

長崎県特定健診未受診者にかかる診療情報提供事業の実施要領
(平成31年度版)

1. 目的

本事業は、特定健診未受診者の診療情報から特定健診を受診したとみなすために、保険者が医療機関から必要な検査結果データを収集し、特定健診の受診者として管理することを目的とする。

特定健診未受診者が特定健診を受診しない理由として、「かかりつけ医で治療中(管理中)のため特定健診に必要性を感じない」や「時間がない」等がある。このような特定健診未受診者に対し、特定健診の受診機会拡大のため本事業を展開し、本来の制度を推進するものである。

なお、本事業は特定健診の受診を妨げるものではなく、未受診者への特定健診受診の推奨にもかかわらず、やむを得ず特定健診が実施されない場合に実施するものとする。

また、情報提供にあたり保険者から長崎県国民健康保険団体連合会(以下、国保連合会)を通して、情報提供料が医療機関へ支払われる。

2. 特定健診費用の請求と情報提供料の請求の違い

①特定健診実施機関でなくとも請求可能

医療機関が特定健診を実施するためには、社会保険診療報酬支払基金等へ特定健診実施機関としての届出が必要であるが、本事業では必要なく請求することができる。

②医療機関が所在する市町以外の被保険者の診療情報も提供可能

例) A市に所在する特定健診実施機関がA市役所と特定健診の契約を締結していた場合、A市の被保険者のみ特定健診として実施可能であるが、B市の被保険者に対し特定健診を実施することはできない。しかし、本事業であればB市の被保険者の診療情報を提供することができる。

③指定様式の情報提供書等(紙媒体)を用いて国保連合会へ請求

特定健診は電子媒体又はオンラインにより請求するものであるが、本事業では情報提供書等の紙媒体を用いて請求する。

④健診項目及び費用は県内で統一

特定健診では、各保険者で特定健診の検査項目、費用を設定しているが、本事業では県下保険者で統一健診項目(様式)及び費用(単価)となる。

3. 対象者

長崎県内の国民健康保険に加入している被保険者で40～74歳の方

※本事業の対象保険者は「4. 対象保険者」及び別紙1「対象保険者一覧」参照

4. 対象保険者

本事業の契約を締結している長崎県内の保険者

※別紙1「対象保険者一覧」参照

5. 対象医療機関

本事業の契約等を締結する医療機関であり、特定健診実施機関としての届出を必要としない。なお、長崎県医師会会員医療機関は、長崎県医師会が代表して契約を締結することにより契約を締結したものとする。

6. 契約

①保険者と国保連合会の契約

保険者は本事業を委託する場合、国保連合会と契約を締結する。

②医療機関と国保連合会の契約等

長崎県医師会と国保連合会とで契約を締結する。また、長崎県医師会の会員でない医療機関の場合は、別途国保連合会とで契約を締結または承諾書を取り交わす。

7. 委託料(情報提供料)

医療機関が特定健診未受診者の診療情報を国保連合会へ提供した場合、被保険者1人あたり委託料として情報提供料が支払われるものとする。情報提供料の内訳については、下表のとおりとなる。

医師の総合判断日が平成31年4月1日から令和元年9月30日の場合			
項 目		費用 <small>(消費税及び地方消費税を含まない)</small>	費用 <small>(消費税及び地方消費税を含む)</small>
追加検査なし	情報提供料	2,315 円	2,500 円
追加検査	HbA1c	463 円	500 円
	腎機能検査 (血清クレアチニン・血清尿酸)	186 円	200 円

医師の総合判断日が令和元年10月1日から令和2年3月31日の場合			
項 目		費用 <small>(消費税及び地方消費税を含まない)</small>	費用 <small>(消費税及び地方消費税を含む)</small>
追加検査なし	情報提供料	2,315 円	2,546 円
追加検査	HbA1c	463 円	509 円
	腎機能検査 (血清クレアチニン・血清尿酸)	186 円	204 円

