

令和6年度特定健康診査・特定保健指導委託契約書

高齢者の医療の確保に関する法律(昭和57年法律第80号)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の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)について、全国建設工事業国民健康保険組合(以下「甲」という)と公益社団法人全日本病院協会(以下「乙」という)の会員の医療機関(以下「実施機関」という。別表1 実施機関一覧表のとおり)から契約に関する委任を受けた乙との間に、次の条項により委託契約を締結する。

(総 則)

第1条 甲は、特定健康診査・特定保健指導及び人間ドックを乙に委託し、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、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準(平成19年厚生労働省令第157号。以下「実施基準」という。)」に基づき、別表2 健診等内容表のとおりとする。

2 業務は、乙の会員の実施機関で行うものとする。

3 特定健康診査において、実施機関は、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、受診した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、受診した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。

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(XML形式)に基づく電子データとして作成し、取りまとめ、甲の委託を受けて支払を代行する機関(以下「代行機関」という。)である各都道府県の国民健康保険団体連合会への送付を行うものとする。

5 実施機関が別表3で示した人間ドック(特定健康診査の基本項目を全て含む)を実施した場合は、第2条第1項から第4項に準じて特定健康診査の基本項目の実施結果のみを代行機関へ送付することを可とする。

(本人からの請求に基づく情報開示)

第3条 前条の規定に基づき甲の委託を受けて乙の会員の実施機関が実施した健康診査について、当該実施機関がその健康診査の結果に係るデータを有している場合には、当該実施機関は、健康診査の受診者本人の請求に基づき、甲を経由せず、当該データを当該本人に対して開示することができるものとする。

2 前項の規定により開示を行う場合の費用については、実施機関が受診者本人から徴収するものとする。

(対象者)

第4条 特定健康診査・人間ドックは、実施機関に被保険者証又は「特定健診・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（以下「国の手引き」という。）」で示されたオンライン資格確認等により保険資格が確認できるもの及び甲の発行する特定健診受診券を提示した者を対象とし、当該実施機関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、実施機関に被保険者証又は国の手引きで示されたオンライン資格確認等により保険資格が確認できるもの及び甲の発行する特定保健指導利用券又は特定健診当日に初回面接を行う場合のセット券（以下「特定保健指導利用券」という。）を提示した者を対象とし、当該実施機関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。

(契約期間)

第5条 この契約の有効期間は、令和6年4月1日から令和7年3月31日までとする。

2 特定保健指導については、実施機関が、前項の有効期間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。

(委託料)

第6条 委託料は、別表3委託料内訳書のとおりとする。

(委託料の請求)

第7条 実施機関は、特定健康診査、人間ドック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行動計画を策定する初回時面接終了後及び計画の実績評価(計画策定日から3ヶ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、前条の委託料のうち特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券の券面に示された受診者あるいは利用者の自己負担分を差し引いた金額(以下「請求額」という。)を、別表3の委託料内訳書に定める支払条件に基づき、代行機関に請求するものとする。

2 実施機関が特定健康診査あるいは特定保健指導の実施委託に関する集合的な契約を締結している他の契約とりまとめ機関にも所属し、かつ甲がその(他の契約とりまとめ機関との)集合的な契約にも参加している場合に、他の契約に参加している当該甲の加入者である受診者あるいは利用者がその契約に参加している実施機関にて特定健康診査あるいは特定保健指導を受診若しくは利用する時の委託料の請求は次のように定める。実施内容(特定健康診査の場合は健診項目等、特定保健指導の動機づけ支援の

場合は実施形態、特定保健指導の積極的支援の場合は実施形態のほか継続的支援における介入回数や介入形態等)が他の契約と本契約との間で一致する場合は、本契約が他の契約と比して単価が最も低い場合に限って、本契約に定める委託料から所定の自己負担額を差し引いた額を請求することとする。また、他の契約の実施内容が本契約の内容と一致しない場合は、実施機関が受診者あるいは利用者に各契約の実施内容等の相違点を説明の上、受診者あるいは利用者が本契約の実施内容等を選択した場合に限り、本契約に定める委託料から所定の自己負担額を差し引いた額を請求することとする。

