

特定健診未受診者診療情報提供事業に関する Q&A

【令和7年度版】

令和7年4月2日作成版
佐賀県国民健康保険団体連合会
事業振興課 保健事業係



1 事業全体について

Q1-1：本事業はどのようなものですか。	A1-1：本人同意のもとで、保険者が診療における検査結果の提供を受け、特定健診の結果データとして活用する事業になります。 なお、活用する場合は、以下の点に御留意ください。 ①保険者が受領する診療における検査結果は、特定健診の基本項目（医師の総合判断日を含む）を全て満たす検査結果であること。 ②特定健診の基本項目は基本的に同一日に全てを実施することが想定されるが、検査結果の項目に不足があり、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ヶ月以内とする。 ③特定健診の実施日として取り扱う日付は、医師が総合判断日を実施した日付とする。 （「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）」P37より）
Q1-2：どういう方が、本事業の対象になりますか。	A1-2：佐賀県内国保加入の40～74歳の方で、当該年度に特定健診未受診者が対象となります。（既に、当該年度に特定健診（個別健診・集団健診等）を受診されている方は対象となりませんので、当該年度の健診受診の有無の確認をお願いします。）
Q1-3：情報提供書の提出があった場合、医師は対象者を必ず診察した上で、医師の判断をする必要がありますか。	A1-3：対象者を診察する必要は必ずしもありません。検査値にて医師の判断をお願いします。
Q1-4： <u>過去3ヶ月以内の血液検査結果</u> では、不足する項目があるが、追加で検査すればよいですか。その場合、かかる費用は患者負担になりますか。	A1-4：本事業は、医療機関が保有する検査値を特定健診に活用するものです。本事業のために、追加で検査をしていただく必要はありません。（血液検査値が不足する場合は、本事業の対象外となります。）

Q1-5：基本項目に該当する検査結果データを持っていない場合、新たに検査し料金を徴収してよいですか。	A1-5：本事業のために、新たに検査をしていただくことはありません。データが揃わない場合は、本事業の対象となりません。（但し、追加の尿検査は除きます。）
Q1-6：尿検査のみが不足する場合は、どうしたらよいですか。	A1-6：本事業のために、尿検査を追加で実施した場合は、追加の尿検査代として、300 円（税込）お支払いします。 （※Q3-14 の例外（生理中の女性や腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有している者）以外は、尿検査が不足する場合は、特定健診を実施したとみなされません。そのため、追加で尿検査が必要になります。） 情報提供書【様式 2】の「※3」の欄に、追加で尿検査を実施した日を記載の上、請求書の「追加検査分」欄に件数と金額を記載して、佐賀県国保連合会に請求してください。

2 請求（提出）について

Q2-1：どこに請求（提出）したらよいですか。	A2-1：保険者ごとに「請求書【様式 1】」を作成の上、佐賀県国保連合会事業振興課保健事業係あて、 毎月 10 日（必着）までに 、郵送又は持参の上、請求してください。
Q2-2：「請求書【様式 1】」に押印は必要ですか。	A2-2：押印不要です。最新の様式は、佐賀県国保連合会ホームページに掲載していますので、ダウンロードの上、印刷して御使用ください。
Q2-3：「請求書【様式 1】」と「情報提供書【様式 2・様式 3】」の様式は、どこでもらえますか。	A2-3：「請求書【様式 1】」は、佐賀県国保連合会ホームページに掲載しています。 「情報提供書【様式 2】【様式 3】」は、本事業の対象者の加入国保保険者（市町・国保組合）から対象者本人に送付されています。「 情報提供書 」の様式が必要な場合は、対象者の加入国保保険者（市町・国保組合）へ連絡してください。

Q2-4 ：返戻で戻ってきた情報提供書は、再請求分として、別に分けて請求した方がよいですか。	A2-4 ：返戻分を別に分ける必要はありません。保険者毎の請求書の中に、追加して再請求してください。
Q2-5 ：請求が 10 日を過ぎた場合は、どうなりますか。	A2-5 ：翌月受付（処理）分となります。
Q2-6 ：被保険者が以前の様式と色が違うビワ色の様式を持参されましたが、どういうことですか。	A2-6 ：令和 6 年度からの制度改正により情報提供書及び質問票の内容が変更になっております。旧様式（令和 5 年度以前）と新様式（令和 6 年度以降）を区別するため、令和 6 年度及び令和 7 年度はビワ色の紙で印刷しています。

3 記入について

Q3-1 ：誤って記入した場合は、訂正印は必要ですか。	A3-1 ：二重線で訂正をお願いします。訂正印は不要です。
Q3-2 ：記入は鉛筆でもよいですか。	A3-2 ：鉛筆以外のボールペン等で記入をお願いします。
Q3-3 ：被保険者本人の署名が困難な場合は、どうしたらよいですか。	A 3-3 ：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。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。
Q3-4 ：受診券を持参されず、受診券整理番号が分からない場合は、どこに確認したらよいですか。	A 3-4 ：受診券は、被保険者が加入している国保保険者（市町・国保組合）で発行されていますので、国保保険者に御確認をお願いします。
Q3-5 ：「情報提供書【様式 2】」は、必ず医師が記入しなければならないのですか。	A 3-5 ：必ずしも医師が記入する必要はありません。ただし、検査値にて医師の総合判断をお願いします。
Q3-6 ：「医師の総合判断」は、いつになりますか。	A 3-6 ：医師が全ての検査値をもとに総合判断を実施した日となります。（ただし、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 ヶ月以内となります。）

