

特定健診等未受診者の医療情報収集事業
事務処理マニュアル
(個別・福岡県外医療機関用)

福岡県国民健康保険団体連合会
(事業振興課 事業振興係)

〇はじめに

この事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に、特定健診及び後期高齢者健診（以下、「特定健診等」という。）未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している検査結果情報を活用（収集）して、特定健診等結果情報に反映し、特定健診等の受診率向上及び保健指導の充実等を目的とした事業であることから、本事業の円滑な実施にあたっては、医療機関のご支援、ご協力が必要となります。

日常の診療業務でご多忙の中、大変お手数をお掛けしますが、本事業の趣旨をご理解いただき、特段のご配慮とご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

つきましては、本事業にかかる事務処理の流れや留意事項等を取り纏めた事務処理マニュアルを作成しましたので、ご活用いただければ幸いに存じます。

【本マニュアルの対象となる医療機関】

- 福岡県内の医療機関で福岡県医師会に所属されておらず、福岡県国保連合会と個別に契約を締結している医療機関
- 福岡県外の医療機関で、福岡県国保連合会と個別に契約を締結している医療機関

目次

1 事業目的	1
2 事業概要	1
3 事業内容	1
4 事業主体	4
5 業務の流れ.....	5
6 被保険者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）	6
7 情報提供票作成について	7
8 情報提供票の記入方法及び注意事項について	8
9 質問票兼同意書（国保分）の記入方法及び注意事項について	9
10 質問票兼同意書（後期分）の記入方法及び注意事項について.....	10
11 送付書の記入方法及び注意事項について	11

特定健診等未受診者の医療情報収集事業

1 事業目的

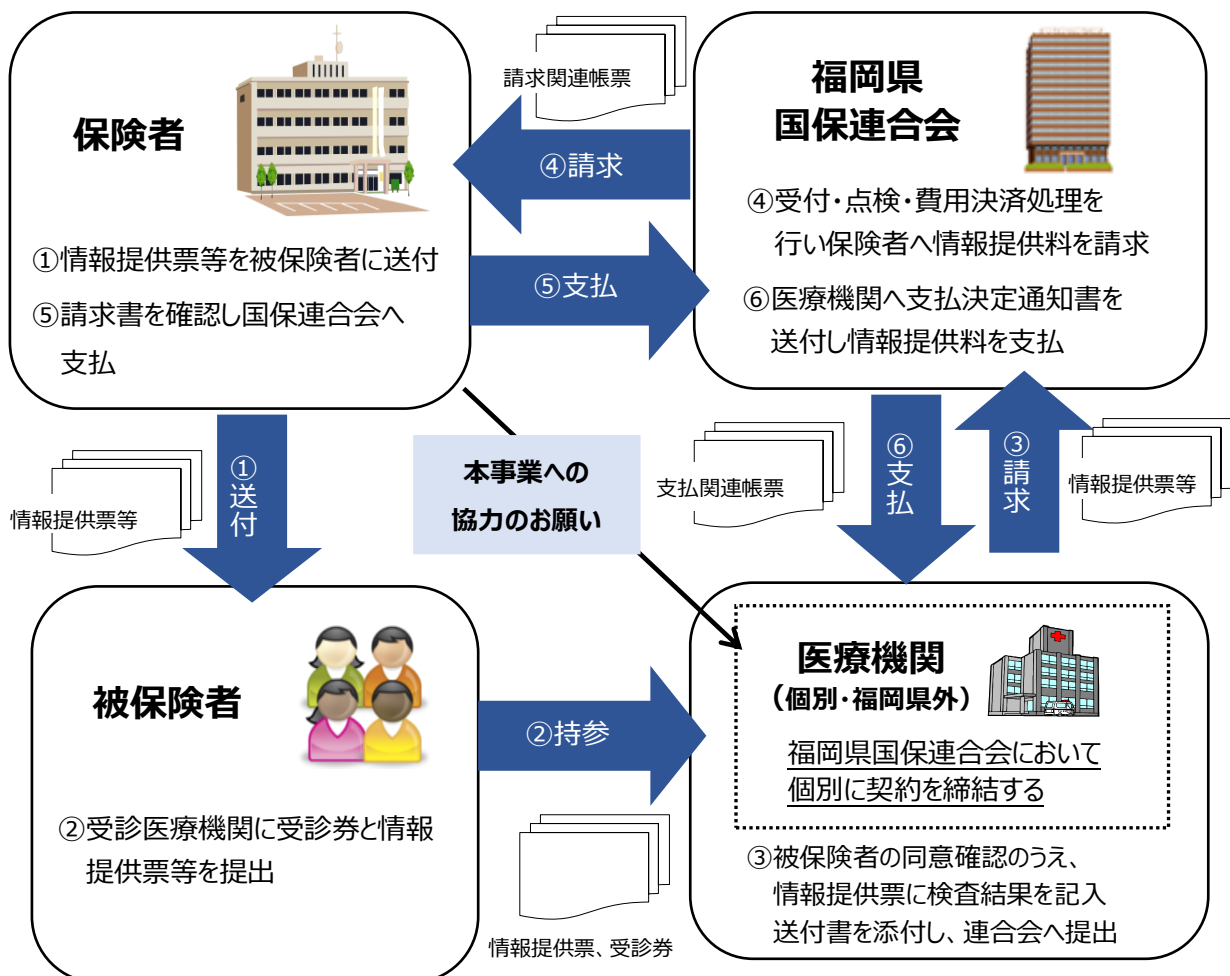
本事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集・集積することにより、福岡県内の国保保険者における特定健診の受診率の向上及び保健指導の充実並びに糖尿病性腎症重症化予防対策の取組強化に資することを目的とするものです。