情報提供書を国保連合会へ提出する場合は、任意項目以外全て記入する必要がある。情報提供料は、治療中の診療情報を基に情報提供書(別紙2「様式-1904012~1904015」)を作成するための費用として支払われる。

なお、治療中の診療情報で不足している検査を行なった場合であっても、情報提供料内で実施することとなるため、原則として本事業の費用(及び診療報酬)として請求はできない。

ただし、以下の場合に限り、情報提供料に追加検査の費用を加算して本事業に請求が

できる。

- ①治療中の診療情報にHbA1cの検査結果がなく、本事業のために追加でHbA1cを実施した場合
- ②治療中の診療情報に腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)の検査結果がなく、本事業のために追加で腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)を実施した場合

8. 様式

- ①特定健診情報提供料請求書(別紙2「様式-1904020」参照)

請求する月の情報提供料等を保険者毎に記入する。

- ②特定健診の情報提供書(様式は下表参照)

特定健診の情報提供書は「情報提供書」と「質問票兼同意書」から構成されている。両面印刷で請求する場合と片面印刷で請求する場合では様式番号が異なる。

	様式の印刷対応	様式名	様式番号
1	両面印刷で請求する場合	情報提供書【表】	様式-1904012
		質問票兼同意書【裏】	様式-1904013
2	片面印刷で請求する場合	情報提供書	様式-1904014
		質問票兼同意書	様式-1904015

9. 事務処理(医療機関)

- ①医療機関は、被保険者に対して特定健診の受診を勧奨する。時間がない等の理由で本来の特定健診を受診しない(できない)被保険者に対して、本事業の勧奨を行なう。
- ②医療機関は、被保険者が「情報提供書」を持参しなかった場合、国保連合会のホームページから「情報提供書」等をダウンロードする。
- ③医療機関は、被保険者に対し本事業への同意を確認し、同意が得られた場合、「質問票兼同意書」の同意欄に氏名等を記入(代筆可)させる。また、質問票への記入も併せて実施する。
- ④医療機関は、被保険者の被保険者証、特定健診受診券等を確認し、「情報提供書」の【本人記入欄】に記入させる(代筆可)。特定健診受診券は医療機関にて保管(管理)する。
- ⑤医療機関は、「情報提供書」の【医療機関記入欄】の検査結果について医療機関で保有している診療情報から記入する。【医療機関記入欄】のうち任意項目以外は全て記入する。(ただし、空腹時血糖値または随時血糖値が記入されている場合のHbA1c値は必須ではない。)
- ⑥医療機関は「請求書」、「情報提供書」および「質問票兼同意書」を原則毎月5日(別紙3参照)までに国保連合会へ送付する。ただし、請求期限が土曜日、日曜日及び国民の休日(国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)に規定する日をいう。以下同じ。)に当たる場合は、その翌日が期限となる。
- ⑦医療機関は国保連合会から届く「支払額通知書」等を確認し、原則27日に振り込まれる情報提供料を確認する。(別紙3参照)

10. 事務処理(保険者)

- ①保険者は、「情報提供書」を国保連合会のホームページからダウンロードすることができる。「情報提供書」のダウンロード等については、保険者にて判断する。
 - a:保険者から被保険者へ「情報提供書」を送付する。
 - b:医療機関に本事業の勧奨を依頼する。
- ②保険者は、国保連合会から本事業にかかる「払込請求書」等が送付された場合、関係帳票を確認し、請求があった月の原則25日(12月及び2月は22日)までに情報提供料及び手数料を支払う。(別紙3参照)
- ③保険者は、国保連合会から送付される「情報提供書」を管理し、取扱いについては、保険者の条例等に合わせて実施する。

11. 事務処理(国保連合会)