- 3 第1項における結果の取りまとめ及び代行機関への送付は、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格納したファイルを、電子情報処理組織(代行機関の使用に係る電子計算機(入出力装置を含む。以下同じ)と実施機関の使用に係る電子計算機を電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ)により、実施後その都度送信するか、ファイルを収録した電子媒体(FD、MO、若しくはCD-R)を実施月の翌月5日までに提出(期限までに必着)する方法を採るものとする。なお、送付の期限が土曜日、日曜日及び国民の休日にあたる場合は、その翌日を期限とする。
- 4 第1項の場合において、電子情報処理組織の使用による請求は、代行機関の使用に係る電子情報処理組織に備えられたファイルへの記録がなされたときに、代行機関に到達したものとみなす。
- 5 特定保健指導においては、第3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、甲が実施機関に求めた場合は、これを提出するものとする。この場合において、実施機関は甲のうち請求した者へ電子データ又は紙により直接送付するものとする。

(委託料の支払い)

- 第8条 甲は、実施機関から前条の請求があった場合は、その内容を点検し、相当と認めるときは、前条に定める請求に関わる電子データを受理した月の翌月21日(電子情報処理組織の使用による場合であって、代行機関が受理した日が6日から月末までのものは翌々月の21日。)を基本として、甲と代行機関との間で定める日に、実施機関に代行機関を通じて請求額を支払うものとする。
- 2 甲及び代行機関の点検の結果、結果に関する内容について問題がある場合は、代行機関を通じて請求者(実施機関)に返戻を行うものとする。この場合において、既に実施機関に支払われた委託料については、当該委託料を支払った保険者又は他の保険者に対し当該実施機関が有する委託料に係る債権との代行機関を通じた調整、又は、当該実施機関からの代行機関を通じた戻入による調整を行うことができる。
 - 3 請求者(実施機関)は前項の返戻を受けた場合において、再度前条第1項の方法に

より請求を行うことができる。

(委託料の支払いにおける事務取扱)

- 第9条 実施機関において、被保険者証又は国の手引きで示されたオンライン資格確認等による保険資格と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券等の両方を確認せずに実施した場合は、当該実施機関の責任・負担とし、甲から請求額は支払われないものとする。
- 2 実施機関において、被保険者証又は国の手引きで示されたオンライン資格確認等による保険資格と特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券等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、甲の責任・負担とし、甲は請求額を代行機関を通じて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、当該実施機関の責任・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中に、利用者が資格を喪失した場合は、利用者が属していた保険者が実施機関に資格喪失を連絡することにより利用停止とする。この時、実施機関は利用停止までの結果に関するデータを代行機関へ送付し、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代行機関を通じて実施機関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代行機関を通じて実施機関に支払うこととする。

(再委託の禁止)

- 第10条 実施機関は、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、実施機関が、検査機器の不備等により、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定の概要」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。

(譲渡の禁止)

- 第11条 実施機関は、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 実施機関が、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、甲及び乙に故意又は重過失がない限り、実施機関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、実施機関に故意又は重過失がない限り、その負担と責任について実施機関は甲及び乙と協議するものとする。

(個人情報保護)

第13条 実施機関が当該業務を実施するに当たっては、特定健康診査、人間ドック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、個人情報取扱注意事項(別紙3)や「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」及び各都道府県において定める個人情報の適切な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。

(業務等の調査等)

第14条 甲は、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」に関する実施機関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、乙に対し実施機関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は、乙は速やかに対応するものとする。

(契約の解除)

第15条 甲又は乙は、甲又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定の概要」に関する実施機関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、別表1 実施機関一覧表より当該実施機関を削除しこの契約から解除できるものとする。

(反社会的勢力の排除)

第16条 甲及び乙は、それぞれ相手方に対し次の各号の事項を確約する。

- (1) 自らが、暴力団、暴力団関係企業、総会屋若しくはこれらに準ずる者又はその構成員(以下、総称して「反社会勢力」という。)ではないこと。
- (2) 自らの役員(業務を遂行する役員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいう。)が反社会的勢力でないこと。
- (3) 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、本契約を締結するものではないこと。
- (4) 本契約の有効期間内に、自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと。
 - ア 相手方に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為。
 - イ 偽計又は威力を用いて相手方の業務を妨害し、又は信用を毀損する行為。

(協議)

