

福岡医発第 302 号(地)

令和 6 年 4 月 23 日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 蓮 澤 浩 明
(公 印 省 略)

特定健診等未受診者の医療情報収集事業への協力について
(お願い)

さて、福岡県内の国民健康保険保険者（以下「国保保険者」）では、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集・集積することにより、特定健診の受診率の向上及び保健指導の充実強化並びに糖尿病性腎症重症化予防対策の取組強化に資することを目的として標記事業を実施されているところです。

本年度より、福岡県後期高齢者医療広域連合（以下「広域連合」）が本事業に参加することから、今般、国保保険者及び広域連合より委託を受けた国保連合会より、本事業の委託契約の締結依頼があり、本会としては、本年 4 月 11 日開催の第 2 回全理事会で協議の結果、委託契約を締結することを承認いたしました。

昨年度からの主な変更点は、広域連合が本事業に参加することに伴い、後期高齢者健診の質問票（様式 3）が追加されたこと、及び本年度より特定健診等の制度改正（第 4 期特定健診・特定保健指導実施計画）により検査項目が追加された（中性脂肪の採血時間について空腹時または随時の区分けが必須となった）ことに伴い、情報提供票（様式 1）の中性脂肪に係る検査項目の欄が追加されております。

また、本会ではとびうめネットを発展させ、県民の皆様が安心して過ごすための「福岡県民 100 年健康ライフ構想」の実現を目指しております。本事業の該当受診者が受診された際には、本事業への協力と併せて、とびうめネットの利用同意の取得につきましてもご協力いただきますようお願いいたします。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了解いただくとともに、貴会会員への周知協力方につき、何卒ご高配賜りますようお願い申し上げます。

記

- 1) 実施保険者は、広域連合を含む県内の 62 保険者となっております。（別添 1 P 2 参照）
- 2) 情報提供いただく医療機関への情報提供料は、1 件当たり 2,546 円です。

3) 「特定健診等未受診者の医療情報収集事業事務処理マニュアル（福岡県医師会会員医療機関用）」（別添1）は、国保連合会ホームページ（https://www.kokuhoren-fukuoka.jp/?page_id=4666）にも掲載されております。

4) 提出書類

①情報提供票

②質問票兼同意書

※①・②については、保険者より送付後、受診者が医療機関に持参されます。

③送付書

※国保連合会HPよりダウンロードいただくか、（別添2）「送付書」をご活用下さい。

④とびうめネット利用同意書

※同意書が不足する場合は、下記の方法でご連絡下さい。

- ・「利用同意書発送依頼」にご記入の上、とびうめネット事務局へ FAX（092-415-3126）にて依頼下さい。なお、「利用同意書発送依頼」については、とびうめネットホームページ（<https://tobiumenet.com/medical/>）よりダウンロードいただくか、（別添3）「利用同意書発送依頼」をご活用下さい。
- ・とびうめネット事務局へ電話（092-476-3809）にて依頼下さい。

5) 提出先

① とびうめネット同意書添付ありの場合

〒812-8551 福岡市博多区博多駅南2-9-30

福岡県医師会 地域医療課

② とびうめネット同意書添付なしの場合

〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町13-47

福岡県国民健康保険団体連合会 事業振興課事業振興係

以上

特定健診等未受診者の医療情報収集事業
事務処理マニュアル
(福岡県医師会会員医療機関用)

福岡県国民健康保険団体連合会
(事業振興課 事業振興係)

はじめに

この事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に、特定健診及び後期高齢者健診（以下、「特定健診等」という。）未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している検査結果情報を活用（収集）して、特定健診等結果情報に反映し、特定健診等の受診率向上及び保健指導の充実等を目的とした事業であることから、本事業の円滑な実施にあたっては、医療機関のご支援、ご協力が必要となります。

日常の診療業務でご多忙の中、大変お手数をお掛けしますが、本事業の趣旨をご理解いただき、特段のご配慮とご協力を何卒よろしくお願い申し上げます。

つきましては、本事業にかかる事務処理の流れや留意事項等を取り纏めた事務処理マニュアルを作成しましたので、ご活用いただければ幸いに存じます。

○令和5年度以前からの変更点について

令和6年度から、特定健診等の制度改正（第4期特定健診・特定保健指導実施計画）により検査項目が追加された（中性脂肪の採血時間について空腹時または随時の区分けが必須となった）ことに伴い、情報提供票（様式1）の中性脂肪に係る検査項目の欄を追加しました。

また、令和6年度から、後期高齢者医療広域連合が本事業に参加することとなりました。後期高齢者健診の質問票については、制度上、国保と異なるものとなっているため、後期高齢者健診の質問票（様式3）を追加しました。

目 次

1. 事業目的	1
2. 事業概要	1
3. 事業内容	2
4. 事業主体	4
5. 業務の流れ	5
6. 被保険者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）	6
7. 情報提供票作成について	7
8. 情報提供票の記入方法及び注意事項について	8
9. 質問票兼同意書（国保分）の記入方法及び注意事項について	9
10. 質問票兼同意書（後期分）の記入方法及び注意事項について	10
11. 送付書の記入方法及び注意事項について	11

