

特定健診未受診者診療情報提供事業 事務処理マニュアル 【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



目次

1	事業目的	・・・ P1
2	事業内容	・・・ P2
3	事業全体の概要	・・・ P3
4	受診者対応の流れ	・・・ P4～5
5	情報提供書の提出先等について	・・・ P6
6	請求書（様式1）の作成について	・・・ P7～8
7	情報提供書（様式2・様式3）の作成について	・・・ P9～10
8	情報提供書の記入時の注意事項について	・・・ P11
○	参考資料（様式等について）	・・・ P12～13

初版： 令和5年3月31日作成
更新履歴： 令和6年4月 2日作成
令和7年4月 2日作成

1 事業目的

特定健診（40歳から74歳を対象とした生活習慣病に着目した健診）の受診率向上対策は、県内全ての医療保険者が様々な取組を実施しているところですが、国及び佐賀県の特定健診受診率の目標値60%には、まだまだ届かない状況です。

（佐賀県内国保 令和5年度実績：40.8%、令和4年度実績：40.7%、令和3年度実績：39.4%）

また、健診未受診者のうち、医療機関へ受診している方で生活習慣病等で治療中の方の割合が多い状況です。

そこで、治療中の患者で治療に必要であった血液等の検査項目が特定健診の基本項目を全て満たす場合に、検査結果を特定健診結果データとして活用する事業を平成30年度から実施しています。

なお、特定健診受診率向上の取組の一つとして、佐賀県全体（市町国保・国保組合）で統一した方法・単価で実施しています。

本事業の円滑な実施にあたっては、医療機関の御協力が必要となります。本事業の趣旨を御理解いただき、ご配慮とご協力をお願いいたします。

また、本事業にかかる事務処理の流れや留意事項等をまとめた事務処理マニュアルを作成しましたので、ご活用ください。

特定健診は、 治療中の方も対象です。

40歳以上の方へ年1回の特定健診の受診をお勧めしています。

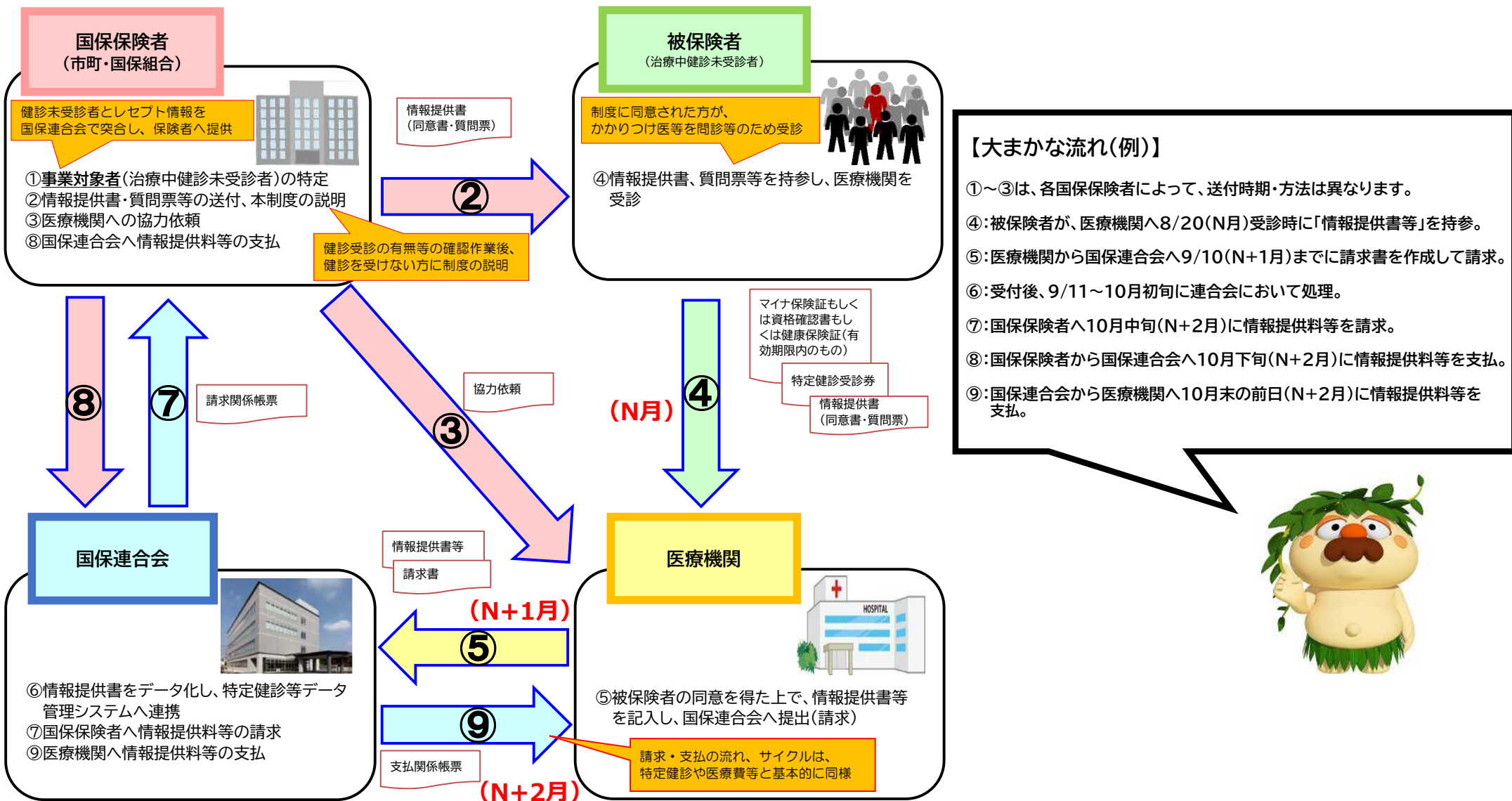
特定健診未受診者の方で、定期的に医療機関に通院し診療における検査結果がある場合は、その検査結果を活用し、本人同意のもとで保険者へ提供することで、特定健診を受診したとみなすことができ、受診率に反映されます。



