

診療情報活用（みなし健診）事業 事務処理マニュアル

令和8年1月

山口県健康福祉部医務保険課
山口県国民健康保険団体連合会

目 次

1	事業の目的	- 1 -
2	事業の内容	- 1 -
3	対象者	- 2 -
4	情報提供項目	- 2 -
5	情報提供に係る費用	- 2 -
6	費用決済処理までの流れ	- 2 -
7	よくある質問 (Q & A)	- 6 -
8	事業実施保険者一覧	- 6 -
9	各種様式	- 7 -
(1)	請求及び受領に関する届 (様式情提 1)	- 7 -
(2)	情報提供票 (様式情提 2)	- 8 -
(3)	質問票 (様式情提 3)	- 10 -
(4)	同意書 (様式情提 4)	- 11 -
(5)	媒体送付書 (個別医療機関用) (様式情提 5)	- 13 -
(6)	媒体送付書 (請求代行機関用) (様式情提 6)	- 14 -
(7)	提出医療機関内訳書 (様式情提 7)	- 15 -
(8)	支払額通知書 (様式情提 2 1)	- 16 -
(9)	支払額内訳書 (様式情提 2 2)	- 17 -
(10)	提供者別支払額内訳書 (様式情提 2 3)	- 18 -
(11)	過誤調整結果通知書 (様式情提 2 4)	- 19 -
(12)	返戻結果通知書 (様式情提 2 5)	- 19 -

1 事業の目的

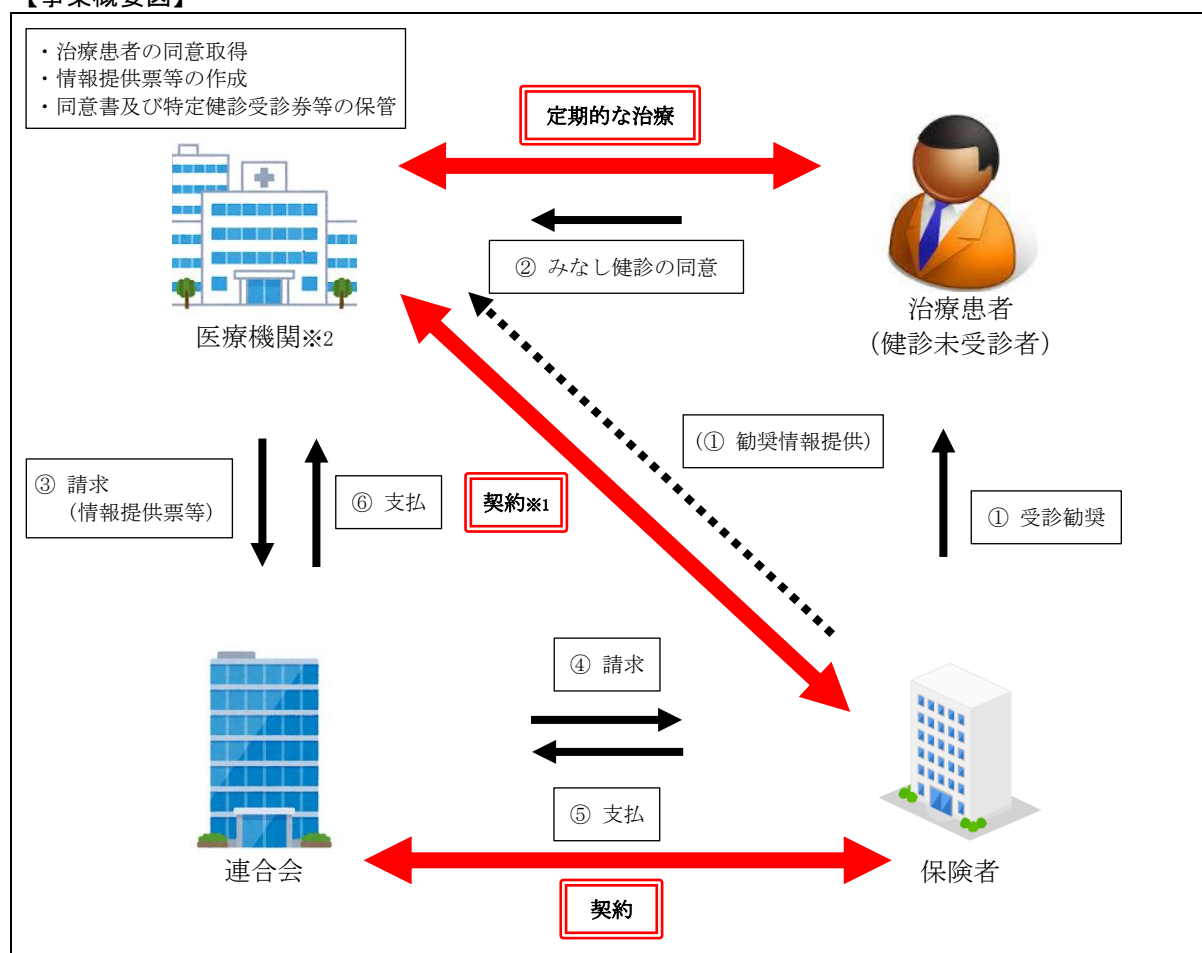
本事業は、特定健診未受診者の診療情報を、マイナ保険証による「より良い医療」において活用できるようにするとともに、市町国民健康保険被保険者（以下「被保険者」という。）の健康状態の把握、その後の保健指導への反映を図ることを目的として、令和8年4月から実施します。

