

<委託者>

全国建設工事業国民健康保険組合（建設国保）

<受託者>

公益社団法人 日本人間ドック学会

一般社団法人 日本病院会

傘下の医療機関

特定健診等事業の実施における留意事項

令和4年3月

1. 対象者

- 全国建設工事業国民健康保険組合（以下「当組合」という）では、4月1日現在で加入している40歳以上の被保険者（組合員と家族）全員に「特定健診受診券」を発券しております。
- 被保険者が特定健診を受診する際は、必ず受診券と被保険者証が必要となります。

2. 特定健診の基本項目

- 空腹時血糖とHbA1cは両方実施する。（血糖検査は食後であっても実施）
- 基本項目の単価は7,150円（6,500円+税）で全額組合負担です。貴機関が他の契約（医師会等が取りまとめている集合B契約等）にも締結している場合は、委託契約書第7条2項に基づき、安価な単価を優先して請求してください。

3. 特定健診の詳細項目

- 医師の判断で詳細項目を実施する場合は、標準的な健診・保健指導プログラム（改訂版）の判定基準（委託契約書の別紙4参照）に該当したうえで医師の判断で実施し、受診者に十分な説明を行い、医療保険者に送付する結果データにおいてその理由を詳述してください。（この場合の費用負担は全額組合負担）

4. 費用・健診データの送付先は所在地の国保連合会です（支払基金ではありません!）

- 受診券を利用して「特定健診基本項目」・「詳細項目」・「人間ドック」を受診した場合の健診結果データはXML形式で、費用請求は所在地の国保連合会に送付してください。
- 厚労省指定のファイル形式（XML）で、健診終了後、所在地の国保連合会に請求できることが健診実施の条件となります。
- 当組合では、あらかじめ受診者に「組合指定医療機関リスト」を配付し特定健診・人間ドック・特定保健指導について受診可能な実施機関を「○」、「×」で標記し周知しています。この情報は今年度「ドック学会」から提示された情報を基に作成しています。

5. 人間ドックについて

- 特定健診の必要項目を含んでいれば、実施機関の定めた健診項目で人間ドックを実施してかまいません。なお、人間ドックの費用については、保険者負担上限額 7,150 円（6,500 円+税）を越えた金額は、健診当日、受診者から徴収してください。（詳しくは次項 6. 受診券の※3 を参照）
- 健診終了後、実施した特定健診の必要項目を厚労省指定のファイル形式で、所在地の国保連合会に提出すること。

6. 受診券について

当組合の受診券の標記は下記のようになっています。

| 健診内容 | | 実施形態 | 窓口の自己負担 | | | 保険者負担 上限額 | | |
|-----------|--------|----------|---------|------|--------|--------------|----|----|
| | | | 負担額 | 同時実施 | 負担率 | | | |
| 特定健診 | 基本項目 | 個別 | 0円 | — | — | — | ※1 | |
| | | 集団 | 0円 | — | — | | | |
| | 詳細項目 | 貧血 | 個別 | 0円 | — | — | — | ※2 |
| | | | 集団 | 0円 | — | — | | |
| | | 心電図 | 個別 | 0円 | — | — | | |
| | | | 集団 | 0円 | — | — | | |
| 眼底 | 個別 | 0円 | — | — | — | | | |
| | 集団 | 0円 | | | | | | |
| 血清クレアチニン | 個別 | 0円 | — | — | — | | | |
| | 集団 | 0円 | — | — | — | | | |
| 特定健診以外の項目 | 生活機能評価 | 生活機能チェック | — | — | — | — | | |
| | | 生活機能検査 | — | — | — | — | | |
| | 追加健診 | — | — | — | — | — | | |
| 人間ドック | | 個別 | — | — | 7,150円 | ※3 | | |
| | | 集団 | — | — | 7,150円 | | | |

※1
基本項目（7,150円）は全額組合負担です。自己負担なし。

※2
詳細項目については国の定めた判定基準で、医師が判断して実施した場合は、全額組合負担です。本人が希望して行う場合は、全額自己負担です。

※3

- 健診終了後、実施した特定健診の項目を厚労省指定のファイル形式で、所在地の国保連合会に、請求区分コード「5」で提出してください。
- 人間ドックを受診した場合、特定健診基本項目（※1）と詳細項目（※2）の助成は受けられません。