2 事業内容

- 1 事業期間 . . . 令和7年4月から令和8年3月まで（医師の総合判断を実施した日）
- 2 情報提供料 . . . 1件当たり2,500円（税込）
- 3 基本項目を満たすために行われる尿検査（尿中一般検査）については、検査料として情報提供料とは別に300円（税込）を支払う。
- 4 佐賀県糖尿病・人工透析予防対策研究事業にかかる追加4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、当面、検査をされている場合に記載の協力を依頼するのみとし、追加検査は求めないものとする。
- 5 様式は、県統一の様式（P12～13）とする。
- 6 対象者 . . . 佐賀県内国保保険者の被保険者のうち、**40歳～74歳**の**特定健診未受診者**
- 7 実施保険者 . . . 佐賀県内全市町及び国保組合
- 8 契約 . . . 佐賀県医師会会員医療機関は、佐賀県医師会との集合契約により実施。
佐賀県医師会会員以外の医療機関については、個別契約により実施。
佐賀県国保連合会は、20市町3国保組合から委任を受けて事業を実施。
- 9 実施医療機関 . . . 上記の契約締結医療機関
（現在、特定健診を実施していない医療機関も対象）

3 事業全体の概要



4 受診者対応の流れ

【留意事項】

①情報提供料は、あくまでも治療に必要であった血液等の検査の項目が特定健診の基本項目を満たしている場合に、所定の書式に記載していただく手間と不足する情報（身長や腹囲、質問票など）を補完していただく費用です。

「特定健診未受診者情報提供事業」にかかる自己負担はありません。

②血液等の検査実施から情報提供を行うための医師の総合判断日までの期間が3ヶ月であることから、被保険者が情報提供書を持参した日がすでに期間を過ぎている場合など、提供の要件を満たさない場合は、情報提供ができない旨を被保険者へ説明をお願いします。

なお、特定健診受診券の有効期間内で、次回以降に血液検査等の実施予定があり、全ての検査項目が揃う場合には、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。

また、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。

（例）

最初の検査実施日：令和7年8月10日	} 最初の検査実施日から 3ヶ月を超えているため、 情報提供事業対象外
情報提供書持参日：令和7年12月1日	
医師の総合判断日：令和7年12月1日	