- ①国保連合会は、「情報提供書」等の請求様式をホームページへ掲載する。
- ②国保連合会は、医療機関から本事業にかかる請求があった場合、請求項目または、資格の点検等を行う。請求項目等に不備があった場合、医療機関へ返戻する。
- ③国保連合会は、②にて不備がない場合、特定健診等データ管理システムに診療情報を登録する。
- ④国保連合会は、医療機関から請求があった月の原則翌月12日までに保険者へ情報提供料等の払込みを請求する。また、請求関連帳票を併せて送付する。
- ⑤国保連合会は、保険者から振り込まれた情報提供料を振り込まれた月の原則27日までに、医療機関の指定銀行へ振り込む。(別紙3参照)

12. 注意事項

- ①検査値を利用できる期間について
特定健診の受診日として取り扱う日付は、医師が検査結果をもとに総合判断を実施した日付とする。また、検査結果の項目に不足があり基本項目の実施が複数日にまたがる場合は、最初に行なわれた検査実施日と、最後に実施された総合判断日の間は3カ月以内とする。
- ②重複請求について
特定健診と本事業の請求が重複した場合、特定健診の結果内容を原則優先する。
- ③血糖検査(HbA1c、空腹時血糖及び随時血糖)について
本事業の血糖検査において、HbA1c は必須項目とし、空腹時血糖及び随時血糖は任意項目としているが、空腹時血糖または随時血糖の結果があれば、HbA1c の結果がない場合でも返戻としない。
- ④LDLコレステロールについて
脂肪検査において、中性脂肪(血清トリグリセライド)が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合は、LDLコレステロールを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)に代えることができる。
- ⑤情報提供料の支払口座について

情報提供料は、診療報酬の支払先として届出があった口座へ振り込むこととする。

県外医療機関については、情報提供機関届(特定健診未受診者にかかる診療情報提供料の請求及び受領に関する届)で届出があった口座へ振り込むこととする。

⑥前年度分の請求について

平成31年4月1日以降の請求に前年度分(平成30年度分の情報提供書)を請求することができる。ただし、前年度分(平成30年度分の情報提供書)の請求はできる限り令和元年8月受付までとする。

別紙1

対象保険者一覧(平成31年度)

	保険者番号	保険者名	開始年月日
1	420018	長崎市	平成28年4月1日
2	420026	佐世保市	平成28年4月1日
3	420034	島原市	平成28年4月1日
4	420042	諫早市	平成28年4月1日
5	420059	大村市	平成28年4月1日
6	420075	平戸市	平成27年12月1日
7	420083	松浦市	平成28年4月1日
8	420091	対馬市	平成28年4月1日
9	420109	壱岐市	平成28年4月1日
10	420117	五島市	平成28年4月1日
11	420125	西海市	平成28年4月1日
12	420133	雲仙市	平成27年12月1日
13	420141	南島原市	平成28年4月1日
14	420570	長与町	平成28年4月1日
15	420588	時津町	平成27年12月1日
16	420661	東彼杵町	平成28年4月1日
17	420679	川棚町	平成28年4月1日
18	420687	波佐見町	平成27年12月1日
19	420919	小値賀町	平成28年4月1日
20	420992	佐々町	平成28年4月1日
21	421222	新上五島町	平成28年4月1日
22	423012	歯科医師国保組合	平成28年4月1日
23	423020	医師国保組合	平成28年4月1日
24	423038	薬剤師国保組合	平成28年4月1日
25	423046	長建国保組合	平成28年4月1日

別紙2

「様式-1904020」

特定健診情報提供料請求書

様式 1 9 0 4 0 2 0

請求日	平成 ・ 令和		年		月		日
-----	---------------	--	---	--	---	--	---

*該当する元号を選択

保険者番号	4	2					
-------	---	---	--	--	--	--	--

市町長 様
 国保組合 理事長
 (国保担当課扱い)