特定健診等未受診者の医療情報収集事業

1 事業目的

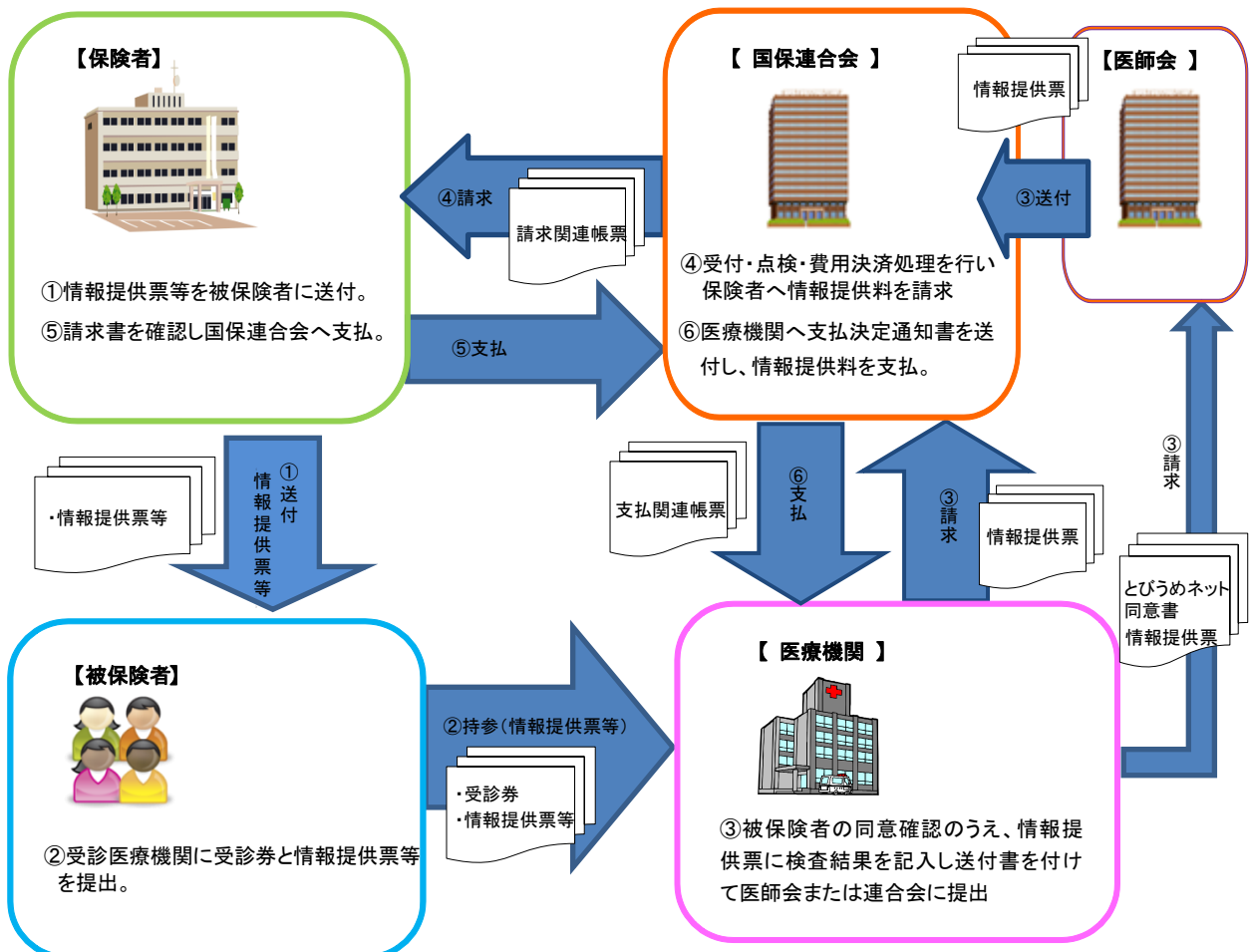
本事業は、生活習慣病等で治療中の被保険者に特定健診未受診者が多いことに着目し、医療機関が保有している未受診者の検査結果データを特定健診データとして収集・集積することにより、福岡県内の国保保険者における特定健診の受診率の向上及び保健指導の充実並びに糖尿病性腎症重症化予防対策の取組強化に資することを目的とするものです。

また、後期高齢者健診未受診者のうち、医療機関で治療中の被保険者の健診項目にかかる検査データ等を健診データとして収集・集積することにより、後期高齢者健診の受診率向上、令和6年度から本格的実施となる高齢者の保健事業と介護予防の一体的実施事業、フレイル対策事業等に健診データを活用し、被保険者の健康保持増進に繋げることを目的とするものです。

2 事業概要

生活習慣病等治療中で特定健診等未受診者の方で、時間的余裕がないなどの理由により特定健診等の受診ができない被保険者について、医療機関が保有する検査結果情報の提供を被保険者の同意が得られた場合に、情報提供票等（情報提供票・質問票兼同意書）を、国保連合会を通して国保保険者に提出していただくことで、特定健診等を受診したとみなし特定健診等データとして収集いたします。また、情報提供票等の作成・提供にあたり保険者から国保連合会を通じて情報提供料が医療機関へ支払われます。