また、後期高齢者健診未受診者のうち、医療機関で治療中の被保険者の健診項目にかかる検査データ等を健診データとして収集・集積することにより、後期高齢者健診の受診率向上、高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業、フレイル対策事業等に健診データを活用し、被保険者の健康保持増進に繋げることを目的とするものです。

2 事業概要

生活習慣病等治療中で特定健診等未受診者の方で、時間的余裕がないなどの理由により特定健診等の受診ができない被保険者について、医療機関が保有する検査結果情報の提供を被保険者の同意が得られた場合に、情報提供票等（情報提供票・質問票兼同意書）を、福岡県国保連合会を通して保険者に提出していただくことで、特定健診等を受診したとみなし、特定健診等データとして収集いたします。また、情報提供票等の作成・提供にあたり保険者から福岡県国保連合会を通じて情報提供料が医療機関へ支払われます。

＝事業概要図＝



3 事業内容

該当の被保険者が、貴医療機関へ情報提供票等を持参されましたら、本事務処理マニュアルを参照のうえ、福岡県国保連合会に提出をお願いします。

(1) 対象者

本事業に参加する保険者の被保険者のうち特定健診等未受診者を対象とします。

(2) 実施保険者

県内 62 保険者（令和7年度）

福岡市	大川市	太宰府市	宇美町	水巻町	香春町	東峰村
大牟田市	行橋市	福津市	篠栗町	岡垣町	添田町	上毛町
久留米市	豊前市	うきは市	志免町	遠賀町	糸田町	築上町
直方市	中間市	宮若市	須恵町	小竹町	川崎町	福智町
飯塚市	小郡市	朝倉市	新宮町	鞍手町	大任町	みやこ町
田川市	筑紫野市	嘉麻市	古賀市	桂川町	赤村	歯科医師 国保組合
柳川市	春日市	みやま市	久山町	大刀洗町	苅田町	薬剤師 国保組合
八女市	大野城市	糸島市	粕屋町	大木町	吉富町	後期高齢 者医療広 域連合
筑後市	宗像市	那珂川市	芦屋町	広川町	筑前町	

(3) 医療機関の業務内容

- ・ 特定健診等未受診者の確認
- ・ 質問票兼同意書の問診項目及び本人同意署名の記載確認
- ・ 情報提供票に検査結果の記載
- ・ 情報提供票及び質問票兼同意書を提出

(4) 提出書類

検査結果データから、次の各様式の記載項目にご記入のうえ、福岡県国保連合会に提出して下さい。

- ① 情報提供票（国保後期共通）：【様式1】
- ② 質問票兼同意書（国保）：【様式2】
- ③ 質問票兼同意書（後期）：【様式3】
- ④ 送付書：【様式4】

