

※昨年度から大きな変更はありません。

令和3年度版

# 自家健診等請求ガイド

(他医療機関の医師国保加入者受け入れを含む)

## ● 実施期間 ●

令和3年  
4月1日

令和4年  
3月31日



### 医師国保組合に 提出するもの

1. 健診助成金支給申請書
2. 受診券(結果報告票、質問票含む)
3. その他検査結果(2.受診券の項目以外に実施した場合)

### 助成対象者

- 40歳以上→すべての組合員(医師又は従業員)、家族
- 18歳以上40歳未満→資格取得後6ヵ月以上経過した方

### 助成額(1名あたり上限)

10,186円又は30,352円(特定健診項目のみは7,130円)

## 詳しい内容は冊子の中をご覧ください

- |                                                            |       |
|------------------------------------------------------------|-------|
| ■ 受診から請求までの流れ(基本的事項)                                       | 1     |
| ■ よくある質問                                                   | 2     |
| ■ 各種様式(健診助成金支給申請書・受診券・健診結果報告票・質問票・<br>検査項目別助成金計算表(参考)・委任状) | 3~8   |
| ■ メタボリックシンドローム判定早見表、特定保健指導レベル早見表                           | 9~10  |
| ■ 令和3年度特定健康診査等委託契約書                                        | 11~18 |

● 記入方法、請求方法等、ご不明な点はお気軽にお問い合わせください

宮城県医師国民健康保険組合

TEL:022-227-0516



# 受診から請求までの流れ(基本的事項)

## ● 自家健診の場合

①

### 委任状の提出 (8参照)

医師国保組合と特定健診委託契約を締結する為、宮城県医師会長を代理人として委託契約締結の権限を委任する書類です。  
以前ご提出の方は不要です。  
(提出は③と同時で構いません)

②

### 健診の実施

特定健診項目(16特定健診等内容表の基本的な健診の項目を参照)は必須です。  
組合から本人に健診結果は通知いたしませんので、結果は健診を実施した医療機関から本人に直接通知してください。

③

### 結果報告 及び 助成金請求

1. 健診助成金申請書  
助成金限度額(受診券に記載)
    - ・特定健診のみ 7,130円
    - ・特定健診項目以外に実施の場合  
7の検査項目別助成金計算表を参照の上ご記入ください。  
5歳刻みの節目の方は  
30,352円です。  
その他の方は  
10,186円です。
  2. 受診券(結果報告票、質問票含)
  3. その他の検査結果  
(結果報告票に記載項目のない検査を実施した場合のみ)
- ※送付先: 〒980-0805  
仙台市青葉区大手町1-5-4F  
宮城県医師国保組合 宛  
TEL:022-227-0516

④

### 助成金のお支払い

約1ヵ月程度で指定口座にお支払いいたします。

## ● 他院の医師国保加入者を受け入れる場合

請求方法は基本的に自家健診と同様です。受診者から健診にかかった費用は徴収しないでください。

(ただし、助成金限度額以上にかかった費用は本人に請求してください)

助成金額は健診を行った医療機関側に対してお支払いしますので、医療機関が請求手続きをしてください。

健診費用については契約書及び助成金計算表(7)に記載の金額での請求となりますので、ご注意ください。

## よくある質問・・・



### ① 委任状の提出は必要ですか？

必要です。特定健診、保健指導の単価の了承という意味ですのでお願いします。  
(以前ご提出いただいた方は不要です)

### ② 委任状を以前出したか忘れたのですが。

医師国保にお電話いただければお調べいたします。

### ③ 検体は宮城県医師会健康センターに依頼するのですか？

検体の委託先は問いません。

### ④ 自院に医師は一人ですが、自身(医師)の診断はどのようにしたらよいですか？

健診結果の判定は常勤の医師に限りません。(代診の医師等)  
健診結果報告票の実施した医師の氏名欄が空欄の場合は、当組合担当理事とさせていただきます。

### ⑤ 自院で血液検査、尿検査を実施し、他院に心電図やX線を依頼したような場合の請求は？

他院への清算は済ませていただき、先生の医療機関からまとめてご請求願います。  
他院分は領収書(写)を添付してください。

### ⑥ 受診券がない人がいますが。

受診券は、3月末時点で加入している助成対象者(18歳以上)に発行しております。  
年度途中で取得された方に受診券は発行されませんが、40歳以上の方は資格取得日から対象、40歳未満の方は資格取得6カ月経過後対象となりますので、詳しくは組合までご連絡ください。

### ⑦ 院内で健診を毎年していますが、医師国保に報告はしていません。報告の必要はありますか？

必ず毎年度1回結果報告してください。保険者(医師国保)に健診結果を報告いただけない場合、特定健診未実施扱いになります。



## 昨年度から大きな変更はございません。

自家健診については大きな変更点はございませんので、昨年同様お手続きいただけます。

# 健診助成金支給申請書

宮城県医師国民健康保険組合理事長 殿

令和 年 月 日

|       |                  |         |
|-------|------------------|---------|
| 組 合 員 | 被保険者証又は組合員証の記号番号 | 宮医 ・ A  |
| 住所    | 〒                |         |
| 氏名    | 印                | TEL — — |