医療機関番号									
医療機関住所									
医療機関名									
代表者名									印
電話番号		-		-					

請求金額		円
------	--	---

請求年月	平成 ・ 令和		年		月
------	---------------	--	---	--	---

*該当する元号を選択

【請求金額内訳】

医師の総合判断日	項目	単価 (消費税及び地方消費税を含む)	件数	合計
平成31年4月1日 から 令和元年9月30日	情報提供料 (追加検査なし)	2,500 円	件	円
	追加検査分 HbA1c ※	500 円	件	円
	腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)※	200 円	件	円
令和元年10月1日 から 令和2年3月31日	情報提供料 (追加検査なし)	2,546 円	件	円
	追加検査分 HbA1c ※	509 円	件	円
	腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)※	204 円	件	円

※ 情報提供料については1件あたり2,500円(または2,546円)が請求できますが、情報提供書のためにHbA1cまたは腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)を新たに実施した場合に限り、情報提供料の2,500円(または2,546円)にそれぞれ500円(または509円)と200円(または204円)を加算して請求できます。この場合、情報提供書の『追加検査実施欄』(※3)にそれぞれ〇記入が必要です。

別紙2

「様式-1904012」

【表】 平成 年 月請求分】 特定健診の情報提供書
 令和

【本人記入欄】 全て記入（代筆可）

様式 1 9 0 4 0 1 2

フリガナ		保険者番号	4 2
氏名		生年月日	昭和 年 月 日
郵便番号	〒	性別 ※1	男() 女() 年齢 歳
住所		受診券整理番号	
連絡先(電話番号)	— —	被保険者証番号	
		医師の総合判断日 ※4	平成・令和 年 月 日

【医療機関記入欄】 任意項目以外全て記入

*該当する元号を選択

項目	項目	追加検査実施 (○記入)	検査結果				注意事項
基本項目	身体測定	身長			.	cm	小数点以下1桁
		体重			.	kg	小数点以下1桁
		BMI			.	kg/m ²	小数点以下1桁
		腹囲			.	cm	小数点以下1桁
基本項目	血圧	収縮期血圧				mmHg	
		拡張期血圧				mmHg	
基本項目	脂肪検査	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	※6
基本項目	肝機能検査	AST (GOT)				U/l	
		ALT (GPT)				U/l	
		γ-GT (γ-GTP)				U/l	
基本項目	尿検査	尿糖 ※1	- ()	± ()	+	++ ()	+++以上 ()
		尿蛋白 ※1	- ()	± ()	+	++ ()	+++以上 ()
		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。()				
基本項目	腎機能検査	血清クレアチニン			.	mg/dl	小数点以下2桁
		血清尿酸			.	mg/dl	小数点以下1桁
基本項目	血糖検査	HbA1c (NGSP値)			.	%	※5 小数点以下1桁
任意項目	血糖検査	空腹時血糖				mg/dl	※5
		随時血糖				mg/dl	※5
	脂肪検査	Non-HDLコレステロール				mg/dl	※6
	貧血検査	ヘマトクリット値 (Ht)			.	%	小数点以下1桁
		色素量[ヘモグロビン値 (Hb)]			.	g/dl	小数点以下1桁
任意項目	尿検査	赤血球数				万/mm ³	
	尿検査	尿潜血 ※1	- ()	± ()	+	++ ()	+++以上 ()
医師の診断 ※1		異常なし ()	治療中 ()	経過観察 ()	要注意 ()	要検査 ()	
医療機関コード		医療機関住所					
医師名		医療機関名					

＜長崎県国民健康保険団体連合会提出用＞

- ※1：いずれかの()内に○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()内に○を記入する。
- ※3：追加で検査を実施した場合、「追加検査実施」欄に左枠内に○を記入する。
- ※4：最後に医師が総合的に判断した日を記入する。
- ※5：血糖検査のHbA1cは必須項目、空腹時血糖および随時血糖は任意項目として設定しているが、空腹時血糖または随時血糖のいずれかがあれば、HbA1cを必須としない。
- ※6：脂肪検査のLDLコレステロールを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）に代えることができる。ただし、Non-HDLコレステロールを記入する場合は実施要領の12.注意事項④に注意すること。

