

福岡県医第807号(地)
平成20年 7月 2日



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師会
会長 横倉 義武
(公 印 省 略)

特定健診の電子化及び請求事務代行を委任する実施医療機関の募集について

標記の件につきましては、本会において特定健診の電子化及び請求事務代行の準備を進めておりましたが、今般、福岡県社会保険診療報酬支払基金及び福岡県国民健康保険団体連合会の確認試験が終わり、準備が整いましたので、本会に電子化及び請求事務代行を委任する実施医療機関を募集させていただきます。

つきましては、大変お忙しい中恐縮に存じますが、本会に電子化及び請求事務代行を委任する実施医療機関を貴会においてお取りまとめの上、7月15日(火)までに別紙様式によりメール(fpma-chiiki@fukuoka.med.or.jp)にてご連絡くださいますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 電子化手数料は1件につき500円です。
- 2) 募集については、7月15日以降も随時受け付けいたします。
- 3) 機関一覧の中の「機関の種別」欄は、支払基金に提出した「特定健診・特定保健指導機関届(保険医療機関)」の「機関の種別」欄にチェックしたものに○をつけてください。
- 4) 貴会において請求事務代行をする場合、貴会に請求事務代行を委任する医療機関は本会に委任することはできませんので、ご注意ください。

小郡三井医師会より

特定健診担当理事 名取一幸
特定健診副担当理事 廣瀬真恵
会長 丸山 泉

特定健診の電子化・請求事務代行の流れ

1. 実施医療機関において、「特定健康診査・非特定健康診査用入力票（以下、「入力票」）」を記入。



2. 入力票をFAX（福岡県医師会地域医療課092-411-6858）にて送付。なお、各医師会が取りまとめて郵送することも可。県医師会への毎月締切は15日とし、県医師会は15日までに提出されたものを翌月5日までに支払代行機関である支払基金及び国保連合会（以下、「代行機関」）に請求する。



3. 県医師会においてデータ入力及びファイルを作成し、代行機関に請求。また、実施医療機関には県医師会より「特定健康診査受診結果」と「特定健康診査・非特定健康診査入力確認票（医療機関控）」を送付。



4. 代行機関より実施医療機関に費用を支払。（支払基金は原則請求月の翌月21日、国保連合会は請求月の翌月末日に振込）



5. 県医師会より実施医療機関に電子化手数料を請求。なお、原則、信用組合口座へ請求。

健診等費用の請求の事務代行を行う 特定健診・特定保健指導機関一覧

	特定健診・特定保健指導 機関コード	名 称	機関の種別	
			特定健診 機 関	特定保健 指導機関
1				
2				
3				
4				
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				

特定健康診査・非特定健康診査用入力票

健診実施機関名

機関番号

医師の氏名

受診者
カナ氏名

健診
年月日

20 年 月 日

生年月日

昭和 年 月 日

性別

1:男
2:女

質問票

服薬(血圧)
1:服薬あり
2:服薬なし

既往歴(脳血管)
1:はい
2:いいえ

既往歴(貧血)
1:はい
2:いいえ

保健指導の希望
1:はい
2:いいえ

その他の既往歴

服薬(血糖)
1:服薬あり
2:服薬なし

既往歴(心疾患)
1:はい
2:いいえ

喫煙歴
1:はい
2:いいえ

自覚症状

服薬(脂質)
1:服薬あり
2:服薬なし

既往歴(腎不全・人工透析)
1:はい
2:いいえ

飲酒
1:毎日 2:時々
3:ほとんど飲まない

他覚症状

身体計測

身長(cm)

腹囲(cm)

収縮時血圧(mmHg)

1:1回目 2:2回目
3:その他(平均値等)

糖

体重(kg)

腹囲測定法
1:実測 2:自己測定
3:自己申告

拡張時血圧(mmHg)

蛋白

血糖

空腹時血糖(mg/dl)

1:空腹時(食後10h以上)
2:随時(食後10h未満)

中性脂肪(mg/dl)

GOT(AST) (U/l)

※食後採血時間で「2:随時」を選択した場合、随時血糖の結果として結果報告に記載されます。また、医療保険者には「空腹時血糖未実施」として報告されます。

HDLコレステロール(mg/dl)

GPT(ALT) (U/l)

ヘモグロビンA1c(%)

LDLコレステロール(mg/dl)

γ-GT(γ-GTP) (U/l)