下記のとおり健診を実施いたしましたので、助成金を申請いたします。  
記

|              |  |
|--------------|--|
| 健診を実施した医療機関名 |  |
|--------------|--|

| No. | 被保険者証又は<br>組合員証の記号番号 | 受 診 者 氏 名 | 区 分 |     | 生年月日<br>〔受診時<br>の年齢〕 | 資格取得年月日        | 受診月日     | 申請額 |
|-----|----------------------|-----------|-----|-----|----------------------|----------------|----------|-----|
|     |                      |           | 第1種 | 第2種 |                      |                |          |     |
| 1   | 宮医<br>A              |           | 組・家 | 組・家 | T・S・H<br>年 月 日 ( 才 ) | S・H・R<br>年 月 日 | 月 日<br>/ | 円   |
| 2   | 宮医<br>A              |           | 組・家 | 組・家 | T・S・H<br>年 月 日 ( 才 ) | S・H・R<br>年 月 日 | 月 日<br>/ | 円   |
| 3   | 宮医<br>A              |           | 組・家 | 組・家 | T・S・H<br>年 月 日 ( 才 ) | S・H・R<br>年 月 日 | 月 日<br>/ | 円   |
| 4   | 宮医<br>A              |           | 組・家 | 組・家 | T・S・H<br>年 月 日 ( 才 ) | S・H・R<br>年 月 日 | 月 日<br>/ | 円   |
| 5   | 宮医<br>A              |           | 組・家 | 組・家 | T・S・H<br>年 月 日 ( 才 ) | S・H・R<br>年 月 日 | 月 日<br>/ | 円   |
| 6   | 宮医<br>A              |           | 組・家 | 組・家 | T・S・H<br>年 月 日 ( 才 ) | S・H・R<br>年 月 日 | 月 日<br>/ | 円   |
| 7   | 宮医<br>A              |           | 組・家 | 組・家 | T・S・H<br>年 月 日 ( 才 ) | S・H・R<br>年 月 日 | 月 日<br>/ | 円   |

注) ① 40歳以上75歳未満の方については、受診券(健診結果報告票)を添付してください。  
なお、人間ドックを受診の場合は、健診結果のコピーと領収書のコピー(他院で受診の場合)を併せて添付してください。  
② 40歳未満、75歳以上の方については、健診結果のコピーと領収書のコピー(他院で受診の場合)を併せて添付してください。

※ 助成金の振込口座を必ずご記入ください。

| 対象人数合計 |      |       | 名    | 請求金額合計 |                     | 円 |
|--------|------|-------|------|--------|---------------------|---|
| 振込先    | 銀行名  | 銀行    |      | 支店     | フリガナ<br>(必ずご記入ください) |   |
|        | 預金種目 | 普・当・貯 | 口座番号 |        | 口座名義人               |   |

※ 当組合は、申請によって収集した個人情報について、個人情報保護方針、条例等に沿って適切に扱うものとします。

送付先：〒980-0805  
仙台市青葉区大手町1-5-4F  
宮城県医師国保組合 宛  
TEL:022-227-0516

|       |    |     |     |       |      |     |
|-------|----|-----|-----|-------|------|-----|
| 組合記入欄 | 理事 | 事務長 | 担当者 | データ入力 | 支払入力 | 受 付 |
|       |    |     |     |       |      |     |

### 有効期間

令和3年  
4月1日

令和4年  
3月31日

年度途中に資格を喪失した場合、喪失日以降の受診は無効となります。



ホームページから健診ガイドがご覧になれます!

[www.m-ishikokuho.or.jp](http://www.m-ishikokuho.or.jp)

氏 名

生 年 月 日

被保険者証  
記 号・番 号

受診券番号

あなたの助成金  
限度額は

円です。

## 1 自家健診の場合

この裏面の結果報告票、質問票を記入して健診助成金支給申請書と一緒に医師国保に提出してください。(詳細は自家健診等請求ガイド参照)

## 2 提携健診機関(健診受診ガイド参照)で受診の場合

記入せず、受診の際提携健診機関に必ず提出してください。

## 3 その他で受診の場合

この裏面の結果報告票、質問票を記入(転記)したもの、結果(健診機関発行)の写し、健診助成金支給申請書、領収書(写)と一緒に医師国保に提出してください。(詳細は健診受診ガイド参照)

### \* 特定健診以外の検査結果報告のお願い \*

特定健診以外の検査項目調査のため、実施した場合には費用の請求に関わらず、必ずご記入お願いします(健診結果報告票下部)。助成金内であれば助成対象となります。

- 助成金は今年度中40、45、50、55、60、65、70歳になる方は30,352円が限度(節目健診)、それ以外の方は10,186円が限度となり、年度中1回のみ助成します。また、特定健診項目のみ実施の場合は、7,130円を助成します。
- 助成金申請時には、この受診券の結果報告票をご記入のうえ、健診助成金支給申請書に必ず添付してください。  
なお、40歳未満(昭和57年4月1日以降生まれ)の方、75歳以上の方はこの健診結果報告票ではなく、独自の健康診断票等の写しでも結構です。
- 助成金の計算及びその他の検査項目報告はこの受診券の検査項目別助成金計算表をお使いください。(自家健診の場合のみ)

受診方法、助成金申請方法など  
お気軽にお電話をください!!



022-227-0516

宮城県医師国民健康保険組合

| 組合記入欄 | 支給金額 | 備 考 | データ入力 | 入力日 |
|-------|------|-----|-------|-----|
|       | 円    |     |       | /   |