第17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・乙誠意を持つ

て協議のうえ決定するものとする。

甲及び乙は、この契約を証するため、本契約書2通を作成し、甲・乙記名押印のうえ、各自1通を保有するものとする。

令和6年3月31日

委託者（甲） 全国建設工事業国民健康保険組合
東京都中央区日本橋箱崎町12番4号
理事長 齋藤悦郎

受託者（乙） 公益社団法人 全日本病院協会
東京都千代田区神田猿楽町2丁目8番8号
会長 猪口雄二

別表2

健診等内容表

区 分		内 容	
特定健康診査※	基本的な健診の項目	質問（問診）	特定健康診査問診票のとおり （別紙1裏面）
		身体計測	身長
			体重
			腹囲
			B M I
		理学的所見 （身体診察）	既往歴、自覚症状、他覚症状
		血 圧	収縮期血圧
			拡張期血圧
		血中脂質検査※1 （中性脂肪はどちらかの項目の実施で可）	空腹時中性脂肪
			随時中性脂肪
			HDL-コレステロール
			LDL-コレステロール※2
		肝機能検査	A S T（G O T）
			A L T（G P T）
	γ-G T（γ-G T P）		
	血糖検査※3 （両方実施）	空腹時血糖	
		ヘモグロビン A1c	
		随時血糖	
	尿検査※4	糖	
		蛋白質	
詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）※5	貧血検査	赤血球数	
		血色素量（ヘモグロビン値）	
		ヘマトクリット値	
	1 2 誘 導 心 電 図		
	眼 底 検 査（両眼）		
	血清クレアチニン及び eGFR		
人間ドック	乙の定める内容（特定健診基本項目をすべて含む）		
特定保健指導	動機付け支援	<p>I 初回面接</p> <p>① 個別支援1回（20分以上） 又は</p> <p>② グループ支援（おおむね8名以下）1回（おおむね80分以上）</p> <p>II 実績評価</p> <p>3ヶ月経過後の身体状況（腹囲・体重・体脂肪率等）・生活習慣に変化が見られたか確認し、面接又は通信（電子メール、電話、FAX、手紙等）で実績を評価する。</p>	

積極的支援	初回時面接の形態		① 個別支援1回 (20分以上) 又は ② グループ面接 (おおむね8名以下) 1回 (おおむね80分以上)
	3ヶ月以上の継続的な支援	実施ポイント数	180ポイント以上
		主な実施形態 「標準的な健診・保健指導プログラム」 【令和6年度版】を参照	(アウトカム評価) ◆主要達成目標 2cm・2kg減少(180ポイント達成終了) ◆行動変容等を評価 1cm・1kg減少・・・20ポイント 食習慣改善・・・20ポイント 運動習慣改善・・・20ポイント 喫煙習慣改善・・・30ポイント 休養習慣改善・・・20ポイント その他の改善・・・20ポイント
			(プロセス評価) 個別支援(ICT含む) 1回 (10分以上)・・・70ポイント 又は グループ支援(ICT含む) (8名以下) 1回 (40分以上)・・・70ポイント 電話支援 1回 (5分以上)・・・30ポイント 電子メール・手紙・チャット等 1往復・・・30ポイント
終了時評価の形態		3ヶ月後の実績評価を面接又は通信(電子メール、電話、FAX、手紙等)で実施	

- ※1 やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪により血中脂質検査を行うことができる。(空腹時とは絶食10時間以上とする。)
- ※2 空腹時中性脂肪又は随時中性脂肪が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代え Non-HDL コレステロール (総コレステロールから HDL コレステロールを除いたもの) で評価を行うことができる。
- ※3 血糖検査については、血糖 (空腹時・随時)、ヘモグロビン A1c の両方を実施すること。なお、食直後 (食事開始時から3.5時間未満) を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。
- ※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も認めるものの、その他の項目については全て実施すること。実施されなかった場合は完全に実施するまで何度も実施するか、未実施扱いとする (この場合甲から乙に委託費用は支払われない)。
- ※5 詳細な健診の項目を実施する場合は、「標準的な健診・保健指導プログラム」(令和6年度版)の判定基準 (別紙5) により行うものとし、受診者に十分な説明を行うと共に、医療保険者に送付する結果データにおいてその理由を詳述することとする。

