

特定健診未受診者にかかる情報提供書の提出方法（概要版）

1. 情報提供事業とは

特定健康診査情報提供事業（以下、情報提供事業という。）は、保険医療機関受診中で特定健診を受診していない方を対象とし、通院先の保険医療機関の診療情報に特定健診と同じ検査データがある場合に、本人の同意をもって、検査データを保険医療機関から提供してもらう事業です。

2. 情報提供可能な保険医療機関

長崎県国保連合会と長崎県医師会が支払事務に関する契約を締結しており、長崎県医師会会員の保険医療機関が対象となります。なお、長崎県医師会会員以外の保険医療機関は、長崎県国保連合会と個別契約を行うことで対象となります。

3. 患者（被保険者）が「情報提供書」を持参した場合

| タイミング | ご協力いただきたいこと | 補足 |
|--------|-------------------------------------|--------|
| 患者と対面時 | ①今年度の特定健診受けていない（受けない）を確認する。 | |
| | ②情報提供書の本人記入欄（裏面の質問票含む）が埋まっているか確認する。 | 代筆可能 |
| | ③同意欄に記入があるか確認する。 | 代筆可能 |
| | ④必要な検査データが揃っているか確認する。 | |
| | ⑤HbA1cと腎機能検査がない場合は追加検査を実施する。 | |
| | ⑥身長、体重、腹囲、血圧を測り、BMI値も併せて記入する。 | |
| | ⑦受診券を回収する（持ってきていない場合は次回回収）。 | 重複防止の為 |
| 後 | ⑧保持している検査データを記入。 | |
| | ⑨医師の総合判断日を記入。 | |

4. 長崎県国保連合会への提出方法及び情報提供料の支払いについて

- ①長崎県国保連合会のホームページから請求書をダウンロードし記入する。
「トップページ」→「医療機関の皆様へ」→「特定健診未受診者にかかる情報提供事業」の各種様式からダウンロード（様式の年度にご注意下さい。）
- ②請求書と情報提供書を毎月5日までに長崎県国保連合会へ送付する。
- ③情報提供料は、提出月（5日基準）の翌月27日頃に、診療報酬と同じ口座へお支払いします。

5. 情報提供書の記入例

医療機関記入

本人記入 (医療機関代筆可)

連合会へ提出する月

【令和 年 月請求分】 特定健康診査情報提供書【表】 (長崎県国民健康保険団体連合会提出用)

▼本人記入欄 (太線枠内) (全て記入/代筆可)

| | | | | | | | | | | |
|------|------------|--------------------------------|----|---|---|---|---|---|---|---|
| フリガナ | 保険者番号 | 4 2 | 様式 | 2 | 5 | 0 | 4 | 0 | 1 | 2 |
| 氏名 | 昭和 | 医師の総合判断日時点の年齢 | | | | | | | | |
| 郵便番号 | 〒 | 本人(患者さん)が個人情報全て記入 (医療機関による代筆可) | | | | | | | | |
| 住所 | 受診券整理番号 | | | | | | | | | |
| 電話番号 | 被保険 | 医療機関が記入する (受診券の有効期間内) | | | | | | | | |
| | 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3年3月31日迄)

| 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 | | |
| 脂肪検査 | ⑦ 空腹時中性脂肪 ※5 | | 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る |
| | ⑧ HDLコレステロール | | |
| | ⑨ LDLコレステロール ※2 | | |
| 肝機能検査 | ⑩ AST(GOT) | | ※注 項番⑦を記載した場合は⑳or㉑を、 項番㉑を記載した場合は⑳or㉒を記載 |
| | ⑪ ALT(GPT) | | |
| | ⑫ γ-GT(γ-GTP) | U/l | |
| 尿検査 | ⑬ 尿糖 | | ⑮尿検査を実施できない場合は 理由番号に「○」を記入 |
| | 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。 |
| 腎機能検査 | ⑯ 血清クレアチニン ※3 | | ⑰⑱、⑲ 本事業のために追加で実施した 場合「○」を記入 |
| | ⑰ 血清尿酸 ※3 | | 小数点以下2桁 |
| 血糖検査 | ⑱ HbA1c(NGSP値) ※3 ※4 | | ⑱HbA1cは原則必須 ただし、検査結果がない場合は ⑲空腹時血糖 または ⑳随時血糖 が必須となる |
| | ⑲ 空腹時血糖 ※4 | | 小数点以下1桁 |
| 任意項目 | ⑲ 空腹時血糖 ※4 | | |
| | ⑳ 随時血糖 ※4 | | |
| | ㉑ 随時中性脂肪 ※5 | | |
| | ㉒ Non-HDLコレステロール ※2 | | |
| 貧血検査 | 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 | |
| 尿検査 | ㉖ 尿潜血 | - + ++ +++以上 | |
| 医師の診断 | 異常なし() 治療中() 経過観察() | 医師の診断は必須項目 | |
| 医療機関コード | 医療機関住所 | 医療機関コード、医療機関住所、 医師名、医療機関名全て記入 (ゴム印使用可) | |
| 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(血清トリグリセライド)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。

長崎県国民健康保険団体連合会 (令和7年9月作成)

連合会へ提出する月

【 令和 年 月 請求分 】

(質問票兼同意書)【裏】

本人(患者さん)が個人情報を
全て記入(医療機関による代筆可)

▼本人記入欄

(本線枠内) 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 | 5 | 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、脳卒中治療を受けたこと | | ①はい | | ②いいえ | | |
| 5 | 医師から、心臓病治療を受けたこと | | 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 | | 項目ごとに、当てはまる箇所につき1つだけ「○」を記入(複数回答不可) | | | | |
| 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 | | | | | | |
| 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) ※問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、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(白筆)】

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。

同意日、氏名、保険者名の
記入は必須
(医療機関による代筆可)

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)

請求書は長崎県国保連合会のホームページから印刷をお願いします。

「トップページ」→「医療機関等の皆さまへ」→「特定健診未受診者にかかる情報提供事業」→「各種様式」

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 | 5 | 0 | 4 | 0 | 1 | 1 |
|----|---|---|---|---|---|---|---|

被保険者の保険者番号と保険者名を記入
(例:長崎市であれば「420018」)

請求日 令和 07 年 06 月 04 日

請求書を送付する日を記入

保険者番号 4 2 0 0 x x

〇〇

市町長

様

国保組合 理事長

(国保担当課扱い)

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)

| | | | | | | | | | | |
|--------|------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 医療機関番号 | 4 | 2 | 1 | 0 | 1 | x | x | x | x | x |
| 医療機関住所 | 長崎市〇〇町〇〇番〇〇号 | | | | | | | | | |
| 医療機関名 | 〇〇医院 | | | | | | | | | |
| 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 請求金額内訳の合計【⑦=④+⑤+⑥】

円

請求年月 令和 07 年 06 月

請求年月の記入(例:連合会へ6月に提出する場合...【令和7年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7年4月1日 から 令和8年3月31日 | 情報提供料 (追加検査なし) | 2,750 | ① 情報提供料 (追加検査なし) の件数 | ④ ①×単価の 請求金額 |
| | 追加検査分 HbA1c | 550 | ② 追加で HbA1cを実施 した件数 | ⑤ ②×単価の 請求金額 |
| | 腎機能検査 (血清クレアチニン・血清尿酸) | 220 | ③ 追加で腎機 能検査を実施 した件数 | ⑥ ③×単価の 請求金額 |

※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。

【お問い合わせ・郵送先】長崎県国保連合会 保険者支援課 企画広報・健診班(095-826-7301)

長崎県国民健康保険団体連合会(令和7年9月作成)