2 事業の内容

生活習慣病等で医療機関を受診中かつ特定健診未受診の被保険者を対象として、医療機関が保有する検査結果情報の提供について同被保険者の同意が得られた場合に、「情報提供票（様式情提2）」及び「質問票（様式情提3）」を、医療機関から山口県国民健康保険団体連合会（以下「連合会」という。）へ提出していただくことで、みなし健診データとして登録します。

なお、「情報提供票（様式情提2）」及び「質問票（様式情提3）」の作成及び提供にあたり、情報提供料が市町国民健康保険被保険者（以下「保険者」という。）から連合会を通じて、医療機関へ支払われます。

【事業概要図】



※1 郡市医師会を通じて契約

※2 A市町と契約した郡市医師会に属する医療機関は、A市町の被保険者のみ実施可能

3 対象者

山口県内の当該年度の末日時点の年齢が 40 歳以上 75 歳未満の被保険者で、当該年度の特定健診を受診していない者のうち、本事業の契約を締結している医療機関に受診中の者かつ保険者に対して情報提供に同意した者としてします。

ただし、A 市町と契約した郡市医師会に属する医療機関は、A 市町の被保険者のみ実施可能です。（契約を締結していない A 市町以外の被保険者については、実施することはできません。）

4 情報提供項目

(1) 必須項目

理学的所見（身体診察）

身体計測 : 身長・体重・BMI・腹囲（内臓脂肪面積でも可）

血圧測定 : 収縮期血圧・拡張期血圧

脂質検査 : 空腹時中性脂肪（やむを得ない場合は、随時中性脂肪（空腹時（絶食 10 時間以上）以外）の採血で実施すること）・HDL-コレステロール・LDL-コレステロール（中性脂肪が 400mg/dl 以上又は食後採血の場合は、Non-HDL コレステロールでも可）

肝機能検査 : AST (GOT)・ALT (GPT)・ γ -GT (γ -GTP)

血糖検査 : 空腹時血糖又はヘモグロビン A1c (NGSP 値)（どちらの検査もできず、やむを得ない場合は随時血糖（食事開始時から 3.5 時間以上絶食 10 時間未満）の採血で実施すること）

尿検査 : 尿糖・尿蛋白

質問項目 : 標準的な質問票

(2) 任意項目

腎機能検査 : 血清クレアチニン・eGFR

5 情報提供に係る費用

情報提供料として 1 件 3,815 円（消費税及び地方消費税を含む。）とします。

※ 不足検査を追加実施しても、費用の請求はできません。

6 費用決済処理までの流れ

請求及び支払に関する通知や納付締切日等は、特定健診等の処理と同様のスケジュールとなります。

(1) 本事業への参加登録（医療機関）

本事業に参加いただける医療機関は、「請求及び受領に関する届（様式情提 1）」を下記提出先に郵送又は持参し、参加登録及び口座届をしてください。

<提出先>

〒753-8520

山口県山口市朝田 1980 番地 7

山口県国民健康保険団体連合会 保険者支援課 健康増進班 宛

Tel 083-925-7932

(2) 情報提供事業の説明及び同意（医療機関）

本事業の対象者が来院した際に「質問票（様式情提 3）」、「同意書（様式情提 4）」等を持参していれば、対象者へ本事業について説明を行い、同意が得られた場合は、「同意書（様式情提 4）」への署名を依頼してください。（様式を持参していない場合であっても、本事業の対象者が来院された際には、みなし健診の勧奨をお願いします）

併せて、マイナ保険証・資格確認書により、対象者の資格を確認してください。市町国民健康保険

の有資格者でない場合は、本事業の対象外となります。

また、重複受診の防止のため、「特定健診受診券」（未受診者勧奨はがき等）を本人から受領し、「同意書（様式情提4）」と共に保管してください。

なお、「特定健診受診券」について、がん検診等と一体型のため、特定健診において、医療機関がその名称等を押印して被保険者に返却している場合には、同様に受診券に押印し、その写しを「同意書（様式情提4）」と共に保管してください。

（3）情報提供票等の作成及び確認（医療機関）

「情報提供票（様式情提2）」及び「質問票（様式情提3）」について、各項目に記入漏れがないか確認してください。

Excel 提出の場合は、「情報提供票（様式情提2）」及び「質問票（様式情提3）」の各項目を入力すると、エラーチェック内容の部分に、エラーの有無が表示されます。

なお、対象者が、本マニュアルに掲載した様式以外の様式を自書して持参した場合は、本マニュアルの様式に転記するか、Excel 提出としてください。（本マニュアルの様式以外を使用している場合は、受付不能として返戻となります。）