＝事業概要図＝



3 事業内容

該当の受診者が、貴医療機関へ情報提供票等を持参されましたら、本事務処理マニュアルをご参照のうえ、とびうめネット利用同意書（以下「とびうめ同意書」という。）がある場合は、福岡県医師会へ、とびうめ同意書がない場合は、国保連合会へ提出をお願いします。

（１）対象者

本事業に参加する保険者の被保険者のうち特定健診等の未受診者を対象とします。

（２）実施保険者

県内 62 保険者（令和6年度）

福岡市	大川市	太宰府市	宇美町	水巻町	香春町	東峰村
大牟田市	行橋市	福津市	篠栗町	岡垣町	添田町	上毛町
久留米市	豊前市	うきは市	志免町	遠賀町	糸田町	築上町
直方市	中間市	宮若市	須恵町	小竹町	川崎町	福智町
飯塚市	小郡市	朝倉市	新宮町	鞍手町	大任町	みやこ町
田川市	筑紫野市	嘉麻市	古賀市	桂川町	赤村	歯科医師 国保組合
柳川市	春日市	みやま市	久山町	大刀洗町	苅田町	薬剤師 国保組合
八女市	大野城市	糸島市	粕屋町	大木町	吉富町	後期高齢 者医療広 域連合
筑後市	宗像市	那珂川市	芦屋町	広川町	筑前町	

（３）医療機関の業務内容

- ・ 特定健診等未受診者の確認
- ・ 質問票兼同意書の問診項目及び本人同意署名の記載確認
- ・ 情報提供票に検査結果の記載
- ・ 情報提供票及び質問票兼同意書を提出

（４）提出書類

検査結果データから、次の各様式の記載項目にご記入のうえ、とびうめネット利用同意書がある場合は①～④を福岡県医師会に、とびうめネット利用同意書がない場合は①～④を国保連合会に提出して下さい。

- ① 情報提供票（国保後期共通）：【様式１】
- ② 質問票兼同意書（国保）：【様式２】
- ③ 質問票兼同意書（後期）：【様式３】
- ④ 送付書：【様式４】
- ⑤ とびうめネット利用同意書

（５）各様式の記載上の留意事項

① 情報提供票（様式１）の作成について

- 医師の判断日は、医師が基本項目の検査結果をもとに総合判断を実施した日付を記入してください。
- ※特定健診等の受診日として取り扱う日付となりますので、対象年度内に実施してください。
- 提供可能な検査結果等は、検査実施日から３か月以内に医師の判断が行われたものに限りします。
- 検査が複数日に跨る場合は、最初に行われた検査実施日から３か月以内に医師の判断が行われたものとなります。
- 基本項目は、すべて記入ください。
- ※この事業のために、追加で検査をする必要はありません。
- 任意項目は、検査結果がある場合に記入ください。

② 質問票兼同意書（様式２または様式３）の作成について

- 質問票兼同意書の本人同意欄に署名がないときは、本人に署名をお願いしてください。
- ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆をお願いします。
- 各保険者が発行した受診券の提示がありましたら回収をお願いします。（回収した受診券は情報提供票等と併せて提出ください。）

③ 送付書（様式４）の作成

- 情報提供票（様式１）と質問票兼同意書（様式２または様式３）の提出枚数は、同数となりますので、注意して下さい。
- 医療機関名称、医療機関番号は、ゴム印の使用も可能です。
- 送付書（様式４）については、国保連合会ホームページに掲載しています。

（６）情報提供票等の提出

提出日：①とびうめ同意書の添付がある場合 毎月月末
 ②とびうめ同意書の添付がない場合 毎月５日

提出先：①とびうめ同意書の添付がある場合
 〒812-8551 福岡市博多区博多駅南 2-9-30
 福岡県医師会

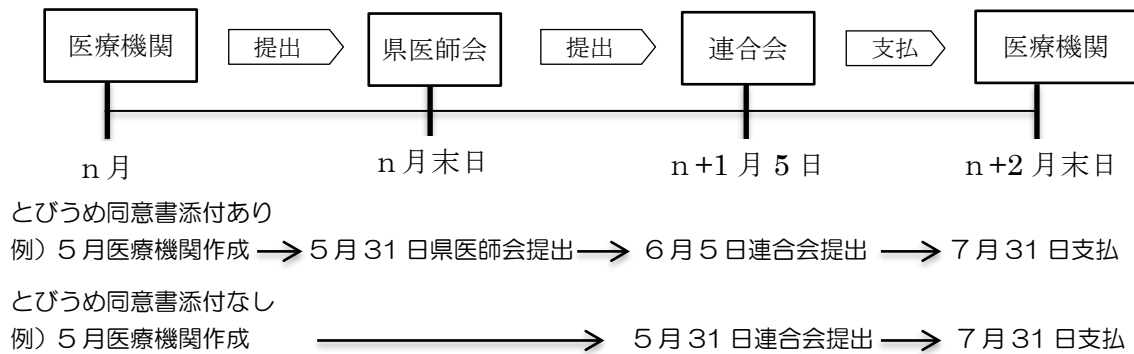
②とびうめ同意書の添付がない場合
 〒812-8521 福岡市博多区吉塚本町 13 番 47 号
 福岡県国民健康保険団体連合会 事業振興係
 ※郵送で提出される場合は、部署名（事業振興係）までご記入ください。

