

## 情報提供について

情報提供とは、かねてから医療機関で生活習慣病等の治療のため血液検査を含む検査を定期的に受けており、検査結果を本人同意のもとで、医療機関から情報提供してもらうものです。

検査項目が特定(長寿)健診の検査項目に足りない場合は、追加検査を実施してください。

基本項目と問診票の必須項目については、データの欠損がないようにお願いします。

【検査提出データ】 令和8年4月以降の検査データ

【情報提供実施期間】 令和8年4月から令和9年2月28日まで

### 【情報提供票】

本人希望により**緑色(国保)**・**黄色(長寿)**の情報提供票を随時本人に送付します。

重複受診を避けるため、本年度に特定(長寿)健診等の受診済の有無の確認をお願いします。

### 【健診項目】

- ・基本項目と追加項目(尿潜血、尿酸、クレアチニン)
- ・質問票(情報提供票裏面)の電話番号・回答欄(特に※1・2・3・8は特定健診必須項目)はすべて記入
- ・**HbA1cの検査結果がない場合は、中性脂肪と血糖検査の採血時間を①食後10時間以上、又は②食後3.5時間以上10時間未満で統一してください。**

### 【委託金額】

- ・情報提供票の件数(1人当たり 1,100円(税込)) 尿酸・クレアチニン各121円、尿潜血0円
- ・情報提供票の中で追加検査実施がある件数(1人当たり 1,650円(税込))

### 【書類等の提出等】

提出書類・・・請求書、情報提供票・質問票

提出先・・・鹿児島県国民健康保険団体連合会

提出期限・・・毎月5日(土・日・祝日の場合は翌業務日)

※記入漏れ等については支払いされない場合があるので、必ず確認してください。

令和8年度 情報提供受付日(国保連ホームページより抜粋)

請求月	受付日	支払日
令和8年 4月	1日(水)～6日(月)	5月28日(木)
令和8年 5月	1日(金)～7日(木)	6月29日(月)
令和8年 6月	1日(月)～5日(金)	7月30日(木)
令和8年 7月	1日(水)～6日(月)	8月28日(金)
令和8年 8月	3日(月)～5日(水)	9月29日(火)
令和8年 9月	1日(火)～7日(月)	10月29日(木)
令和8年 10月	1日(木)～5日(月)	11月27日(金)
令和8年 11月	2日(月)～5日(木)	12月28日(月)
令和8年 12月	1日(火)～7日(月)	1月28日(木)
令和9年 1月	4日(月)～5日(火)	2月25日(木)
令和9年 2月	1日(月)～5日(金)	3月30日(火)
令和9年 3月	1日(月)～5日(金)	4月28日(水)

※詳しい内容や請求の流れなど、国保連のホームページでご確認ください。

情報提供票の記入及び注意事項

【追加項目あり提供票】

※記入は、鉛筆以外（ボールペン等）でお願いします。  
 ※記入漏れがないか、確認してください。

特定・後期高齢者の健康診査情報提供票

保険者番号	460000・39000000		
生年月日	昭和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日		
性別／年齢	男 女	〇〇 歳	
住所	〒123-0000 〇〇市〇〇町〇番地〇〇	受診券整理番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇
		被保険者番号	〇〇-1234・12345678

【医療機関記入欄】

治療中の疾患の名称（主病を明記してください）		主病名： 〇〇〇〇〇〇〇		
項目	項目	結果	追加検査実施（○を記入）	注意事項
身体計測	身長	cm		小数点以下1桁
	体重	kg		小数点以下1桁
	腹囲 ← 特定健診のみ	cm		小数点以下1桁
	BMI	kg/m <sup>2</sup>		小数点以下1桁
血圧	収縮期血圧	mmHg		
	拡張期血圧	mmHg		
血中脂質検査	空腹時中性脂肪（TG） （食後10時間以上）	mg/dl		いずれかで可
	随時中性脂肪 （食後3.5時間以上10時間未満）	mg/dl		
	随時中性脂肪 （食後3.5時間未満）	mg/dl		
	HDL-コレステロール	mg/dl		
	LDL-コレステロール	mg/dl		
	non-HDLコレステロール	mg/dl		
肝機能検査	GOT (AST)	U/l		いずれかで可 HbA1cの検査結果がない場合 中性脂肪と血液検査の採血時間を統一してください。
	GPT (ALT)	U/l		
	γ-GT (γ-GTP)	U/l		
血糖検査	空腹時血糖（FBS） （食後10時間以上）	mg/dl		いずれかで可 （HbA1cは小数点以下1桁）
	随時血糖 （食後3.5時間以上10時間未満）	mg/dl		
	HbA1c (NGSP値)	%		
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+		追加検査として実施した場合は、「追加検査実施」の欄に○印をつける。
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+		
質問票確認	裏面質問票（質問事項※Q、1、2、3、8）の記入確認			