次回、2月受診予定があり血液検査等実施予定

（または、直近の検査で3ヶ月以内の検査結果があれば使用可）

最初の検査実施日：令和8年2月1日

情報提供書持参日：令和7年12月1日

医師の総合判断日：令和8年2月2日

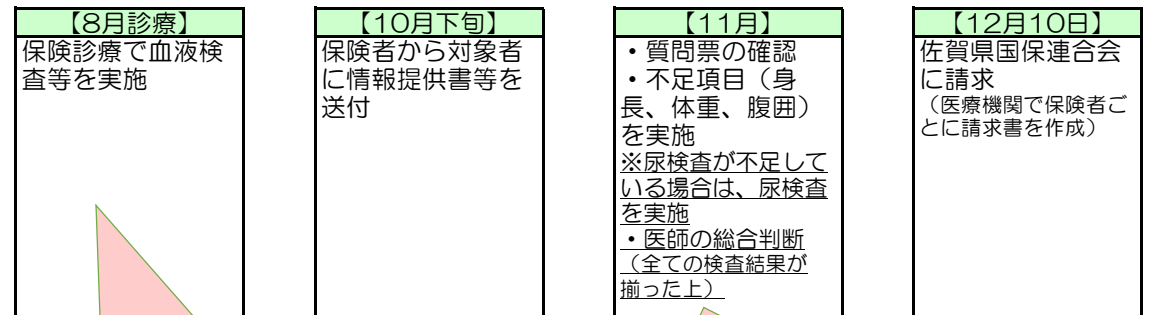
③この事業は、本人の同意と医療機関の御協力によるものであり、強制するものではないことから、診療や治療の妨げにならない範囲で御協力をお願いします。

(1) 本事業の対象者

次に掲げる要件を全て満たす者

- ① 40歳～74歳の国保被保険者（医師の総合判断日に74歳以下であること）
- ② 年度内に特定健診を受診していない者
- ③ 保険診療で実施する検査項目が情報提供項目に該当する者
- ④ 特定健診に係る診療情報の提供に同意する者

(2) 活用できる検査データの期間（例）



血液検査等が特定健診の基本項目を全て満たす場合に、このデータ（検査結果）を「未受診者診療情報提供事業」として活用。

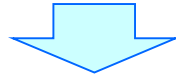
特定健診実施日として取り扱う日付は、医師が総合判断を実施した日
そのため、医師の総合判断日は受診券の有効期間内である必要があります。

3ヶ月以内

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ますが、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**

4 受診者対応の流れ

- ①被保険者が、医療機関の窓口で「特定健診の情報提供書【様式2】【様式3】」を持参



- ②窓口で、特定健診の情報提供書【様式2】の本人同意欄（表面上部）と質問票【様式3】（裏面）に記入がされているか確認

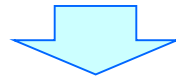
※記入がない場合は、被保険者に記入を依頼

※記入された「本人同意欄」の「保険者番号」「生年月日」「受診券整理番号」「被保険者証番号」等に記入誤りがないか、特定健診受診券（受診票）及びマイナ保険証（もしくは資格確認書もしくは健康保険証（有効期限内のもの））で確認

※「質問票（裏面）」の記入に漏れがないか確認（特に、「必須項目」の記入漏れ）

※国保の資格有及び特定健診の受診状況について確認

（当該年度に特定健診を受診している場合は、二重受診となるため「情報提供事業対象外」となります。）



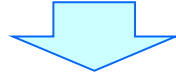
- ③計測（身長・体重・腹囲）、BMIの記入

不足する項目（尿検査）があれば、尿検査を実施

※本情報提供事業のために、「尿検査」を追加で実施された場合は、国保連合会への請求書に件数を記入してください。1件につき300円（税込）お支払いします。本人負担はありません。



- ④医療機関において、「特定健診の情報提供書【様式2】」の「医療機関記入欄」に診療で行われた検査結果の数値等を記入（※記入方法については、P9～11を参照）



- ⑤基本項目の漏れがないか確認していただき、「医師の診断」、「医師の総合判断日」及び「医師名」を記入

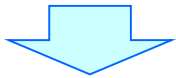
※「医師の総合判断日」は、「最初に実施された検査日から3ヶ月以内」であること。また、受診券（受診票）の有効期限内にお願いします。