(5) 各様式の記載上の留意事項

① 情報提供票（様式1）の作成について

○医師の判断日は、医師が基本項目の検査結果をもとに総合判断を実施した日付を記入してください。

※特定健診等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。

- 提供可能な検査結果等は、検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものに限りします。
- 検査が複数日に跨る場合は、最初に行われた検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものとなります。
- 基本項目は、すべて記入ください。
※この事業のために、追加で検査をする必要はありません。
- 任意項目は、検査結果がある場合に記入ください。

② 質問票兼同意書（様式2または様式3）の作成について

- 質問票兼同意書の本人同意欄に署名がないときは、本人に署名をお願いしてください。
- ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆をお願いします。
- 各保険者が発行した受診券の提示がありましたら回収をお願いします。（回収した受診券は情報提供票等と併せて提出ください。）

③ 送付書（様式4）の作成

- 情報提供票（様式1）と質問票兼同意書（様式2または様式3）の提出枚数は、同数となりますので、注意して下さい。
- 医療機関名称、医療機関番号は、ゴム印の使用も可能です。
- 送付書（様式4）については、福岡県国保連合会ホームページに掲載しています。

（6）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）

※提出日を過ぎた場合は、翌月の取扱いとなります。

（7）提出先

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13番47号

福岡県国保連合会 事業振興係

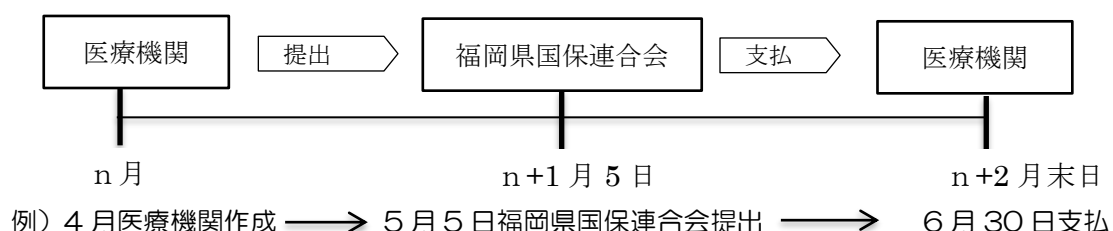
※郵送で提出される場合は、部署名（事業振興係）までご記入ください。

（8）情報提供料

1件当たり 2,546円（うち、消費税及び地方消費税の額 231円）

※情報提供料は、福岡県国保連合会から医療機関の診療報酬の届出口座に振込み（支払い）ます。

（9）情報提供料の支払時期



（１０）情報提供票（様式１）、質問票兼同意書（様式２または様式３）について

医療機関から提供された情報提供票等については、福岡県国保連合会で被保険者の資格チェックや記載事項のチェックを実施しますが、チェックの結果、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。

また、電話確認等に対応できる軽微なものについては、福岡県国保連合会から電話確認を行う場合がありますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