# 健診結果報告票（令和3年度版）

↓ 下記項目（特定健診項目）は必須です。

【数字はすべて右詰めでご記入ください。】

|                                                                                                 |                                                      |                                                                                |                                                                                          |                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| 基本的事項                                                                                           | 健診機関番号                                               | 0 4 1                                                                          | 受診者氏名                                                                                    |                                  |
|                                                                                                 | ↑ 0 4 1 のあとに医療機関番号（健診機関番号）を記入してください。不明の場合は空欄でかまいません。 |                                                                                |                                                                                          |                                  |
|                                                                                                 | 健診機関名                                                |                                                                                | 健診実施年月日                                                                                  | 令和 年 月 日                         |
| 身体計測                                                                                            | 身長                                                   | ※小数点以下1桁                                                                       | 既往歴                                                                                      | ありの場合、その内容                       |
|                                                                                                 |                                                      | cm                                                                             | <input type="checkbox"/> 1: 特記すべきことあり<br><input type="checkbox"/> 2: 特記すべきことなし           |                                  |
|                                                                                                 | 体重                                                   | ※小数点以下1桁                                                                       | 自覚症状                                                                                     | ありの場合、その内容                       |
|                                                                                                 |                                                      | kg                                                                             | <input type="checkbox"/> 1: 特記すべきことあり<br><input type="checkbox"/> 2: 特記すべきことなし           |                                  |
|                                                                                                 | BMI                                                  | ※小数点以下1桁                                                                       | 他覚症状                                                                                     | ありの場合、その内容                       |
|                                                                                                 | kg/m <sup>2</sup>                                    | <input type="checkbox"/> 1: 特記すべきことあり<br><input type="checkbox"/> 2: 特記すべきことなし |                                                                                          |                                  |
| BMI=体重(kg)÷{身長(m)×身長(m)}                                                                        |                                                      |                                                                                |                                                                                          |                                  |
|                                                                                                 | 腹囲(実測)                                               | ※小数点以下1桁                                                                       |                                                                                          |                                  |
|                                                                                                 |                                                      | cm                                                                             |                                                                                          |                                  |
| 血圧                                                                                              | 収縮期血圧                                                |                                                                                | 拡張期血圧                                                                                    |                                  |
|                                                                                                 | mmHg                                                 |                                                                                | mmHg                                                                                     |                                  |
| 血中脂質                                                                                            | 中性脂肪(トリグリセリド)                                        |                                                                                | HDLコレステロール                                                                               |                                  |
|                                                                                                 | mg/dl                                                |                                                                                | mg/dl                                                                                    |                                  |
|                                                                                                 | LDLコレステロール                                           |                                                                                |                                                                                          |                                  |
|                                                                                                 | mg/dl                                                |                                                                                |                                                                                          |                                  |
| 肝機能                                                                                             | GOT(AST)                                             |                                                                                | 空腹時血糖                                                                                    |                                  |
|                                                                                                 | U/l                                                  |                                                                                | mg/dl                                                                                    |                                  |
|                                                                                                 | GPT(ALT)                                             |                                                                                | HbA1c (NGSP値)                                                                            | 必須項目                             |
|                                                                                                 | U/l                                                  |                                                                                | %                                                                                        |                                  |
|                                                                                                 | γ-GT(γ-GTP)                                          |                                                                                |                                                                                          |                                  |
|                                                                                                 | U/l                                                  |                                                                                |                                                                                          |                                  |
| 尿                                                                                               | 尿糖                                                   | 1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++                                                    | 尿蛋白                                                                                      | 1: - 2: ± 3: + 4: ++ 5: +++      |
|                                                                                                 |                                                      |                                                                                |                                                                                          |                                  |
| 医師の判断                                                                                           | 実施の有無                                                | 1: 有 2: 無                                                                      | 生理中の女性、腎疾患等の基礎疾患による排尿障害があるため尿検査を実施できないときは未記入とし、実施の有無欄は「2」(無)とし、医師の判定欄に実施出来ない理由を記載してください。 |                                  |
|                                                                                                 |                                                      |                                                                                |                                                                                          |                                  |
|                                                                                                 | メタボリックシンドローム判定                                       | 1: 基準該当 2: 予備群該当 3: 非該当 4: 判定不能                                                | 保健指導レベル                                                                                  | 1: 積極的支援 2: 動機付け支援 3: なし 4: 判定不能 |
|                                                                                                 |                                                      |                                                                                |                                                                                          |                                  |
| 医師の診断(判定)                                                                                       |                                                      |                                                                                |                                                                                          |                                  |
| <input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 経過観察<br><input type="checkbox"/> その他 ( ) |                                                      |                                                                                |                                                                                          |                                  |

\*ここから下は任意の実施項目ですが、実施した場合には費用の請求に関わらず、必ずご記入をお願いします。

| 検査名                           | 結果           |
|-------------------------------|--------------|
| <b>A</b> 心電図（12誘導）            | 所見なし・所見あり（ ） |
| <b>B</b> 胸部X線                 | 所見なし・所見あり（ ） |
| <b>C</b> 喀痰細胞診                | 所見なし・所見あり（ ） |
| <b>D</b> 胃部-内視鏡（胃カメラ）         | 所見なし・所見あり（ ） |
| <b>E</b> 胃部-透視（X線）            | 所見なし・所見あり（ ） |
| <b>F</b> 便潜血                  | 所見なし・所見あり（ ） |
| <b>G</b> 子宮頸部細胞診              | 所見なし・所見あり（ ） |
| <b>H</b> 乳房X線検査（マンモグラフィー/2方向） | 所見なし・所見あり（ ） |



