

# 茨城県医師会特定健康診査集合契約における電子化代行について

## 1 質問票への記入

「協会けんぽ」の被保険者証等記号番号の記載例

例) **08** - **12 345678** - **90123**    ハイフンが二ヶ所ある場合は、前のハイフンを削除し後半のハイフン以下を番号とします。

頭2桁の県番号を削除    スペース(またはハイフン)を詰めた8桁を所定の欄に記載

1枚目    茨城県医師会 特定健康診査・健康診査質問票    受診者記入用

受診者情報	〒	住所	市・区・町	
	カナ氏名			
	生年月日	(T)大正 (S)昭和 (H)平成	年	月
	受診券番号	受診券有効期限	20	年
性別	性 別	(1)男 (2)女		

### 質問票項目

質問	選択肢	回答
1 血圧を下げる薬を使用していますか	① はい ② いいえ	1
2 インスリン注射又は血糖を下げる薬を使用していますか	① はい ② いいえ	2
3 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	3
4 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りますか	① はい ② いいえ	4
5 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りますか	① はい ② いいえ	5
6 医師から慢性腎臓病や腎不全にかかっていると言われたり、治療(人工透析)を受けていますか	① はい ② いいえ	6
7 医師から貧血と言われたことがありますか	① はい ② いいえ	7
8 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・2両方満たす者である 条件1 最近1か月間吸っている 条件2 生涯で6か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている)	① はい(条件1・2両方満たす) ② 最近1か月間は吸っていない(条件2のみ満たす) ③ いいえ	8
9 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	9
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	① はい ② いいえ	10
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	① はい ② いいえ	11
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	① はい ② いいえ	12
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 ① 何でもかんで食べることができる ② 歯や舌がき、かみ合わせなど気になる部分があり、かみにくいことがある ③ ほとんどかめない		13
14 人と比較して食べる速度が速いですか	① 速い ② 普通 ③ 遅い	14
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	① はい ② いいえ	15
16 朝食の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	16
17 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	17
18 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)の飲む頻度はどの程度ですか (※「やめた」とは、過去に1回以上の習慣的な飲酒歴があった者の内、最近1年以上酒類を摂取していない者)	① 毎日 ② 週5~6日 ③ 週3~4日 ④ 週1~2日 ⑤ 月1~3日 ⑥ 月に1日未満 ⑦ やめた ⑧ 飲まない(飲めない)	3
19 飲酒日の1日当たりの飲酒量はどの程度ですか (※日本酒1合(アルコール度数18度・180ml)の目安、ビール1杯(同5度・500ml)、焼酎1杯(同25度・約110ml)、ワイン1杯(同14度・約180ml)、ウイスキー1杯(同43度・60ml)、缶チューハイ(同5度・約500ml)、同7度・約350ml)	① 1合未満 ② 1~2合未満 ③ 2~3合未満 ④ 3~5合未満 ⑤ 5合以上	1
20 睡眠で休養が十分にとれていますか	① はい ② いいえ	20
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 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か月以内) ③ 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 ④ 既に改善に取り組んでいる(6か月未満) ⑤ 既に改善に取り組んでいる(6か月以上)		21
22 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか	① はい ② いいえ	22

必ず記載

- ・ 千番号はお忘れなく。
  - ・ 氏名はカタカナです。
  - ・ 受診者本人が記載される場合には、必ず医療機関でチェックしてください。
- (複写なので強めにご記入ください。)

質問1・2・3・8は必須項目です。

複写式のため太枠以外の部分には記入しないでください

質問18で「⑦やめた」と「⑧飲まない(飲めない)」と回答された場合、質問19は「①1合未満」になります。

- 太枠線の中の項目をご記入下さい。
- 質問への回答は、強めにしっかりとした大きな字で、太枠線の中に数字を記入してください。
- この用紙は、折り曲げないでください。

# 茨城県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

## 2 記録票への記入

2枚目 茨城県医師会 特定健康診査記録票 代行入力提出用

受診者情報	〒	住所	市・区・町・丁目
氏名	カナ氏名	姓	名
生年月日	(J)入生 (S)昭和 (H)平成	年	月 日
受診券番号	(1) 受診券番号	20	年 月 日
保険者番号	(2) 保険者番号		性別
			(1)男 (2)女

年号は必ず西暦で記入してください。

国保の場合「67」で始まる退職者国保の番号を記載されるケースがありますが、「67」から始まる保険者番号は契約上存在しません。保険証から転記される場合は、「67」を外して記載してください。

基本項目	詳細項目	質問票	回答
既往歴	今回実施する理由 (1) 質問票 (2) 診察	1	
自覚症状	検査項目	2	
他覚症状	判定	3	
身長	実施情報・提出先	4	
体重		5	
収縮期血圧		6	
拡張期血圧		7	
空腹時血糖		8	
HbA1c		9	
HDLコレステロール		10	
LDLコレステロール		11	
AST(GOT)		12	
ALT(GPT)		13	
γ-GT(γ-GTP)		14	