４ 事業主体

福岡県国民健康保険団体連合会（福岡県内保険者からの委託を受けて実施）

○問合せ先

福岡県国民健康保険団体連合会

事業振興課 事業振興係（担当：木村、西村）

TEL：092-642-7809

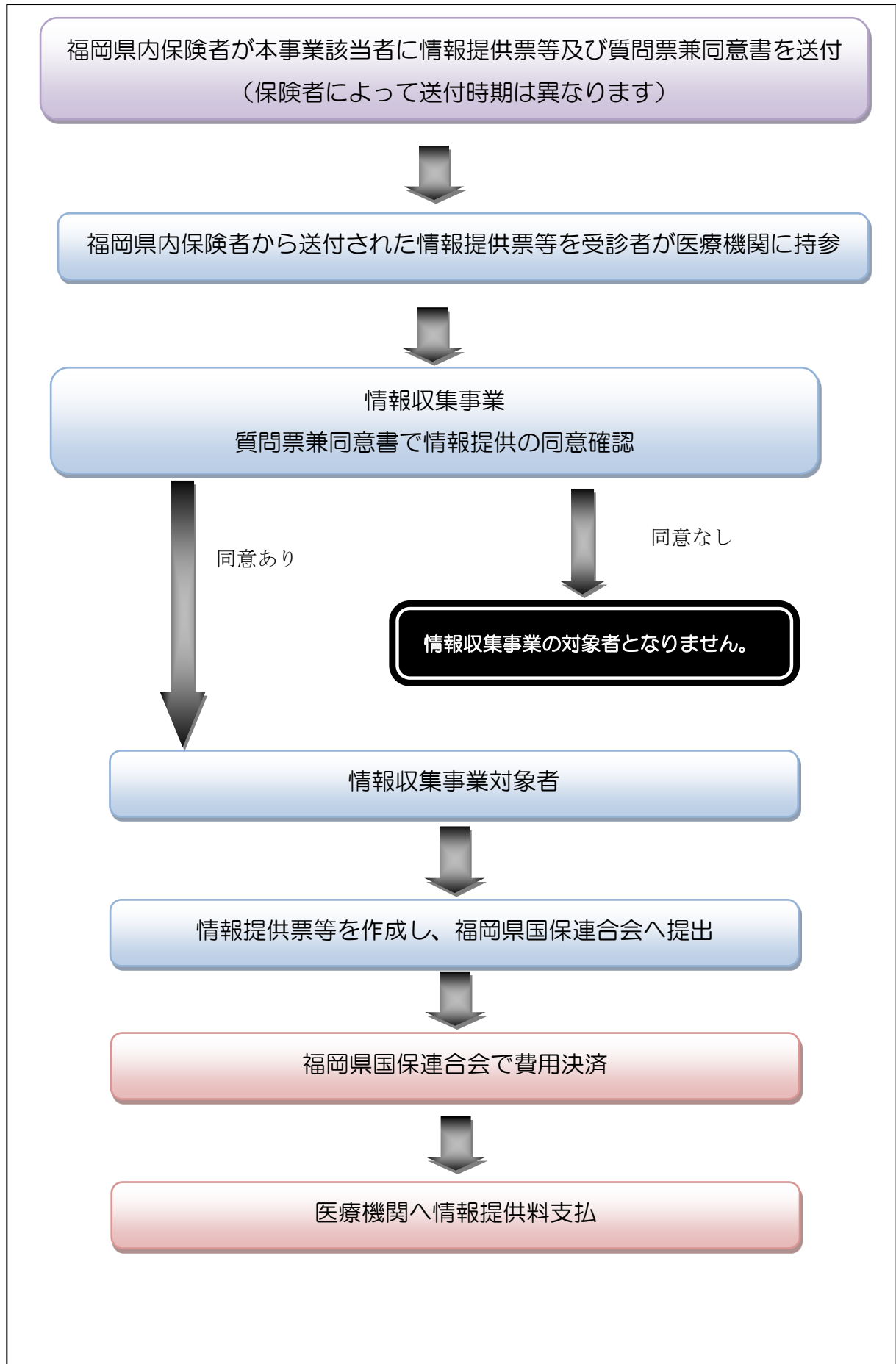