また、不備がある場合も、返戻となりますので、ご注意ください。

（4）情報提供票等を提出（医療機関）

紙媒体又は Excel ファイルを格納した電子媒体（CD-R）の「情報提供票（様式情提2）」と「質問票（様式情提3）」を、「媒体送付書（個別医療機関用）（様式情提5）」と併せて、郵送又は持参により、（1）と同様に提出してください。

なお、請求代行機関が医療機関から委託を受けて提出される場合には、「媒体送付書（請求代行機関用）（様式情提6）」及び「提出医療機関内訳書（様式情提7）」により提出してください。

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）が提出締切日ですが、診療報酬明細書（レセプト）等と混在で提出した場合、提出期限が異なることから翌月受付となる場合があります。

なお、初回の提出時において、「請求及び受領に関する届（様式情提1）」が未提出の場合は、当該届も併せて提出してください。

電子媒体（CD-R）により提出する場合は、命名規則として、Excel ファイル名の後ろに「_医療機関番号（10桁）」を追記してください。

医療機関番号（10桁）以降は特に規則はありませんので、必要に応じて、連番等で区別してください。

例） 「情報提供様式_3519999999.xlsx」
「情報提供様式_3519999999_001.xlsx」等

電子媒体（CD-R）のラベルはシールを使用せず、下記のとおり油性マジックやゴム印等でレーベル面に直接記載してください。

<提出用電子媒体（CD-R）の記載例イメージ>



(5) みなし健診データ等を登録（連合会）

提出された「情報提供票（様式情提2）」及び「質問票（様式情提3）」を確認し、検査結果及び回答を登録します。

ただし、不備がある場合等は返戻とし、当該被保険者については、全ての検査結果及び回答を登録しません。

(6) 支払額通知書等の送付及び支払（連合会）

提出された月の翌月の25日（土曜日、日曜日及び国民の祝日の場合は翌営業日）までに、「支払額通知書（様式情提21）」、「支払額内訳書（様式情提22）」及び「提供者別支払額内訳書（様式情提23）」を、医療機関に送付します。

また、「請求及び受領に関する届（様式情提1）」により届出された口座へ、情報提供料を振り込みます。

「過誤調整結果通知書（様式情提24）」は、既に情報提供料が支払い済みのものについて、何らかの理由により情報提供料の支払いを取消し、当月分の情報提供料から減算した場合に送付します。

「返戻結果通知書（様式情提25）」は、当月提出分のうち、既に特定健診のデータを登録している又は提出された情報提供票等に不備がある等の場合に送付します。

これらの様式には、その理由を記載していますので、それぞれ確認してください。

(7) 支払額通知書等の確認（医療機関）

「支払額通知書（様式情提21）」に記載の支払金額を、提出月の翌月の25日（土曜日、日曜日及び国民の祝日の場合は翌営業日）までに、指定された口座へ振り込みますので確認してください。