【追加項目医療機関記入欄】

尿検査	尿潜血	- ± + 2+ 3+	
腎臓検査	尿酸	mg/dl	小数点以下1桁
	クレアチニン	mg/dl	小数点以下2桁

※「追加検査実施」欄は、追加検査として実施した項目に○をつけてください。

※追加検査実施日 又は  
 ※基本項目記入年月日： 年 月 日

<p>■「医師の意見」</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 異常認めず</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 要指導・観察</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 要医療</p> <p>■本人同意欄（自筆）</p> <p>この提供票・質問票を〇〇市（町村）に提出することに同意いたします。</p> <p>年 月 日</p> <p>氏名</p>	<p>■尿検査の測定不可能・検査未実施の理由</p> <p><input type="checkbox"/> 生理中</p> <p><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</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>	<p>医療機関住所： _____</p> <p>※医療機関番号： _____</p> <p>※医師 _____</p> <p>「医師の意見」欄の1、2、3いずれかの□をチェックする                  また、「尿検査の測定不可能・検査未実施の理由」欄の該当する□をチェックする。                  ※2項目にチェックがあると、空白扱いとなるため、ご注意ください。</p>
--	--	--

※ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。その場合代筆者の記名・押印をお願いします。

# 情報提供（質問票）の記入及び注意事項

## 特定健康診査情報提供 【質問票】

電話番号：  
受診者氏名：

		回答欄 あてはまる番号に○をつけてください。							
※	0 今、	1. はい ( )	2. いいえ						
※	1 A:	1. はい	2. いいえ						
※	2 B: 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 C: 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、糖尿病や腎不全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						
	7 医師から、高血圧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						
※	8 現在、喫煙していますか。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か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 3. いいえ・（①②以外）							
	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味の状態は、以前より悪くなりましたか。	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 人と比較して歩く速度は速いですか。	1. 速い	2. 普通	3. 遅い					
	15 就寝前の2時間以内に喫煙していますか。	1. はい	2. いいえ						
	16 朝昼夕の3食、毎日3食食べていますか。	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（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）
	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）			
	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						

※記入は、鉛筆以外（ボールペン等）をお願いします。  
※記入漏れがないか、確認してください

はいに○がある場合は、( )に状態を記入してください。

全ての記入確認をお願いします。  
※印は必須項目です。

記入は項目ごとに、あてはまる番号に1つだけ記入してください。  
(複数回答は不可)

●質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。  
●情報提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。

後期高齢者の健康診査等情報提供【質問票】		電話番号				
		※令和8年度から後期高齢者医療保険でも情報提供できるようになりました				
質問事項		回答欄 あてはまる番号に○をつけてください。				
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	1.よい	2.まあよい	3.ふつう	4.あまりよくない	5.よくない
2	毎日の生活に満足していますか	1.満足	2.やや満足	3.やや不満	4.不満	
3	1日3食きちんと食べていますか	1.はい		2.いいえ		
4	半年前に比べて固いもの(※)が食べにくくなりましたか (※さきいか、たくあんなど)	1.はい		2.いいえ		
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	1.はい		2.いいえ		
6	6カ月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか	1.はい		2.いいえ		
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1.はい		2.いいえ		
8	この1年間に転んだことがありますか	1.はい		2.いいえ		
9	ウォーキング等の運動を週1回以上していますか	1.はい		2.いいえ		
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	1.はい		2.いいえ		
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	1.はい		2.いいえ		
12	あなたは、たばこを吸いますか	1.吸っている	2.吸っていない		3.やめた	
13	週に1回以上は外出していますか	1.はい		2.いいえ		
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	1.はい		2.いいえ		
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	1.はい		2.いいえ		

● 質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方の場合には代筆で結構です。

● 情報提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。

## 情報提供（請求書）の記入及び注意事項

〇〇には、「特定」、「後期高齢者の」のいずれかになります。

〇〇健康診査情報提供委託料請求書

※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)でお願いします。 年 月 日

※市町村番号 (460188) or (39462197)

いちき串木野市長 殿  
(国保担当課扱い) or (後期高齢者医療担当課扱い)

医療機関番号の記入をお願いします。  
住所、医療機関名、代表者、捺印の確認をお願いします。

住所 \_\_\_\_\_  
※医療機関番号 \_\_\_\_\_  
医療機関名 \_\_\_\_\_  
代表者 \_\_\_\_\_ (印)

請求金額	円	
年 月 請求	請求年月を記入 (例：連合会に10月の請求をする場合は、 〇〇年10月と記入)	
【請求金額内訳】		
項目	単 価 (税込)	件数
文書料	1,100円	情報提供の件数 件
追加検査料	1,650円	情報提供の中で追加検査実施がある件数 件
追加項目料	121円	情報提供の中で追加項目実施がある場合の件数 件

### 【留意事項】

情報提供の対象者は、国民健康保険の被保険者で40歳から74歳の方と後期高齢者医療保険の被保険者の76歳以上(令和9年3月31日時点)で、本年度に特定(長寿)健診を受診していない方が対象です。

なお、75歳到達者は今まで通り該当しませんので、ご注意ください。

### 【その他】

医療機関で生活習慣病等の治療のため血液検査を含む検査を定期的に受けており、検査結果を本人同意のもとで、医療機関から情報提供していただくことで特定健診を受診したことになります。

患者様への情報提供の説明や推進につきましても、ご協力いただきますようお願いします。

いちき串木野市役所  
健康増進課 保険給付係  
電話(0996)33-5613  
FAX(0996)33-3300