# 質 問 票

| 質 問 項 目 |               |                                                                                                 | 選 択 肢<br>○で囲んでください。                                                                                                                |
|---------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1       | 服薬等           | a 現在、血圧を下げる薬を使用している                                                                             | ① 服薬あり      ② 服薬なし                                                                                                                 |
|         |               | b 現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用している。                                                                   | ① 使用あり      ② 使用なし                                                                                                                 |
|         |               | c コレステロール・中性脂肪を下げる薬を使用している。                                                                     | ① 服薬あり      ② 服薬なし                                                                                                                 |
| 2       | 既往歴           | a 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                                                                                                                    |
|         |               | b 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                                                                                                                    |
|         |               | c 医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。                                                | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
| 3       | 貧 血           | 医師から、貧血といわれたことがある。                                                                              | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
| 4       | 喫 煙           | 現在、たばこを習慣的に吸っている。<br>〔 合計100本以上、又は6カ月以上吸っている者であり、最近1カ月間も吸っている者。 〕                               | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
| 5       | 体重増加          | 20歳のときの体重から10kg以上増加している。                                                                        | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
| 6       | 運動習慣          | 1回30分以上軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。                                                               | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
| 7       | 歩行、<br>身体活動   | 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る。                                                              | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
| 8       | 歩行速度          | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。                                                                          | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
| 9       | 咀 嚼           | 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 何でもかめる      ② かみにくい<br>③ ほとんどかめない                                                                                                |
| 10      | 食べ方           | a 人と比較して食べる速度が速い。                                                                               | ① 速い      ② 普通      ③ 遅い                                                                                                           |
|         |               | b 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ある。                                                                   | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
|         |               | c 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                                                                                                        |
| 11      | 朝食習慣          | 朝食を抜くことが週に3回以上ある。                                                                               | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
| 12      | 飲酒習慣          | お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度                                                                         | ① 毎日      ② 時々<br>③ ほとんど飲まない（飲めない）                                                                                                 |
| 13      | 飲酒量           | 飲酒日の1日当たりの飲酒量<br>〔 清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（500ml）、焼酎35度（80ml）<br>ワイン2杯（240ml）、ウイスキーダブル一杯（60ml） 〕 | ① 1合未満      ② 1～2合未満<br>③ 2～3合未満      ④ 3合以上                                                                                       |
| 14      | 睡眠状況          | 睡眠で休養が十分とれている。                                                                                  | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |
| 15      | 生活習慣<br>の改善意識 | 運動や食生活等の生活習慣病を改善してみようと思っていますか。                                                                  | ① 改善する意志はない。<br>② 改善する意志がある。（概ね6カ月以内）<br>③ 近いうち（概ね1カ月以内）に、改善する意志があり、少しずつ始めている。<br>④ 既に改善に取り組んでいる。（6カ月未満）<br>⑤ 既に改善に取り組んでいる。（6カ月以上） |
| 16      | 指導の希望         | 生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。                                                               | ① はい      ② いいえ                                                                                                                    |

検査費用(単価)は裏面「検査項目助成金計算表(参考)」をご覧ください。

| 検査名                | 結果              |
|--------------------|-----------------|
| I 視力               | 右      / 左      |
| J 聴力               | 正常    ・    所見あり |
| K HBS抗原定性（-or+）    | -    ・    +     |
| L HBS抗原定量（濃度IU/ml） | IU/ml           |
| M HCV抗体            | -    ・    +     |
| N TPLA定性           | -    ・    +     |
| O CRP定量            | mg/dl           |
| P RPR法定性           | -    ・    +     |

| 検査名          | 結果 |
|--------------|----|
| Q 蛋白分画       |    |
| R 血液像        |    |
| S 眼底         |    |
| T 脈波         |    |
| U 腹部エコー（超音波） |    |
| V 骨密度測定      |    |
| W PSA        |    |

# 検査項目別助成金計算表(参考)

自家健診で、任意の検査項目を実施する際の請求金額の計算にお使いください。  
(健診センター等の提携機関ではこの単価ではありません。)

| 項 目                        | 実施<br>有無  | 助成金(税込) |
|----------------------------|-----------|---------|
| 特 定 健 診<br>(詳しくは健診結果報告票参照) | ○<br>(必須) | 7,130円  |



下記項目は任意ですが、助成金限度額内で請求可能です。

|                 |        |   |                      |   |         |
|-----------------|--------|---|----------------------|---|---------|
| 任意項目            | がん検診等  | A | 心電図（12誘導）            |   | 1,650円  |
|                 |        | B | 胸部X線                 |   | 1,650円  |
|                 |        | C | 喀痰細胞診                |   | 2,750円  |
|                 |        | D | 胃部-内視鏡（胃カメラ）         |   | 18,700円 |
|                 |        | E | 胃部-透視（X線）            |   | 13,200円 |
|                 |        | F | 便潜血（2日）              |   | 1,760円  |
|                 |        | G | 子宮頸部細胞診              |   | 6,820円  |
|                 |        | H | 乳房X線検査(マンモグラフィー/2方向) |   | 5,500円  |
|                 | 身体計測   | I | 視力                   |   | 0円      |
|                 |        | J | 聴力                   |   | 550円    |
|                 | 免疫学的検査 | K | HBS抗原定性（-or+）        |   | 550円    |
|                 |        | L | HBS抗原定量（濃度IU/ml）     |   | 1,650円  |
|                 |        | M | HCV抗体                |   | 2,750円  |
|                 |        | N | TPLA定性               |   | 605円    |
|                 |        | O | CRP定量                |   | 330円    |
|                 |        | P | RPR法定性               |   | 330円    |
|                 | 生化学    | Q | 蛋白分画                 |   | 352円    |
|                 | 血液学    | R | 血液像                  |   | 352円    |
|                 | その他    | S | 眼底                   |   | 990円    |
|                 |        | T | 脈波                   |   | 2,750円  |
|                 |        | U | 腹部エコー(超音波)           |   | 5,500円  |
|                 |        | V | 骨密度測定                |   | 1,540円  |
|                 |        | W | PSA                  |   | 2,530円  |
|                 |        |   |                      |   |         |
|                 |        |   |                      |   |         |
| 金額合計（特定健診+任意項目） |        |   |                      | 円 |         |

## 計算例

### 1) 助成金限度額10,186円の方の場合

A. 特定健診(7,130円) + 胸部X線(1,650円) + 心電図(1,650円) = 10,430円  
⇒ 請求金額 10,186円(限度額)

B. 特定健診(7,130円) + 胸部X線(1,650円)  
= 請求金額 8,780円

### 2) 助成金限度額30,352円の方の場合

特定健診(7,130円) + 胸部X線(1,650円) + 心電図(1,650円)  
+ 腹部エコー(5,500円) = 請求金額 15,930円

※その他上記以外の項目を実施した場合には、助成金限度額内でお支払いできる場合がありますので、組合までお問い合わせください。



太枠の中をご記入ください。

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| 医療機関番号               | 041                  |
| 医療機関名                |                      |
| 被保険者証又は<br>組合員証の記号番号 | 宮医                   |
| 医療機関の住所              | 〒<br><br><br>TEL ( ) |
| 第1種組合員<br>氏名         | <div>印</div>         |

1

2

私は、宮城県医師国民健康保険組合と「特定健康診査等委託契約」を締結するにあたり、下記のことを代理人として、上記事項（１、２）のマルを付した事項についての権限を委任します。

