

情報提供事業（みなし健診）

事務処理マニュアル【直接請求医療機関用】

Ver. 2.0（令和 6 年 8 月 14 日作成）

熊本県国民健康保険団体連合会

【變更履歷】

[illegible]

目次

1	事業の目的	1
2	事業の内容	1
	対象者	2
	対象保険者	2
	対象医療機関	2
	事業開始時期	2
	事業に係る費用	2
	◆ 情報提供料等（1件につき）	2
3	業務フロー	3
	費用決済処理までの流れ	4
	費用決済スケジュール早見表	5
4	様式	6
	特定健康診査情報提供票（様式1）	6
	表面	6
	◆ 裏面	7
	◆ 「特定健康診査情報提供票」の記入方法	8
	特定健康診査情報提供料請求書（様式2）	11
	◆ 様式の取得場所	12
5	注意事項（Q&A）	13
	「特定健康診査情報提供票」について	13
	請求について	13
6	送付先及び問合せ先	14
	◆ 保険者（問合せ先）	14
	◆ 熊本県国民健康保険団体連合会（送付先・問合せ先）	15

1 事業の目的

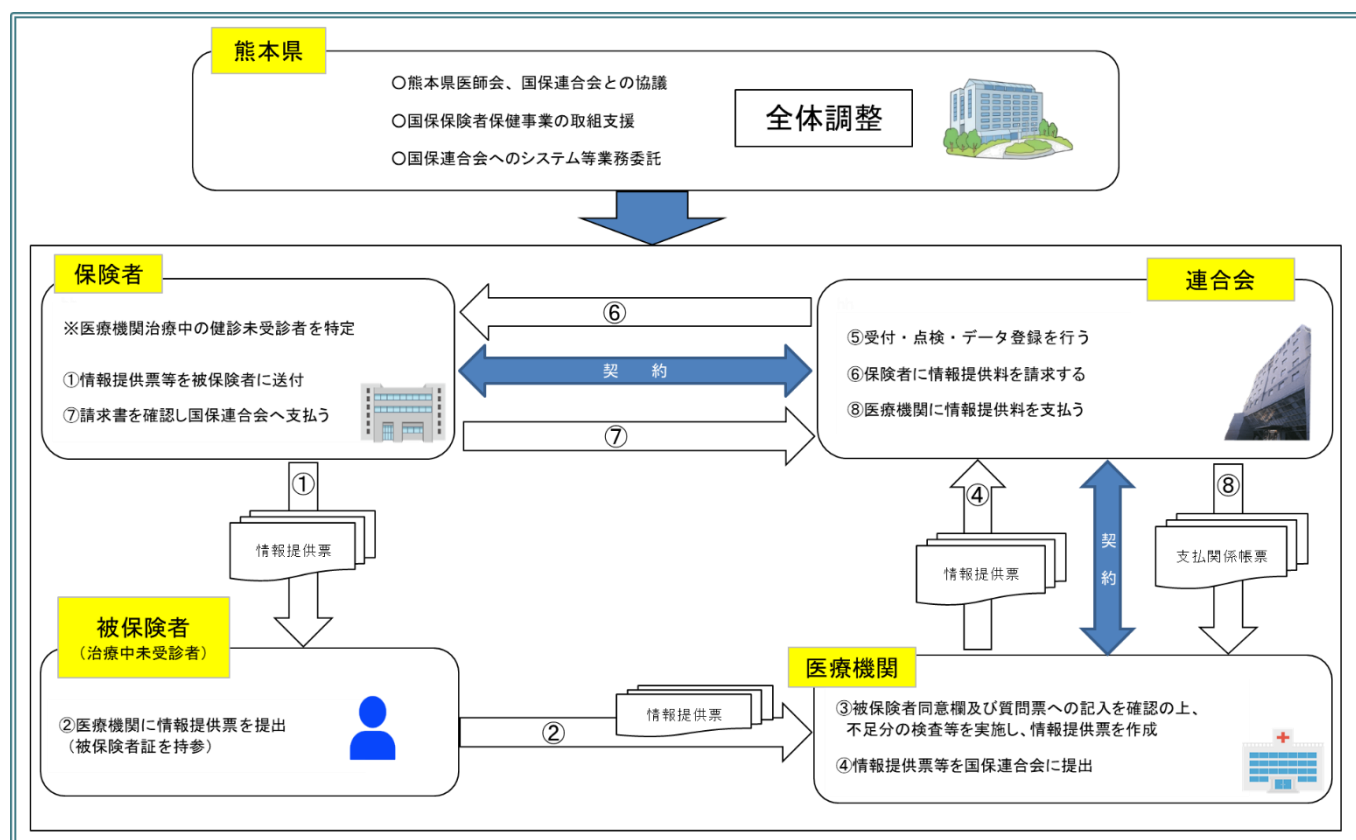
本事業は、特定健診未受診者の診療情報を活用することによる特定健診受診率の向上、被保険者の健康状態の把握、その後の保健指導への反映を図ることを目的として実施します。

2 事業の内容

生活習慣病等で医療機関を受診中かつ特定健診未受診の被保険者を対象として、医療機関が保有する検査結果情報の提供について同被保険者の同意が得られた場合に、「特定健康診査情報提供票」（以下「情報提供票」という。）を、医療機関から熊本県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）へ提出していただくことで、みなし健診データとして収集します。

