑬ 尿糖		- ± + ++ +++以上	
⑭ 尿蛋白		- ± + ++ +++以上	
⑮ 尿検査測定不能		①生理中 ②排尿障害 ③その他のため尿検査を実施できません	
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
⑱ HbA1c(NGSP値) ※4		%	小数点以下1桁
⑲ 空腹時血糖 ※4		mg/dl	
⑳ 随時血糖 ※4		mg/dl	
㉑ 随時中性脂肪 ※5		mg/dl	
㉒ Non-HDLコレステロール ※2		mg/dl	
㉓ ヘマトクリット値(Ht)		%	小数点以下1桁
㉔ 血色素量[ヘモグロビン値(Hb)]		g/dl	小数点以下1桁
㉕ 赤血球数		万/mm ³	
㉖ 尿潜血		- ± + ++ +++以上	

医師の診断	異常なし() 治療中() 経過観察() 要注意() 要検査()
医療機関コード	医療機関住所
医師名	医療機関名

● 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。
 ※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。ただし、中性脂肪(血清トリグリセリド)が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合に限る。
 ※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。
 ※5 空腹時中性脂肪の検査結果がない場合には、随時中性脂肪を必須とする。

○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6年6月】)
- 被保険者が個人情報全てを記入
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)
- ⑦空腹時中性脂肪は原則必須 ただし、検査結果がない場合は⑳随時中性脂肪が必須となります
- 尿検査を実施できない場合は該当項目番号に欄に○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(⑲~㉖)は診療情報があれば記入(未記入可)
- ㉖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)

【令和 年 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	4	0	4	0	1	3
	既往歴(高血圧・糖尿病・脂質異常症)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 条件1:最近1ヶ月間吸っている 条件2:生涯で6ヶ月以上吸っている、又は合計100本以上吸っている		①はい(条件①②両方満たす) ②以前は吸っていたが、最近1ヶ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 ※過去に月1回以上の習慣的な飲酒歴があり、最近1年以上酒類を摂取していない者は⑦「やめた」を選択して下さい。		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日当たりの飲酒量は、どれくらいですか ・日本酒1合(15度・180ml)の目安:ビール(5度・約500ml)、焼酎25度(110ml)、ワイン1杯(60ml) ウイスキー1杯(60ml)、缶チューハイ(5度・約500ml、同7度・約350ml) ※間18で⑦、⑧の方は「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 ④3~5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えますか		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カ月以内) ③近いうちに(概ね1カ月以内)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カ月未満) ⑤既に改善に取り組んでいる(6カ月以上)						
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					

【本人同意欄(自筆)】

この情報提供書(質問票兼同意書)を _____ 市・町 国保組合 _____ に提出することに同意します。

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名 _____

●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)

○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6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)

●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)