## 記

(代理人)住所 仙台市青葉区大手町1番5号

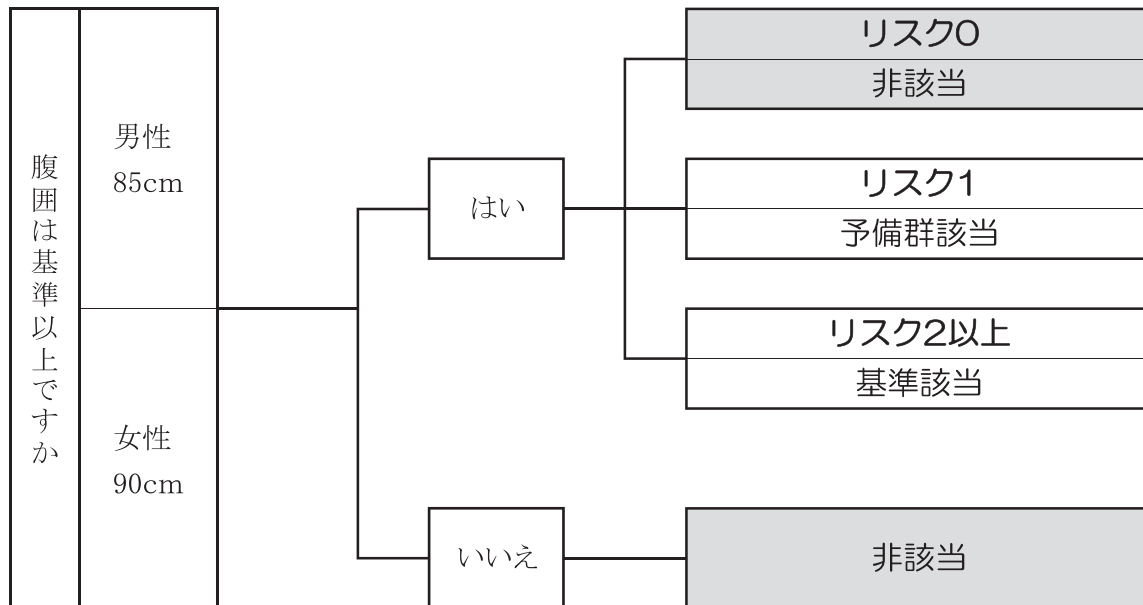
公益社団法人 宮城県医師会 会長 佐藤 和 宏

宮城県医師国民健康保険組合 宛



# メタボリックシンドローム判定早見表

（「健診結果報告票」の医師の判断欄を記入する時にご参考になさってください。）

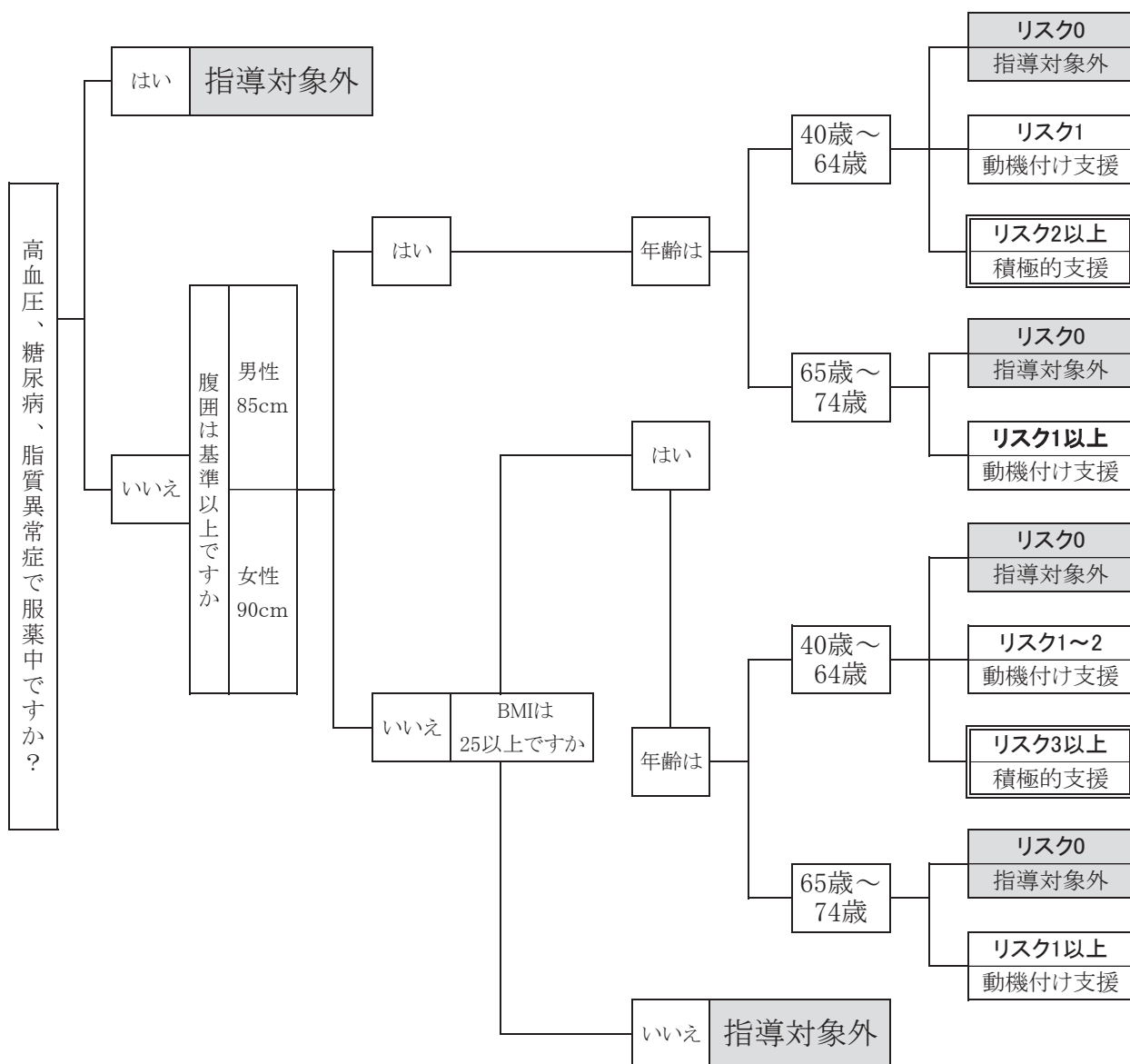


加算リスク表

| 区分 |        | メタボリックシンドローム判定値 |            | リスク |
|----|--------|-----------------|------------|-----|
| ①  | 高血糖    | 空腹時血糖           | 110mg/dl以上 | 1   |
|    |        | HbA1c (NGSP値)   | 6.0%以上     |     |
| ②  | 血清脂質異常 | 中性脂肪            | 150mg/dl以上 | 1   |
|    |        | HDLコレステロール      | 40mg/dl未満  |     |
| ③  | 血圧高値   | 収縮期             | 130mmHg以上  | 1   |
|    |        | 拡張期             | 85mmHg以上   |     |

※ 高血糖の基準は、指導階層化の基準と異なっています。

# 特定保健指導レベル早見表(階層化)



加算リスク表

| 区 分      | 保 健 指 導 判 定 値 |            | リスク |
|----------|---------------|------------|-----|
| ① 高血糖    | 空腹時血糖、随時血糖    | 100mg/dl以上 | 1   |
|          | HbA1c (NGSP値) | 5.6%以上     |     |
| ② 血清脂質異常 | 中性脂肪          | 150mg/dl以上 | 1   |
|          | HDLコレステロール    | 40mg/dl未満  |     |
| ③ 血圧高値   | 収縮期           | 130mmHg以上  | 1   |
|          | 拡張期           | 85mmHg以上   |     |
| ④ 喫 煙    | 現在喫煙している      |            | 1   |

※ ④は①から③のリスクが1以上の時のみ加算。

※ 高血糖の基準はメタボリックシンドローム判定の基準と異なっています。

※空腹時血糖またはHbA1cで判定。

※空腹時血糖とHbA1cの両方を測定し、採血時間(食後)が「食後10時間以上」の場合は空腹時血糖を優先。

※空腹時血糖、HbA1cを実施せず、随時血糖を測定し、採血時間(食後)が「食後3.5時間以上10時間未満」の場合は、随時血糖で判定。

## 令和3年度特定健康診査等委託契約書

高齢者の医療の確保に関する法律（法律57年法律第80号、以下「法」という。）に基づき実施する、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものが行う保健指導をいう。以下同じ。）等について、宮城県医師国民健康保険組合（以下「甲」という。）と公益社団法人宮城県医師会に所属する会員である宮城県医師国民健康保険組合の第1種組合員の医療機関（以下「乙」という。）の間に、次の条項により委託契約を締結する。契約にあたっては、宮城県医師会が乙の代表として、一括して契約を締結するものとする。