なお、情報提供票等の作成・提供にあたり、情報提供料等が保険者から医療機関へ支払われます。

【事業概要図】



対象者

熊本県内の 40 歳～75 歳未満の国保被保険者で、当該年度の特設健診を受診していない者のうち、保険者に対して情報提供に同意した者としてします。

対象保険者

本事業の契約を締結している熊本県内の保険者としてします。

熊本市	人吉市	荒尾市	水俣市	宇土市	上天草市	山鹿市	宇城市	阿蘇市
菊池市	八代市	玉名市	合志市	天草市	玉東町	南関町	長洲町	大津町
菊陽町	南小国町	小国町	産山村	高森町	西原村	御船町	嘉島町	益城町
甲佐町	津奈木町	錦町	多良木町	湯前町	水上村	相良村	五木村	山江村
球磨村	苓北町	美里町	和水町	南阿蘇村	山都町	氷川町	芦北町	あさぎり町

令和 5 年度～

対象医療機関

本事業の契約を締結する医療機関が対象となります。

事業開始時期

令和 5 年 10 月

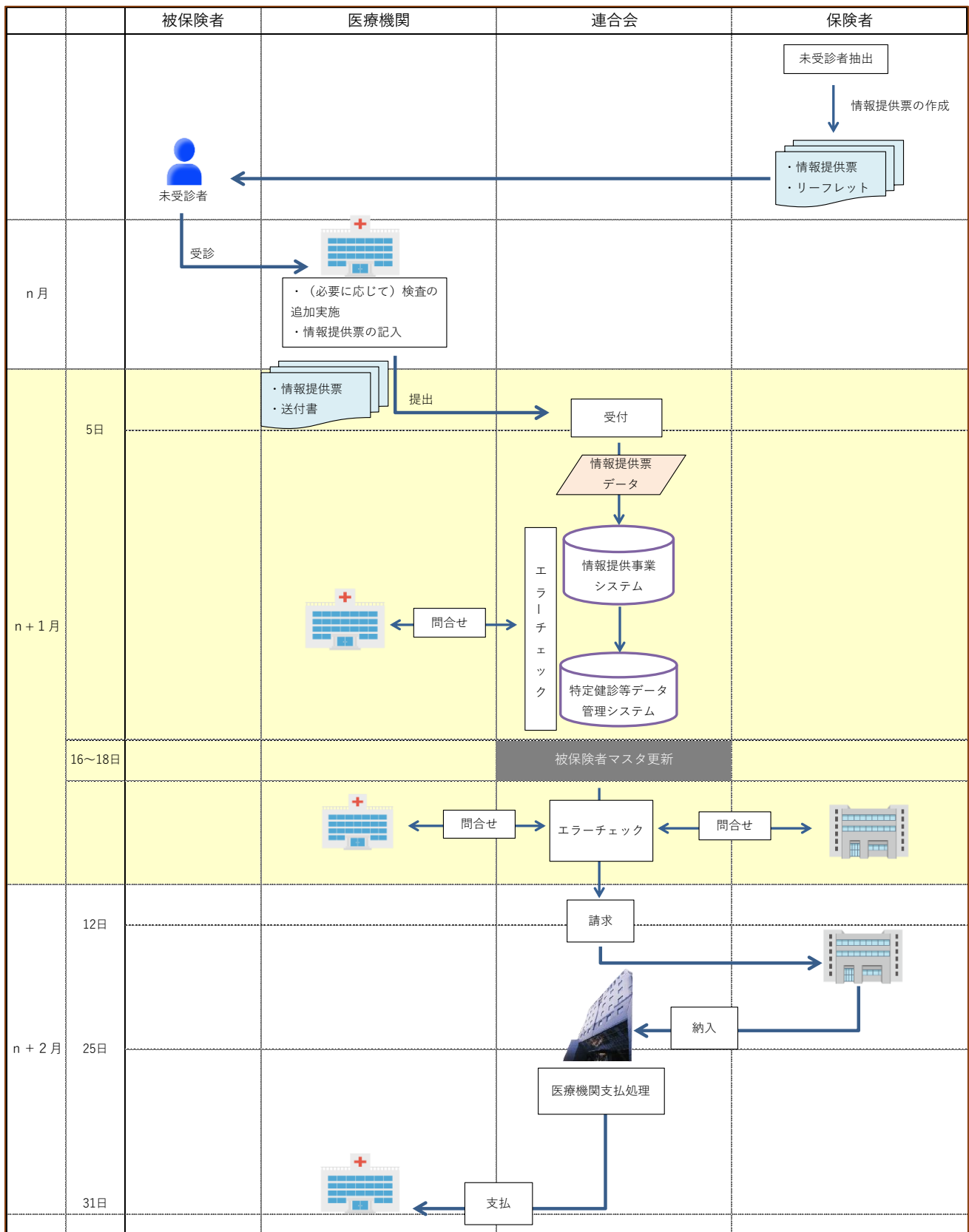
事業に係る費用

◆情報提供料等（1 件につき）

情報提供料	2,750 円（消費税及び地方消費税を含む。）
追加検査料	850 円（消費税及び地方消費税を含む。）
	
合計（追加検査なし）	2,750 円（消費税及び地方消費税を含む。）
合計（追加検査あり）	3,600 円（消費税及び地方消費税を含む。）

※追加検査料は、基本項目において追加検査を実施した場合に請求できます。

3 業務フロー



費用決済処理までの流れ

※請求及び支払に関する通知や納付締切日は、特定健診等と同様のスケジュールを予定しています。

① 情報提供事業の説明及び同意【医療機関】

本事業の対象者が来院された際に情報提供票を持参していれば、対象者へ本事業について説明を行います。

同意を含め、【本人記入欄】の記載を確認し、記載がない場合は本人に記載をお願いしてください。（本人による記入が難しい場合、代筆も可能です。）

併せて、被保険者証等から、対象者の資格をご確認ください。資格喪失されている場合は、本事業の対象外となります。

② 「特定健康診査情報提供票」の記載・確認【医療機関】

【医療機関記入欄】の項目を記入後、各項目の記載もれがないか、ご確認ください。

→情報提供票の記載方法は、「4 様式「特定健康診査情報提供票」の記入方法」を参照。

③ 「特定健康診査情報提供票」を提出【医療機関→連合会】

情報提供票等を、連合会宛てに提出してください。

提出日：毎月 5 日（土曜日、日曜日及び国民の祝日の場合は翌営業日）

提出先：〒862-8639 熊本市東区健軍 2 丁目 4 番 10 号（熊本市町村自治会館内）

熊本県国保連合会 保健事業支援課

提出物：・特定健康診査情報提供票

・請求書（様式 2）

・送付書

④ 点検処理時の問い合わせ対応【連合会⇄医療機関】

連合会による点検処理の際、請求項目等に不備がありエラーが出現したデータについて、問合せする場合がありますのでご協力をお願いします。

問合せ

電話確認等に対応できる軽微なものについては、連合会から電話確認を行う場合があります。

返戻

資格喪失者や各様式の記載内容の不備等により、返戻となる場合があります。

⑤ 保険者請求処理【連合会⇔保険者】

医療機関から請求があった月の原則翌月 13 日頃、連合会から保険者へ請求書を送付します。
その後、保険者から連合会へ納入されます。

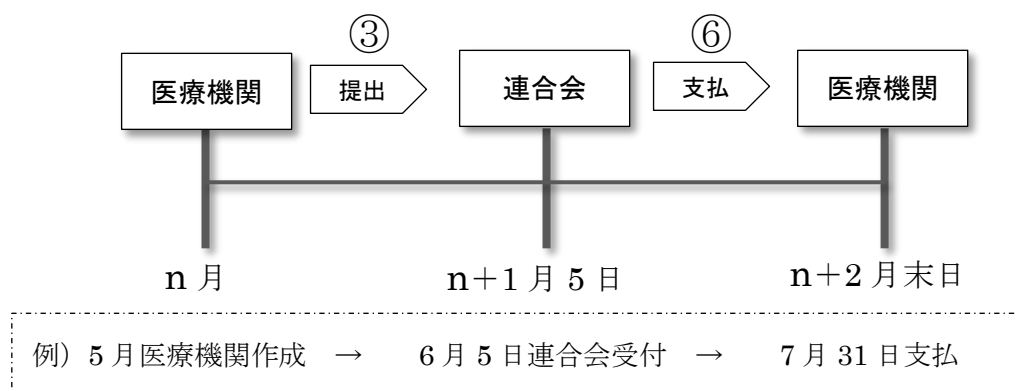
⑥ 医療機関支払処理【連合会→医療機関】

保険者からの納入確認後、納入された月の原則月末までに、医療機関支払関連帳票を作成し、連合会から支払額通知書等を送付します。

併せて、原則、診療報酬支払口座へ情報提供料等を振り込みます。連合会からの支払日は、連合会受付の翌月末です。

⑦ 支払額通知書到着【医療機関】

費用決済スケジュール早見表



4 様式

特定健康診査情報提供票（様式 1）

表面

令和 年度 特定健康診査情報提供票（表）									
【保険者記入欄】		市町村名		保険者番号					
フリガナ				被保険者証等記号					
氏 名				被保険者証等番号					
住 所		〒		生年月日		昭和	年	月	日
				性別／年齢		男	女	歳	
				受診券整理番号					
【本人記入欄】									
