会長		担当理事		会計	

埼医業Ⅰ第１４１１号
令和５年１０月２３日

郡市医師会長　殿

埼玉県医師会長　金井　忠男
（担当常任理事　　登坂　英明）
（公　印　省　略）

特定健康診査に係る診療情報提供事業について

日頃より特定健診審査事業にご理解・ご協力賜り、誠にありがとうございます。

さて、標記の件について、令和５年１０月１８日付国医第１５７９号にて、埼玉県保健医療部国保医療課長より別添のとおり通知がありました。

本事業は市町村が実施主体となり、特定健康診査未受診者の診療情報を、受診中の医療機関から市町村国保に情報提供するというものです。

今般、本年度の実施市町村がまとまり、実施市町村から貴会あてに相談等があるかと存じますので、その際には、是非ともご協力いただきますよう、よろしくお願いいたします。

特に、実施市町村の所属する郡市医師会以外の医療機関にも、患者から協力依頼があることもございますので、重ねてご協力のほどお願い申し上げます。

参考までに、未受診者が医療機関に持参する入力用紙の雛形を添付いたします。

担　当：業務課業務Ⅰ担当　黒木
ＴＥＬ：０４８－８２４－２６１１
ＦＡＸ：０４８－８２２－８５１５

春加八潮医師会
収受
5.10.25
第750号

国医第１５７９号
令和５年１０月１８日

一般社団法人　埼玉県医師会
会長　金井　忠男　様

埼玉県保健医療部国保医療課長
黒澤　努（公印省略）

特定健康診査に係る診療情報提供事業について（依頼）

国民健康保険の運営については、日頃より格別の御協力をいただき、厚くお礼申し上げます。

さて、特定健康診査（以下「健診」という。）の未受診者については、被保険者の診療情報を医療機関から市町村に提供いただくことにより、健診結果を補完することができます。

これにより、本県では、市町村における健診受診率の向上が期待できるだけでなく、被保険者全体の健康状態の把握などができることで、被保険者の健康増進、ひいては医療費適正化に資するものと考えております。

今年度においては、別添の市町村において実施することになりました。

つきましては、本事業に係る御理解と御協力を賜りますようお願いいたします。あわせて、各郡市医師会長あて御周知いただきますようお願いいたします。

担当：国保企画担当　北田・森田・齋藤
Tel：048-830-3359
Mail：a3350-11@pref.saitama.lg.jp

別添

令和５年度実施予定市町及び実施期間

市町名	実施期間
川越市	12月～2月
川口市	11月～3月
行田市	12月～3月
秩父市	12月～2月
飯能市	1月～3月
上尾市	12月～2月
蕨市	12月～2月
戸田市	12月～2月
久喜市	12月～2月
蓮田市	12月～2月
三芳町	12月～2月
日高市	12月～2月
嵐山町	12月～2月
小川町	12月～2月
川島町	11月～2月
吉見町	11月～2月
鳩山町	11月～2月
横瀬町	12月～2月
皆野町	12月～2月
長瀞町	12月～2月
小鹿野町	12月～2月
幸手市	1月～2月
杉戸町	1月～2月
松伏町	12月～2月
吉川市	12月～2月

（参考）

通知兼同意書



通院中で特定健診を受けていない方へ

令和　　年　　月　　日まで

（市町村自由記載）

盛り込んでいただきたい内容：
・特定健診とは　・市町村の特定健診受診率　・診療情報提供事業とは

参考例：

- 特定健診とは、高血圧・脂質異常・糖尿病等の生活習慣病を見つけ、生活習慣の改善、病気の予防を目的とする健診です。
- ○○市国保の特定健診受診率は○○%（○○年度）となっており、国が定める目標値の60%と比べ、○○です。
- ○○市国保の特定健康診査を通院中等の理由で見合わせた方で、かかりつけの医療機関（内科等）において、この同意書を提出した方は、特定健診を受診したことになります。
- 特定健診のデータは、皆様の健康状態を把握・分析し、健康維持・増進のための資料として役立てられます。受診率を向上させ、多くのデータを集め、○○市の皆様の健康増進事業を推進してまいります。
- また、皆様の健康維持・増進は医療費の適正化につながり、ひいては国民健康保険税の上昇を抑えることにもつながります。

【情報提供に関する同意書】

みなさまから提供される裏面記載の情報は、○○（市・町・村）個人情報保護条例に基づいて、適正に管理し、皆様の健康維持・増進のために利用しますので、御同意いただきますようお願いします。
また、このたびのデータ提供については、各医療機関から、○○（市・町・村）国民健康保険へ報告されます。

なお、「記載手数料振込先」欄は、医療機関に銀行口座を記載していただく欄になります。（提供者様の口座番号を記載しないよう、御注意ください。）
また、**裏面の全ての項目にかかりつけの医療機関による記載が無い場合（身体計測欄含め）、本事業の対象外**となります。その場合、特定健診の受診をお願いいたします。
（特定健診の実施期間中に限る）