・その他医療機関コード等必要事項を記入



- ⑥毎月10日（必着）までに、佐賀県国保連合会に請求書【様式1】を保険者ごとに作成の上、請求

※前月以前の返戻分があれば、保険者毎の請求書の中に入れて込んでいただいて構いません。



- 国保連合会へ請求後、提出書類に不備がなければ、受付月の翌月末の前日に「情報提供料」としてお支払します。不備がある場合は、「返戻」として、原本を返却しますので、内容を御確認の上、再請求してください。

- 詳細については、本マニュアル及び「特定健診未受診者診療情報提供事業Q&A」を参考にしてください。



5 情報提供書の提出先等について

(1) 情報提供料の請求書及び情報提供書の提出先について

提出先： 〒840-0824

佐賀市呉服元町7番28号 佐賀県国保会館

佐賀県国民健康保険団体連合会 事業振興課保健事業係あて

TEL：0952-26-4184

※郵送される場合は、係名まで記載していただくようお願いします。

(2) 請求書等の提出締切日について

毎月10日（必着）までに提出があった請求分は、**翌月末**までに実施医療機関へ費用を支払います。

※提出が10日（締切日）を過ぎた場合は、翌月受付分となります。

(3) 情報提供料（費用）の振込について

振込先は、**特定健診実施医療機関**の場合は特定健診の振込先と同じ口座、**特定健診実施医療機関以外の医療機関**の場合は原則、診療報酬の振込先と同じ口座としますが、**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」を提出していただく必要があります。

(4) 提出書類について

国保連合会へ提出する書類は、次のとおりです。

①特定健診情報提供料請求書【様式1】

②特定健診の情報提供書【様式2】／特定健診の情報提供書（質問票）【様式3】

(5) 請求書等の提出方法について

請求書等の編綴方法については、別紙「特定健診情報提供料請求書編綴方法について」（P8）を参照してください。

(6) 請求書等の記載方法等について

特定健診情報提供料請求書【様式1】は、**保険者毎**に作成してください。

様式は、本会ホームページに掲載しています。（P7参照）

情報提供書【様式2】【様式3】の記入方法については、「情報提供書（様式2・様式3）の作成について」等（P9～P11）を参照してください。

(7) 情報提供書等の返戻について

情報提供書等の内容に不備及び**必要書類の添付漏れ等があった場合は**、提出締切日（毎月10日）の翌月に書類等を返戻いたします。

月遅れ分として、**次回の提出分と合わせて**本会へ御提出ください。

なお、記入内容が本会にて判読できない場合も、返戻させていただきますので御留意ください。

6 請求書（様式1）の作成について

【様式1】

特定健診情報提供料請求書

＜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までの国民健康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 ……A
追加検査分 尿一般検査 ※3	300 円	件	円 ……B