この情報提供票及び質問票を該当市町村国保保険者並びにくまもとメディカルネットワークに提出することに同意します。 ●ご本人がご記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。									
令和 年 月 日 氏名									
		質問項目				あてはまる番号に○をつけてください。			
1	既往歴はありますか。 「1：はい」と答えた方のみ、既往歴を裏面の主な所見コード一覧より選択してください。（最大 3 つまで）	1：はい		2：いいえ					
2	自覚症状がありますか。 「1：はい」と答えた方のみ、自覚症状を裏面の主な所見コード一覧より選択してください。（最大 3 つまで）	1：はい		2：いいえ					
3	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					
4	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。	1：はい		2：いいえ					
5	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					
6	たばこを習慣的に吸っていますか。（今まで 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※電子タバコも含む）	1：はい		2：以前は吸っていた		3：いいえ			
【医療機関記載欄】※裏面もご確認ください。									
<基本項目> 基本項目は全て必須となります。									
<任意項目> 基本項目と同じ時期に実施された検査で提供可能な場合はご記入ください。									
患者番号									
検査項目		検査結果							
身体測定	身長								cm
	体重								kg
	腹囲								cm
	BMI								
血圧	収縮時血圧								mmHg
	拡張時血圧								mmHg
血中脂質	中性脂肪 ※1								mg/dl
	HDL コレステロール								mg/dl
	LDL コレステロール								mg/dl
	AST (GOT)								U/I
肝機能	ALT (GPT)								U/I
	γ-GT (γ-GTP)								U/I
	空腹時血糖								mg/dl
血糖 ※2	ヘモグロビン A1c								%
	採血時間（食後）	2: 食後 10h 以上 3: 食後 3.5h 以上 10h 未満 4: 食後 3.5h 未満							
尿	尿糖	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++							
	尿蛋白	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++							
	尿検査未実施理由	1:生理中、2:腎疾患等の基礎疾患があり排尿障害を有する、3:その他							
検査状況	所見	1:特記あり 2:特記なし							
	具体的な所見 ※3								
追加検査 ※4		1:実施した 2:実施してない							
※4 お持ちの情報だけでは項目が足りないため、1 項目でも検査を行った場合には「1」をご記入ください。									
検査項目		検査結果							
貧血	赤血球数								万/ml
	血色素量								g/dl
	ヘマトクリット値								%
	心電図	所見	1:特記あり 2:特記なし						
腎機能	血清クレアチニン								mg/dl
	血清尿酸								mg/dl
尿	尿潜血	1:- 2:± 3:+ 4:++ 5:+++							
※1 採血時間が食後 10h 以上は「空腹時中性脂肪」、食後 10h 未満は「随時中性脂肪」となります。									
※2 採血時間が食後 10h 以上は「空腹時血糖」、食後 10h 未満は「ヘモグロビン A1c」をご記入ください。									
※3 裏面の主な所見コード一覧をご参照ください。									
医師の総合判断		1:異常なし 2:経過観察 3:要検査 4:要医療 5:治療中							
医師の総合判断日		令和 年 月 日							
医療機関番号									
医療機関名									
医療機関住所									
医師名									