- ※ 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条に基づく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。
- (1) 乙は、他の機関で特定健康診査を受診した者又は事業主健康診断を受診した者に対して特定保健指導を実施する場合、第2条第3項で受診者に通知された特定健康診査受診結果通知表並びに特定健康診査で提出した質問票の写しの提出を求めることとする。
 - (2) 甲は、上記(1)に該当する者に対して、特定保健指導を実施する機関に、当該健診結果通知表及び質問票の写しを持参するよう周知することとする。
 - (3) 乙は、特定保健指導を受託しているときは、自機関で特定健康診査を実施していない場合でも特定保健指導を実施することとする。

別表 3

委託料内訳書（特定健康診査・人間ドック・特定保健指導）

区 分		1人当たり 委託料単価 (消費税含む)	支 払 条 件※2	
特 定 健 康 診 査 ※ 1	基本的な健康診査の項目		7, 150円	健診実施後に一括 (保険者負担)
	詳細な健 診項目(医 師の判断 による追 加項目)	貧血検査	242円	
		心電図検査	1,430円	
		眼底検査(両眼) (フィルム代含 む)	1,232円	
		血清クレアチニ ン検査及びeGFR	121円	
人間ドック※3		実施機関の定め る単価	保険者負担上限額を7,150円とし、 健診実施後に一括支払。(7,150円 を超える部分は人間ドック実施当 日、受診者の個人負担)	
特 定 保 健 指 導 ※ 2	動機付け支援		8,470円	面接による支援終了後に左記金額 から初回時に全額徴収する自己負 担分を差し引いた保険者負担額の 8/10を支払※4 残る2/10は実績評価終了後に支払 ※5
	積極的支援		25,120円	初回時の面接による支援終了後に 左記金額から初回時に全額徴収す る自己負担分を差し引いた保険者 負担額の4/10を支払※4 残る6/10(内訳としては3ヶ月以 上の継続的な支援が5/10、実績評 価が1/10)は実績評価終了後に支 払※5 3ヶ月以上の継続的な支援実施中 に脱落等により終了した場合は、 左記金額から初回時に全額徴収す る自己負担分を差し引いた保険者 負担額の5/10に実施済みポイント 数の割合を乗じた金額を支払

※1 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。

※2 特定保健指導の各回の支払額が分割比率の関係で小数点以下の端数が生じる場合は、四捨五入により1円単位とする。

※3 人間ドックの検査内容については、各実施機関で定めた内容で実施してよいこととする。ただし、特定健康診査の基本項目を全て含むこととする。

- ※4 初回面接を分割して実施する際、やむをえず初回分割面接 2 回目が実施できなかった場合で、実施機関が対象者に分割面接 1 回目を実施する前に初回分割面接 2 回目を受けるように説明しており、かつ以下のいずれかに該当する場合は、実施機関は「初回未完了」として、保険者に連絡しその対応を確認した上で費用請求ができることとする。（実施機関の責によりにより実施できなかった場合は、費用請求はできない。）
 - イ 初回分割面接 2 回目を実施する前に対象者が資格喪失した場合。
 - ロ 初回分割面接 2 回目を実施するために、電話や文書送付等の方法を用いて、対象者に複数回連絡を取ろうと試みたが、連絡がとれなかった場合。なお、実施した連絡等の事蹟は、請求 XML の初回面接情報に記載すること。
 - ハ 初回分割面接 1 回目を実施後、電話等により対象者と連絡がとれたものの、対象者が初回分割面接 2 回目の実施を拒否した場合。なお、この場合であっても当該電話等において、行動計画を完成させる（初回分割面接 2 回目を終了させる）よう試みること。また、その事蹟は、請求 XML の初回面接情報に記載すること。
- ※5 実績評価を行うに至った段階で、利用者が被保険者資格を喪失している場合であっても、保険者は保険者負担額の残りの費用を代行機関を通じて実施機関に支払うこととする。ただし、実績評価前に利用者が属していた保険者が実施機関に資格喪失を連絡し、利用停止について双方が確認した場合は、この限りではない。

過去の健診結果

特定健康診査受診券

保険者番号 受診券整理番号

受診券整理番号 _____ 年(_____ 年) 月 _____ 日交付

受診者の氏名 _____
 生年月日 _____ 年(_____ 年) 月 _____ 日 性別 _____

受診者の氏名 _____
 性別 _____ 生年月日 _____ 年(_____ 年) 月 _____ 日
 有効期限 _____ 年(_____ 年) 月 _____ 日