心電図、眼底それぞれの検査は、メタボリックシンドローム基準該当の方だけが対象になります。全ての方に無条件で実施出来たり、本人の希望で実施出来るものではありませんし、生活習慣病関連疾患を治療中の方も対象外となります。また、実施した場合は、理由を必ず1つ選択してください。

既往歴・自覚・他覚症状の「その他」にははっきりと見やすく記入をお願い致します。

空腹時血糖は(2)、随時血糖は(3)の選択をお願い致します。

HbA1cはNGSP値での報告になります。

・実施機関番号(10桁)  
・実施機関名  
・医師の氏名  
はっきりと見やすく記入をお願い致します。

実施機関名がスタンプの場合は2枚目以降4枚目まで押すようにしてください。

貧血・心電図・眼底の検査を受診の方は必ず詳細の金額を記入してください。

保険者への請求金額を記入して下さい。

〈基本健診のみの場合〉

- ①自己負担なしの場合  
請求金額欄は8,793円
- ②自己負担1,000円の場合  
請求金額欄は7,793円
- ③保険者上限7,150円の場合  
請求金額欄は7,150円

〈基本健診+貧血の場合〉

基本健診の単価に貧血の単価をプラス

- ①自己負担なしの場合 (詳細も負担なし)  
請求金額欄は8,793+231=9,024円
- ②自己負担1,000円の場合 (詳細負担なし)  
請求金額欄は7,793+231=8,024円
- ③保険者上限7,150円の場合  
請求金額欄は7,150+231=7,381円

詳しくは、P79~80をご覧ください。

# 茨城県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

## 3 記録票記入漏れについての対応

入力票を提出いただく中で「記載漏れ」の場合、事務的な判断で、以下のような対応をさせていただきます場合がございます。なお、どうしても判別のつかない場合は、医療機関ご担当者様宛てに電子化代行業者からご確認のファクス・お電話をいたしますので、速やかにご回答ください。ご了承の程宜しくお願いいたします。

2枚目		茨城県医師会 特定健康診査記録票										代行入力提出用													
受診者情報	氏名	住所										市・区・町													
	カナ氏名																								
	生年月日	(7)大正 (8)昭和 (9)平成	年	月	日	受診券有効期限	20	年	月	日	性別														
	受診券番号	受診者番号										(9桁)	性別	(1)男 (2)女											
基本項目												詳細項目												質問票	
既往歴	所見	※測定出来なかった場合は「測定不能」の山「ア」マークを付けて下さい。										※測定出来なかった場合は「測定不能」の山「ア」マークを付けて下さい。												回答	
口唇症状	所見											今回実施する理由 (1) 質問票 (2) 診察													
他寄症状	所見											赤血球数												1	
身長	測定											血色素量												2	
体重	測定											ヘマトクリット値												3	
BMI	計算											該当年度精算に基づき 今回実施する理由												4	
収縮期血圧	測定											所見・判定区分												5	
拡張期血圧	測定											(1) 軽度異常 (2) 異常 (3) 要観察 (4) 要精密検査												6	
空腹時血糖	測定											該当年度精算に基づき 今回実施する理由												7	
HbA1c(NGSP法)	測定											コースワグナー分類												8	
中性脂肪	測定											シイエ分類S												9	
HDLコレステロール	測定											シイエ分類H												10	
LDLコレステロール	測定											スコII分類												11	
non-HDLコレステロール	測定											Wong-Mitchel分類												12	
AST(GOT)	測定											夜交Diavis分類												13	
ALT(GPT)	測定											その他所見												14	
γ-GT(γ-GTP)	測定											追加項目または詳細項目 ※2017年度受診し必須です												15	
受診者窓口負担情報														判定		16									
基本情報	受診者負担区分										項目名										17				
詳細情報	受診者負担区分										実施日										18				
実施情報・提出先														19											
実施日														20											
実施機関番号														21											
実施機関名称														22											
医師の氏名																									

既往歴、自覚、他覚症状に記載をされた場合、必ず所見を「(1)あり」としてください。何も記載がない場合は、全て「(2)なし」で処理いたします。

**血糖**  
 ・採血時間未記入：血糖値のみまたは血糖値とHbA1c両方記入ある場合は「食後10時間以上」として報告  
 ・採血時間未記入：HbA1cのみ記入の場合は「食後3.5時間未満」として報告  
 ・食後3.5時間未満：血糖値がある場合「食後10時間未満」として報告

受診券に記載されている内容を転記してください。斜線が引かれている場合は、受診者負担無し（0円）です。基本・詳細ともに斜線の場合は全て受診者負担無し（0円）。基本が1,000円で詳細が斜線の場合は、詳細は受診者負担無しとなります。詳細健診を実施していない場合は、詳細の枠への記入はしないでください。

医師の判断が無記入の場合、「特記事項なし」で処理いたします。

# 茨城県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

## 4 不備データヒアリングの流れ

医療機関様をご記入頂く記録票に不備があった際は電子化代行業者よりFAX、もしくはお電話にてヒアリングをおこないます。ご連絡があった場合は速やかに確認を行いご回答をお願い致します。