FAX：092-642-7853

○福岡県国保連合会ホームページ掲載情報

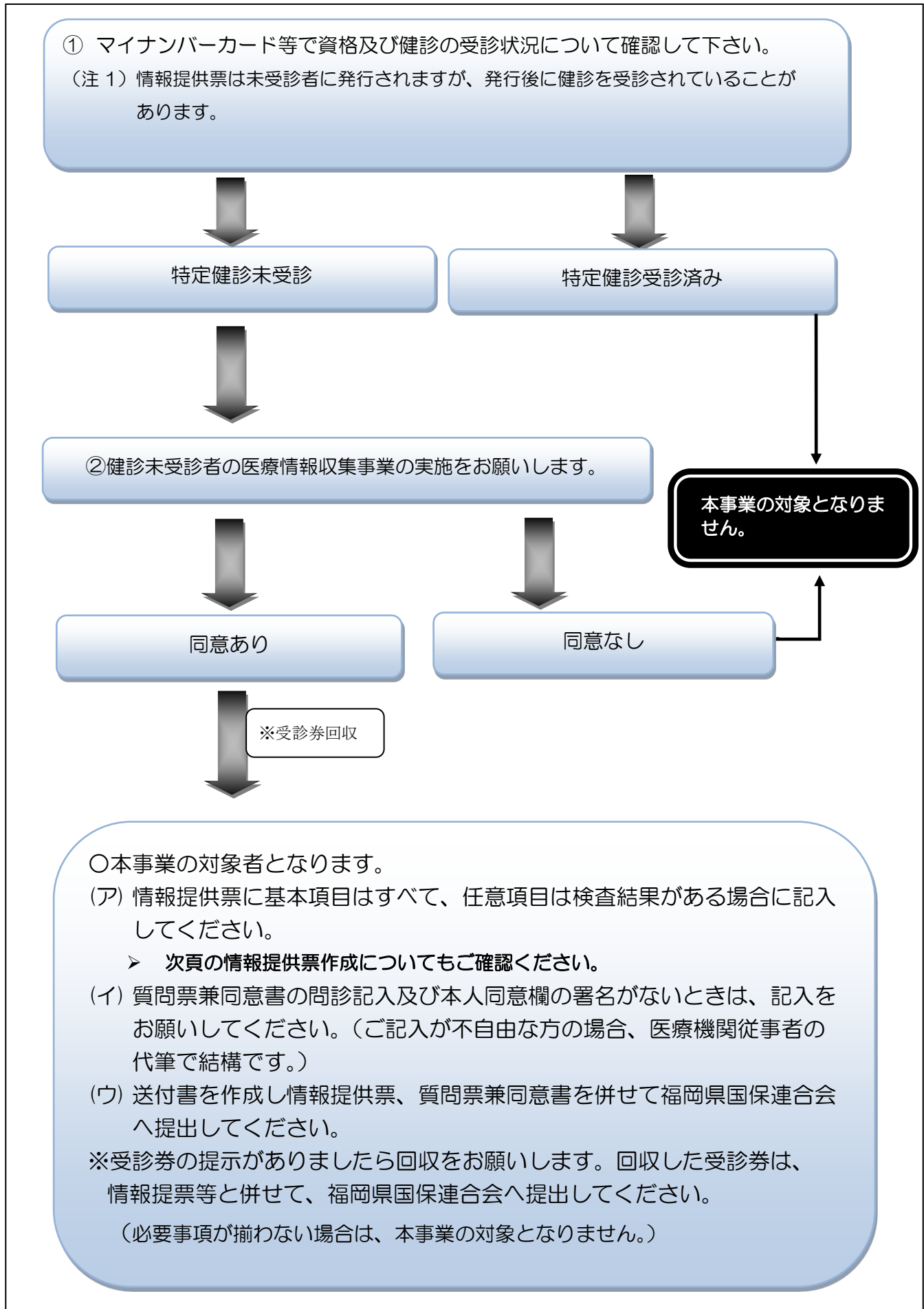
福岡県国保連合会ホームページに次の情報を掲載しますので、ダウンロードしてご活用下さい。