健診実施日		健診実施機関		検査項目		単位	結果値	判定	結果値	判定	結果値	判定	
基本 検査 項目	身体計測	身長	(cm)										
		体重	(kg)										
		BMI	(kg/m ²)										
		腹囲	(cm)										
		内臓脂肪面積	(cm ²)										
	血圧	収縮期血圧	(mmHg)										
		拡張期血圧	(mmHg)										
	脂質	空腹時中性脂肪	(mg/dl)										
		随時中性脂肪	(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	AST (GOT)	(U/I)										
		ALT (GPT)	(U/I)										
		γ-GT (γ-GTP)	(U/I)										
	血糖	空腹時血糖	(mg/dl)										
		随時血糖	(mg/dl)										
		HbA1c (NGSP値)	(%)										
	尿	尿糖											
		尿蛋白											
	詳細検査項目	貧血検査	ヘマトクリット	(%)									
血色素量			(g/dl)										
赤血球数			(万/mm ³)										
眼底検査	心電図	所見の有無											
		KW分類											
		シエイエ分類・H											
		シエイエ分類・S											
		SCOTT分類											
		Wong-Mitchell分類											
		改変Davis分類											
腎機能	血清クレアチニン	(mg/dl)											
	eGFR	(ml/min/1.73m ²)											
昨年の結果	心電図	所見											
	眼底検査	所見											

健診内容	実施形態	窓口の自己負担		保険者負担上限額
		負担額	負担率	
特定健診	基本項目			
	詳細項目	貧血		
		心電図		
		眼底		
特定健診以外の項目	※1 生活機能評価	生活機能チェック		
		生活機能検査※1		
		追加健診		
人間ドック				

※1 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

保険者所在地

保険者電話番号

保険者番号・名称

契約とりまとめ機関名

支払代行機関番号 ※3

支払代行機関名 ※3

※3 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) 判定には、結果値が基準値以上の場合は「H」、基準値以下の場合は「L」が表記されます

注意事項

1. この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。
(特定健康診査受診結果等の送付に用います。)
2. 特定健康診査を受診するときには、受診券と被保険者証を窓口へ提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
3. 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。
4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
また、この券で受診する追加項目、その他(人間ドック)健診についても同様です。
5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることや、他、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ので、ご了承の上、受診願います。
6. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。
すみやかにこの券を保険者等にお返しください。
7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。

〒 _____

住所 _____

特定健康診査問診票

下記の質問に回答してください。(あてはまる番号に○印をつけてください)

1. 現在、a から c の薬の使用の有無
 - a. 血圧を下げる薬を使用していますか。
(1. はい 2. いいえ)
 - b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。
(1. はい 2. いいえ)
 - c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬を使用していますか。
(1. はい 2. いいえ)
2. 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)
3. 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)
4. 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)
5. 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)
6. 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。
※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件1と条件2を両方満たす者である。
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ヶ月間は吸っていない(条件2のみ満たす) 3. いいえ(1, 2, 以外)
--
7. 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)
8. 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)
9. 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)
10. 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)
11. 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

12. 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)
13. 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)
14. 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)
15. 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)
16. 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))
17. 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・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)
18. 睡眠で休養が十分とれていますか。
(1. はい 2. いいえ)
19. 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か月未満) 5. 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)
--
20. 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)

(表面)

宛名用窓枠 100×55

999-9999

東京都〇〇区NN坂9丁目9番9号
9号棟999号室

健診 太郎 様

00000001

・特定保健指導を実施していない医療機関もあります。この場合は「訪問型」を利用してください。

・実施途中で組合員資格を喪失した場合、資格喪失日以後の費用は自己負担となります。継続指導の際も、資格の確認をお願いします。

注意事項

・「通院型」を利用する際には、直接、医療機関に電話で予約してください

・「利用券」と「保険証」を必ず持参してください

被保険者用特定保健指導利用券（2回目以降）

2024年(令和6年) 9月 1日交付

保険者番号 00133298

氏名 健診 太郎

性別 男

保健指導実施機関名 _____

利用券整理番号 21200000001

保健指導実施予定		
指導形態	予定日	実施
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	
<input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール	年 月 日 AM PM	

行動目標・行動計画	
	行動目標/行動計画
腹囲	
体重	
収縮期血圧(上の血圧)	
拡張期血圧(下の血圧)	
1日の削減 目標エネルギー量	
1日の運動による 目標エネルギー量	
1日の食事による 目標エネルギー量	