(7) 情報提供料

1 件当たり 2,546 円（うち、消費税及び地方消費税の額 231 円）

※情報提供料は、国保連合会から医療機関の診療報酬の届出口座に支払います。

(8) 情報提供料の支払時期



(9) 情報提供票（様式1）、質問票兼同意書（様式2または様式3）について

医療機関から提供された情報提供票等については、国保連合会で被保険者の資格チェックや記載事項のチェックを実施しますが、チェックの結果、資格喪失者や各様式の記載内容の不備等により、返戻となる場合があります。

また、電話確認等で対応できる軽微なものについては、国保連合会から電話確認を行う場合がありますので、ご協力のほどよろしくお願いいたします。

4 事業主体

福岡県国民健康保険団体連合会（保険者からの委託を受けて実施）

○問合せ先

福岡県国民健康保険団体連合会

事業振興課 事業振興係（担当：木村、西村）

TEL：092-642-7809

FAX：092-642-7853

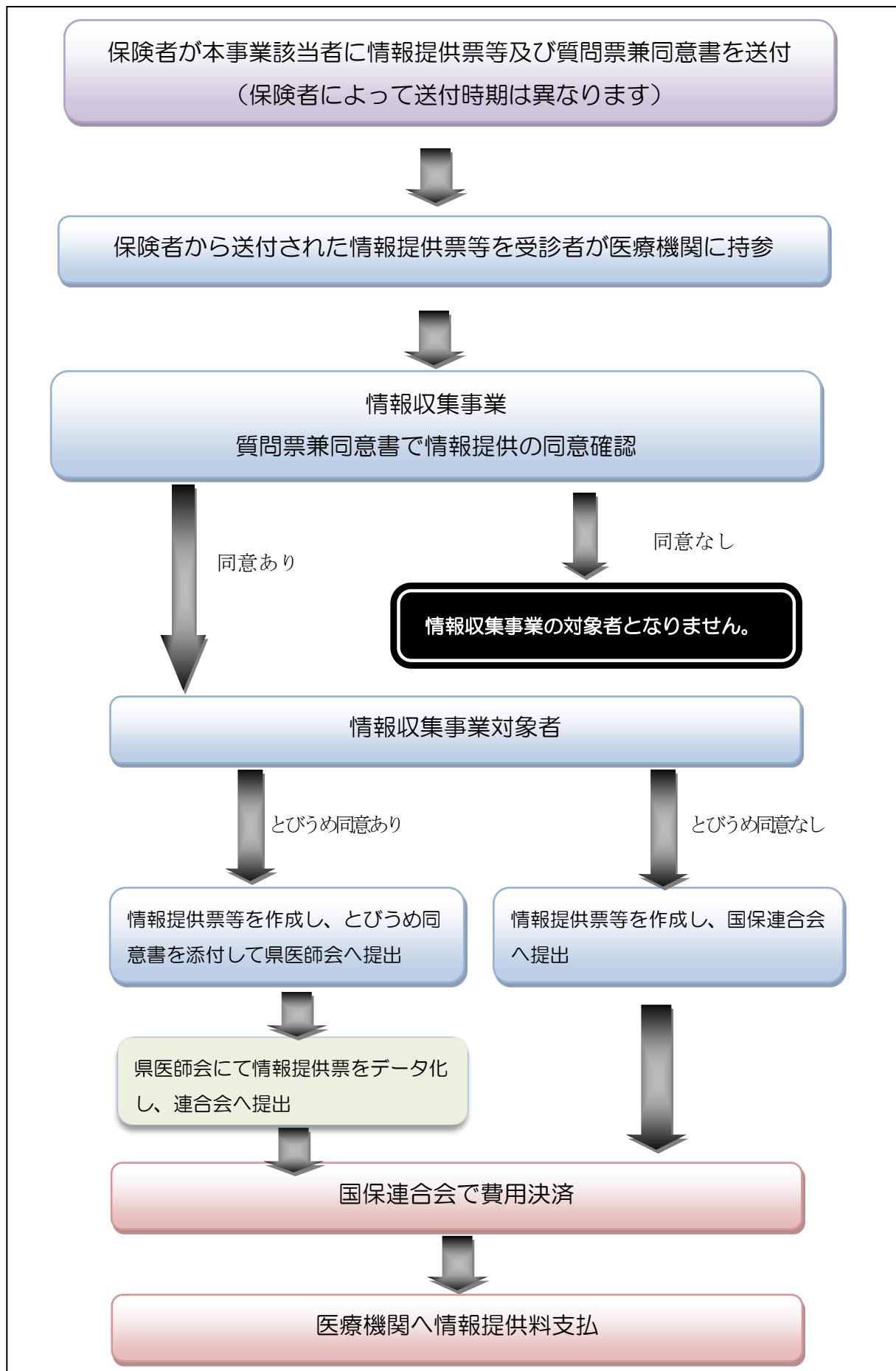
○連合会ホームページ掲載情報

連合会ホームページに次の情報を掲載しますので、ダウンロードしてご活用下さい。

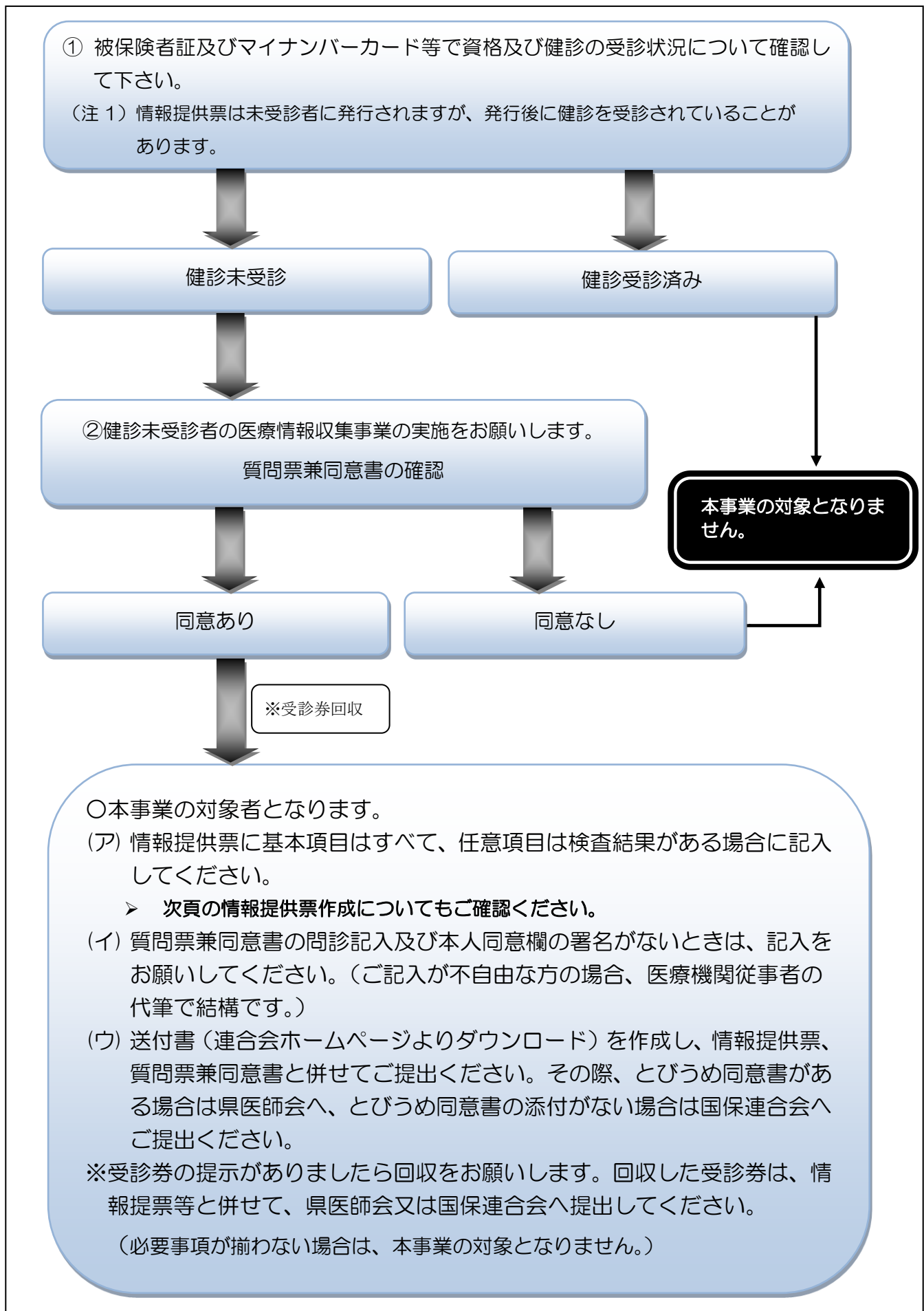
○本マニュアル

○送付書（様式4）