【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。

特定健康診査未受診者診察情報提供事業について

特定健康診査未受診者診察情報提供事業について

本会では、平成30年10月から特定健康診査受診率向上の取組の一環として、標記事業を実施しています。

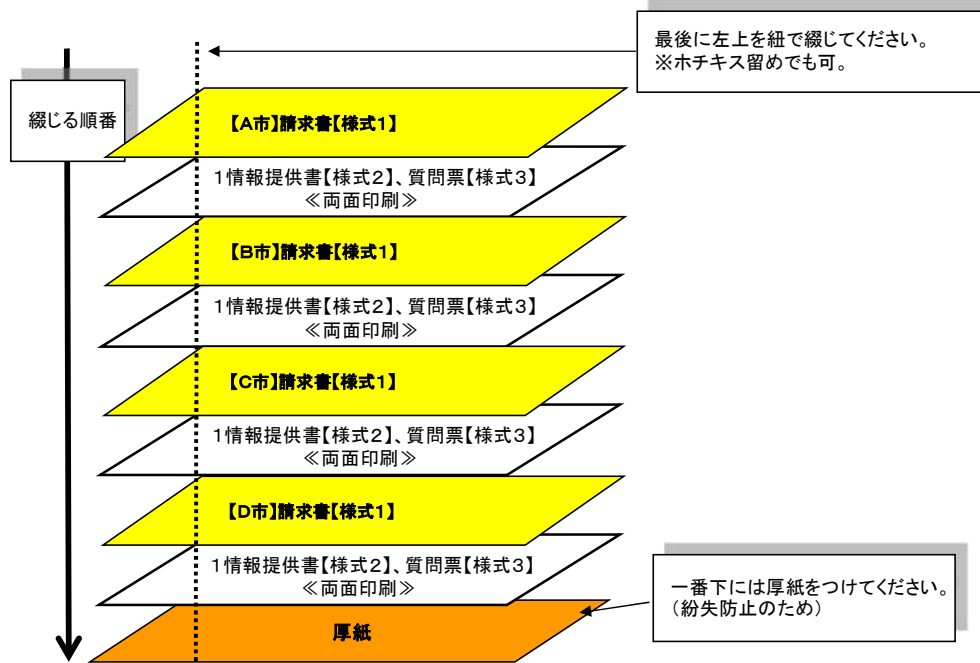
請求方法等について

情報提供書を本会に提出される場合は、下記1、2を御参照の上、御提出ください。また、請求書は下記3の様式1を御活用ください。

- 特定健康診査未受診者診察情報提供事業に係る請求時の留意事項等について (PDF形式：324KB)
- 情報提供書の記入上の注意事項について (PDF形式：1.43MB)
- 【様式1】 特定健診情報提供料請求書 (Excel形式：38KB)**
- 特定健康診査未受診者診察情報提供事業事務処理マニュアル【令和6年度版】 (PDF形式：4.5MB)
- 特定健康診査未受診者診察情報提供事業に関するQ&A【令和6年度版】 (PDF形式：286KB)

特定健診情報提供料請求書編綴方法について

【別紙】



- ①綴じる順番
 保険者番号順 例)佐賀市→唐津市→・・・→吉野ヶ里町→医師国保組合→・・・→建設国保組合
- ②綴じ方
 保険者毎に情報提供書及び質問票(両面印刷)をまとめ、その上に保険者毎に作成した請求書をつけ、最後にまとめて左上で綴じてください。

保険者番号

保険者名	保険者番号	保険者名	保険者番号	保険者名	保険者番号	保険者名	保険者番号
佐賀市	410019	鹿島市	410076	玄海町	410787	みやき町	410944
唐津市	410027	小城市	410084	有田町	410811	吉野ヶ里町	410951
鳥栖市	410035	嬉野市	410092	大町町	410852	医師国保組合	413013
多久市	410043	神埼市	410100	江北町	410860	歯科医師国保組合	413021
伊万里市	410050	基山町	410639	太良町	410902	建設国保組合	413039
武雄市	410068	上峰町	410670	白石町	410936		

7 情報提供書（様式2・様式3）の作成について ※様式変更は、行わないようにしてください。

特定健診の情報提供書

【令和6年度以降版】 【様式2】

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 ① 市・町に提供いたします。 ⑩ 年 月 日	
フリガナ	② 保険者番号 4 1
氏名 (代筆者名)	③ 生年月日 昭和 年 月 日 ④ 性別 ※2 1 男 ・ 2 女 年齢 歳
住所	⑤ 受診券整理番号 ⑥ 被保険者証番号 (被保険者証番号は右詰で記載) ⑦ 連絡先(電話番号)