(8) 返戻時等の対応（医療機関）

既に特定健診のデータが登録済みの場合は、保険者へ相談してください。

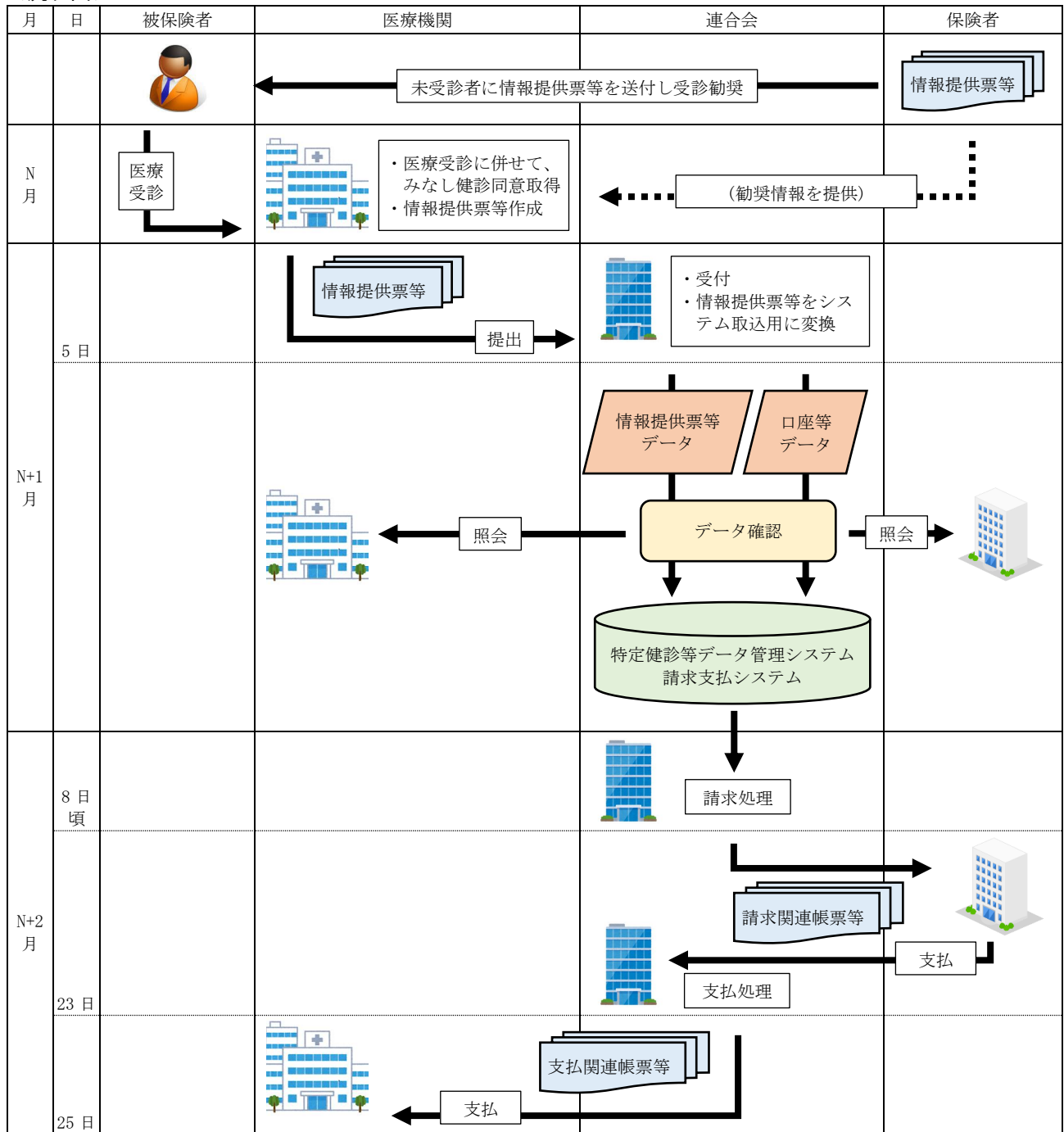
必須項目の記入漏れの場合は、不足部分に追記した上で、再提出してください。

なお、再提出ができない場合は、「同意書（様式情提4）」及び「特定健診受診券」を、被保険者に返却してください。

(9) 振込先口座を変更したい場合（医療機関）

「請求及び受領に関する届（様式情提1）」に必要事項を記入の上、(1)と同様に提出してください。

<流れ図>



7 よくある質問（Q&A）

別添「Q&A」を確認してください。

8 事業実施保険者一覧

保険者番号	保険者名	担当課名	担当課連絡先	被保険者番号桁数（参考）
00350017	下関市	保険年金課	083-227-2124	7 桁（0 1 2 3 4 5 6）
00350025	宇部市	保険年金課	0836-34-8338	6 桁（0 1 2 3 4 5）
00350033	山口市	保険年金課	083-934-2802	10 桁（0 1 2 3 4 5 6 7 8 9）
00350066	防府市	保険年金課	0835-25-2164	8 桁（0 1 2 3 4 5 6 7）
00350074	下松市	保険年金課	0833-45-1823	10 桁（0 1 2 3 4 5 6 7 8 9）
00350082	岩国市	保険年金課	0827-29-5083	10 桁（S 1 2 3 4－5 6 7 8）
00350090	山陽小野田市	保険年金課	0836-82-1189	8 桁（0 1 2 3 4 5 6 7）
00350108	光市	市民課	0833-72-1426	10 桁（0 1 2 3 4 5 6 7 8 9）
00350124	柳井市	市民生活課	0820-22-2111	9 桁（1 2－3 4 5－6 7）
00350132	美祢市	市民課	0837-52-5231	8 桁（0 1 2 3 4 5 6 7）
00350157	周防大島町	健康増進課	0820-73-5502	8 桁（0 1 2 3 4 5 6 7）
00350199	和木町	保健福祉課	0827-52-2195	7 桁（0 1 2 3 4 5 6）
00350280	上関町	住民課	0820-62-0877	6 桁（0 1 2 3 4 5）
00350306	田布施町	健康保険課	0820-52-5809	8 桁（0 1 2 3 4 5 6 7）
00350314	平生町	健康保険課	0820-56-7115	7 桁（1 2 3－4 5 6）
00350520	阿武町	健康福祉課	08388-2-3115	7 桁（0 1 2 3 4 5 6）
00350595	周南市	保険年金課	0834-22-8309	10 桁（0 1 2 3 4 5 6 7 8 9）
00350603	萩市	市民課	0838-25-3147	8 桁（0 1 2 3 4 5 6 7）
00350611	長門市	総合窓口課	0837-23-1129	8 桁（0 1 2 3 4 5 6 7）

(1) 請求及び受領に関する届(様式情提1)