◆裏面

- ・既往歴、自覚症状、他覚症状、心電図検査の主な所見コード一覧が記載されています。
- 各項目を実施された場合に参照し、該当する番号を表面の記載欄にご記入ください。

特定健康診査情報提供票（裏）

※ 「尿糖」「尿蛋白」「尿検査」「尿潜血」「心電図所見」「追加検査実施」「医師の判断」は□に該当番号をご記入ください。

※ 最初に行われた検査実施日と最後に実施された医師の総合判断日までの間は、3 ヶ月以内とします。

既往歴 主な所見コード一覧

01 脳卒中	07 狭心症	13 高血圧	19 糖尿病
02 脳出血（脳卒中）	08 心筋梗塞	14 低血圧	20 肝臓病
03 脳梗塞（脳卒中）	09 心不全	15 不整脈	21 胃・十二指腸潰瘍
04 その他の脳血管疾患	10 虚血性心疾患	16 高脂質血症	22 うつ
05 慢性的な腎不全	11 その他の心疾患	17 高尿酸血症	23 骨粗鬆症
06 人工透析	12 貧血	18 腎不全以外の腎疾	

自覚症状 主な所見コード一覧

01 胸部圧迫感	05 肩こり・腰痛	09 いつも調子が悪い	13 下痢と便秘
02 心悸亢進・動悸	06 手足のしびれ感	10 腹が張っている	14 痔の傾向
03 息切れ	07 目眩・立眩み	11 下痢	
04 不眠	08 頭痛・耳鳴り	12 便秘	

他覚症状 主な所見コード一覧

01 眼瞼結膜蒼白（＋）	03 肝臓肥大（＋）	05 心音不純
02 浮腫：眼瞼（＋）	04 浮腫：下腿（＋）	06 不整脈あり

心電図検査 主な所見コード一覧

01 異常 Q 波	31 房室ブロックⅡ度（2:1）	52 心室期外収縮ショートラン	74 低電位差（四肢誘導）
02 境界域 Q 波	32 PR 延長	53 心室期外収縮二連発	75 低電位差（胸部誘導）
03 R 波の増高不良	33 房室ブロックⅠ度	54 心房粗動	76 ST 上昇
05 左軸偏位	34 WPW 症候群	55 心房細動	78 軽度 ST 上昇
07 軽度な左軸偏位	35 WPW 症候群の疑い	56 上室頻拍	79 右房拡大
08 高度な右軸偏位	36 PR 短縮	57 上室期外収縮ショートラン	80 左房拡大
09 右軸偏位	37 人工ペースメーカー調律	58 上室期外収縮二連発	81 反時計回転
10 S1、S2、S3 パターン	38 完全左脚ブロック	59 心室調律	82 時計回転
11 高電位	39 完全右脚ブロック	60 房室接合部調律	83 高い T 波
12 右室肥大	40 不完全右脚ブロック	61 左房調律の疑い	84 右胸心？
13 左室肥大の疑い	41 心室内伝導障害	63 房室解離	85 電極付け間違い？
14 ST-T 異常	42 RSR' パターン	64 高度な頻脈	86 QT 延長
15 軽度 ST-T 異常	43 上室期外収縮	65 頻脈	87 QT 短縮
16 ST 低下	44 心室期外収縮	66 洞頻脈	88 軽度な QT 延長
17 軽度 ST-T 異常の疑い	45 上室三段脈	67 高度な徐脈	89 記録不良
22 陰性 T	46 心室三段脈	68 徐脈	92 その他の所見あり
24 平低 T	47 上室二段脈	69 洞徐脈	
27 陽性 T（V1）	48 心室二段脈	70 洞不整脈	
28 完全房室ブロック	49 上室期外収縮（頻発）	71 洞房ブロック	
29 房室ブロックⅡ度（2:1）	50 心室期外収縮（頻発）	72 補充収縮	
30 房室ブロックⅡ度（2:1）	51 心室頻拍	73 確定できない不整脈	

◆「特定健康診査情報提供票」の記入方法

【保険者記入欄】

令和 年度 特定健康診査情報提供票 (表)