【医療機関記入欄】

医師の総合判断日 令和 ⑪ 年 月 日 ※医師の総合判断日は受診券の有効期限内にお願いします。

項目 (/)は検査実施日を記載	追加検査実施日	検査結果		注意事項
		検査結果	検査結果	
⑫ 基本項目 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
⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿	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。
⑫ 基本項目 血中脂質検査 (/)	空腹時中性脂肪		mg/dl	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
	HDLコレステロール		mg/dl	
	LDLコレステロール		mg/dl	
⑫ 基本項目 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	
⑫ 基本項目 血糖検査 (/)	空腹時血糖		mg/dl	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
	尿糖 ※2	⑬	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)	
	尿蛋白 ※2	⑬	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)	
⑫ 基本項目 尿検査 (/)	測定不可能 ※4	⑬	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)	
	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
⑫ 基本項目 血糖検査 (/)	HbA1c (NGSP値)		%	小数点以下1桁
	随時血糖		mg/dl	右詰めで記載
⑫ 基本項目 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
⑫ 基本項目 尿検査 (/)	尿潜血 ※2	⑬	1 (-) ・ 2 (±) ・ 3 (+) ・ 4 (++) ・ 5 (+++)	
⑫ 基本項目 医師の診断 ※2	⑬	1 異常なし ・ 2 治療中 ・ 3 要医療 ・ 4 要検査 ・ 5 経過観察		
⑫ 基本項目 医療機関コード	⑬	医療機関住所	⑱	
⑫ 基本項目 医師名	⑬	医療機関名	⑲	

<佐賀県国民健康保険団体連合会提出用>

○情報提供書の記載要領について

※記入は、鉛筆以外（ボールペン等）をお願いします。（記入誤りの場合は、二重線で訂正。訂正印は不要）
 ※数字や文字は、正確に記入をお願いします。（データ入力しているため）

【①～⑩は、本人同意欄（本人記入欄）】

- ① 保険者名を記入（例）佐賀市、唐津市、・・・等
- ② 保険者番号を記入（※健康保険証で確認。41で始まる6桁の番号）
- ③ 生年月日を記入
- ④ 性別のいずれかに○を記入
- ⑤ 受診券整理番号を記入（※令和7年度の場合、「25」で始まる11桁の番号。受診券（受診票）で確認）
- ⑥ 記号・番号を記入（※マイナ保険証もしくは資格確認書もしくは健康保険証（有効期限内のもの）で確認。「枝番」の記入は不要。）※保険者番号ではありません。
- ⑦ 連絡可能な連絡先を記入
- ⑧ 氏名及びフリガナ（カタカナ）を記入
（※代筆の場合、上に本人の氏名、その下に（括弧書きで）代筆者の氏名を記入）
- ⑨ お住いの住所を記入（佐賀県省略可。市町名からで構いません。）
- ⑩ 同意した年月日を記入（例）令和7年〇月〇日

【⑪～㉑は、医療機関記入欄】

- ⑪ 医師が総合判断を実施した日を記入
（最後に検査を行った日以降で、最初の検査日から3ヶ月以内）
- ⑫ 基本項目は、必須です。それぞれの項目について、検査値を記入。（ / ）は検査実施日を記載。
 なお、検査結果値については、右側の「注意事項」欄に「小数点以下1桁」「右詰めで記載」とありますので、参考にしてください。
 また、「小数点以下1桁」の場合は、小数点以下1桁が「0」の場合も記入してください。
 整数（右詰めで記載）の場合は、四捨五入した数値を記入してください。
 ・ 血圧を2回測定した場合は、測定値の平均値（四捨五入）を記入してください。
 ・ 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。
- ⑬ 情報提供事業のために、追加で尿検査を行った場合に、追加で検査を実施した日を記入
（通常の診療で行った尿検査の結果をお持ちであれば、左側の尿検査（ / ）欄に日付を記入してください。）
- ⑭ 代替項目について、基本項目が不足する場合で、以下の場合は、代替項目欄に記入してください。
 代替項目：LDLコレステロール→（LDLコレステロールがなければ）
 → Non-HDLコレステロール（空腹時・随時中性脂肪400mg/dl以上又は食後に採血する場合）
 代替項目：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。
 代替項目：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。
- ⑮ 任意項目について、検査結果をお持ちであれば記入してください。（なければ、空欄で構いません。）
- ⑯ 医師の診断について、1～5に○を記入
- ⑰ 医療機関コードについて、411～記入（福岡県所在地の場合、401～、長崎県所在地の場合、421～）
- ⑱ 医療機関の住所を記入
- ⑲ 総合判断を実施した医師名を記入
- ⑳ 医療機関名を記入
- ㉑ ㉒～㉙は、ゴム印使用可）