樣式情提 1

令和 8 年 6 月 1 日提出

代表者又は、開設者を記入し押印してください。

国保後期ビル2階

氏名 医療法人 山口国保医院
理事長 国保 太郎

該当する数字に○を付して必要事項を記入してください。

みなし健診事業に係る請求及び受領について、下記のとおり届出いたします。

参加登録	①：新規参加 (令和 8 年 7 月 1 日提出分から) 3：変更なし 2：参加辞退 (令和 年 月 日提出分まで)	
口座届	①：新規口座 (令和 8 年 7 月 1 日提出分から) 3：変更なし 2：口座変更 (令和 年 月 日提出分から)	
医療機関 番号	3 5 1 9 9 9 9 9 9 9	電話番号 01 - 2345 - 6789 連合会使用欄 (登録処理完了日)
医療機関 名称カナ	イリョウホウジン ヤマグチコ クホイイン	FAX番号 01 - 2345 - 6789
医療機関 名称	医療法人 山口国保医院	Eメール アドレス kokuhojin@kokuho-yamaguchi.or.jp
郵便番号	753-1234	振込口座 ※「1」の場合、太枠記載不要 1：提出時の特定健診等費用と同一口座 ②：下記口座
住所カナ	ヤマグチケンコクホシコウキ1 -2-3	振込先機関 銀行コード 1 2 3 4 国保 銀行
住所	山口県国保市後期1-2-3	振込先支店 支店コード 0 1 2 後期 支店
該当する数字に○を付してください。 「2」の場合のみ、太枠の記入をお願いします。	口座番号 ①：普通 2：当座 9 8 7 6 5 4 3	
請求者 カナ	イリョウホウジン ヤマグチコクホイイン チョウ コクホ タロウ	受領者カナ (名義人) イリョウホウジン ヤマグチコクホイイン リジチョウ コクホ タロウ
請求者	医療法人 山口国保医院 理事長 国保 太郎	受領者 (名義人) 医療法人 山口国保医院 理事長 国保 太郎
届出理由	旧医療機関番号	連合会使用欄(受付印)
①：新設		
2：請求者及び受領者(口座名義)の変更		
3：請求方法の変更		
4：振込先及び口座番号の変更		
5：その他 ()		
請求形態	①：電子 2：紙	
該当する数字に○を付してください。 その他の場合は、必要事項を記入してください。		

※ 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、個人情報保護法第16条第3項に定めるほか、本人の同意なく、複数該当する場合は、該当数字全てに○を付してください。

(2) 情報提供票（様式情提2）

記入例

情報提供票（市町国民健康保険）

Excel入力の場合、「入力欄」を入力することで提供票に自動表示設定

医療機関名	医療法人 山口国保医院		医療機関番号	3 5 1 9 9 9 9 9 9	
氏名	国保 太郎		生年月日	昭和 5 5 年 1 1 月 0 6 日	
保険者番号	0 0 3 5 9 9 9 9		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
被保険者番号	09999999		受診券整理番号	2 6 1 9 9 9 9 9 9	
検査日	令和 0 8 年 0 6 月 0 1 日		医師の総合判断日	令和 0 8 年 0 6 月 0 2 日	

項目 ※受診勧奨判定値		検査結果	
身体計測	身長	1 7 3 . 0	cm
	体重	6 3 . 0	kg
	BMI	2 1 . 0	kg/m ²
	腹囲	8 0 . 0	cm <input checked="" type="checkbox"/> 実測 <input type="checkbox"/> 判定 <input type="checkbox"/> 申告
	(内臓脂肪面積)		cm ² ※内臓脂肪面積の検査をしている場合、腹囲の計測に代えられる
診察	既往歴	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし <small>受診勧奨判定値に該当の場合、※部分が赤字表示</small>	
	自覚症状	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	他覚症状	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし	
血圧	収縮期血圧	※140mmHg以上 1 3 6 mmHg	
	拡張期血圧	※90mmHg以上 8 6 mmHg	
採血	採血時間(食後)	<input checked="" type="checkbox"/> 10時間以上 <input type="checkbox"/> 3.5時間以上10時間未満 <input type="checkbox"/> 3.5時間未満	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪	※300mg/dl以上 2 8 5	
	HDL-コレステロール	2 2	
	LDL-コレステロール	※140mg/dl以上 1 2 0 mg/dl	
	(Non-HDLコレステロール)	※170mg/dl以上 mg/dl ※中性脂肪が400mg/dl以上又は食後採血の場合、LDLをNon-HDLに代えられる	
肝機能検査	AST(GOT)	※51U/l以上 1 0 U/l	
	ALT(GPT)	※51U/l以上 5 0 U/l	
	γ-GT(γ-GTP)	※101U/l以上 8 0 U/l	
腎機能検査	血清クレアチニン	0 . 6 7 mg/dl	
	eGFR	※45ml/min/1.73m ² 未満 1 0 0 . 8 ml/min/1.73m ²	
血糖検査	空腹時血糖	※126mg/dl以上 1 1 0	
	HbA1c(NGSP)	※6.5%以上 6 . 3	
尿検査	尿糖	<input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上	
	尿蛋白	<input checked="" type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> ± <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> 2+ <input type="checkbox"/> 3+以上	
医師の判断	医師の判断(判定)	<input checked="" type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 経過観察 <input type="checkbox"/> 要治療 <input type="checkbox"/> 要精密検査	
	その他、所見等記入欄		
	尿検査未実施の理由	<input type="checkbox"/> 生理中 <input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する <input type="checkbox"/> その他	
医師の氏名		山口花子	

