

平成 25 年 5 月 8 日

福岡県医師国保組合員 殿

小郡三井医師会
会員福祉担当理事 権藤秀之
地域保健担当理事 白石恒明
会長 蒲池 壽

平成 25 年度健康診査費用補助事業について（医師国保組合）

福岡県医師国保組合より別紙のとおり平成 25 年度の健康診査費用補助事業の案内が参っております。例年行っております補助事業ですが、今年度は健康診査と同時に特定健診を受診することが必須となっております。特定健診の健診項目は別紙 1 に掲載されております。この項目以外を受診された場合、**別紙**の平成 25 年度健康診査受診報告書にご記入いただき小郡三井医師会事務局へご提出ください。特定健診以外の項目の費用の合計額が補助されます。ただし、1 万円までです。

特定健診結果報告書（会員健診用）・質問票は特定健診実施医療機関以外で受診された場合に必要です。



各 医 師 会 長 殿

福岡県医師国民健康保険組合
理事長 松 田 峻一良
(公 印 省 略)

平成25年度健康診査費用補助事業について

陽春の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素より、本組合の事業運営につきましては、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本組合では、甲種組合員とその家族の健康の保持増進を図るため、疾病の予防と早期発見による健康管理を目的として、各医師会が実施する健康診断（以下、「会員健診」）を甲種組合員と40歳以上のその家族が受診した場合、委託料として補助を行っています。また、平成21年12月7日付福医国発第225号（別紙3）にて、特定健診の受診率向上を目的として、会員健診と特定健診の同時実施をお願いしたところであります。

しかしながら、平成23年度の特定健診受診率は20.3%で、全国の国保組合の平均受診率41.0%、全国の医師国保組合の平均受診率29.5%のいずれにも達していない状況であります。

国の基本指針が示す第2期計画（平成25年度～平成29年度の5年間）における国保組合の目標値は、特定健診70%、特定保健指導45%、メタボリックシンドロームの該当者及び予備群の減少率10%とされています。これらが達成できない場合は、後期高齢者支援金を加算するというペナルティが課せられることになっており、将来の組合財政に大きな影響を及ぼすことが懸念されます。

そこで、本組合としては、早急に全国の医師国保組合の平均受診率並みに受診率を向上させることを目的として、健康診断実施要項を改正し（別紙2）、会員健診と同時に必ず特定健診を実施していただくことといたしました。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご理解をいただきますとともに、受診率向上の取組みに対してご協力を賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 請求方法などの詳細につきましては、「会員健診における特定健診結果の情報提供について（健康診査費用補助事業）」（別紙1）をご参照くださいますようお願いいたします。
- 2) 本件に関するお問い合わせは下記までお願いいたします。

(お問い合わせ先)

福岡県医師国民健康保険組合

〒812-0016 福岡市博多区博多駅南2丁目9番30号 福岡県医師会館3階

電 話：092-431-1987 F A X：092-412-5951

担 当：吉武

会員健診における特定健診結果の情報提供について (健康診査費用補助事業)

◆実施期間

- ・平成25年4月1日～平成26年3月31日までの受診分

◆対象者

- ・甲種組合員とその家族(40歳以上)

◆補助額

- ・会員健診に要した費用のうち、特定健診を実施し、その請求又は情報提供があった受診者一人につき10,000円を支給。ただし、人間ドック等における特定健診結果の情報提供に係る助成との重複請求はできません。

◆提供していただく項目

①基本データ

被保険者証記号・番号、受診者氏名、生年月日、性別、受診年月日、実施機関名称・所在地・担当医師名

②健診項目

診察(既往歴、自覚症状、他覚症状)、身長、体重、BMI、腹囲、血圧、脂質(中性脂肪、HDLコレステロール、LDLコレステロール)、空腹時血糖、ヘモグロビンA1c、肝機能(GOT、GPT、γ-GTP)、尿・腎機能(尿糖、尿蛋白、尿潜血、クレアチニン)、尿酸、医師の判断(メタボリックシンドローム判定、所見)