同意される方は御署名のうえ、 かかりつけの医療機関に御提出ください。

私は自身の特定健康診査に相当する診療情報について、○○（市・町・村）国民健康保険へ報告されることに同意します。

住所：
氏名：

（令和5年度特定健康診査に係る診療情報提供事業）

【問合せ先】○○（市・町・村）○○課・○○担当（係）
電話：
担当者：

（※裏面はかかりつけの医療機関が記載しますので、提供者様は御記載不要です。）

医療機関に御記入いただく用紙です

特定健康診査に係る診療情報提供用紙（参考）【医療機関にて記入】

※データ記入後、コピーを ○○（市町村等） に御郵送ください。
［送付先住所：　　］

（事業実施期間：R5/11/1～R6/3/31、各月実施分については翌月10日までに御郵送ください。）

診療情報提供事業とは、通院等を理由に特定健診を見合わせた方が、かかりつけ医療機関（内科等）での特定健診に相当する検査を実施している場合に、検査データ（当該年度）を提供いただくことで特定健診を受診したことになるものです。

- **全ての項目に記載がない場合は、対象となりませんので、御注意ください。**
- **不足の検査項目がある場合（例えば身長・体重・腹囲など）には、提出いただく必要はありませんので、本紙は破棄してください。**
- **本事業のために改めて検査を実施する必要はありません。**
- **情報提供料は受診者が加入する市町村から支払われます。**

原本は裏面の同意書とともに医療機関で保管してください。

健診機関番号										
医療機関名（押印可）								医療機関住所（押印可）	（〒　　－　　）	

基本・共通情報																							
提供年月日（和暦）	令和　年　月　日										受診券整理番号	1	8	1	1	2	3	4	5	6	8	2	
受診者氏名（カタカナ）	カ	ワ	グ	チ		ゴ	ロ	ウ												性別	■1.男　□2.女		
生年月日（和暦）	昭和	2	0	年	0	8	月	1	3	日	提供用紙提出期限	令和	5	年	3	月	3	1	日				
保険者番号（左側0埋め8桁）																							
被保険者証等記号	4	5	7	1								被保険者証等番号	1	2	3	4	5	6	8	2			
受診者郵便番号	3	3	2	－	0	0	0	5	受診者住所	川口市川口1-1-5													

質問票						
1.服薬（血圧）	□1.あり　□2.なし	2.服薬（血糖）	□1.あり　□2.なし	3.服薬（脂質）	□1.あり　□2.なし	
4.既往歴（脳血管）	□1.あり　□2.なし	5.既往歴（心疾患）	□1.あり　□2.なし	6.既往歴（腎不全・人工透析）	□1.あり　□2.なし	
7.既往歴（貧血）	□1.あり　□2.なし	8.既往歴（喫煙）	□1.あり　□2.なし			
18.飲酒	□1.毎日　□2.時々　□3.殆ど飲まない、飲めない			22.保健指導の希望	□1.あり　□2.なし	

診察					
その他の既往歴	□1.あり　□2.なし	自覚症状	□1.あり　□2.なし	他覚症状	□1.あり　□2.なし

身体計測			
身長		.	cm
体重		.	kg
腹囲 M85 F90		.	cm

血圧			
収縮期 130			mmHg
拡張期 85			mmHg

※尿		
糖	□－　□±　□＋　□2＋　□3＋　□4＋	
蛋白	□－　□±　□＋　□2＋　□3＋　□4＋	

※尿；計測不能の場合はチェックなしとする

※血糖				
空腹時（食後10h以上） 100				mg/dl
HbA1c（NGSP） 5.6		.		%
随時（食後3.5h以上10h未満） 100				mg/dl

※血糖値については、空腹時血糖またはHbA1c、随時血糖のどれかが記入してあれば結構です

※脂質			
中性脂肪 150			mg/dl
HDLコレステロール 39			mg/dl
LDLコレステロール 120			mg/dl
non-HDLコレステロール 150			mg/dl

※脂質；中性脂肪が400mg/dl以上または食後採血の場合はLDLコレステロールに代えてnon-HDLコレステロールでもよい

肝機能			
GOT（AST） 31			U/l
GPT（ALT） 31			U/l
γ-GT（γ-GTP） 51			U/l

医師の判断	医師の氏名（押印可）
□1.異常認めず　□2.要観察　□3.要指導　□4.治療中　□5.要医療	

（医療機関の）振込み銀行口座（医療機関本紙情報提供料（2,800円）振込先）　※必ず御記入ください。

銀行名	銀行	支店名	支店
科目	普通　・　当座	口座番号	
名義（カタカナ）			

送付後の貴医療機関連絡先	
部署・御担当者名	電話番号