- 太枠は必須項目となっており、記載のない場合は返戻となります。□は✓を記載してください。
- 検査日は、医師の総合判断日と同一の年度で、各検査を行った最初の日としてください。(総合判断日より3か月前まで)
- 排尿障害等で尿検査を実施できない場合、その理由を「尿検査未実施の理由」から選択してください。

【参考】Excel 形式とした場合の入力欄・エラーチェック内容

入力欄				エラーチェック内容			
※必須エラーは項目名が赤表示となります。				※■必須エラー、■確認エラー 確認エラーあり、要確認！			
医療機関名	医療法人 山口国保医院	医療機関番号	3519999999	医療機関名		医療機関番号	
氏名	国保 太郎	生年月日	昭和55年11月06日	氏名		生年月日	
保険者番号	00359999	性別	男	保険者番号		性別	
被保険者番号	09999999	受診券整理番号	2619999999	被保険者番号		受診券整理番号	
検査日	令和08年06月01日	医師の総合判断日	令和08年06月02日	検査日		医師の総合判断日	
年度末年齢※	45	※自動計算		身長			
身長	173.0	cm		体重			
体重	63.0	kg		BMI			
BMI※	21.0	kg/m ² ※自動計算		腹囲		測定方法	
腹囲	80.0	cm		測定方法		実測	
(内臓脂肪面積)		cm ²		(内臓脂肪面積)		記載確認	
既往歴有無	なし	既往歴		既往歴有無		既往歴	
自覚症状有無	なし	自覚症状		自覚症状有無		自覚症状	
他覚症状有無	なし	他覚症状		他覚症状有無		他覚症状	
収縮期血圧	136	mmHg		収縮期血圧			
拡張期血圧	86	mmHg		拡張期血圧			
採血時間(食後)	10時間以上			採血時間(食後)			
空腹時中性脂肪	285	mg/dl		空腹時中性脂肪			
HDL-コレステロール	22	mg/dl		HDL-コレステロール			
LDL-コレステロール	120	mg/dl		LDL-コレステロール			
(Non-HDLコレステロール)		mg/dl		(Non-HDLコレステロール)			
AST(GOT)	10	U/l		AST(GOT)			
ALT(GPT)	50	U/l		ALT(GPT)			
γ-GT(γ-GTP)	80	U/l		γ-GT(γ-GTP)			
血清クレアチニン	0.67	mg/dl		血清クレアチニン			
eGFR※	100.8	ml/min/1.73m ² ※自動計算		eGFR			
空腹時血糖	110	mg/dl		空腹時血糖			
HbA1c(NGSP)	6.3	%		HbA1c(NGSP)			
尿糖	—	入力結果により特定保健指導の対象者の階層結果(積極的支援、動機付け支援、情報提供、判定不能)が表示される		尿糖			
尿蛋白	—			尿蛋白			
医師の判断(判定)	異常なし			医師の判断(判定)			
その他、所見等記入欄				その他、所見等記入欄		記載確認	
尿検査未実施の理由				尿検査未実施の理由			
医師の氏名	山口花子			医師の氏名			
質問票		特定保健指導階層化結果	情報提供	質問票(必須)			
				質問票			

(3) 質問票（様式情提3）

様式情提3

記入例

質問票（市町国民健康保険）

氏名	国保太郎
生年月日	昭和55年11月6日
電話番号	083-000-0000

【本人記入欄】（代筆可） ※選択肢の番号を回答欄に記入してください。

No.	質問事項	選択肢	回答欄
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
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	2
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	2
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	2
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	1
6	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。	① はい ② いいえ	2
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	2
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 ※「習慣的に喫煙している人」とは、条件1と条件2を両方満たす人 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	① はい(条件1と条件2を両方満たす) ② 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ (①②以外)	3
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	2
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	1
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	1
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	2
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	1
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	① 速い ② 普通 ③ 遅い	2
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	2
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	2
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	2
18	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人のうち、最近1年以上酒類を摂取していない人	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)	3
19	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・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	2
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	① はい ② いいえ	1
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。	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ヶ月以内) ③ 近いうちに(概ね1ヶ月以内)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ヶ月以上)	3
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	2