③質問票

服薬歴、喫煙歴など

◆請求に必要な書類

①特定健診実施医療機関で会員健診を実施した場合

- ・平成25年度健康診査委託料請求書
- ・平成25年度健康診査受診者名簿

※)対象者が特定健康診査受診券を持参されなかった場合は、「特定健康診査受診券再発行申請書」をご記入いただき、本組合までFAX(092-412-5951)にてお送りください。

②特定健診実施医療機関以外で会員健診を実施した場合

- ・平成25年度健康診査委託料請求書
- ・平成25年度健康診査受診者名簿
- ・特定健診結果報告書(会員健診用)・質問票

→被保険者証記号・番号、受診者氏名、生年月日、性別、受診年月日、実施機関、診察、検査成績及び医師の判断を記入してください。

◆申請期間

- ・平成26年5月中旬まで

特定健診結果報告書（会員健診用）

被保険者証記号・番号		受診者氏名	生年月日	性別	有効期間
福医			昭和 年 月 日	男・女	自 平成25年4月1日 至 平成26年3月31日
会員健診の結果を特定健診結果として福岡県医師国民健康保険組合に提供することに同意しますか。				☐ 同意する ☐ 同意しない	

受診年月日		平成 年 月 日
実施機関	名称	
	所在地	
	担当医師名	

診察	既往歴	1. 特記事項あり () 2. 特記事項なし
	自覚症状	1. 特記事項あり () 2. 特記事項なし
	他覚症状	1. 特記事項あり () 2. 特記事項なし

検査成績	身体計測		血圧	血液化学検査	肝機能検査
	身長 () cm	最高	中性脂肪	AST (GOT)	
	体重 () kg	() mmHg	() mg/dl	() U/L	
	BMI ()	最低	HDL-C	ALT (GPT)	
	腹囲 () cm	() mmHg	() mg/dl	() U/L	
	採血時間		LDL-C	γ-GTP	
	☐ 食後10時間未満 ☐ 食後10時間以上		() mg/dl	() U/L	
	血糖検査		尿・腎機能検査		尿酸値検査
	空腹時血糖	尿糖	尿潜血	血清尿酸	
	() mg/dl	()	()	() mg/dl	
HbA1c	尿蛋白	血清クレアチニン			
() % [NGSP値]	()	() mg/dl			

医師の判断	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
	所見	1. 異常認めず 2. 要観察 3. 要指導 4. 治療中 5. 要医療

注意事項	1. 実施時点で当組合の資格がない被保険者は対象外となります。 2. 太枠内のすべての項目を漏れなく記入してください。 3. この報告書で健診結果を提供していただくと、当組合の特定健康診査のデータとして登録し、メタボリックシンドロームの階層化を経て、保健指導を利用することができます。 4. この報告書は、当組合の特定健康診査データとして匿名化され、部分的に国へ提出されますので、ご了承の上、報告願います。 5. 裏面の質問票は、必ず記入してください。
------	--

※この申請にかかる個人情報、特定健康診査・特定保健指導以外の目的には使用いたしません。

質 問 票

※必ず受診者本人が記入してください。

記入日 平成 年 月 日

質 問 項 目		回 答	
		① はい	② いいえ
1	現在、a から c の薬の使用の有無		
	a. 血圧を下げる薬	☐	☐
	b. インスリン注射又は血糖を下げる薬	☐	☐
	c. コレステロールを下げる薬	☐	☐
2	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。	☐	☐
3	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっていると言われたり、治療を受けたことがある。	☐	☐
4	医師から、慢性の腎不全にかかっていると言われたり治療（人工透析）を受けたことがある。	☐	☐
5	医師から貧血と言われたことがある。	☐	☐
6	現在、たばこを習慣的に吸っている。（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、「合計100本以上、又は6ヶ月以上喫煙している者」であり、最近1ヶ月も喫煙している者）	☐	☐
7	20歳の時の体重から10kg以上増加している。	☐	☐
8	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施している。	☐	☐
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る。	☐	☐
10	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速い。	☐	☐
11	この1年間で体重の増減が±3kg以上あった。	☐	☐
12	人と比較して食べる速度が速い。	①速い ☐ ②普通 ☐ 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回以上ある。	☐	☐
14	夕食後に間食（3食以外の夜食）をとることが週に3回以上ある。	☐	☐
15	朝食を抜くことが週に3回以上ある。	☐	☐
16	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度	① 毎日 ☐ ② 時々 ☐ ③ ほとんど飲まない ☐	
17	飲酒日の1日当たりの飲酒量	① 1合未満 ☐	
	清酒1合（180ml）の目安：ビール中瓶1本（500ml）	② 1～2合未満 ☐	
	焼酎35度（80ml）、ウイスキーダブル1杯（60ml）	③ 2～3合未満 ☐	
	ワイン2杯（240ml）	④ 3合以上 ☐	
18	睡眠で休養が十分とれている。	☐	☐
19	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思う。	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近いうちに改善するつもりであり、少しずつ始めている。（概ね1ヶ月以内） ☐	
		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） ☐	
20	生活習慣の改善につき保健指導を受ける機会があれば、利用する。	☐	☐