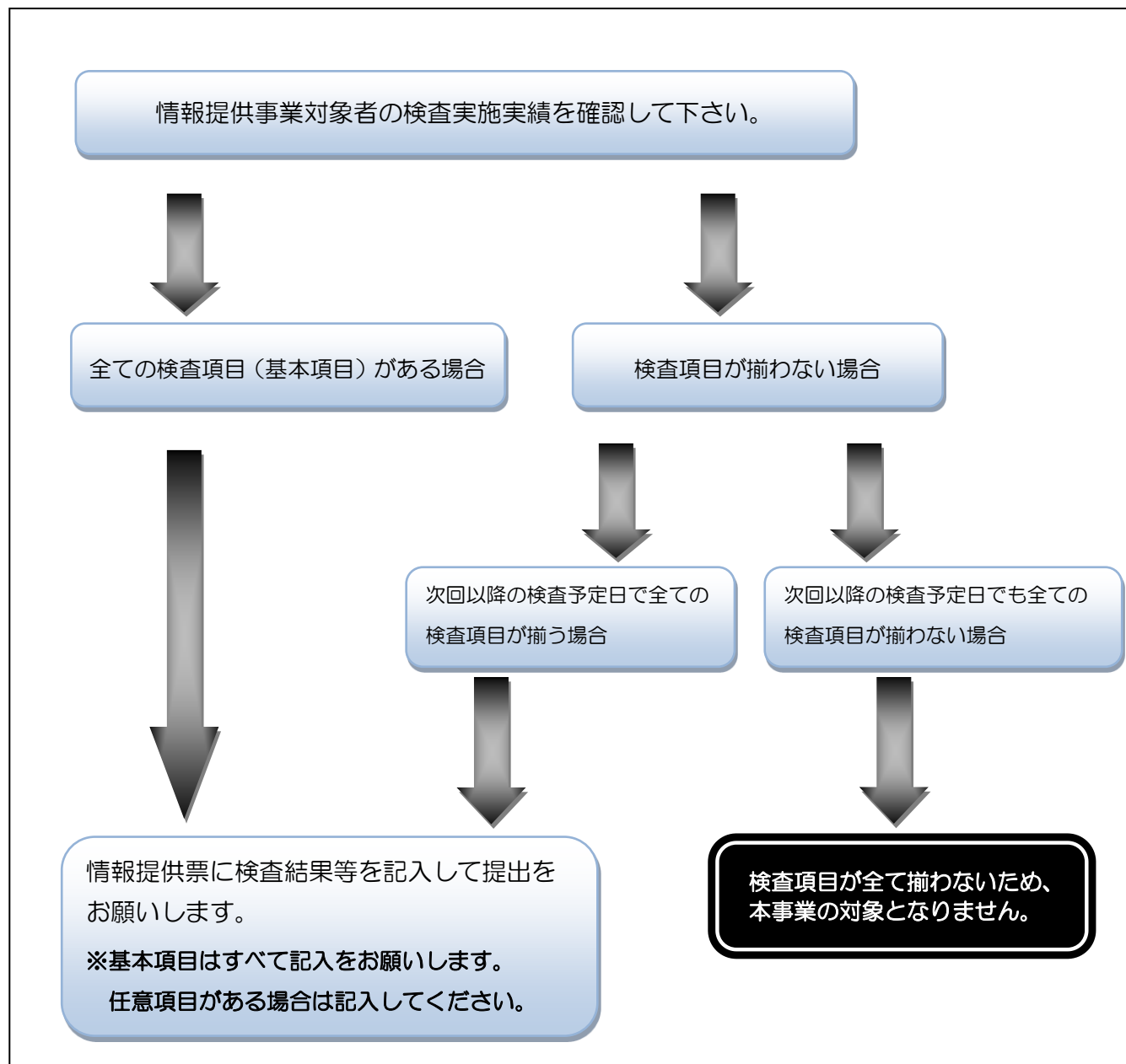
5 業務の流れ



6 被保険者対応の流れ（情報提供票等を持参した受診者）



7 情報提供票作成について



■情報提供票作成の留意事項

- (1) 医師の判断日は、医師が基本項目の検査結果をもとに総合判断を実施した日付を記入してください。
※特定健診等の受診日として取り扱う日付となりますので、対象年度内に実施して下さい。
- (2) 提供可能な検査結果等は、検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものになります。
- (3) 検査が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日から3か月以内に医師の判断が行われたものに限られます。
- (4) 基本項目は、すべて記入をお願いします。
※検査実績において基本項目が揃わない場合は、本事業の対象とはならないため、受診券は被保険者本人に返却してください。（追加で検査する必要はありません。）
- (5) 任意項目は、検査結果がある場合に記入をお願いします。

8 情報提供票の記入方法及び注意事項について

様式 1

令和X年XX月請求分

情報提供票

【被保険者基本情報】

被保険者番号