### （総則）

第1条 甲は、特定健康診査及び特定保健指導を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。

### （委託業務）

第2条 甲が乙に委託する業務の内容は、厚生労働省「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（以下「実施基準」という。）」に基づき、「別紙1 特定健康診査等内容表」のとおりとする。

2 業務は、この契約内容に同意し、宮城県医師会に委任状を提出した乙で、委任状の範囲で行うものとする。

3 特定健康診査において、乙は終了後速やかに、法第23条の規定に基づく特定健康診査受診結果通知表を作成し、受診者に通知するものとする。

なお、通知に当たっては、実施基準第3条に基づき、特定健康診査受診結果通知表と併せて、受診者が自らの健康状態を自覚し生活習慣の重要性に対する関心と理解に必要な情報を提供するものとする。

4 特定健康診査及び特定保健指導の実施結果については、実施機関が厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、甲への送付を行なうものとする。

なお、電子データが作成できない場合においては、特定健康診査データ簡易入力シート、特定保健指導簡易入力シートに記入の上、甲への送付を行なうものとする。

(対象者)

第3条 特定健康診査は、乙に被保険者証及び甲の発行する特定健康診査受診券を提示した者を対象とし、乙において有効期限等券面の内容を十分に確認の上、実施するものとする。

- 2 特定保健指導は、乙に被保険者証及び甲の発行する特定保健指導利用券を提示した者を対象とし、乙において特定保健指導開始日及び有効期限等券面の内容を十分に確認の上、実施するものとする。ただし、健診日当日に特定保健指導対象者と階層化されることが明らかな者については、当日に初回面接を実施するものとする。

(契約期間)

第4条 この契約の有効期間は、令和3年4月1日から令和4年3月31日までとする。

ただし、契約満了の3カ月前までに甲及び乙より申し出の無い限り、自動的に更新とする。

- 2 特定保健指導については、乙が、前項の有効期限内に実施した特定健康診査の結果に基づく指導を行う対象者に限り、当該指導の終了（実績評価を行う完了のみならず、脱落や資格喪失による途中終了も含む）する日までを有効期間とする。

(実施方法)

第5条 特定健康診査の実施方法は個別方式とし、「別紙1 特定健診等内容表」により実施するものとする。

(委託料)

第6条 委託料は、「別紙2 特定健診等委託料一覧表」のとおりとする。

(委託料の請求)

第7条 乙は、特定健康診査については実施後速やかに受診者に結果を通知した後に、特定保健指導については計画の実績評価（計画策定日から3カ月以上経過後に行う評価）終了後に、それぞれ遅滞なくその結果を取りまとめ、前条の委託料を、甲に請求するものとする。

なお、積極的支援を実施中に、利用者が参加しなくなった場合は、別に定める要件を満たした場合に終了とみなし、その時点までの指導の実施実績に応じた前条の委託料を甲に請求するものとする。

