

本人同意欄(本人記入欄)			
(1) 診療における検査結果の情報を国民健康保険特定健康診査の結果データとして活用すること。 (2) 保健指導や健診結果データの集約・分析等を行うこと。			
私は、診療における検査結果の情報提供に関する上記の事項に同意のうえ、情報提供書(質問票)を _____市・町に提供いたします。 _____年 月 日			
フリガナ	保険者番号	4 1	
氏名 (代筆者名)	生年月日	昭和 _____年 _____月 _____日	
	性別 ※2	1 男 ・ 2 女	年齢 _____ 歳
住所	受診券整理番号		
	被保険者証番号	(被保険者証番号は右詰で記載)	
	連絡先(電話番号)	_____	

○情報提供書の記入上の注意事項について

※令和6年度分から様式が変更となっています。次のとおり受診券整理番号と使用する様式が一致するよう確認をお願いします。一致しない場合は、返戻となります。

実施年度	受診券整理番号	医師の総合判断日	使用する様式	国会への請求
令和7年度	25で始まる11桁の番号	令和7年4月1日以降	新様式 〔令和6年度以降版〕と表示	令和7年5月以降
令和6年度	24で始まる11桁の番号	令和6年4月1日以降	新様式 〔令和6年度以降版〕と表示	令和6年6月以降

※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)でお願いします。

※情報提供書の裏面(質問票)に記載漏れがないか確認をお願いします。

※記入漏れ・誤りが多い事例については、裏面を参照してください。

・本人同意欄については、原則、本人が記入することになります。ただし、市町によっては保険者番号や受診券整理番号等印字して本人に配布している場合があります。その場合でも、氏名は本人の自署になります。しかし、本人による自署が困難で、同意が確認できる場合は通常の特健健診と同様に代筆でも可とし、代筆者名の記入をお願いします。

【医療機関記入欄】

医師の総合判断日		令和 _____年 _____月 _____日	※医師の総合判断日は受診券の有効期限内をお願いします。	
項目 (/)	検査実施日	検査結果	検査結果	注意事項
身体測定 (/)	身長	_____	_____	cm 小数点以下1桁
	体重	_____	_____	kg 小数点以下1桁
	BMI	_____	_____	kg/m ² 小数点以下1桁
	腹囲	_____	_____	cm 小数点以下1桁
血圧 (/)	収縮期血圧	_____	_____	mmHg 右詰めで記載
	拡張期血圧	_____	_____	mmHg ※中性脂肪検査及び血糖検査については(別日であっても)随時・空腹時の採血タイミングが同じ検査の数値を記載いただきますようお願いいたします。
血中脂質検査 (/)	空腹時中性脂肪	_____	_____	mg/dl
	HDLコレステロール	_____	_____	mg/dl
	LDLコレステロール	_____	_____	mg/dl
※1 肝機能検査 (/)	AST(GOT)	_____	_____	U/l 例:○空腹時中性脂肪 ○空腹時血糖 ○随時中性脂肪 ○随時血糖 ×随時中性脂肪 ×空腹時血糖
	ALT(GPT)	_____	_____	U/l
	γ-GT(γ-GTP)	_____	_____	U/l
血糖検査 (/)	空腹時血糖	_____	_____	mg/dl
尿検査 (/)	尿糖 ※2	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)	_____	
	尿蛋白 ※2	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)	_____	
	測定不可能 ※4	1(生理中)・2(腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する)・3(その他)	○	
代替項目 (/)	血中脂質検査	Non-HDLコレステロール	_____	mg/dl 右詰めで記載
	随時中性脂肪	_____	_____	mg/dl 右詰めで記載
	血糖検査 (/)	HbA1c (NGSP値)	_____	% 小数点以下1桁
任意項目 (/)	随時血糖	_____	_____	mg/dl 右詰めで記載
	腎機能検査 (/)	血清クレアチニン	_____	mg/dl 小数点以下2桁
	血清尿酸	_____	_____	mg/dl 小数点以下1桁
尿検査 (/)	尿潜血 ※2	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)	_____	
医師の診断 ※2		1 異常なし ・ 2 治療中 ・ 3 要医療 ・ 4 要検査 ・ 5 経過観察		
医療機関コード	医療機関住所			
医師名	医療機関名			