- 受診券の有効期限 : 令和5年1月31日
- 受診券は6月中旬に、対象者個人宅に配送いたします。
受診券裏面の問診票は、受診者が記入するよう周知しています。
- 受診券を利用した場合の請求区分パターンは、以下の3通りです。

- 請求区分「1」 特定健診基本項目のみ実施
- 請求区分「2」 特定健診基本項目＋詳細項目を実施
- 請求区分「5」 人間ドックを実施

《注意！》

当組合の場合

- 左記3とおり以外の請求パターンは存在しません
- （例えば）
「特定健診基本項目＋人間ドック」の請求を国保連合会に提出すると返戻され、誤請求分は実施機関払いとなります。
- 人間ドックを実施した場合の請求区分は必ず「5」として国保連合会に請求して下さい。

7. 保健指導について

建設国保の資格を喪失していると費用の請求ができません。保健指導で継続指導を実施する際、都度当組合の資格の有無をご確認していただくようお願いいたします。（建設国保脱退後も保健指導を利用していた者が散見されたため）

8. その他

詳細事項は委託契約書をご参照ください。

令和4年度 特定健康診査受診券（裏面）

（裏面）

注意事項

1. この券の交付を受けたときは、すぐに、下記の住所欄にご自宅の住所を自署してください。
（特定健康診査受診結果等の送付に用います。）
2. 特定健康診査を受診するときには、受診券と被保険者証を窓口提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
3. 特定健康診査は受診券に記載してある有効期限内に受診してください。
4. 特定健康診査受診結果は、受診者本人に対して通知するとともに、保険者等において保存し、必要に応じ、保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
また、この券で受診する追加項目、その他（人間ドック）健診についても同様です。
5. 健診結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
6. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用するの受診はできません。
すみやかにこの券を保険者等にお返しください。
7. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
8. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者等に差し出して訂正を受けてください。

| | |
|----|---|
| 〒 | — |
| 住所 | |

特定健康診査問診票

下記の質問に回答してください。（あてはまる番号に○印をつけてください）

- | | |
|---|---|
| <p>1. 現在、a からcの薬の使用の有無</p> <p>a. 血圧を下げる薬を使用していますか。 （ 1. はい 2. いいえ ） 3</p> <p>b. 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。 （ 1. はい 2. いいえ ） 4</p> <p>c. 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。 （ 1. はい 2. いいえ ） 5</p> | <p>11. 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。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1. 何でもかんで食べることができる</p> <p>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</p> <p>3. ほとんどかめない</p> </div> <p style="text-align: right;">} 15</p> |
| <p>2. 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 ） 6</p> <p>3. 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 ） 7</p> <p>4. 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。 （ 1. はい 2. いいえ ） 8</p> <p>5. 医師から、貧血といわれたことがありますか。 （ 1. はい 2. いいえ ） 9</p> | <p>12. 人と比較して食べる速度が速いですか。 （ 1. 速い 2. ふつう 3. 遅い ） 16</p> <p>13. 就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。 （ 1. はい 2. いいえ ） 17</p> <p>14. 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。 （ 1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど摂取しない ） 18</p> <p>15. 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 ） 19</p> |
| <p>6. 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、「合計100本以上、又は6か月以上吸っている者」であり、最近1か月間も吸っている者） （ 1. はい 2. いいえ ） 10</p> <p>7. 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 ） 11</p> <p>8. 1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。 （ 1. はい 2. いいえ ） 12</p> <p>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ますか。 （ 1. はい 2. いいえ ） 13</p> <p>10. 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 ） 14</p> | <p>16. 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。 （ 1. 毎日 2. 時々 3. ほとんど飲まない（飲めない） ） 20</p> <p>17. 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） （ 1. 1合未満 2. 1～2合未満 3. 2～3合未満 4. 3合以上 ） 21</p> <p>18. 睡眠で休養が十分とれていますか。 （ 1. はい 2. いいえ ） 22</p> <p>19. 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。</p> <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>1. 改善するつもりはない</p> <p>2. 改善するつもりである（概ね6か月以内）</p> <p>3. 近いうちに（概ね1か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている</p> <p>4. 既に改善に取り組んでいる（6か月未満）</p> <p>5. 既に改善に取り組んでいる（6か月以上）</p> </div> <p style="text-align: right;">} 23</p> <p>20. 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。 （ 1. はい 2. いいえ ） 24</p> |