●記載のない場合は返戻となります。選択肢の番号を回答欄に記載してください。

(4) 同意書（様式情提4）

（表面）

様式情提4

記入例

同意書（市町国民健康保険）

本人同意欄（本人記入欄）

私は、診療における検査結果を特定健康診査の結果データとし、質問票と併せて、

国保（市）・町に提供することに同意します。

令和 8 年 6 月 1 日

氏名 国保 太郎

※提出いただいたデータにより、特定保健指導の対象者となった場合などには、保険者である市町から、提供された電話番号に連絡することがあります。

40歳～74歳の国民健康保険に加入している方へ

特定健診は治療中の方も対象です。

治療中などの理由で特定健診を受診されない方は、医療機関で受けた検査の結果を情報提供いただくことで、特定健診を受けたとみなすことができます。

上記情報提供に同意できる方は、質問票に必要事項を記載の上、かかりつけ医へご相談ください。（特定健診受診券も、併せてご持参ください。）

診療情報の提供（みなし健診）によるメリット

- ・特定健診情報として、保険者（市町）が提出された診療データ等を管理します。
- ・マイナ保険証による「より良い医療」において、健診データとして活用されます。
- ・マイナポータルにおいて、特定健診の経年記録として、自身で確認できます。
- ・保険者（市町）から、生活習慣病の重症化予防などの保健事業が受けられます。
- ・すでに受けた検査結果を活用するため、特定健診のために改めて検査を受ける必要がありません。
- ・特定健診の受診率が上がると、交付金が増額されますので、保険料の抑制につながります。
- ・統計データとして活用することで、今後の健康づくり事業に役立ちます。



注意事項

特定健診は年度に1回のみとなります。

今回、検査データを提出していただいた方については、今年度の特定健診を受けることはできませんので、ご了承ください。

健診結果のデータファイルは、山口県国民健康保険団体連合会で点検されることがあるほか、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されます。

医療機関の皆様へ

- ・診療情報に係る情報提供票と質問票を山口県国民健康保険団体連合会に提出してください。
 - ・特定健診受診券等を裏面に貼付し、同意書と共に、医療機関で保管してください。
- なお、保管については情報提供した翌年度から5年間必要となりますのでご注意ください。

(裏面)

【受診券貼付欄】

特定健康診査受診券										
2026年(令和8年)4月1日 交付										
受診券整理番号		2619999999								
氏名		国保 太郎								
性別		男	生年月日		1980年(昭和55年)11月6日					
有効期限		2027年(令和9年)3月31日								
保 険 者 等 の 保 険 種 別 等 の 区 分 を 示 す 欄 ※1 ※2 ※3	健診内容		実施 形態	実施 項目	窓口の自己負担			保険者負担 上限額		
					負担額	同時実施負担額	負担率			
	特定 健診	基本項目	個別	○	0円	—	—	—	—	
			集団	○	0円	—	—	—	—	
		詳細 項目	貧血	個別	△	0円	—	—	—	—
				集団	△	0円	—	—	—	—
			心電図	個別	△	0円	—	—	—	—
				集団	△	0円	—	—	—	—
			眼底	個別	△	0円	—	—	—	—
				集団	△	0円	—	—	—	—
		血糖 プレアナイン	個別	△	0円	—	—	—	—	
			集団	△	0円	—	—	—	—	
	特定 健診 以外 の 項 目	生活機能 チェック	個別	—	—	—	—	—	—	
			集団	—	—	—	—	—	—	
		生活機能 評価	個別	—	—	—	—	—	—	
			集団	—	—	—	—	—	—	
		追加健診	個別	△	0円	—	—	—	—	
			集団	△	0円	—	—	—	—	
	人間ドック	個別	—	—	—	—	—	—		
		集団	—	—	—	—	—	—		

注) △は、基本項目、生活機能チェックの結果及び、保険者の契約内容を確認し実施します
注) 生活機能評価を同時実施した場合は、同時実施負担額欄の自己負担額をお支払いください

保 険 者 等	所 在 地								
	電 話 番 号								
	番 号								
	名 称								
公印省略									

契約とりまとめ機関名									
支払代行機関番号 ※		93599025							
支払代行機関名 ※		山口県国民健康保険団体連合会							

※ 実施機関の所在する国保連合会の番号、名称に読み替えてください

注意事項

・特定健診受診券(未受診者勧奨はがき)等を貼付(がん検診等と一体型の場合は、押印した受診券の写しを保管)し、表面の同意書と共に、医療機関で保管してください。
なお、保管については情報提供した翌年度から5年間必要となりますのでご注意ください。

(5) 媒体送付書（個別医療機関用）（様式情提5）

記入例

様式情提5

診療情報活用（みなし健診）事業に係る媒体送付書
（個別医療機関用）

山口県国民健康保険団体連合会 行

みなし健診事業に係るデータの請求について、下記のとおり提出します。

提出年月日	令和	0	8	年	0	6	月	0	1	日
医療機関番号	3	5	1	9	9	9	9	9	9	9
医療機関名称	医療法人 山口国保医院									
電話番号	0123	-	45	-	6789	担当者名		国保 太郎		