医師判断

検査分野別判定
血圧 尿

血糖

血中脂質

肝機能

メタボリックシンドローム判定

医師の判断

貧血

今回実施する理由
1:質問票
2:診察

前年度結果に基づき今回実施する理由
1:質問票
2:診察

所見
1:異常所見あり
2:異常所見なし

判定区分
1:軽度異常 2:異常
3:要観察 4:要精密検査

眼底
1:0 2:I 3:IIa
4:IIb 5:III 6:IV

シエイエ分類S
1:0 2:1 3:2
4:3 5:4

赤血球数(万/mm³)

心電図

具体的所見

糖
1:異常なし

キースワグナー分類
1:0 2:I 3:IIa
4:IIb 5:III 6:IV

シエイエ分類H
1:0 2:1 3:2
4:3 5:4

血色素量(g/dl)

判定区分

具体的所見

糖
1:異常なし

SCOTT分類
1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb
6:IV 7:Va 8:Vb 9:VI

SCOTT分類

ヘマトクリット値(%)

判定区分

具体的所見

糖
1:異常なし

SCOTT分類

SCOTT分類

非特定健康診査

尿潜血
1:- 2:± 3:+

4:++ 5:+++

血清クレアチニン(mg/dl)

血清尿酸(mg/dl)

受診券・受診者

受診券番号

受診券有効期限
20 年 月 日

保険者番号

被保険者証等記号

番号

郵便番号

住所

※住所は市区町村より
ご記入ください。

特定健康診査

基本健診

1:負担なし 2:定額負担
3:定率負担 4:保険者負担上限

窓口負担(受診者記載)

円又は%

円

詳細健診

1:負担なし 2:定額負担
3:定率負担 4:保険者負担上限

窓口負担

円又は%

円

非特定健診項目

1:負担なし 2:定額負担
3:定率負担 4:保険者負担上限

窓口負担

円又は%

円

委託料単価区分
1:個別健診
2:集団健診

代行機関
(提出先)

1:国保連合会
2:支払基金 3:その他

窓口負担額合計

円

特定健康診査・非特定健康診査用入力票

健診実施機関名

〇〇〇〇〇〇病院

機関番号

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0

医師の氏名

〇〇 太郎

受診者
カナ氏名

ケン コウ ジョウ ジ

健診
年月日

20 0 8 年 0 4 月 0 1 日

生年月日

昭和 3 4 年 1 2 月 2 4 日

性別

1:男
2:女

質問票

服薬(血圧)
1:服薬あり
2:服薬なし既往歴(脳血管)
1:はい
2:いいえ既往歴(貧血)
1:はい
2:いいえ保健指導の希望
1:はい
2:いいえその他の既往歴
0 3 1 1 0 9服薬(血糖)
1:服薬あり
2:服薬なし既往歴(心疾患)
1:はい
2:いいえ喫煙歴
1:はい
2:いいえ自覚症状
0 8 1 3 0 6服薬(脂質)
1:服薬あり
2:服薬なし既往歴(腎不全・人工透析)
1:はい
2:いいえ飲酒
1:毎日 2:時々
3:ほとんど飲まない他覚症状
0 3 0 6 0 5

身体計測

身長(cm)
1 7 0 . 2腹囲(cm)
8 7 . 1収縮時血圧(mmHg)
1 2 2 1
1:1回目 2:2回目
3:その他(平均値等)糖
1:ー 2:± 3:＋
4:++ 5:+++体重(kg)
8 2 . 6腹囲測定法
1:実測 2:自己測定
3:自己申告拡張時血圧(mmHg)
6 5尿
1:ー 2:± 3:＋
4:++ 5:+++

血糖

空腹時血糖(mg/dl)
9 9 1
1:空腹時(食後10h以上)
2:随時(食後10h未満)

※食後採血時間で「2:随時」を選択した場合、随時血糖の結果として結果報告に記載されます。また、医療保険者には「空腹時血糖未実施」として報告されます。

中性脂肪(mg/dl)
1 6 5GOT(AST) (U/l)
1 6ヘモグロビンA1c(%)
4 . 6HDLコレステロール(mg/dl)
6 5GPT(ALT) (U/l)
1 7LDLコレステロール(mg/dl)
1 1 0γ-GT(γ-GTP) (U/l)
1 5