項目	質問事項	回答欄					
		該当する番号を○で囲んでください					
0	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、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		
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(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。	1	はい	2	いいえ		
5	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。	1	はい	2	いいえ		
6	医師から、慢性腎不全や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けていますか。	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。(※最近1ヶ月間吸っている且つ、生涯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				
		2	以前は吸っていたが最近一ヶ月は吸っていない				
		3	いいえ				
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年以上実施していますか。	1	はい	2	いいえ		
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	1	はい	2	いいえ		
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ときの状態はどれにあてはまりますか。	1	何でもかんで食べることができる				
		2	歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、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	ふつう	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	ほとんど摂取しない				
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(清酒、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)	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 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・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)	1	1合未満				
		2	1~2合未満				
		3	2~3合未満				
		4	3~5合未満				
		5	5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いませんか。	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(6ヶ月未満)				
		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		

※情報提供書の裏面(質問票)に記入漏れがないか確認をお願いします。

※項目「0」「1」「2」「3」「8」は、必須項目です。
(必須項目は、記入漏れがないようにお願いします。)

※全項目について、「1_はい」又は「2_いいえ」のいずれかに○をしてください。
どちらでもない場合は、両方に「○」ではなく、近い方に「○」をつけてください。

・項目「0」について、自覚症状があれば、(括弧)内に記入してください。
(分かる範囲で構いません。)

8 情報提供書の記入時の注意事項について

特定健診の情報提供書

【令和6年度以降版】 【様式2】

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
	受診券整理番号	_____
住所	被保険者証番号	_____ (被保険者証番号は右誌で記載)
	連絡先(電話番号)	_____

返戻が多い事例

【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。
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 右誌めで記載
	拡張期血圧				mmHg
※1 血中脂質検査 (/)	空腹時中性脂肪				mg/dl ※中性脂肪検査及び血糖検査については(別日であったる)
	HDLコレステロール				mg/dl 同時・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。
	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 右誌めで記載
		随時中性脂肪			mg/dl 右誌めで記載
	血糖検査 (/)	HbA1c(NGSP値)			% 小数点以下1桁
	随時血糖				mg/dl 右誌めで記載
任意項目	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

本人同意欄・表面の基本項目・裏面の質問票の項目0・1・2・3・8は必須項目となりますが、その中で特に多く返戻される事例をあげています。提出の際に今一度ご確認ください。

詳細な注意事項等は国保連合会ホームページより「健診・保健指導機関の皆様へ」の「特定健康診査診療情報提供書について」の「請求方法について」の「情報提供書の記入上の注意事項について」にありますので、参考してください。

記入漏れ・記入誤り・・・必要事項のため記入漏れ・記入誤りの場合は返戻しています。
 【記入誤りが多い例】
 ① **保険者番号**→保険証で確認ください。なお、本資料の【別紙】「編綴方法」の下部に「保険者番号」を掲載していますので参照ください。
 ② **受診券整理番号**→令和7年度は、「25～」で始まる**11桁**の番号です。必ず受診券(受診票)で確認ください。
 ③ **被保険者証番号**→マイナ保険証(もしくは資格確認書もしくは健康保険証(有効期限内のもの)の「**記号・番号**」欄で確認ください。保険者番号を誤って記載されているものが多数見受けられます。

医師の総合判断日の記入漏れ以外は、以下の理由で返戻しています。
 (例)『医師の総合判断日が受診券の有効期限を過ぎています』
 『初回検査日から3ヶ月以上経過しています』
 『医師の総合判断日が事業開始日より前になっています』

【留意事項】
 ・ **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。
当該年度の特定健康診査受診券(受診票)をお持ちの方が対象です。
 ※事業実施時期及び受診券の有効期限を必ずご確認ください。
 ・ 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。

基本項目は、必ず記入してください。記入がない場合は『必須入力項目に誤り(記入漏れ)があります』として返戻しています。 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。

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。
 その場合は、必ず請求書の【請求金額内訳】欄の追加検査分(尿一般検査)の件数と金額の記入をお願いします。