提供種別	みなし健診事業に係るデータ									
媒体種別	CD-R及び紙									
媒体枚数	「CD-R」が1枚、「紙」が2枚の場合、3枚と記入してください。 → 3 枚									
データ件数	「CD-R」に3被保険者データ、「紙」で2被保険者データの場合、5件と記入してください。 → 5 件									

※ 媒体種別について、「CD-R」又は「紙」のいずれか該当するものを記入してください。
なお、複数ある場合はすべて記入してください。
媒体枚数について、媒体種別が「紙」の場合、情報提供票等の枚数を記入してください。

(6) 媒体送付書（請求代行機関用）（様式情提6）

記入例

様式情提6

診療情報活用（みなし健診）事業に係る媒体送付書
（請求代行機関用）

山口県国民健康保険団体連合会 行

みなし健診事業に係るデータの請求について、下記のとおり提出します。

提出年月日	令和	0	8	年	0	6	月	0	1	日
請求代行機関名称	国保検査センター									
電話番号	9876	-	54	-	3210	担当者名	国保花子			

提供種別	みなし健診事業に係るデータ									
媒体種別	CD-R及び紙									
媒体枚数	「CD-R」が1枚、「紙」が2枚の場合、3枚と記入してください。 → 3 枚									
データ件数	「CD-R」に4被保険者データ、「紙」で3被保険者データの場合、7件と記入してください。 → 7 件									
提出機関数（再計）	内訳書の機関数と同数となります。 → 4 機関									

※ 媒体種別について、「CD-R」又は「紙」のいずれか該当するものを記入してください。
なお、複数ある場合はすべて記入してください。
媒体枚数について、媒体種別が「紙」の場合、情報提供票等の枚数を記入してください。

(7) 提出医療機関内訳書（様式情提7）

記入例

様式情提7

診療情報活用（みなし健診）事業に係る提出医療機関内訳書

山口県国民健康保険団体連合会 行

請求代行機関名称	国保検査センター
----------	----------

提出医療機関一覧表

（ 1 枚中 1 枚目）

No	医療機関番号										医療機関名称
1	3	5	1	9	9	9	9	9	9	9	医療法人 山口国保医院
2	3	5	1	0	0	0	0	0	0	1	社団法人 山口国保病院
3	3	5	1	0	0	0	0	0	0	2	山口後期医院
4	3	5	2	9	9	9	9	9	9	9	山口後期総合病院
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											

(8) 支払額通知書（様式情提21）

医療機関番号：3519999999
〒123-4567
山口県国保市後期1-2-3
国保後期ビル2階

様式情提21

参 考 例

医療法人 山口国保医院 様

支払額通知書

（令和8年6月受付分）

令和8年7月20日 作成
山口県国民健康保険団体連合会

特定健康診査情報提供費用について支払決定し、金融機関に送金しますので通知いたします。

金融機関名	国保銀行
支店名	後期支店
支払日	令和 8年 7月25日

支払金額（振込金額）	3,815円
------------	--------

(9) 支払額内訳書（様式情提22）

参 考 例

支払額内訳書（特定健康診査情報提供分）
（令和8年6月受付分）

様式情提22

医療機関番号	医療機関名称
351999999	医療法人 山口国保医院

令和8年7月20日 作成
山口県国民健康保険団体連合会

保険者番号	保険者名称	情報提供料		過誤金額		保険者負担額	
		件数	金額(円)	件数	金額(円)	件数	金額(円)
00350017	下 関 市	1	3,815	0	0	1	3,815
00350025	宇 部 市	1	3,815	1	-3,815	0	0
00350033	山 口 市	0	0	0	0	0	0
00350066	防 府 市	0	0	0	0	0	0
00350074	下 松 市	0	0	0	0	0	0
00350082	岩 国 市	0	0	0	0	0	0
00350090	山 陽 小 野 田 市	0	0	0	0	0	0
00350108	光 市	0	0	0	0	0	0
00350124	柳 井 市	0	0	0	0	0	0
00350132	美 祢 市	0	0	0	0	0	0
00350157	周 防 大 島 町	0	0	0	0	0	0
00350199	和 木 町	0	0	0	0	0	0
00350280	上 関 町	0	0	0	0	0	0
00350306	田 布 施 町	0	0	0	0	0	0
00350314	平 生 町	0	0	0	0	0	0
00350520	阿 武 町	0	0	0	0	0	0
00350595	周 南 市	0	0	0	0	0	0
00350603	萩 市	0	0	0	0	0	0
00350611	長 門 市	0	0	0	0	0	0
合 計		2	7,630	1	-3,815	1	3,815

(10) 提供者別支払額内訳書（様式情提23）

樣式情提 2 3

参 考 例 提供者別支払額内訳書（特定健康診査情報提供分）
（令和8年6月受付分）

医療機関番号	医療機関名称
3519999999	医療法人 山口国保医院

令和8年7月20日 作成
山口県国民健康保険団体連合会

支払合計	件数	金額(円)
	3	3,815

[illegible]

(11) 過誤調整結果通知書（様式情提24）

[illegible]

(12) 返戻結果通知書（様式情提25）

[illegible]