令和3年度 特定保健指導利用券（裏面）

注意事項

（裏面）

1. 特定保健指導を利用するときには、利用券と被保険者証を窓口提出してください。どちらか一方だけでは受診できません。
2. 医療機関に受診中の場合、主治医に特定保健指導を受けても良いかどうかを確認してください。
3. 特定保健指導は利用券に記載してある有効期限内に利用してください。
4. 窓口での自己負担は、原則、特定保健指導開始時に全額をお支払い頂きます。なお、全額徴収できない場合は、次回以降利用時以降にもお支払い頂きます。
5. 特定保健指導の実施結果は保険者等において保存し、必要に応じ、次年度以降の保健指導等に活用しますので、ご了承の上、受診願います。
6. 保健指導結果のデータファイルは、決済代行機関で点検されることがある他、国への実施結果報告として匿名化され、部分的に提出されますので、ご了承の上、受診願います。
7. 被保険者の資格が無くなったときは、この券を使用しての受診はできません。すみやかにこの券を保険者等にお返してください。
8. 不正にこの券を使用した者は、刑法により詐欺罪として懲役の処分を受けることもあります。
9. この券の記載事項に変更があった場合には、すぐに保険者に差し出して訂正を受けてください。

| | |
|-------|-------|
| 〒 | — |
| ----- | |
| 住所 | ----- |
| ----- | |

(表面)

宛名用窓枠 100×55

999-9999
東京都〇〇区NN坂9丁目9番9号
9号棟999号室
健診 太郎 様

00000001

- ・特定保健指導を実施していない医療機関もあります。この場合は「訪問型」を利用してください。
- ・実施途中で組合員資格を喪失した場合、資格喪失日以後の費用は自己負担となります。継続指導の際も、資格の確認をお願いします。

注意事項

- ・「通院型」を利用する際には、直接、医療機関に電話で予約してください
- ・「利用券」と「保険証」を必ず持参してください

被保険者用特定保健指導利用券（2回目以降）

2022年(令和4年) 9月 1日交付

保険者番号 00133298
氏名 健診 太郎

利用券整理番号 21200000001

性別 男

保健指導実施機関名 _____

| 保健指導実施予定 | | |
|---|----------------|----|
| 指導形態 | 予定日 | 実施 |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |
| <input type="checkbox"/> 個別 <input type="checkbox"/> グループ <input type="checkbox"/> 電話 <input type="checkbox"/> メール | 年 月 日 AM PM | |

| 行動目標・行動計画 | |
|----------------------|-----------|
| 腹囲 | 行動目標/行動計画 |
| 体重 | |
| 収縮期血圧(上の血圧) | |
| 拡張期血圧(下の血圧) | |
| 1日の削減 目標エネルギー量 | |
| 1日の運動による 目標エネルギー量 | |
| 1日の食事による 目標エネルギー量 | |

特定保健指導利用券

2022年(令和4年) 9月 1日交付

利用券整理番号 21200000001

受診券整理番号 21100000001

受診者の氏名 健診 太郎

性別 男

生年月日 1957年(昭和 32年) 12月 31日

有効期限 2023年(令和 5年) 3月 31日

| 特定保健指導区分 | 窓口の自己負担※ | | 保険者負担上限額 |
|----------|----------|-----|----------|
| | 負担額 | 負担率 | |
| 積極的支援 | 0円 | — | — |

※自己負担額は初回利用時の負担として、特定保健指導開始時に全額徴収

保険者所在地 中央区日本橋箱崎町12-4

保険者電話番号 03-5652-7032

保険者番号・名称 00133298



全国建設工事業国民健康保険組合

契約とりまとめ機関名 集合A・集合B① 医師会 個別契約

支払代行機関番号 ※1 91399022

支払代行機関名 ※1 東京都国民健康保険団体連合会

※1 実施機関の所在する国保連合会番号、名称に読み替えてください

差出人用窓枠

〒103-0015
東京都中央区日本橋箱崎町12-4

全国建設工事業国民健康保険組合
事業課 保健事業推進係

TEL 03-5652-7032