【令和6年度以降版】 特定健診の情報提供書(質問票) 【様式3】

【本人記入欄】医師等の問診による記入可

項目	質問事項	該当する番号を○で囲んでください
0	今、体調が悪いところ(自覚症状)がありますか。	1 はい () 2 いいえ
1	現在、体重を下げる薬を服用していますか。	1 はい 2 いいえ
2	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
3	現在、スタチン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「脂質(コレステロール、中性脂肪)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。	1 はい 2 いいえ
5	医師から「血糖値が高い状態が続いているといわれたり、治療を受けたこと」がありますか。	1 はい 2 いいえ
6	医師から「男性不全や女性不全にかかっているといわれたり、治療(人工授精)を受けていますか」	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、がん、を器病的に患っていますか。(※最近1ヶ月間検診している目づつ、生涯6ヶ月以上いる、又は合計100年以上検診している)	1 はい 2 いいえ
9	10歳以上の体重から10kg以上増加していますか。	1 はい 2 いいえ

表面は項目0.1.2.3.8番は必須項目です。
 記入もれで返戻したものが、記入もれのままで再提出されることが多い項目です。
 また、「はい」と「いいえ」の両方に○がついている場合も返戻していますので、ご注意ください。

<佐賀県国民健康保険団体連合会提出用>

【参考資料】 情報提供料に係る様式等（県内統一）

【様式1】

特定健診情報提供料請求書 ＜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

市町長 様

医療機関番号	4	1							
医療機関住所									
医療機関名									
代表者名									
電話番号	- -								

請求金額 円

請求年月 令和 年 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 尿一般検査 ※3	300	円		件		円

【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。

◆様式の取得先について

①請求書【様式1】は、佐賀県国保連合会
ホームページより印刷

医療機関

国保連合会



請求



②情報提供書【様式2・様式3】は、保険者
から被保険者へ送付。

国保保険者
（市町・国保組合）

被保険者
（治療中健診未受診者）



送付



【参考資料】 情報提供料に係る様式等（県内統一）

特定健診の情報提供書

【令和6年度以降版】 【様式2】

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。	
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) _____

【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。		
基本項目	身体測定 (/)	項目 (/)は検査実施日を記載	検査結果		注意事項
		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
	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
	肝機能検査 (/)	AST (GOT)	_____	_____	U/l 例：○空腹時中性脂肪
		ALT (GPT)	_____	_____	U/l 〇空腹時血糖
		γ-GT (γ-GTP)	_____	_____	U/l 〇随時中性脂肪
	血糖検査 (/)	空腹時血糖	_____	_____	mg/dl 〇随時血糖
		尿糖 ※2	_____	_____	mg/dl × 随時中性脂肪
	尿検査 (/)	尿蛋白 ※2	_____	_____	測定不可能 ※4
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尿蛋白を有する) ・ 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
随時血糖		_____	_____	mg/dl 右詰めで記載	
任意項目	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	_____		

<佐賀県国民健康保険団体連合会提出用>

【令和6年度以降版】

特定健診の情報提供書(質問票)

【様式3】

項目	質問事項	回答欄					
		該当する番号を○で囲んでください					
0	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、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		
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(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。	1	はい	2	いいえ		
5	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。	1	はい	2	いいえ		
6	医師から、慢性腎不全や腎不全にかかっているといわれたり、治療(人工透析)を受けていますか。	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。(※最近1ヶ月間吸っている且つ、生涯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				
		2	以前は吸っていたが最近1ヶ月は吸っていない				
		3	いいえ				
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年以上実施していますか。	1	はい	2	いいえ		
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	1	はい	2	いいえ		
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が遅いですか。	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	何でもかんで食べることができる				
		2	歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、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遅いですか。	1	速い	2	ふつう	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	ほとんど摂取しない				
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		
		1	毎日				
18	お酒(清酒、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)	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)				
		1	1合未満				
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 日本酒1合(アルコール度数15度・180ml)の目安:ビール(同5度・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)	2	1～2合未満				
		3	2～3合未満				
		4	3～5合未満				
		3	3～5合未満				
		5	5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		
		1	改善するつもりはない				
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	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(6ヶ月未満)				
		5	既に改善に取り組んでいる(6か月以上)				
		1	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				

<佐賀県国民健康保険団体連合会提出用>