【保険者記入欄】 市町村名 国 保 町

氏 名 国 保 太 郎

住 所 〒123-4567 熊 本 県 国 保 町 123

保険者番号 00430000

被保険者証等番号 0012345

生年月日 昭和 50 年 1 月 1 日

性別/年齢 男 女 49 歳

受診券整理番号 2410000000

この情報提供票及び質問票を該当市町村国保保険者並びにくまもとメディカルネットワークに提出することに同意します。
●ご本人がご記入ください。ただし、ご記入が自由な場合は代筆で結構です。

令和 年 月 日 氏名

既往歴はありますか。
「1:はい」と答えた方のみ、既往歴を裏面の主な所見コード一覧より選択してください。(最大3つまで)

自覚症状がありますか。
「1:はい」と答えた方のみ、自覚症状を裏面の主な所見コード一覧より選択してください。(最大3つまで)

現在、血圧を下げる薬を服用していますか。

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。

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。

たばこを習慣的に吸っていますか。(今まで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※電子タバコも含む)

【検査結果記載欄】※事業主で記載してください。

＜基本項目＞ 基本項目は全て記入となります。

＜任意項目＞ 基本項目と同じ時期に実施された検査で提供可能な場合はご記入ください。

検査項目 検査結果

身長 体重 BMI

血圧 収縮圧 拡張圧

空腹血糖 HbA1c

脂質 総コレステロール LDLコレステロール HDLコレステロール TG

肝臓 肝臓酵素 (AST, ALT, GPT)

腎臓 血清クレアチニン eGFR

心臓 心電図

脳 脳血管障害

がん がん検診結果

その他 任意の検査項目

記載例

令和6年度 特定健康診査情報提供票 (表)

【保険者記入欄】 市町村名 国 保 町

氏 名 国 保 太 郎

住 所 〒123-4567 熊 本 県 国 保 町 123

保険者番号 00430000

被保険者証等番号 0012345

生年月日 昭和 50 年 1 月 1 日

性別/年齢 男 女 49 歳

受診券整理番号 2410000000

- 保険者にて記入します。
- 記載内容と対象者から提示された被保険者証の記載が異なる場合や空欄がある場合は、【保険者記入欄】に記載された保険者までご確認ください。

【本人記入欄】

令和 年度 特定健康診査情報提供票 (表)

【本人記入欄】 市町村名 国 保 町

氏 名 国 保 太 郎

住 所 〒123-4567 熊 本 県 国 保 町 123

保険者番号 00430000

被保険者証等番号 0012345

生年月日 昭和 50 年 1 月 1 日

性別/年齢 男 女 49 歳

受診券整理番号 2410000000

この情報提供票及び質問票を該当市町村国保保険者並びにくまもとメディカルネットワークに提出することに同意します。
●ご本人がご記入ください。ただし、ご記入が自由な場合は代筆で結構です。

令和 年 月 日 氏名

既往歴はありますか。
「1:はい」と答えた方のみ、既往歴を裏面の主な所見コード一覧より選択してください。(最大3つまで)

自覚症状がありますか。
「1:はい」と答えた方のみ、自覚症状を裏面の主な所見コード一覧より選択してください。(最大3つまで)

現在、血圧を下げる薬を服用していますか。

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。

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。

たばこを習慣的に吸っていますか。(今まで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※電子タバコも含む)

【検査結果記載欄】※事業主で記載してください。

＜基本項目＞ 基本項目は全て記入となります。

＜任意項目＞ 基本項目と同じ時期に実施された検査で提供可能な場合はご記入ください。

検査項目 検査結果

身長 体重 BMI

血圧 収縮圧 拡張圧

空腹血糖 HbA1c

脂質 総コレステロール LDLコレステロール HDLコレステロール TG

肝臓 肝臓酵素 (AST, ALT, GPT)

腎臓 血清クレアチニン eGFR

心臓 心電図

脳 脳血管障害

がん がん検診結果

その他 任意の検査項目

【本人記入欄】

この情報提供票及び質問票を該当市町村国保保険者並びにくまもとメディカルネットワークに提出することに同意します。
●ご本人がご記入ください。ただし、ご記入が自由な場合は代筆で結構です。

令和 年 月 日 氏名

質問項目

既往歴はありますか。
「1:はい」と答えた方のみ、既往歴を裏面の主な所見コード一覧より選択してください。(最大3つまで)

自覚症状がありますか。
「1:はい」と答えた方のみ、自覚症状を裏面の主な所見コード一覧より選択してください。(最大3つまで)

現在、血圧を下げる薬を服用していますか。

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。

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。

たばこを習慣的に吸っていますか。(今まで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※電子タバコも含む)

本事業への参加とくまもとメディカルネットワークへの同意について、セットでご確認ください。

同意が確認できましたら、同意年月日・本人の署名及び質問事項(6項目)の記入をご確認ください。

なお、本人によるご記入が難しい場合は代筆も可能です。
※同意がない場合は、返戻となりますのでご注意ください。

①「既往歴」及び②「自覚症状」の「具体的な所見」は、情報提供票の裏面に掲載している所見コード一覧を参照し、該当するコードをご記入ください。

【医療機関記入欄】

令和 年度 特定健康診査情報提供票(表)

【検査者記入欄】 医師氏名 検査番号
フリガナ 検査施設名称
氏名 検査施設名称
住所 性別/年齢 期 期 月 日 歳
住所 性別/年齢 期 期 月 日 歳
住所 性別/年齢 期 期 月 日 歳

【本人記入欄】
この健康診査は、国民健康保険法第104条第1項第2号に規定する健康診査に該当するものと認められます。
●ご本人がご記入ください。ただし、ご記入が不可能な場合は代筆で構いません。