Q3-7：医師名は、院長名を記入するのですか。それとも担当医名ですか。	A 3-7：医師名は、全ての検査値から医師の総合判断を実施した医師名となります。
Q3-8：請求書の「医療機関住所」「医療機関名」「代表者名」に、ゴム印を使用してよいですか。	A3-8：いずれの箇所もゴム印使用可能です。
Q3-9：医療機関コード欄は、全て埋める必要がありますか。	A3-9：佐賀県内に所在する医療機関の場合、411～、福岡県内及び長崎県内に所在する医療機関（契約締結している医療機関に限る）の場合、401～又は421～で始まる <u>10桁の医療機関コード</u> を記入してください。
Q3-10：検査値は、整数で記入するのですか。	A 3-10：「情報提供書【様式 2】」の右側の注意事項欄に、小数点以下まで記入が必要な場合は、該当項目にそれぞれ記載がありますので、そちらを参考にしてください。 なお、小数点以下 1 桁の場合で、例えば、数値が 159 の場合でも、159. <u>0</u> と記入をお願いします。
Q3-11：基本項目は、必ず全て必要となるのですか。	A 3-11：基本項目は、必須項目となりますので、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。
Q3-12：代替項目とは何ですか。	A 3-12：①LDL コレステロール の数値がない場合、Non-HDL コレステロール（空腹時中性脂肪若しくは随時中性脂肪が 400 mg/dl 以上又は食後採血の場合）でも可です。 ②「空腹時血糖」の数値がない場合、「HbA1c」でも可です。「空腹時血糖」及び「HbA1c」のいずれもない場合は、「随時血糖」でも可です。 ※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。 ③「空腹時中性脂肪」の数値がない場合、「随時中性脂肪」でも可です。 ※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。 <u>代替項目で血糖と中性脂肪の採血が空腹時と随時で混在する場合は、同じ採血時間帯で請求していただく必要があります。</u> 例：空腹時中性脂肪・空腹時血糖 ⇒○（正当）

	随時中性脂肪・随時血糖 ⇒○（正当） 随時中性脂肪・空腹時血糖 ⇒×（返戻） 空腹時中性脂肪・随時血糖 ⇒×（返戻）
Q3-13：任意項目とは何ですか。	A 3-13：佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業にかかる追加項目（HbA1c、血清クレアチニン、血清尿酸及び尿潜血）については、検査結果をお持ちであれば、記入の御協力をお願いします。
Q3-14：生理中の女性や腎疾患等の基礎疾患があるため、排尿障害を有している方で尿検査が実施できない場合は、どうしたらよいですか。	A 3-14：「情報提供書【様式 2】」の「※4」尿検査測定不可能の欄の該当する理由の番号に「○」を記入してください。 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）
Q3-15：尿検査の測定不可能の項目で、検査結果「3（その他）」はどういう場合が該当しますか。	A3-15： 健診機関としては検体を採取したものの、以下の場合等で測定不可能となってしまったケースを想定しております。 ・検体の何らかの理由（凝固、量が不足、適切な検体補助剤が入れていないなど）で測定不可能だった場合 ・検体機器のトラブル ・検体搬送時の事故等により検査ができなかった場合 ・検体装置の測定限界を超えた以上な値を呈したため検査ができなかった場合
Q3-16：被保険者が「情報提供書」を持参されましたが、3ヶ月以内のデータが存在しない場合はどうしたらよいですか。	A 3-16：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ヶ月以内となっています。3ヶ月を超えている場合は、本事業の対象となりません。 なお、特定健診受診券（受診票）の有効期間内で、次回以降の受診予定日に血液検査等を行う予定があり、全ての検査項目が揃う場合はその情報の活用について、被保険者と調整するなど御協力をお願いします。 情報提供が困難な場合は、特定健診（個別健診・集団健診）の受診勧奨に

	御協力をお願いします。
Q3-17 ：「総合判断日」と「検査日」は違う日ですか。	A 3-17 ：「医師の総合判断日」は、全ての検査項目が揃った上で、医師が総合判断を実施した日になります。 「検査日」は、基本項目の検査を行った日になります。 「医師の総合判断日」を実施した日が、最後に実施された検査日より前の場合は、返戻となりますので、御留意ください。
Q3-18 ：質問表に「1：はい」と「2：いいえ」の両方に○をつける方がいます。そのまま提出してよいでしょうか。	A 3-18 ：質問票の必須項目（項番 0・1・2・3・8）については、いずれかに「○」を記載してください。両方に「○」がある場合は、「返戻」となります。