医師判断

検査分野別判定
血圧 1:正常 2:異常
尿 1:正常 2:異常

血糖 1:正常 2:異常

血中脂質 1:正常 2:異常

肝機能 1:正常 2:異常

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

医師の判断

1:異常認めず 2:要観察
3:要指導 4:治療中 5:要医療

貧血

今回実施する理由
1:質問票
2:診察前年度結果に基づき今回実施する理由
2:質問票
2:診察前年度結果に基づき今回実施する理由
2:質問票
2:診察シェイエ分類S
1:1:0 2:1 3:2
4:3 5:4赤血球数(万/mm³)
4 8 9所見
1:異常所見あり
2:異常所見なしキースワグナー分類
1:1:0 2:I 3:IIa
4:IIb 5:III 6:IVシェイエ分類H
1:1:0 2:1 3:2
4:3 5:4血色素量(g/dl)
1 5 . 8判定区分
1:軽度異常 2:異常
3:要観察 4:要精密検査SCOTT分類
1:1:Ia 2:Ib 3:II 4:IIIa 5:IIIb
6:IV 7:Va 8:Vb 9:VIヘマトクリット値(%)
4 8 . 6具体的な所見
0 7 8 8 7 3Davis分類
1:単純網膜症 2:増殖前網膜症
3:増殖網膜症

その他の所見

非特定健康診査

尿潜血
1:ー 2:± 3:＋
4:++ 5:+++血清クレアチニン(mg/dl)
0 . 8血清尿酸(mg/dl)
8 . 5

受診券・受診者

受診券番号

0 8 1 0 0 0 0 0 0 1

受診券有効期限

20 0 9 年 0 3 月 3 1 日

保険者番号

1 2 3 4 5 6 7 8

被保険者証等記号

あい う - 0 1

番号

1 2 3 4 5

郵便番号

8 1 2 - 0 0 1 6

住所

〇〇 区 〇〇 町 1 丁目 2 番 3 号

※住所は市区町村より
ご記入ください。

特定健康診査決済情報

基本健診

3:1:負担なし 2:定額負担
3:定率負担 4:保険者負担上限

3 0 円又は%

⇒ 2 4 0 0 円

詳細健診

2:1:負担なし 2:定額負担
3:定率負担 4:保険者負担上限

1 0 0 0 円又は%

⇒ 1 0 0 0 円

非特定健康診査項目

2:1:負担なし 2:定額負担
3:定率負担 4:保険者負担上限

2 0 円又は%

⇒ 1 6 0 0 円

委託料単価区分

1:1:個別健診
2:集団健診代行機関
(提出先)1:1:国保連合会
2:支払基金 3:その他

窓口負担額合計

5 0 0 0 円

特 定 健 康 診 査 受 診 結 果

医療法人〇〇〇病院
812-0001
福岡市博多区〇〇〇1-1-1
T E L 092-999-9999

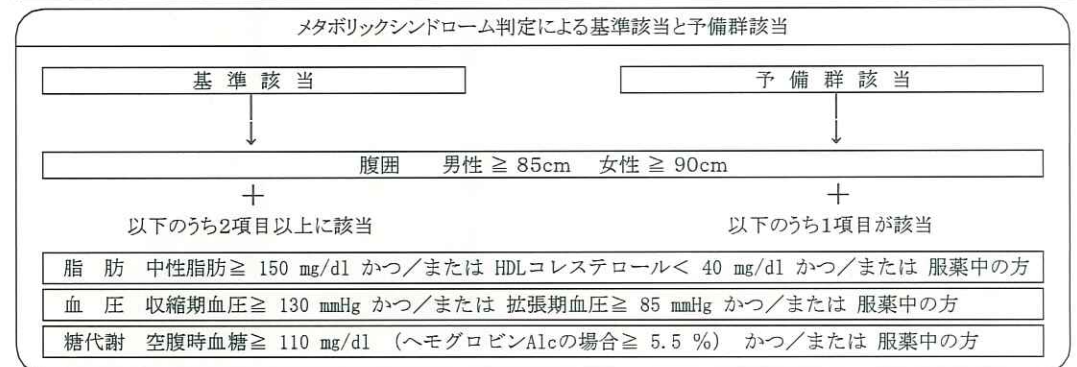
カナ氏名	ケンコウジョウジ	生年月日	昭和34年12月24日	健診年月日	2008年4月1日
		性別/年齢	男 48 歳	特定健康診査受診券番号	08100000001

既往歴	脳血管について既往歴あり 心疾患について既往歴あり 腎不全・人工透析について既往歴あり 貧血について既往歴あり 不整脈 骨粗鬆症 胃・十二指腸潰瘍				
服薬歴	血圧 血糖 脂質	喫煙歴	あり	飲酒	ほとんど飲まない
自覚症状	頭痛・耳鳴り 下痢と便秘 手足のしびれ感				
他覚症状	肝臓肥大(+) 不整脈あり 心音不純				