- ・送付書（様式４）

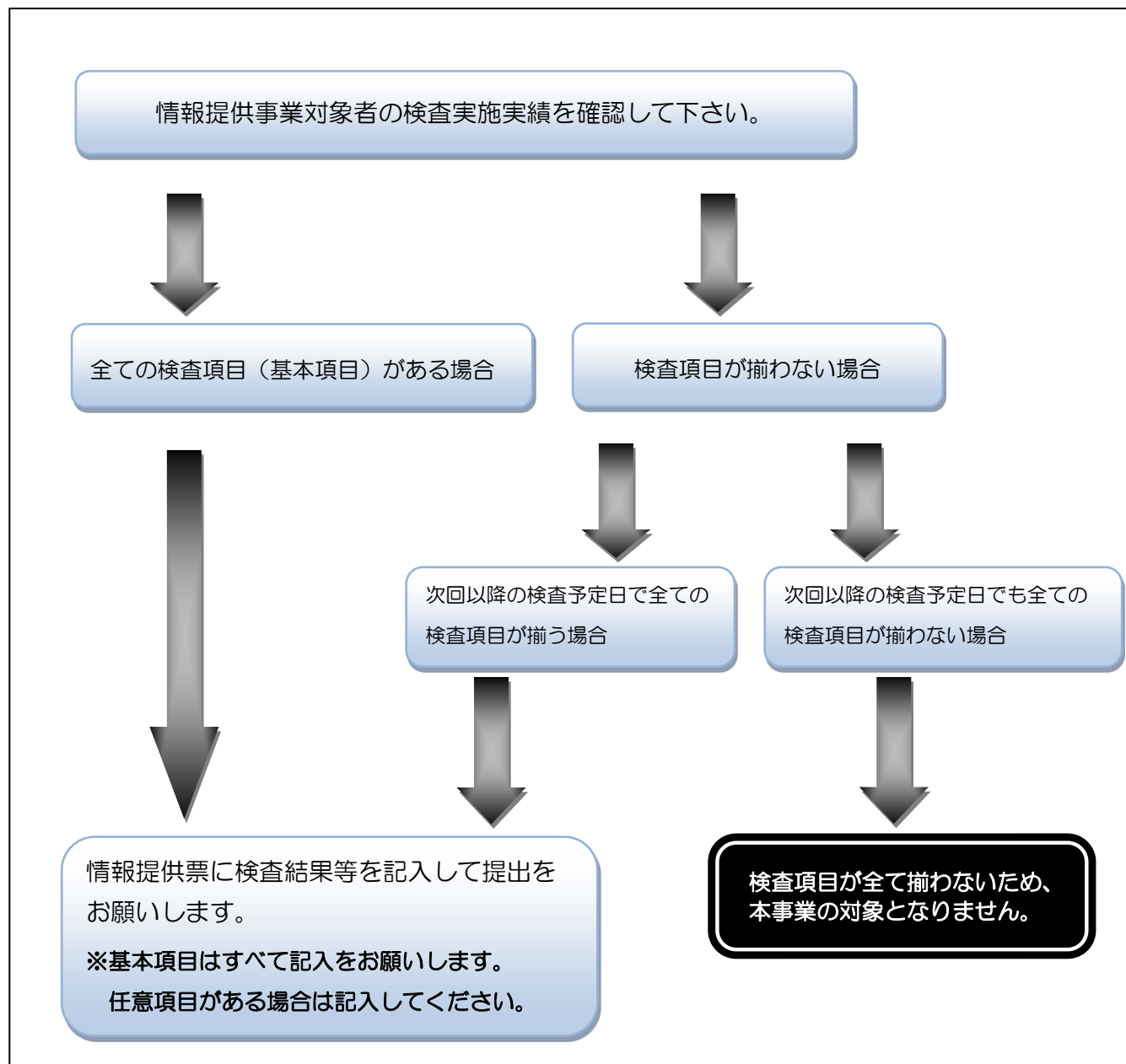
5 業務の流れ



6 被保険者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）



7 情報提供票作成について



■情報提供票作成の留意事項

- (1) 医師の判断日は、医師が基本項目の検査結果をもとに総合判断を実施した日付を記入してください。
※健診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下さい。
- (2) 提供可能な検査結果等は、検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものになります。
- (3) 検査が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものとなります。
- (4) 基本項目は、すべて記入をお願いします。
※基本項目が揃わない場合は、本事業の対象とはならないため受診券は返却してください。（追加で検査する必要はありません。）
- (5) 任意項目は、検査結果がある場合に記入をお願いします。

8 情報提供票の記入方法及び注意事項について

様式 1

令和 X 年 XX 月請求分

情報提供票

【被保険者基本情報】

保険者名	福岡市	保険者番号	XXXXXXXXXX
フリガナ	ホケン タロウ	受診券整理番号	XXXXXXXXXXXXXX
氏名	保険 太郎	被保険者記号	XXX
生年月日	昭和 XX 年 XX 月 XX 日	被保険者番号	XXXXXXXXXX
性別	男性	郵便番号	812-8521
年齢	55 歳	住所	福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号