令和 年 月 日 氏名

1 既往歴がありますか。(「1」は「はい」と答えた方のみ、既往歴を調査の主な所見コード一覧より選択してください。)(複数選択可)
2 現在、血圧を下げる薬を服用していますか。(「1」は「はい」と答えた方のみ、現在服用中の薬の主な所見コード一覧より選択してください。)(複数選択可)
3 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。(「1」は「はい」と答えた方のみ、現在服用中の薬の主な所見コード一覧より選択してください。)(複数選択可)
4 現在、コレステロール値を下げる薬を服用していますか。(「1」は「はい」と答えた方のみ、現在服用中の薬の主な所見コード一覧より選択してください。)(複数選択可)
5 過去に、心臓病、脳卒中、糖尿病、高血圧、脂質異常症、腎臓病、肝臓病、がん、HIV感染症、感染症、精神疾患、その他の疾患に罹患していますか。(「1」は「はい」と答えた方のみ、現在服用中の薬の主な所見コード一覧より選択してください。)(複数選択可)

【検査結果記入欄】※結果は全て必須となります。
検査項目 検査結果
身長 cm
体重 kg
腹囲 cm
BMI
収縮時血圧 mmHg
拡張時血圧 mmHg
中性脂肪 ※1 mg/dl
HDL コレステロール mg/dl
LDL コレステロール mg/dl
AST (GOT) U/l
ALT (GPT) U/l
γ-GT (γ-GTP) U/l
空腹時血糖 mg/dl
ヘモグロビン A1c %
採血時間(食後) 2: 食後 10h 以上 3: 食後 3.5h 以上 10h 未満 4: 食後 3.5h 未満
尿糖 1:- 2:+ 3:++ 4:+++ 5:++++
尿蛋白 1:- 2:+ 3:++ 4:+++ 5:++++
尿検査未実施理由 1:生理中、2:腎疾患等の基礎疾患があり排尿障害を有する、3:その他
所見 1:特記あり 2:特記なし
真性糖尿病 ※2 1:実施した 2:実施していない
追加検査 ※4 1:実施した 2:実施していない

- ・〈基本項目〉は、全て医療機関にてご記入ください(必須)。
- ・「患者番号」は、診察券番号のご記入にお使いください。

【医療機関記載欄】※裏面もご確認ください。
〈基本項目〉 基本項目は全て必須となります。

患者番号

検査項目 検査結果

身体測定
身長 cm
体重 kg
腹囲 cm
BMI

血圧
収縮時血圧 mmHg
拡張時血圧 mmHg

血中脂質
中性脂肪 ※1 mg/dl
HDL コレステロール mg/dl
LDL コレステロール mg/dl

肝機能
AST (GOT) U/l
ALT (GPT) U/l
γ-GT (γ-GTP) U/l

血糖 ※2
空腹時血糖 mg/dl
ヘモグロビン A1c %

尿
尿糖 1:- 2:+ 3:++ 4:+++ 5:++++
尿蛋白 1:- 2:+ 3:++ 4:+++ 5:++++
尿検査未実施理由 1:生理中、2:腎疾患等の基礎疾患があり排尿障害を有する、3:その他

他覚症状
所見 1:特記あり 2:特記なし
具体的な所見 ※3

追加検査 ※4 1:実施した 2:実施していない

※4 お持ちの情報だけでは項目が足りないため、1項目でも検査を行った場合には「1」をご記入ください。

③「中性脂肪」検査は採血時間が食後 10h 以上は「空腹時中性脂肪」、10h 未満は「随時中性脂肪」となります。

④「血糖」検査は、「空腹時血糖」又は「ヘモグロビン A1c」のいずれかをご記入ください。

⇒食後 10h 以上:「空腹時血糖」

⇒上記以外の場合:「ヘモグロビン A1c」

★〈基本項目〉に「空腹時血糖」を記入した場合、「ヘモグロビン A1c」は〈任意項目〉として取り扱いいます。

なお、「空腹時血糖」の検査結果の他、「ヘモグロビン A1c」の検査結果がある場合は、併せてご記入ください。

⑤「他覚症状」の「具体的な所見」は、情報提供票の裏面に掲載している所見コード一覧を参照し、該当するコードをご記入ください。

⑥「追加検査」は、〈基本項目〉で不足する検査があった場合に追加で実施された検査を指します。該当する場合は「1」をご記入ください。

ただし、〈任意項目〉で不足する検査を実施しても「追加検査」を実施したことにはなりません。(任意項目については P10「【医療機関記入欄】続」を参照)

【医療機関記入欄】 続

令和 年度 特定健康診査情報提供票 (表)

【保険者記入欄】	保険者番号
フリガナ	被保険者証番号
氏名	被保険者証番号
住所	性別/年齢
	受診希望年度

【本人記入欄】
この健康診査票は、受診者本人が受診時、特定健康診査情報提供票に記入し、医療機関に提出することになります。
●ご本人が記入してください。ただし、ご記入が可能な場合はご記入ください。

検査項目	検査結果
1. 既往歴はありますか。	1: はい 2: いいえ
2. 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
3. 現在、インスリン注射または血糖を下げる薬を服用していますか。	1: はい 2: いいえ
4. 現在、コレステロール値を下げる薬を服用していますか。	1: はい 2: いいえ
5. たばこを習慣的に吸っていますか。	1: はい 2: いいえ
6. 過去に、心臓病、脳卒中、糖尿病、腎臓病、肝臓病、がん、HIV感染症、感染症、精神疾患、薬物乱用、アルコール依存症、その他の重大な疾患を患ったことがありますか。	1: はい 2: いいえ