特定保健指導利用券

2024年(令和6年) 9月 1日交付

利用券整理番号 21200000001

受診券整理番号 21100000001

受診者の氏名 健診 太郎

性別 男

生年月日 1970年(昭和45年)12月31日

有効期限 2025年(令和7年)3月31日

特定保健指導区分	窓口の自己負担※		保険者負担上限額
	負担額	負担率	
積極的支援	0円	—	—

※自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収

保険者所在地 中央区日本橋箱崎町12-4

保険者電話番号 03-5652-7032

保険者番号・名称 00133298

公印
替略

全国建設工事業国民健康保険組合

契約とりまとめ機関名 集合A・集合B① 医師会 個別契約

支払代行機関番号 ※1 91399022

支払代行機関名 ※1 東京都国民健康保険団体連合会

※1 実施機関の所在する国保連合会番号、名称に読み替えてください

差出人用窓枠

〒103-0015

東京都中央区日本橋箱崎町12-4

全国建設工事業国民健康保険組合
事業課 保健事業推進係

TEL 03-5652-7032

令和6年度 特定保健指導利用券（裏面）

注意事項

（裏面）

1. 特定保健指導を利用するときには、利用券と被保険者証を窓口提出してください。
どちらか一方だけでは受診できません。
2. 医療機関を受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けても良いかどうかを確認してください。
3. 特定保健指導は利用券に記載してある有効期限内に利用してください。
4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回以降利用時以降にもお支払い頂きます。
5. 特定保健指導の実施結果は保険者等において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
6. 保健指導結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、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ので、ご了承の上、受診願います。
7. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返してください。
8. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
9. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

〒	—

住所	

別紙3

個人情報取扱注意事項

1 基本的事項

実施機関は、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

実施機関は、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) 実施機関は、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) 実施機関は、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

実施機関は、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

実施機関は、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

実施機関は、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、実施機関が、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

実施機関は、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、又は実施機関自らが収集し、若しくは作成した個人情報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 従事者への通知

実施機関は、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、実施機関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

実施機関は、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。

「詳細な健診」項目について

以下の判定基準に該当する者のうち、医師が必要と認める者については、詳細な健診を実施する(基準に該当した者全てに対して当該健診を実施することは適当ではなく、受診者の性別、年齢等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある)。その際、健診機関の医師は、当該健診を必要と判断した理由を保険者へ示すとともに、受診者に説明すること。

なお、ほかの医療機関において実施された最近の検査結果が明らかで、再度検査を行う必要がないと判断される者、現に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、虚血性心疾患、脳血管疾患等の疾患により医療機関において管理されている者については、必ずしも詳細な健診を行う必要はなく、現在の症状等を踏まえ、医師が個別に判断する必要がある。また、健康診査の結果から、直ちに医療機関を受診する必要があると判断された者については、確実な受診勧奨を行い、医療機関において、診療報酬により必要な検査を実施する。

(1) 12 誘導心電図

- 当該年度の健診結果等において、収縮期血圧が140mmHg以上若しくは拡張期血圧が90mmHg以上の者又は問診等において不整脈が疑われる者

(2) 眼底検査

- 当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、cのうちいずれかの基準に該当した者 ※

①血圧	a 収縮期血圧	140mmHg 以上
	b 拡張期血圧	90mmHg 以上
②血糖	a 空腹時血糖	126mg/dl 以上
	b HbA1c (NGSP)	6.5% 以上
	c 随時血糖	126mg/dl 以上

(3) 貧血検査

- 貧血の既往歴を有する者又は視診等で貧血が疑われる者

(4) 血清クレアチニン検査

- 当該年度の健診結果等において、①血圧が以下のa、bのうちいずれかの基準又は②血糖の値がa、b、cのうちいずれかの基準に該当した者

①血圧	a 収縮期血圧	130mmHg 以上
	b 拡張期血圧	85mmHg 以上
②血糖	a 空腹時血糖	100mg/dl 以上
	b HbA1c (NGSP)	5.6% 以上
	c 随時血糖	100mg/dl 以上

※ 眼底検査は、当該年度の特定健康診査の結果等のうち(2)①のうちa、bのいずれの血圧基準にも該当せず、かつ当該年度の血糖検査の結果を確認することが出来ない場合においては、前年度の特定健康診査の結果等において、血糖の結果が(2)②のうちa、b、cのいずれかの基準に該当した者も含む。