●情報提供書の請求は、請求書、情報提供書（裏面：質問票兼同意書）を添付し、国保連合会へ送付ください。

別紙2

「様式-1904013」

【裏】 【平成 年 月請求分】 特定健診の情報提供書（質問票兼同意書）
 令和

【本人記入欄】 医師等の問診による記入可

様式 1 9 0 4 0 1 3

項目	質問事項	回答欄		
		該当する()内に○を記入してください		
	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()	
	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	はい()	いいえ()	
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい()	いいえ()	
2	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。	はい()	いいえ()	
3	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。	はい()	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。	はい()	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。	はい()	いいえ()	
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	はい()	いいえ()	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい()	いいえ()	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方）	はい()	いいえ()	
9	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()	
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。	はい()	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。	はい()	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。	はい()	いいえ()	
13	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。	何でもかめる()	かみにくいことがある()	ほとんどかめない()
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	速い()	普通()	遅い()
15	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()	
16	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。	はい()	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。	毎日()	時々()	ほとんど飲まない（飲めない）()
19	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（180ml）の目安： ビール500ml、焼酎25度（110ml）、 ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml） ※問18が「ほとんど飲まない」方は「1合未満」を選択して下さい。	1合未満()	1～2合未満()	
		2～3合未満()	3合以上()	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい()	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すか。	改善するつもりはない()		
		改善するつもりである()		
		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。()		
		既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）()		
		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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	はい()	いいえ()	

【本人同意欄（自筆）】

この情報提供書（質問票兼同意書）を _____ 市・町 国保組合 に提出することに同意します。

平成 _____ 年 月 日 氏名 _____

*該当する元号を選択

●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。

<長崎県国民健康保険団体連合会提出用>

別紙2

「様式-1904014」

【平成 年 月請求分】特定健診の情報提供書

【本人記入欄】全て記入（代筆可）

様式 1 9 0 4 0 1 4

フリガナ		保険者番号	4 2
氏名		生年月日	昭和 年 月 日
郵便番号	〒	性別 ※1	男() 女() 年齢 歳
住所		受診券整理番号	
連絡先(電話番号)	— —	被保険者証番号	
		医師の総合判断日 ※4	平成・令和 年 月 日

【医療機関記入欄】任意項目以外全て記入

*該当する元号を選択

項目	項目	追加検査実施 (○記入)	検査結果				注意事項
基本項目	身体測定	身長	/			cm	小数点以下1桁
		体重	/			kg	小数点以下1桁
		BMI	/			kg/m ²	小数点以下1桁
		腹囲	/			cm	小数点以下1桁
基本項目	血圧	収縮期血圧	/			mmHg	
		拡張期血圧	/			mmHg	
基本項目	脂肪検査	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	※6
基本項目	肝機能検査	AST (GOT)	/			U/l	
		ALT (GPT)	/			U/l	
		γ-GT (γ-GTP)	/			U/l	
基本項目	尿検査	尿糖 ※1	/	- () ± () + () ++ ()	+++以上 ()		
		尿蛋白 ※1	/	- () ± () + () ++ ()	+++以上 ()		
		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。()			
基本項目	腎機能検査	血清クレアチニン	/			mg/dl	小数点以下2桁
		血清尿酸	※3	/			mg/dl
基本項目	血糖検査	HbA1c (NGSP値)	※3	/		%	※5 小数点以下1桁
任意項目	血糖検査	空腹時血糖	/			mg/dl	※5
		随時血糖	/			mg/dl	※5
	脂肪検査	Non-HDLコレステロール	/			mg/dl	※6
	貧血検査	ヘマトクリット値 (Ht)	/			%	小数点以下1桁
		色素量[ヘモグロビン値 (Hb)]	/			g/dl	小数点以下1桁
任意項目	尿検査	尿潜血 ※1	/	- () ± () + () ++ ()	+++以上 ()		
医師の診断 ※1		異常なし ()	治療中 ()	経過観察 ()	要注意 ()	要検査 ()	
医療機関コード		医療機関住所					
医師名		医療機関名					