保険者番号

保険者番号

フリガナ

ホケン タロウ

受診券整理番号

23XXXXXXXXXX

氏名

保険 太郎

被保険者証記号

XXX

生年月日

昭和XX年XX月XX日

被保険者証番号

XXXXXXXXXX

性別

男性

郵便番号

812-8521

年齢

55歳

住所

福岡市博多区吉塚本町13番47号

【医療機関記入欄】※任意項目以外全て記入をお願いします。

項目

検査結果

注意事項

身体測定

①身長

cm

小数点以下1桁

②体重

kg

小数点以下1桁

③BMI

kg/m²

小数点以下1桁

④腹囲

cm

小数点以下1桁

血圧

⑤収縮期血圧

mmHg

⑥拡張期血圧

mmHg

生化学検査

⑦空腹時中性脂肪

mg/dl

※食後10時間以上の場合に記載

⑧随時中性脂肪

mg/dl

※食後10時間未満の場合に記載

⑨HDL-コレステロール

mg/dl

⑩LDL-コレステロール

mg/dl

⑪non-HDL-コレステロール

mg/dl

⑫AST (GOT)

U/l

⑬ALT (GPT)

U/l

⑭γ-GT (γ-GTP)

U/l

血糖

⑮空腹時血糖

mg/dl

⑯HbA1c (NGSP 値)

%

⑰随時血糖

mg/dl

(食後3.5h-10h未満)