【任意項目】 基本項目と同じ時期に実施された検査で提供可能な場合はご記入ください。

検査項目	検査結果
赤血球数	万/ml
血色素量	g/dl
ヘマトクリット値	%
血清クレアチニン	mg/dl
血清尿酸	mg/dl
尿潜血	1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++

※1 採血時間が食後 10h 以上は「空腹時中性脂肪」、食後 10h 未満は「随時中性脂肪」となります。

※2 採血時間が食後 10h 以上は「空腹時血糖」、食後 10h 未満は「ヘモグロビン A1c」をご記入ください。

※3 裏面の主な所見コード一覧をご参照ください。

検査項目	検査結果
心電図	1: 特記あり 2: 特記なし
具体的所見 ※3	
血清クレアチニン	mg/dl
血清尿酸	mg/dl
尿潜血	1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++

※4 採血時間の欄には「1」を記入してください。

＜任意項目＞ 基本項目と同じ時期に実施された検査で提供可能な場合はご記入ください。

検査項目	検査結果
赤血球数	万/ml
血色素量	g/dl
ヘマトクリット値	%
心電図	1: 特記あり 2: 特記なし
具体的所見 ※3	
血清クレアチニン	mg/dl
血清尿酸	mg/dl
尿潜血	1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++

※1 採血時間が食後 10h 以上は「空腹時中性脂肪」、食後 10h 未満は「随時中性脂肪」となります。
※2 採血時間が食後 10h 以上は「空腹時血糖」、食後 10h 未満は「ヘモグロビン A1c」をご記入ください。
※3 裏面の主な所見コード一覧をご参照ください。

・＜任意項目＞は、＜基本項目＞と同じ時期に実施された検査で提供可能な場合に、医療機関でご記入いただく項目です。

⑦「心電図」検査の「具体的所見」は、情報提供票の裏面に掲載している所見コード一覧を参照し、該当するコードをご記入ください。

医師の総合判断	1: 異常なし 2: 経過観察 3: 要検査 4: 要医療 5: 治療中
医師の総合判断日	令和 年 月 日
医療機関番号	
医療機関名	
医療機関住所	
医師名	

⑧「医師の総合判断日」は、最初に行われた検査実施日から 3 か月以内であれば有効です。

特定健康診査情報提供料請求書（様式2）

特定健康診査情報提供料等請求書					
令和 年 月 日					
保険者番号（43 ） 市町村長 殿 （国保担当課扱い）					
医療機関番号					
医療機関住所					
医療機関名					
代表者					
電話番号	—	—			
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; padding: 5px;">請求金額</td> <td style="padding: 5px;"></td> <td style="width: 10%; text-align: right; padding: 5px;">円</td> </tr> </table>			請求金額		円
請求金額		円			
令和 年 月 請求分					
【請求金額内訳】					
項目	単価（税込）	件数			
情報提供料	円	件			
追加検査料	円	件			
※ 特定健康診査情報提供票を保険者ごとに集計し、請求書1枚にまとめてください。					

熊本県国民健康保険団体連合会提出用

◆様式の取得場所

連合会ホームページに次の情報を掲載しますので、ダウンロードしてご活用下さい。

- ・本マニュアル
- ・情報提供事業（みなし健診）に係る媒体送付書（直接請求医療機関用）
- ・情報提供事業（みなし健診）請求データ削除依頼書（直接請求医療機関用）
- ・特定健康診査情報提供料等請求書
- ・直接請求をされる医療機関のみなさまへ 特定健診情報提供事業（みなし健診）のご案内（リーフレット）
- ・特定健診を受けていない方へ
- ・情報提供事業（みなし健診）に係る医療機関向け説明（動画）

5 注意事項（Q&A）

「特定健康診査情報提供票」について

Q-1 医療機関において「特定健康診査情報提供票」に記入する検査項目の条件とは何か？

A-1 医師の判断日から **3 か月以内**の検査結果をご記入ください。

また、特定健診の受診日として取り扱う日付となりますので、対象年度内に実施してください。

参考 厚生労働省『特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第 4.1 版）』3-2-2 診療における検査データの活用（保険者とかかりつけ医の連携による治療中患者の特定健康診査の推進及び診療情報の提供）

Q-2 「特定健康診査情報提供票」は、必ず医師が記入しなければならないのか？

A-2 必ずご記入いただく必要はありません。【医療機関記入欄】に記載もれがないようお願いします。

請求について

Q-3 患者本人の自己負担は発生するのか？

A-3 本事業における患者本人の自己負担は発生しません。ただし、定期受診等に係る費用は通常どおり徴収してください。

Q-4 患者本人から文書料を徴収できるのか？

A-4 本事業の手数料として、保険者から連合会を経由して、1 件あたり 2,750 円（追加検査を行った場合 3,600 円）をお支払いしますので、本人から費用の徴収はできません。

Q-5 年度をまたいで「特定健康診査情報提供票」を請求できるのか？

A-5 請求年度以前に実施された情報提供票であっても、連合会宛て提出はできます。ただし、年度をまたいでの請求支払に関しては保険者ごとに対応が異なりますので、事前にご確認ください。