- 2 第1項における結果は、厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、作成した電子データを収録した電子媒体（FD、MO、若しくはCD-R）を別に定める日までに甲に提出（期限までに必着）するものとする。電子



化が出来ない場合においては、健診結果を記入した特定健診データ簡易入力シート、特定保健指導簡易入力シートをもって替えることが出来る。

なお、送付の期限が土曜日、日曜日及び国民の祝日に当たる場合は、その翌日を期限とする。

- 3 特定保健指導においては、第2項に定める電子データの送付に加え、特定保健指導の支援計画及び実施報告書（厚生労働省にて様式例を公表）等、指導過程における各種記録類やワークシート類等（本項において「指導過程における各種記録類等」という。）についても、甲が乙に求めた場合は、これを提出するものとする。この場合において、乙は電子データ又は紙により送付するものとする。

#### （委託料の支払い）

第8条 甲は、乙から前条の請求があった場合は、その内容を点検し、適当と認めたときは、乙の指定する口座に支払うものとする。

- 2 甲の点検の結果、内容について問題がある場合は、乙に返戻を行うものとする。この場合において、すでに乙に支払われた委託料については、当該委託料を支払った甲に対し乙が有する委託料に係る債権との調整、又は、乙からの戻入による調整を行うことができる。
- 3 乙は前項の返戻を受けた場合において、第7条第1項の方法により再度請求を行うことができる。

#### （決済に失敗した場合の取扱い）

第9条 乙において、被保険者証と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券の両方を確認せずに実施した場合は、乙の責任・負担とし、甲から請求額は支払われないものとする。

- 2 乙において、被保険者証と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券の両方を確認した結果、精巧な偽造等により特に問題ないとしか判断できない場合は、甲の負担とし、甲は請求額を実施機関に支払うものとする。
- 3 実施機関において、特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券に記載された内容と異なる業務・請求を行った場合は、乙の責任・負担とし、甲から請求額は支払われないものとする。
- 4 特定保健指導の積極的支援における期間（3カ月）中に、利用者が被保険者資格を喪失した場合は利用停止とする。このとき、甲は利用停止までの特定保健指導の実施実績に応じた費用を乙に支払うこととする。
- 5 特定保健指導の積極的支援を実施中に、利用者が参加しなくなった（脱落が確定した）場合は、甲は、その時点までの特定保健指導の実施実績に応じた費用を乙に支払うこととする。

(再委託の禁止)

第 10 条 乙は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に委託してはならない。ただし、乙が、検査機器の不備等により、健診・保健指導機関が定めた「運営についての重要事項に関する規程」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

2 前項において、乙が業務の一部を委託して実施する場合、受診者及び利用者の委託料の請求は乙が一元的に行なうこととし、乙から業務の一部を受託した機関は、受託した検査（眼底検査においては、判断も含む）のみを行なうものとする。

(譲渡の禁止)

第 11 条 乙は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に譲渡してはならない。

(事故及び損害の責任)

第 12 条 乙が、業務の実施中に生じた事故及びその業務により生じた事故及び損害については、甲に故意又は重過失のない限り、乙がその負担と責任において処理に当たるものとする。

2 前項の場合において、乙に故意又は重過失のない限り、その負担と責任について乙は甲と協議するものとする。

3 前二項の取り決めについては、甲と乙との契約等において両者遵守するものとする。

(個人情報の保護)

第 13 条 乙が当該業務を実施するに当たっては、特定健康診査あるいは特定保健指導の記録の漏洩を防止すると共に、実施担当者には守秘義務を課す等、関係法令を遵守することに加え、別紙個人情報取扱注意事項や「医療・介護関係事業者における個人情報の取扱いのためのガイドライン」（平成 16 年 12 月 24 日医政発第 1224001 号、薬食発第 1224002 号、老発第 1224002 号）及び各都道府県において定める個人情報の取扱いに係る条例等に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、上記の事項やガイドライン等を遵守するものとする。

2 前項の取り決めについては、甲と乙との契約等において両者遵守するものとする。

(業務等の調査等)

第 14 条 甲は、健診・保健指導機関が定めた「重要事項に関する規程の概要」に関

する乙の公表内容等に関し詳細を確認する等、甲が必要と認めるときは、乙における業務の実施状況等を照会し、調査及び報告を求めることができる。

2 甲から前項の照会があった場合、乙は速やかに対応するものとする。

(契約の解除)

第 15 条 甲または乙は、甲または乙がこの契約に違反した場合は、この契約を解除できるものとする。

2 前項に関わらず、甲は、前条の照会結果等から、健診・保健指導機関に関する「重要事項に関する規程の概要」に関する乙の公表内容等が事実と異なり、それにより甲に大きな影響がある場合は、この契約を解除できるものとする。

(協 議)

第 16 条 この契約に定めのない事項が生じたときは、必要に応じて、甲・乙誠意を持って協議の上決定するものとする。

甲及び乙より委任状を提出された乙の代表者たる宮城県医師会は、この契約を証するため、本契約書 2 通を作成し、甲・乙記名押印の上、各自 1 通を保有するものとする。