特定健康診査受診券再発行申請書

申請日 平成 年 月 日

被保険者証 記号・番号	記号	番 号							受診者氏名	生年月日	性別
	福医								(フリガナ) 昭和 年 月 日	男・女	
所属医療機関 所 在 地	〒										
所属医療機関 名 称											

※所属医療機関がない場合（自宅会員）は、「所属医療機関所在地」欄に自宅住所をご記入いただき、「所属医療機関名称」欄は空欄でご提出下さい。

※受診券の再発行と併せて下記書類の送付をご希望の方は、希望される書類に○をご記入下さい。	
「平成25年度福岡県医師国民健康保険組合特定健診・特定保健指導 実施医療機関名簿」	北九州ブロック ()
	福岡ブロック ()
	筑豊ブロック ()
	筑後ブロック ()

福岡県医師国民健康保険組合健康診断実施要項

目 的	甲種組合員とその家族の健康の保持増進を図るため、疾病の予防と早期発見による総合的健康管理を目的として実施する。
対 象 者	甲種組合員とその家族（40 歳以上）を対象とする。
実 施 期 間	毎年 4 月 1 日から翌年 3 月末日までの間とする。 但し、期間内に一人 1 回に限る。
検 査 項 目	一般検診等又は人間ドック。（※特定健診は除く）
実 施 方 法	1. 実施は各医師会に委託して行う。 2. 実施医療機関及び実施期日は各医師会に一任する。 3. 検査料は各医師会と医療機関の間で定める。
委 託 料	組合はこの健康診断に要した費用のうち、 <u>特定健診を実施し、その請求又は情報提供があった受診者 1 人につき、10,000 円</u> を各医師会に支給する。ただし、費用額が 1 万円未満の場合は、その要した費用額を支給する。
委託料の請求	検診終了後、各医師会会長は受検者の委託料を一括して組合に請求する請求書及び受検者名簿は別紙のとおりとする。

福医国発第 225 号
平成 21 年 12 月 7 日

各 医 師 会 長 殿

福岡県医師国民健康保険組合
理事長 横 倉



平成 22 年度健康診査費用補助事業について（お願い）

寒冷の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。

平素より、本組合の事業運営につきましては、格別のご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、本組合では、保健事業として、各医師会が実施する健診に対して、甲種組合員と 40 歳以上のその家族が健診を受けた場合、各医師会へ委託料として補助を行っております。また、平成 20 年度からは、40 歳以上 75 歳未満の被保険者に対し、特定健診・特定保健指導を実施しています。

本組合といたしましては、各医師会で実施されている健診と特定健診を同時実施することで被保険者の受診の利便性及び受診率の向上につながるものと考えております。

つきましては、平成 22 年度より各医師会で実施されます健診につきましては、実施医療機関は、本組合の特定健診実施医療機関に登録していただき、健診案内等にて、特定健診も併せて受診出来る旨、健診対象者にお知らせいただくなど同時実施体制づくりにご協力賜りますようお願い申し上げます。

なお、

- 1) 健診委託料については、特定健診の健診項目以外にかかった費用に対し 1 万円を限度に補助を行います。
- 2) 委託料の請求の際には、本組合が後日お送りする所定の請求書に特定健診以外の費用額を明記の上、健診項目を添付いただきご請求いただきますようお願いいたします。