項 目		基準値	今回受診 2008年4月1日	前回受診	前々回受診
身体計測	身長	(cm)	170.2		
	体重	(kg)	82.6		
	腹 囲	(cm)	87.1		
	B M I	～24.9	H 28.5		
血 圧	収縮期血圧	(mmHg)	～129 122		
	拡張期血圧	(mmHg)	～84 65		
血中脂質 検査	中性脂肪	(mg/dl)	～149 H 165		
	HDL-コレステロール	(mg/dl)	40～ 65		
	LDL-コレステロール	(mg/dl)	～119 110		
肝 機 能 検査	GOT	(U/l)	～30 16		
	GPT	(U/l)	～30 17		
	γ-GTP	(U/l)	～50 15		
血糖検査	空腹時血糖 (*は食後10時間未満)	(mg/dl)	～99 99		
	ヘモグロビンA1c	(%)	～5.1 4.6		
尿 検 査	糖	(-)	(-)		
	蛋 白	(-)	(-)		
貧血検査	赤血球数	(万/mm3)	410～530 489		
	血色素量	(g/dl)	14.0～18.0 15.8		
	ヘマトクリット値	(%)	39.0～52.0 48.6		

項 目		今回受診 2008年4月1日	前回受診	前々回受診
心電図検査	所見	軽度異常 軽度な左軸偏位 軽度なQT延長 確定できない不整脈		
眼底検査	所見	キースワグナー：0 シェイエS：0 シェイエH：0 糖尿病性網膜症：異常なし		

メタボリック シンドローム判定	基準該当		
--------------------	------	--	--



検査分野別判定	血圧は正常です。 脂質検査に異常が認められます。 肝機能検査は正常です。 血糖検査は正常です。 尿検査は正常です。
---------	---

医師の判断	今回健診の医師の総合判定は「要観察」です。 貧血検査：質問票の回答結果により実施 心電図検査：前年度結果、及び医師の診察により実施 眼底検査：前年度結果、及び医師の診察により実施
-------	--

診断した医師の氏名	〇〇 太郎
-----------	-------

非特定健診	非特定健診にて異常値となった検査があります。医師にご相談下さい。 尿潜血 (一) 血清クレアチニン (mg/dl) 0.8 基準値 0.7～1.19 血清尿酸 (mg/dl) H 8.5 基準値 ～6.9
-------	---

特定健康診査・非特定健康診査 入力確認票（医療機関控）

健診実施機関名
医療法人〇〇〇病院

機関番号	4014219424	医師の氏名	〇〇 太郎
------	------------	-------	-------

カナ氏名	ケンコウジョウジ
------	----------

健診年月日	2008年4月1日	生年月日	昭和34年12月24日	48歳	性別	1
-------	-----------	------	-------------	-----	----	---

質 問 票	服薬	既往歴	保健指導の希望			診 察	その他の既往歴	03	11	09
	(血圧) 1	(脳血管) 1	(貧血) 1	1	自覚症状		08	13	06	
	(血糖) 1	(心疾患) 1	喫煙歴 1		他覚症状		03	06	05	
	(脂質) 1	(腎不全) 1	飲 酒 3							

身体計測	身長	170.2	腹囲	87.1	血圧	収縮時	122	1	尿	糖	1
	体重	82.6	腹囲測定法	2		拡張時	65	蛋白		1	

血糖	空腹時血糖	99	1	血中脂質	中性脂肪	165	肝機能	GOT	16
	ヘモグロビンA1c	4.6			HDL-コレステロール	65		GPT	17
					LDL-コレステロール	110		γ-GP	15

医師判断	検査分野別判定					メタボリックシンドローム判定	医師の判断
	血圧	尿	血糖	血中脂質	肝機能		
	1	1	1	2	1	1	2

貧血	今回実施理由	1	心電図	今回実施理由	2	眼底	今回実施理由	2	シェイエ分類S	1
	赤血球数	489		所見	1		キースワグナー分類	1	シェイエ分類H	1
	血色素量	15.8		判定区分	1		1	1:異常なし	SCOTT分類	
	ヘマトクリット値	48.6		具体的な所見	07			88	73	Davis分類
						糖尿病性網膜症	その他の所見			

尿潜血 1 血清クレアチニン 0.8 血清尿酸 8.5

受診券・受診者	受診券番号	08100000001	受診券有効期限	2009年3月31日	保険者番号	06019913
	被保険者証等記号	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	番号	1 2 3 4 5 6		
	郵便番号	810-0001	住所	福岡市中央区天神		

特定 健診 決 済 情 報		窓口負担(受診券記載)			窓口負担
	基本健診	3	10	円又は% ⇒	500
	詳細健診	3	20	円又は% ⇒	500
	非特定健診			円又は% ⇒	
	委託料単価区分	1	代行機関	2	1000