尿検査

⑱尿糖

※1

□:ー □:± □:+

□:++ □:+++

⑲尿蛋白

※1

□:ー □:± □:+

□:++ □:+++

⑳尿検査測定不能

※2

□:排尿障害等のため尿検査を実施できません。

腎機能検査

㉑血清クレアチニン

mg/dl

小数点以下2桁

㉒eGFR

mg/dl

小数点以下1桁

㉓血清尿酸

mg/dl

小数点以下1桁

尿検査

㉔尿潜血

※1

□:ー □:± □:+

□:++ □:+++

任意項目

医師の判断

※3

□:要医療 □:その他 ()

医師名

医師の判断日

令和 年 月 日

医療機関番号

401XXXXXXXXX

福岡市博多区

医療機関名

保険病院

住所

吉塚本町13番47号

※1: いずれかの □ に ✓ を記入する。

※2: 尿検査が排尿障害等のため実施できない場合は □ に ✓ を記入する。

※3: いずれかの □ に ✓ を記入する。その他の □ に ✓ した場合には、カッコ内に15文字以内でコメントをお願いします。

例) □: 要医療 □: その他 () 要指導

● 該当年度の診療録を基に、検査データを転記してください。

■ 情報提供票の記入方法及び注意事項

※情報提供票の様式変更は、行わないようにして下さい。
※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)をお願いします。

・「医師の判断日」の月を記入

・基本項目①～⑨は必須項目となるため全て記入 ※未入力がある場合は返戻

・第4期特定健康診査・特定保健指導実施計画から中性脂肪が空腹時と随時に分割されました。
採血時間が食後10時間以上の場合は⑦に記入、10時間未満の場合は⑧に記入してください。

・生化学検査⑩、⑪については、必須項目だが、どちらか一方でも可

・血糖検査⑮～⑰については、必須項目だが、いずれか一つでも可
※採血時間を中性脂肪と合わせたもので記入してください。

例) 空腹時中性脂肪を記入している場合は、食後10時間以上である必要があるので、空腹時血糖またはHbA1cを記入する。

注) 随時血糖検査の採血時間は、食後3.5時間以上10時間未満である必要があります。

・排尿障害等により尿検査を実施できない場合は『尿検査測定不能⑳』欄の□に✓を記入する。

・任意項目㉑～㉔は、医療情報があれば記入をお願いします。(未記入可)

・医師の判断、医師名、医師の判断日(対象年度内の日付)を記入(全て記入)

福岡県国民健康保険団体連合会

8

9 質問票兼同意書（国保分）の記入方法及び注意事項について

様式 2

令和 X 年 XX 月請求分 質問票兼同意書

【本人記入欄】医師等の問診による記入可

項目	質問事項	回答欄 該当する □ に ☑ を記入して下さい
1	既往歴（高血圧・糖尿病・脂質異常症 等）がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
2	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
3	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	☐ はい ☐ いいえ
4	現在、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。	☐ はい ☐ いいえ
5	現在、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。	☐ はい ☐ いいえ
6	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。	☐ はい ☐ いいえ
7	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。	☐ はい ☐ いいえ
8	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。	☐ はい ☐ いいえ
9	医師から、貧血といわれたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
10	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。	☐ はい（条件 1 と条件 2 を両方満たす） ☐ はい（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）） ☐ いいえ（①②以外）
11	20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか。	☐ はい ☐ いいえ
12	1 回 30 分以上の軽く汗をかき運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか。	☐ はい ☐ いいえ
13	日常生活において歩行又は同様の身体活動を 1 日 1 時間以上実施していますか。	☐ はい ☐ いいえ
14	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	☐ はい ☐ いいえ
15	食事をかんで食べる時の状態はどれに近いですか。	☐ 飲み込む ☐ 飲み込む ☐ 飲み込む
16	人と比較して食べる速度が速いですか。	☐ 速い ☐ 普通 ☐ 遅い
17	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。	☐ はい ☐ いいえ
18	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。	☐ 毎日 ☐ 時々 ☐ ほとんどない
19	朝食を抜くことが週に 3 回以上ありますか。	☐ はい ☐ いいえ
20	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 1 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）	☐ 毎日 ☐ 週 5～6 日 ☐ 週 3～4 日 ☐ 週 1～2 日 ☐ 月 1～3 日 ☐ 月に 1 日未満 ☐ やめた ☐ 飲まない（飲めない）
21	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・約 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 合未満 ☐ 1～2 合未満 ☐ 2～3 合未満 ☐ 3～5 合未満 ☐ 5 合以上
22	睡眠で休養が十分とれていますか。	☐ はい ☐ いいえ
23	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。	☐ 改善するつもりはない ☐ 改善するつもりである（概ね 6 か月以内） ☐ 近いうち（概ね 1 か月以内）に改善するつもりであり、少しずつ始めている ☐ 既に改善に取り組み中（概ね 6 か月未満） ☐ 既に改善に取り組み中（概ね 6 か月以上）
24	生活習慣の改善について、これまでに保健指導を受けたことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ

【本人同意欄（自筆）】

情報提供票および質問票兼同意書を _____ 市・町・村 _____ に提供することに同意します。

国保組合

令和 ____ 年 ____ 月 ____ 日 氏 名 _____

ご連絡先電話番号 _____

- ・保険者名、同意日、氏名を記入（個人情報提供に対する同意確認のため必須）
- ・ご連絡先電話番号を記入（市町村及び国保組合より、ご連絡がある場合に使用）

- 二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。
- 質問票兼同意書の記入方法及び注意事項
- ※質問票兼同意書の様式変更は、行わないようにして下さい。
- ※記入は、鉛筆以外（ボールペン等）をお願いします。
- ※本人同意書に署名がない時は、本人に署名をお願いします。
- ※ご本人の記入が困難な場合は、医療機関従事者の代筆をお願いします。
- ※受診券の提示がありまして回収をお願いします。
- （回収した受診券は情報提供票及び質問票兼同意書と併せて提出ください。）

・情報提供票の「医師の判断日」の月を記入

・質問項目は全て記入

・項目ごとに当てはまる個所に 1 つだけ ☑ を記入（複数回答不可）

10 質問票兼同意書（後期分）の記入方法及び注意事項について

様式 3

令和X年XX月請求分 質問票兼同意書

【本人記入欄】医師等の問診による記入可

項目	質問事項	回答欄 該当する □ に ☒ を記入し てください
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか。	☐ よい ☐ まあよい ☐ ふつう ☐ あまりよくない ☐ よくない
2	毎日の生活に満足していますか。	☐ 満足 ☐ やや満足 ☐ やや不満 ☐ 不満
3	1日3食きちんと食べていますか。	☐ はい ☐ 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。 ※ささいか、たくあんなど。	☐ はい ☐ いいえ
5	お茶や汁物等でもむせることがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
6	6か月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ
8	この1年間に転んだことがありますか。	☐ はい ☐ いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に1回以上していますか。	☐ はい ☐ いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあとを言われていますか。	☐ はい ☐ いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか。	☐ はい ☐ いいえ
12	あなたはたばこを吸いますか。	☐ 吸っている ☐ 吸っていない ☐ やめた
13	週に1回以上は外出していますか。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ 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。	☐ はい ☐ いいえ

【本人同意欄（自筆）】

情報提供票および質問票兼同意書を 福岡県後期高齢者医療広域連合に提供することに同意します。

令和 年 月 日 氏 名

ご連絡先電話番号

●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。

■質問票兼同意書の記入方法及び注意事項

※質問票兼同意書の様式変更は、行わないようにして下さい。

※記入は、鉛筆以外（ボールペン等）でお願いします。

※本人同意書に署名がない時は、本人に署名をお願いしてください。

※ご本人の記入が困難な場合は、医療機関従事者の代筆でお願いします。

※受診券の提示がありましたら回収をお願いします。

(回収した受診券は情報提供票及び質問票兼同意書と併せて提出ください。)

・情報提供票の「医師の判断日」の月を記入

・質問項目は全て記入

・項目ごとに当てはまる箇所は1つだけ☒を記入(複数回答不可)

・保険者名、同意日、氏名を記入(個人情報提供に対する同意確認のため必須)

・ご連絡先電話番号を記入(後期高齢者医療広域連合より、ご連絡がある場合に使用)

1 1 送付書の記入方法及び注意事項について

様式 4

福岡県国民健康保険団体連合会 行

健診未受診者の医療情報収集事業にかかる情報提供票等について、下記のとおり提出します。

送付書

提出年月日

令和

年

月

日提出

医療機関番号

医療機関名称

電話番号

()

担当者名

提出枚数

枚

提出年月日、医療機関番号、医療機関名称、電話番号、担当者名を記入
※ゴム印使用可能

提出枚数

枚

提出枚数を記入

提出枚数内訳の記入

① 情報提供票の枚数を記入(様式1は国保後期共通)

② 国保の質問票兼同意書の枚数を記入

③ 後期の質問票兼同意書の枚数を記入

■送付書の記入方法及び注意事項

- ※送付書の様式変更は、行わないようにして下さい。
- ※記入は、鉛筆以外(ボールペン等)でお願いします。
- ※情報提供票(様式1)と質問票兼同意書(様式2)の提出枚数は、同数となります。
- ※医療機関名称、医療機関番号は、ゴム印の使用も可能です。
- ※送付書については、国保連合会ホームページに掲載しています。

送 付 書

福岡県国民健康保険団体連合会 行

特定健診未受診者の医療情報収集事業にかかる情報提供票等について、下記のとおり提出します。

提出年月日	令和 年 月 日提出									
医療機関番号										
医療機関名称										
電話番号	()				担当者名					

提出枚数	枚
------	---

(内訳)

【国保後期共通】 情報提供票（様式 1）	枚
【国保】 質問票兼同意書（様式 2）	枚
【後期】 質問票兼同意書（様式 3）	枚

福岡県メディカルセンター（とびうめネット事務局）行

F A X 0 9 2 - 4 0 2 - 2 6 7 8

利 用 同 意 書 発 送 依 頼

利用同意書をご希望の場合は以下にご記入のうえ、とびうめネット事務局へF A Xにてお申し込みください。

記入日 年 月 日

所属医師会	医師会		
医療機関名	フリガナ		
担 当 者	フリガナ		
	氏名	印	
	部署	役職	
住 所	郵便番号 —		
電話番号	— —		
希望部数	利用同意書	部	
	返信用封筒	枚	
	返信用切手	枚	

【お願い】

5 1 部以上をご希望される場合は、とびうめネット事務局（TEL092-476-3809）へご相談下さい。