4 費用について

Q4-1 ：「情報提供料」は、いくらですか。本人から作成料を徴収してよいですか。	A 4-1 ：本事業の作成料として、本人から <u>本事業にかかる費用</u> の徴収は必要ありません。 国保連合会に請求された場合は、「情報提供料」1 件につき、2,500 円（税込）医療機関にお支払いします。なお、追加で尿検査をされた場合は、1 件につき、300 円（税込）お支払いします。
Q4-2 ：受診券に自己負担金額が記載されていますが、自己負担は発生しますか。	A 4-2 ： <u>本事業にかかる自己負担</u> は、発生しません。 （受診券の金額は、特定健診（集団健診・個別健診）を受診した場合の金額です。）
Q4-3 ：令和 7 年 9 月 10 日に佐賀県国保連合会に請求（提出）した分は、いつ医療機関に支払がされますか。	A 4-3 ：令和 7 年 9 月受付分として処理します。令和 7 年 9 月受付分は、翌月（10 月）末の前日に医療機関へ振り込まれます。（返戻分等を除いた決定金額になります。）
Q4-4 ：請求した情報提供料は、どの口座に振り込まれますか。	A 4-4 ：振込先は、 <u>特定健診実施医療機関</u> の場合は、特定健診の振込先と同じ口座、 <u>特定健診実施医療機関以外</u> の医療機関の場合は原則、診療報酬

	の振込先と同じ口座となります。振込先の情報が確認できない場合は、別途「特定健康診査未受診者診療情報提供事業に係る振込銀行指定届」を提出していただき、その届出の口座に振り込みます。
--	---

5 返戻について

Q5-1：返戻で戻ってきた情報提供書は、どうしたらよいですか。	A5-1：返戻の内容を確認していただき、再請求可能な場合は、再度、請求書を作成の上、佐賀県国保連合会へ再請求してください。
Q5-2：再請求可能な場合とは、どのような場合ですか。	A5-2：保険者番号、記号・番号、受診券整理番号の記入誤り、その他必須項目の記入漏れ等で、 <u>訂正又は追記が可能な場合</u> 。
Q5-3：再請求できない場合は、どのような場合ですか。	A5-3：①基本健診項目の実施が複数日にまたがる場合で、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が、3ヶ月を超える場合。（ただし、直近3ヶ月以内に基本健診項目を満たす血液検査等の結果がある場合は、その検査結果を記載の上、請求可能です。） ②医師の総合判断日（＝特定健診実施日）が、 <u>受診券の有効期間外</u> の場合。
Q5-4： 検査日が R7.1.30、医師の総合判断日が R7.4.8（検査日から3ヶ月以内）、受診券整理番号が241で始まる番号で請求したら、返戻になりました。どうしてですか。	A5-4：特定健診の実施日として取り扱う日付は、 <u>医師の総合判断日</u> であることから、左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、 <u>令和7年度の受診券が必要</u> となります。 <u>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</u> 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。

6 その他

Q6-1：なぜこの事業を実施しているのですか。	A6-1：佐賀県医療費適正化計画における特定健診実施率の目標値である60%には、まだまだ届かない状況です。 健診未受診者のうち、医療機関へ受診している方の割合が48.7%におよび、うち生活習慣病による治療中の割合が66.9%であることが分かっています。（令和4年度実績） そこで、佐賀県国保保険者では、診療における検査データを特定健診結果として活用する事業を平成30年度から実施し、特定健診実施率向上対策の一つとして取組を行っています。 御協力をお願いいたします。
Q6-2：特定健診を実施していない医療機関も請求可能となりますか。	A6-2：本事業の対象医療機関は、佐賀県医師会会員及び佐賀県国保連合会と個別契約をしている佐賀県医師会会員外医療機関となります。集合契約（佐賀県医師会会員医療機関）又は個別契約している医療機関であれば、特定健診を実施していない医療機関でも請求可能です。 いずれにも該当しない場合で、本事業に御協力いただける場合は個別に契約が必要となりますので、佐賀県国保連合会保健事業係まで御連絡ください。
Q6-3：医療機関で保有している検査結果が特定健診の基本項目を満たさない場合、受診券はどうしたらよいですか。	A6-3：基本項目が揃わない等（追加の尿検査を除く）、本事業の対象外となる場合は、受診券は被保険者本人に返却してください。次回受診予約日に、血液検査等の予定がある場合は、回りの検査結果の活用を検討、又は、特定健診（個別健診・集団健診）の受診勧奨をお願いします。
Q6-4：様式1～様式3に項目の追加や変更してもよいですか。	A6-4：様式1～様式3は、佐賀県内統一の様式として使用していますので、項目の追加や変更（項目の修正）はされないようにお願いします。
Q6-5：受診券（受診票）が当年度分かどうかどこで分かりますか。	A6-5：令和7年度であれば、25で始まる11桁番号です。受診券整理番号の頭2桁は、<u>西暦の下2桁</u>から始まります。24で始まる番号であれば、令和6年度の受診券です。

【返戻・請求等に関する問合せ先】

佐賀県国民健康保険団体連合会 事業振興課保健事業係まで
TEL：0952-26-4184（直通）

【受診券（受診票）・保険証等に関する問合せ先】

各市町・国保組合 特定健診担当まで