・医師の総合判断日を健診実施日として取り扱います。事業実施時期は、4月1日から3月31日までになります。事業実施時期及び受診券の有効期限を御確認くださいようお願いいたします。

・特定健診の基本健診項目は基本的に同一日に全て実施されていることが望ましいです。しかし、検査結果に不足があり、基本健診項目の実施が複数日にまたがる場合は、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か月以内となります。

※被保険者が情報提供書を持参された日が、すでに最初に行われた検査実施日から3か月を経過している場合など、情報提供の要件を満たさない場合の対応について
情報提供できない旨の説明をお願いします。ただし、受診券の有効期限内に特定健診の基本項目を満たす血液検査等を実施される予定がある場合は、その情報の活用について被保険者の方と調整をお願いします。貴院からの情報提供が困難な場合は、特定健診(個別・集団)の受診勧奨に御協力をお願いします。

・基本項目は、必ず記載してください。なお、代替項目に記載がある場合はこの限りではありません。
代替項目: LDLコレステロール → Non-HDLコレステロール(中性脂肪(空腹時・随時)400mg/dl以上又は食後に採血する場合)

空腹時血糖 → (空腹時血糖がなければ)HbA1c
→ (空腹時血糖及びHbA1cのいずれもない場合) 随時血糖
注) 空腹時は絶食10時間以上、随時は食事開始時から 3.5 時間以上絶食10時間未満とする。

空腹時中性脂肪 → 随時中性脂肪
注) 空腹時とは絶食10時間以上、随時は絶食10時間未満とする。
※中性脂肪検査及び血糖検査については、(別日であっても)随時・空腹時の採血タイミングが同じ検査の数値を記載いただきますようお願いいたします。

・血圧を2回測定した場合は、測定値の平均値(四捨五入)を記載してください。

・本事業のために尿検査を実施した場合は、※3に追加検査実施日を記入してください。

・尿検査が測定できない場合は、その理由について「測定不可能」欄の該当項目に○をつけてください。

・代替項目及び任意項目については、検査結果をお持ちであれば記載に御協力をお願いします。

・医師の診断は必須項目になります。

・医療機関コード、医療機関住所、医師名、医療機関名を記入してください。(ゴム印使用可能)

◆請求書の記入上の注意事項については、裏面を参照してください。

特定健診情報提供料請求書

【様式1】

<佐賀県国民健康保険団体連合会提出用>

請求日 令和 年 月 日

保険者番号 4 1

請求書は「**保険者毎**」になります
410019～413039までの国保保険者番号になります

保険者名を記載してください 市町長 様

佐賀県国保連合会に提出する(した)年月日を記載してください

医療機関コードを記載してください
佐賀県所在の場合、411～
福岡県所在の場合、401～
長崎県所在の場合、421～

医療機関番号	4
医療機関住所	
医療機関名	
代表者名	
電話番号	-

※請求書の様式は、**佐賀県国保連合会ホームページ**に最新の様式を掲載しております。
ダウンロードの上、印刷して、ご使用ください。

請求金額 円

A+Bの合計金額を記載してください

請求年月 令和 年 月

受付月(処理月)を記載してください
(例)R7.5.10必着→5月受付(処理分)→請求年月R7.5月
提出が10日を過ぎた場合→6月受付(処理分)→請求年月R7.6月