6 送付先及び問合せ先

◆保険者（問合せ先）

保険者番号	保険者名	主管課	郵便番号	住所	電話番号
00430017	熊本市	国保年金課	860-8601	熊本市中央区手取本町 1 番 1 号	096-328-2289
00430033	人吉市	市民課	868-8601	人吉市西間下町字永溝 7 番地 1	0966-22-2111
00430041	荒尾市	保険介護課	864-8686	荒尾市宮内出目 390 番地	0968-63-1327
00430058	水俣市	市民課	867-8555	水俣市陣内 1 丁目 1 番 1 号	0966-61-1633
00430116	宇土市	健康づくり課	869-0492	宇土市浦田町 51 番地	0964-27-3324
00430124	上天草市	健康づくり推進課	861-6192	上天草市松島町合津 7915 番地 1	0969-28-3354
00430132	山鹿市	国保年金課	861-0592	山鹿市山鹿 987 番地 3	0968-43-1527
00430140	宇城市	医療保険課	869-0592	宇城市松橋町大野 85 番地	0964-32-1417
00430157	阿蘇市	ほけん課	869-2695	阿蘇市一の宮町宮地 504 番地 1	0967-22-3145
00430165	菊池市	保険年金課	861-1392	菊池市隈府 888 番地	0968-25-7218
00430173	八代市	健康推進課	866-0072	八代市高下西町 1726-5	0965-32-7200
00430181	玉名市	保健予防課	865-0016	玉名市岩崎 133	0968-72-4188
00430199	合志市	健康ほけん課	861-1195	熊本県合志市竹迫 2 1 4 0 番地	096-248-1275
00430207	天草市	健康増進課	863-0034	天草市浄南町 4 番 15 号（複合施設こころす内）	0969-24-0620
00430678	玉東町	町民生活課	869-0303	玉名郡玉東町大字木葉 759 番地	0968-85-3183
00430702	南関町	福祉課	861-0898	玉名郡南関町大字関町 64	0968-57-8503
00430710	長洲町	福祉保健介護課	869-0198	玉名郡長洲町大字長洲 2766 番地	0968-78-3139
00430793	大津町	健康保険課	869-1292	菊池郡大津町大字大津 1233 番地	096-293-3114
00430801	菊陽町	健康・保険課	869-1192	菊池郡菊陽町大字久保田 2800 番地	096-232-4912
00430868	南小国町	町民課	869-2492	阿蘇郡南小国町大字赤馬場 143	0967-42-1113
00430876	小国町	福祉課	869-2592	阿蘇郡小国町大字宮原 1567 番地 1	0967-46-2116
00430884	産山村	住民課	869-2703	阿蘇郡産山村大字山鹿 488-3	0967-25-2212
00430918	高森町	健康推進課	869-1602	阿蘇郡高森町大字高森 2168 番地	0967-62-2910
00430959	西原村	保健衛生課	861-2492	阿蘇郡西原村大字小森 3259	096-279-4389
00430967	御船町	健康づくり保険課	861-3296	上益城郡御船町大字御船 995-1	096-282-1113
00430975	嘉島町	町民保険課	861-3192	上益城郡嘉島町大字上島 530 番地	096-237-2574
00430983	益城町	健康保険課	861-2295	上益城郡益城町大字宮園 702 番地	096-286-3113
00430991	甲佐町	住民生活課	861-4696	上益城郡甲佐町大字豊内 719 番地 4	096-234-1113

保険者番号	保険者名	主管課	郵便番号	住所	電話番号
00431114	津奈木町	ほけん福祉課	869-5692	葦北郡津奈木町大字小津奈木 2123	0966-78-5566
00431122	錦町	保険政策課	868-0392	球磨郡錦町大字一武 1587 番地	0966-38-1113
00431163	多良木町	住民ほけん課	868-0595	球磨郡多良木町多良木 1648 番地	0966-42-1256
00431171	湯前町	税務町民課	868-0621	球磨郡湯前町 1989 番地 1	0966-43-4130
00431189	水上村	保健福祉課	868-0795	球磨郡水上村大字岩野 90 番地	0966-44-0313
00431213	相良村	保健福祉課	868-8501	球磨郡相良村大字深水 2500 番地の 1	0966-35-1032
00431221	五木村	保健福祉課	868-0201	球磨郡五木村甲 2672－7	0966-37-2214
00431239	山江村	健康福祉課	868-0092	球磨郡山江村大字山田甲 1356 番地の 1	0966-23-3978
00431247	球磨村	税務住民課	869-6401	球磨郡球磨村大字渡丙 1730 番地	0966-32-1113
00431353	苓北町	福祉保健課・健康増進室	863-2503	天草郡苓北町志岐 660 番地	0969-35-3330
00431510	美里町	健康保険課	861-4492	下益城郡美里町馬場 1100 番地	0964-46-2113
00431619	和水町	住民環境課	865-0192	玉名郡和水町江田 3886 番地	0968-86-5727
00431916	南阿蘇村	健康推進課	869-1404	阿蘇郡南阿蘇村大字河陽 1705 番地 1	0967-67-2704
00432013	山都町	健康ほけん課	861-3592	上益城郡山都町浜町 6 番地	0967-72-1295
00432112	氷川町	町民課	869-4814	八代郡氷川町島地 6 4 2 番地	0965-52-5851
00432211	芦北町	住民生活課	869-5498	葦北郡芦北町大字芦北 2015 番地	0966-82-2511
00432310	あさぎり町	健康推進課	868-0408	球磨郡あさぎり町免田東 1199 番地	0966-45-7216

◆熊本県国民健康保険団体連合会（送付先・問合せ先）

〒862-8639 熊本市東区健軍 2 丁目 4 番 10 号 熊本県市町村自治会館
 熊本県国民健康保険団体連合会 保健事業支援課 保険者事業支援係
 TEL：096-365-0976
 FAX：096-365-4188