<長崎県国民健康保険団体連合会提出用>

- ※1：いずれかの()内に○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()内に○を記入する。
 - ※3：追加で検査を実施した場合、「追加検査実施」欄に左枠内に○を記入する。
 - ※4：最後に医師が総合的に判断した日を記入する。
 - ※5：血糖検査のHbA1cは必須項目、空腹時血糖および随時血糖は任意項目として設定しているが、空腹時血糖または随時血糖のいずれかがあれば、HbA1cを必須としない。
 - ※6：脂肪検査のLDLコレステロールを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）に代えることができる。ただし、Non-HDLコレステロールを記入する場合は実施要領の12.注意事項④に注意すること。
- 情報提供書の請求は、請求書、情報提供書（裏面：質問票兼同意書）を添付し、国保連合会へ送付ください。

別紙2

「様式-1904015」

【平成 ・ 令和 年 月請求分】特定健診の情報提供書（質問票兼同意書）		様式 1 9 0 4 0 1 5				
【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（ ）内に○を記入してください				
	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（ ）			
	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）			
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）			
2	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。	はい（ ）	いいえ（ ）			
3	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。	はい（ ）	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。	はい（ ）	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。	はい（ ）	いいえ（ ）			
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）			
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）			
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方）	はい（ ）	いいえ（ ）			
9	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（ ）			
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。	はい（ ）	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。	はい（ ）	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。	はい（ ）	いいえ（ ）			
13	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。	何でもかめる（ ）	かみにくいことがある（ ）	ほとんどかめない（ ）		
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	速い（ ）	普通（ ）	遅い（ ）		
15	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（ ）			
16	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。	はい（ ）	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。	毎日（ ）	時々（ ）	ほとんど飲まない（飲めない）（ ）		
19	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（180ml）の目安： ビール500ml、焼酎25度（110ml）、 ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml） ※問18が「ほとんど飲まない」方は「1合未満」を選択して下さい。	1合未満（ ）	1～2合未満（ ）		2～3合未満（ ）	
			3合以上（ ）			
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい（ ）	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。	改善するつもりはない（ ）				
		改善するつもりである（ ）				
		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。（ ）				
		既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）（ ）				
		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保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	はい（ ）	いいえ（ ）			

【本人同意欄（自筆）】

この情報提供書（質問票兼同意書）を _____ 市・町 _____ 国保組合 _____ に提出することに同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏名

*該当する元号を選択

●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。 <長崎県国民健康保険団体連合会提出用>

別紙3

受付締切日及び支払日等一覧(平成31年度)

請求月 (医療機関→国保連合会)	受付締切日 (医療機関→国保連合会)	保険者への請求日 (国保連合会→保険者)	支払日 (国保連合会→医療機関)
平成31年 4月	4月 5日 (金)	5月 14日 (火)	5月 27日 (月)
令和元年 5月	5月 8日 (水)	6月 11日 (火)	6月 27日 (木)
6月	6月 5日 (水)	7月 9日 (火)	7月 26日 (金)
7月	7月 5日 (金)	8月 9日 (金)	8月 27日 (火)
8月	8月 5日 (月)	9月 6日 (金)	9月 27日 (金)
9月	9月 5日 (木)	10月 9日 (水)	10月 28日 (月)
10月	10月 7日 (月)	11月 11日 (月)	11月 27日 (水)
11月	11月 5日 (火)	12月 11日 (水)	12月 26日 (木)
12月	12月 5日 (木)	1月 14日 (火)	1月 27日 (月)
令和2年 1月	1月 7日 (火)	2月 7日 (金)	2月 26日 (水)
2月	2月 5日 (水)	3月 9日 (月)	3月 27日 (金)
3月	3月 5日 (木)	4月 8日 (水)	4月 27日 (月)