【請求金額内訳】

項目	単価(税込)	件数	合計
情報提供料(追加検査なし)	2,500 円	件	円
追加検査分	300 円	件	円
尿一般検査 ※3			

【情報提供書記入上の留意事項 ※請求前に御確認ください】
 ※1：基本項目は、必ず記載してください。なお、代替項目に記載がある場合はこの限りではありません。記載する検査項目の優先順位は次のとおりです。
 ・LDLコレステロール → Non-HDLコレステロール
 (空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪400mg/dl以上又は食直後採血の場合)
 ・空腹時血糖 → HbA1c → 随時血糖(空腹時血糖及びHbA1cのいずれもない場合)
 注) 空腹時は絶食10時間以上、随時は食事開始時から3.5時間以上絶食10時間未満とする。
 ・空腹時中性脂肪 → 随時中性脂肪
 注) 空腹時は絶食10時間以上、随時は絶食10時間未満とする。
 ※2：尿糖、尿蛋白、尿潜血、医師の診断については、該当する番号を○で囲んでください。
 ※3：情報提供のため、尿一般検査(尿糖、尿蛋白)を追加で実施した場合、情報提供料(追加検査なし2,500円)とは別に追加検査料として300円請求できます。この場合、**情報提供書の『追加検査実施欄』(※3)に尿検査実施日を記入してください。**
 ※4：尿検査測定不可能の場合は、該当する項目に○をつけてください。
 ●代替項目及び任意項目は、必須項目ではありませんが、検査数値をお持ちであれば、記載に御協力をお願いします。

【記入漏れ・誤り等が多い事例】

以下に記入漏れ・記入誤り等が多い事例を記載しております。情報提供書を提出される前の確認に御活用ください。

項目	記入漏れ・誤り等が多い箇所
本人同意欄	<ul style="list-style-type: none"> 性別のマル漏れ 被保険者証番号誤り→保険証等で御確認ください。(※保険者番号ではなく、記号番号です。) 受診券整理番号誤り→受診券を必ず御確認ください。(※令和7年度であれば「25～」から始まる11桁の番号になります。) <p>【留意事項】 《例》本人同意年月日・・・令和7年4月15日(情報提供書持参日) 血液検査等の実施日・・・令和7年1月30日 医師の総合判断日・・・令和7年4月15日(情報等必須項目の記入後) 連合会への請求・・・令和7年5月10日(※毎月10日まで(必着))</p> <p>※特定健診の実施日として取り扱う日付は、医師の総合判断日であることから、上記例では検査実施日は、令和6年度ですが、医師の総合判断日は令和7年度であることから、令和7年度の受診券が必要となります。医師の総合判断日が受診券の有効期限の範囲内であることを必ず御確認をお願いします。 ※4月など年度初めに前年度の受診券番号を記載した情報提供書を持参された場合は、受診券の有効期間外になるため、お支払いをすることができません。当年度での受診券で特定健診の受診を促していただくようお願いします。</p>
医療機関記入欄	<ul style="list-style-type: none"> 基本項目の数値(代替項目含む)の記載漏れ (※基本項目は、必ず記入してください。ただし、代替項目に記入がある場合はこの限りではありません。) 医師の総合判断日の記載漏れ 医師の診断のマル漏れ 医師の総合判断日が、最初に行われた検査実施日より3ヶ月を超えてる <p>【医療機関記入欄】 ※医師の総合判断日は受診券の有効範囲内にお願います。 医師の総合判断日 令和 年 月 日 項目(/) 検査結果 検査結果 注意事項 身長 身長 小数值以下1桁 体重 体重 小数值以下1桁 (省略) 尿検査(/) 尿蛋白 ※2 1 (-)・2 (+)・3 (++)・4 (+++)・5 (++++) 医師の診断 ※2 1 異常なし・2 治療中・3 要医療・4 要検査・5 経過観察 医療機関コード 4 1 1 医療機関住所 医療機関名 医療機関名</p>
質問票	<ul style="list-style-type: none"> 質問項目(情報提供書裏面)に記入漏れがある場合は、返戻となる場合があります。 「はい」と「いいえ」の両方にマルがある一いずれかをお願いします。
特定健診情報提供料請求書および尿検査日記入欄	<ul style="list-style-type: none"> 追加の尿検査の件数が、請求書と情報提供書(※3)と相違 →本事業のため追加で尿検査をした場合は、情報提供書の※3に検査日を記入してください。 <p>基本項目 尿検査(/) 尿糖 ※2 尿蛋白 ※2 尿潜血 ※2 尿検査測定不能 ※4 追加で尿検査をされた場合は ※3(○印箇所)に検査日を記入してください。 通常の診療での検査結果の場合は 左の尿検査欄(口印箇所)に記入してください。 「請求書の追加の尿検査件数」と「情報提供書の※3の検査日の数」は同じ数になります。</p>

※上記は主に返戻が多い事例ですので、この事例以外にも返戻になることがあります。返戻を減らすための御協力をお願いします。