令和 3 年 4 月 1 日

委託者（甲）

宮城県仙台市青葉区大手町 1－5

宮城県医師国民健康保険組合

理事長 佐々木 悦 子

受託者である乙の代表

宮城県仙台市青葉区大手町 1－5

公益社団法人 宮城県医師会

会 長 佐 藤 和 宏

## 特定健診等内容表

| 区 分          |                    | 内 容                             |                                                                          |
|--------------|--------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| 特定健康診査<br>※6 | 基本的な健診の項目          | 既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む) ※1 |                                                                          |
|              |                    | 自覚症状及び他覚症状の検査                   |                                                                          |
|              |                    | 身体計測                            | 身長、体重、腹囲、BMI                                                             |
|              |                    | 血圧                              | 収縮期血圧、拡張期血圧                                                              |
|              |                    | 血中脂質検査 ※2                       | 中性脂肪、HDL-cho、LDL-cho、non-HDL-cho                                         |
|              |                    | 肝機能検査                           | GOT、GPT、 $\gamma$ -GTP                                                   |
|              |                    | 血糖検査 ※3                         | 空腹時血糖、HbA1c(NGSP値)、随時血糖                                                  |
|              |                    | 尿検査 ※4                          | 糖、蛋白                                                                     |
|              | 詳細な健診の項目 ※5        | 貧血検査                            | 赤血球数、血色素量、ヘマトクリット値                                                       |
|              |                    | 心電図検査                           |                                                                          |
|              |                    | 眼底検査                            |                                                                          |
| 特定保健指導<br>※7 | 動機付け支援             | 20分以上の個別面接で実施                   |                                                                          |
|              | 積極的支援              | 初回時面接の形態                        | 20分以上の個別面接で実施                                                            |
|              |                    | 3カ月以上の継続的な支援                    | ①積極的関与タイプのみで180ポイント<br>②積極的関与タイプ160ポイント以上プラス<br>励ましタイプ20ポイント以上の合計180ポイント |
|              |                    | 終了時評価の形態(3カ月後)                  | 継続的支援の最終回と一体的に実施                                                         |
|              | 3カ月後評価が出来ない場合の確認回数 |                                 | 3回                                                                       |

## (注意事項)

- ※1 制度上質問票は必須ではないが、服薬歴や喫煙歴及び既往歴は把握する必要がある。
- ※2 血中脂質検査において、採血時間が食後3.5時間以上10時間の場合にLDL-choの代わりに、non-HDL-choを用いても、血中脂質検査を実施したとみなすことができる。
- ※3 血糖検査における優先順位は、①空腹時血糖(食後10時間以上)、②HbA1c(食後時間は関係ない)ですが①と②の双方を実施願います。  
なお、食後3.5時間以上10時間未満の場合は、随時血糖を実施願います。
- ※4 生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者に対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合は測定不能とし、医師の判定欄にその旨記載して下さい。  
その他の項目についてはすべて実施願います。実施されなかった場合は完全に測定するまで何度も実施するか、未実施扱いをしてください。(この場合甲から乙に委託費用は支払われません。)
- ※5 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)を実施する場合は、受診者に十分な説明を行うと共に、結果データにおいてその理由を詳述することとする。なお、本組合では「医師国保」という専門集団の見地から、この段階は医療の領域であるので、この項目は健診補助対象外とする。
- ※6 特定健康診査の結果を受診者に通知する際には、結果内容に合わせた、実施基準第3条に基づき、受診者が自らの健康状態を自覚し、生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供するものとする。また、当該結果通知を対面により実施する場合、受診した者と特定健康診査の実施後速やかに面談できない場合は郵送により実施するものとする。
- ※7 特定保健指導利用者(動機付け及び積極的支援)に対する3カ月後の評価に際し、電話・FAXもしくは手紙等による3回以上の督促を行ったにもかかわらず、確認が取れず評価ができない場合は、督促の実施記録を保存し、書面等により利用者に「脱落」を通告後、「3カ月後の評価ができない場合の確認回数」の提出をもって終了とみなしてください。

## 特定健診等委託料一覧表

(単位:円)

| 区 分         |                                | 個別方式<br>1人当委託料<br>単価<br>(消費税含) | 自己負担額 | 支 払 条 件                                                                |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------|-------|------------------------------------------------------------------------|
| 特定健康<br>診 査 | 基本的な健診の項目                      | 7,130                          | 0     | 健診結果を受診者に通知完了後一括                                                       |
|             | 詳細な健診の項目<br>(医師の判断に<br>よる追加項目) | 貧血検査                           |       |                                                                        |
|             |                                | 心電図検査                          |       |                                                                        |
|             |                                | 眼底検査                           |       |                                                                        |
| 特定保健<br>指 導 | 動機付け支援                         | 7,700                          | 0     | 3カ月後の評価終了後に支払                                                          |
|             | 積極的支援                          | 24,200                         | 0     | 3カ月の評価終了後に支払<br>支援実施中に脱落等により終了した<br>場合は、(左記金額×実施済みポイ<br>ント数／計画ポイント)の金額 |

## (注意事項)

- ・ 委託料単価には、電子的標準様式データの作成、受診者への結果通知や情報提供に要する費用を含んだものとする。
- ・ 健診結果の報告は健診費用請求時の1回。
- ・ 「動機付け支援」の結果報告は、初回時と3カ月後の評価時の計2回。
- ・ 「積極的支援」の結果報告は、初回時と3カ月以上の継続的支援の最終回時と3カ月後の評価時の計3回。  
ただし、3カ月以上の継続的支援の最終回と3カ月後の評価と一体的に実施する場合は計2回。

## 個人情報取扱注意事項

### 1 基本的事項

乙は、個人情報の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならない。

### 2 秘密の保持

乙は、この契約による業務に関して知ることができた個人情報をみだりに他人に知らせてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

### 3 収集の制限

- (1) 乙は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、業務の目的を明確にするとともに、業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。
- (2) 乙は、この契約による業務を処理するため個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならない。

### 4 利用及び提供の制限

乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を契約の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならない。

### 5 適正管理

乙は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の漏洩、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

### 6 再委託の禁止

乙は、この契約による業務を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならない。ただし、乙が、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

### 7 資料等の返還等

乙は、この契約による業務を処理するために甲から引き渡され、又は乙自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、業務完了後直ちに甲に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときは、その指示に従うものとする。

### 8 従事者への周知

乙は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後において、その業務に関して知ることのできた個人情報を他に漏らしてはならないこと及び契約の目的以外の目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に関し必要な事項を周知するものとする。

### 9 実地調査

甲は、必要があると認めるときは、乙がこの契約による業務の執行に当たり取り扱っている個人情報の状況について、随時実地に調査することができる。

### 10 事故報告

乙は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。