【医療機関記入欄】※任意項目以外全て記入をお願いします。

項目	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	
生化学検査		
⑦ 空腹時中性脂肪	mg/dl	食後 10 時間以上の場合は記載
⑧ 随時中性脂肪	mg/dl	食後 10 時間未満の場合は記載
⑨ HDL コレステロール	mg/dl	
⑩ LDL コレステロール	mg/dl	※どちらか一方でも可
⑪ non-HDL コレステロール	mg/dl	
⑫ AST (GOT)	U/l	
⑬ ALT (GPT)	U/l	
⑭ γ-GT (γ-GTP)	U/l	
血糖		
⑮ 空腹時血糖	mg/dl	
⑯ HbA1c (NGSP 値)	%	小数点以下 1 桁
⑰ 随時血糖	mg/dl	(食後 3.5h~10h 未満)
尿検査		
⑱ 尿糖	※1 □:ー □:± □:++ □:+++	
⑲ 尿蛋白	※1 □:ー □:± □:++ □:+++	
⑳ 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		
㉑ 血清クレアチニン	mg/dl	小数点以下 2 桁
㉒ eGFR	mg/dl	小数点以下 1 桁
㉓ 血清尿酸	mg/dl	小数点以下 1 桁
尿検査		
㉔ 尿潜血	※1 □:ー □:± □:++ □:+++	
医師の判断	※3 □:要医療 □:その他 ()	
医師名	医師の判断日	令和 年 月 日
医療機関番号	401XXXXXXXX	福岡市博多区
医療機関名	保険病院	医療機関 住所
		吉塚本町 13 番 47 号

※1:いずれかの □ 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 □ に ☑ を記入する。

※3:いずれかの □ に ☑ を記入する。その他の ☑ した場合には、カッコ内に 15 文字以内でコメントをお願いします。

例) □:要医療 ☑:その他 ()

●該当年度の診療録を基に、検査データを転記してください。

■ 情報提供票の記入方法及び注意事項

※情報提供票の様式変更は、行わないようにして下さい。

※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)をお願いします。

・「医師の判断日」の月を記入

・基本項目①～⑲は必須項目となるため全て記入 ※未入力がある場合は返戻

・第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画から中性脂肪が空腹時と随時に分割されました。採血時間が食後10時間以上の場合は⑦に記入、10時間未満の場合は⑧に記入してください。

・生化学検査⑩、⑪については、必須項目だが、どちらか一方でも可

・血糖検査⑮～⑰については、必須項目だが、いずれか一つでも可

※採血時間を中性脂肪と合わせたもので記入してください。

例) 空腹時中性脂肪を記入している場合は、食後10時間以上である必要があるので、空腹時血糖またはHbA1cを記入する。

注) 随時血糖検査の採血時間は、食後3.5時間以上10時間未満である必要があります。

・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⑳』欄の□に☑を記入する。

・任意項目㉑～㉔は、医療情報があれば記入をお願いします。(未記入可)

医師の判断、医師名、医師の判断日(対象年度内の日付)を記入(全て記入)

様式 2

令和 X 年 XX 月請求分 質問票兼同意書

】医師等の問診による記入可

項目	質問事項	回答欄 該当する □ に ☑ を記入してください
1	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
2	今、体調の悪いところ(自覚症状)がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
4	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
5	現在、血脂を下げる薬を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
6	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
7	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
8	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析など)を受けていますか。	☐ はい ☐ いいえ
9	医師から、貧血といわれたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
10	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「現在、習慣的に喫煙している者」は、条件 1 と条件 2 を両方満たす者である。 条件 1: 最近 1 ヶ月間吸っている。 条件 2: 生涯で 6 ヶ月間以上吸っている。又は合計 100 本以上吸っている。	☐ はい(条件 1 と条件 2 を両方満たす) ☐ はい(条件 1 と条件 2 のみ満たす) ☐ いいえ(①②以外)
11	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
12	1 回 30 分以上の軽い運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか。	☐ はい ☐ いいえ
13	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
14	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
15	食事をみんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。	☐ 食べる ☐ 飲み込む ☐ 飲み込む
16	人と比較して食べる速度が速いですか。	☐ 速い ☐ 普通 ☐ 遅い
17	就寝前の 2 時間以内夕食をとることが週に 3 回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
18	朝屋夕の 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 ☐ ほとんどない
19	朝食を抜くことが週に 3 回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
20	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。 (※「やめた」とは、過去に月 1 回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近 1 年以上酒類を摂取していない者)	☐ 毎日 ☐ 週 5~6 日 ☐ 週 3~4 日 ☐ 週 1~2 日 ☐ 月 1~3 日 ☐ 月に 1 日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない(飲めない)
21	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(アルコール度数 15 度・180ml)の目安・ビール(同 5 度・約 500ml)、焼酎(同 25 度・約 110ml)、ワイン(同 14 度・約 180ml)、ウイスキー(同 43 度・60ml)、缶チューハイ(同 5 度・約 500ml、同 7 度・約 350ml) 睡眠で休養が十分とれていますか。	☐ 1 合未満 ☐ 1~2 合未満 ☐ 2~3 合未満 ☐ 3~5 合未満 ☐ 5 合以上
22	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。	☐ はい ☐ いいえ
23		☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである(確率 6 か月以内) ☐ 近いうち(確率 1 か月以内)に改善するつもりであり、少しずつ始めている ☐ 既に改善に取り掛かっている(6 か月未満) ☐ 既に改善に取り掛かっている(6 か月以上)
24	生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ

【本人同意欄(自筆)】

情報提供および質問票兼同意書を 市・町・村 国保組合 に提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏 名
ご連絡先電話番号

■質問票兼同意書の記入方法及び注意事項

- ※質問票兼同意書の様式変更は、行わないようにして下さい。
- ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)でお願いします。
- ※本人同意欄に署名がない時は、本人に署名をお願いしてください。
- ※ご本人の記入が困難な場合は、医療機関従事者の代筆をお願いします。
- ※受診券の提示がありましてら回収をお願いします。

(回収した受診券は情報提供票及び質問票兼同意書と併せて提出ください。)

・情報提供票の「医師の判断日」の月を記入

・質問項目は全て記入

・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)

- ・保険者名、同意日、氏名を記入(個人情報提供に対する同意確認のため必須)
- ・ご連絡先電話番号を記入(市町村及び国保組合より、ご連絡がある場合に使用)

10 質問票兼同意書（後期分）の記入方法及び注意事項について

様式 3

令和X年XX月請求分 質問票兼同意書

【本人記入欄】医師等の問診による記入可

項目	質問事項	回答欄 該当する □ に ☑ を記入してください
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	☐よい ☐まあよい ☐ふつう ☐あまりよくない ☐よくない

【本人同意欄（自筆）】

情報提供票および質問票兼同意書を 福岡県後期高齢者医療広域連合に提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏 名

ご連絡先電話番号

●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。

■質問票兼同意書の記入方法及び注意事項

※質問票兼同意書の様式変更は、行わないようにして下さい。

※記入は、鉛筆以外（ボールペン等）でお願いします。

※本人同意欄に署名がない時は、本人に署名をお願いしてください。

※ご本人の記入が困難な場合は、医療機関従事者の代筆をお願いします。

※受診券の提示がありましたら回収をお願いします。

(回収した受診券は情報提供票及び質問票兼同意書と併せて提出ください。)

・情報提供票の「医師の判断日」の月を記入

・質問項目は全て記入

・項目ごとに当てはまる個所に1つだけ☑を記入 (複数回答不可)

・保険者名、同意日、氏名を記入 (個人情報提供に対する同意確認のため必須)

・ご連絡先電話番号を記入 (後期高齢者医療広域連合より、ご連絡がある場合に使用)

1 1 送付書の記入方法及び注意事項について

■ 送付書の記入方法及び注意事項

- ※送付書の様式変更は、行わないようにして下さい。
- ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)をお願いします。
- ※情報提供票(様式1)と質問票兼同意書(様式2または様式3)の提出枚数は、同数となります。
- ※医療機関名称、医療機関番号は、ゴム印の使用も可能です。
- ※送付書については、国保連合会ホームページに掲載しています。

・提出年月日、医療機関番号、医療機関名称、電話番号、担当者名を記入
※ゴム印使用可能

・提出枚数を記入

- ・提出枚数内訳の記入
- ① 情報提供票の枚数を記入(様式1は国保後期共通)
 - ② 国保の質問票兼同意書の枚数を記入
 - ③ 後期の質問票兼同意書の枚数を記入

様式4

送付書

福岡県国民健康保険団体連合会 行

健診未受診者の医療情報収集事業にかかる情報提供票等について、下記のとおり提出します。

提出年月日	令和	年	月	日	提出
医療機関番号					
医療機関名称					
電話番号	()		担当者名		

提出枚数	枚
(内訳)	
【国保後期共通】 情報提供票(様式1)	① 枚
【国保】 質問票兼同意書(様式2)	② 枚
【後期】 質問票兼同意書(様式3)	③ 枚