### ①不備内容の確認

2枚目 茨城県医師会 特定健康診査記録票 代行人力提出用

〒 310-0852 住所 水戸市 区 東 町 489 茨城県メディカルセンター4F

カネ氏名 トクテイ タロウ

生年月日 (1)明治 (2)大正 (3)昭和 25年 06月 05日 受診券番号 2024年03月31日

受診券番号 (11桁) 2310123456 保険者番号 (8桁) 98765432 性別 (1)男 (2)女

被保険証番号 ICM5-01234567



上記のように受診券整理番号が1桁足りない場合など不備があった際は弊社のスタッフよりご連絡をさせていただきます。

### ②医療機関様へ問い合わせ

(エラーリストサンプル)

121099999 特定健診 受付エラーリスト (令和6年度) 作成日 2024/00/00

〇〇病院 御中 特定健診ご担当者様 FAX 043-999-999 TEL 043-999-999

下記エラー状況について、即答期限日までにFAXにてご回答ください。

順	受診券番号	受診券番号	記号	性別	受診者氏名	生年月日	受診日	異常項目	内容	訂正	担当
1	001246008	20100600001	11	男	アイウエオ	1950101	20210201	受診者(自己) 内容が未記入です	訂正	訂正	12002-3
2	001246008	20100600002	22	男	カキクケコ	1950101	20210205	健康(自血値) 内容が未記入です	訂正	訂正	12002-35
3	001246008	20100600003	33	男	サシスセソ	1950101	20210210	新高度緑内障 内容が未記入です	訂正	訂正	12002-40

※ 不備の返信については期限内に早急なご返信をお願い致します。

訂正内容をご記入ください。

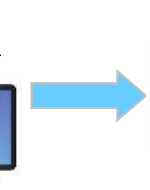
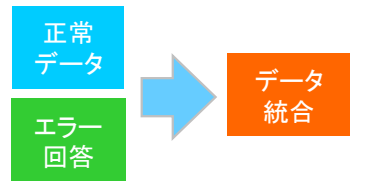


上記のようにFAX、またはお電話にてご連絡を差し上げます。医療機関様は不備の項目をご確認頂き、FAXであれば訂正内容の欄に記入後ご返信ください。お電話であれば速やかにお答え頂けるようお願い致します。

### ③その後の流れ

医療機関様

茨城県医師会



※ ヒアリングの回答が頂けない場合や回答を頂くのが遅い場合は当月処理として報告できない場合がございます。

## 5 決済情報記入の一例

### ① 基本健診が負担なしの場合

基本健診が負担なし(斜線表示など)  
 詳細健診が負担なし(斜線表示など)

※詳細を実施した場合は、  
 詳細の(1)負担無へマークし、金額を「0」  
 請求金額へ実施した検査の単価を加算して記載。  
 (貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

受診者窓口負担情報

	窓口負担区分		窓口負担内容(受診者情報)			
	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限	円	%
基本					0	%
詳細					0	%
請求金額						
保険者への請求金額→	8	7	9	3	円	

基本健診が負担なし(斜線表示など)  
 詳細健診が全額自己負担(定率100%)

※詳細を実施した場合は、  
 詳細の(3)定率へマークし、「100」  
 実施した検査の単価を受診者から徴収してください。  
 (貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

受診者窓口負担情報

	窓口負担区分		窓口負担内容(受診者情報)			
	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限	円	%
基本					0	%
詳細			100		0	%
請求金額						
保険者への請求金額→	8	7	9	3	円	

### ② 基本健診が定額1,000円の場合

基本健診が定額1,000円  
 詳細健診が負担なし(斜線表示など)

※詳細を実施した場合は、  
 詳細の(1)負担無へマークし、金額を「0」  
 請求金額へ実施した検査の単価を加算して記載。  
 (貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

受診者窓口負担情報

	窓口負担区分		窓口負担内容(受診者情報)			
	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限	円	%
基本		1000			0	%
詳細					0	%
請求金額						
保険者への請求金額→	7	7	9	3	円	

### ③ 基本健診が定率30%の場合

基本健診が定率30% \*  
 詳細健診が負担なし(斜線表示など)

\* 2,638円(小数点以下四捨五入)が受診者負担で、  
 残額6,155円が保険者への請求額になります。

※詳細を実施した場合は、  
 詳細の(1)負担無へマークし、金額を「0」  
 請求金額へ実施した検査の単価を加算して記載。  
 (貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

受診者窓口負担情報

	窓口負担区分		窓口負担内容(受診者情報)			
	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限	円	%
基本			30		0	%
詳細					0	%
請求金額						
保険者への請求金額→	6	1	5	5	円	

## 6 「協会けんぽ」の決済情報記入について

「協会けんぽ」は保険者上限額を、基本健診7,150円、詳細健診3,400円と設定しています。これは、この額までは保険者が支払うというもので、健診受診者は本会単価8,793円からの差額1,643円を窓口で支払うこととなります。

これは、基本健診と詳細健診を実施した場合でも1,643円です。  
 (※ 詳細健診を実施した場合、詳細健診における本会単価合計が3,069円で、保険者上限の3,400円に満たないため)電子化代行入力票を記入する際の注意点を以下にお示ししますので、ご参考にしてください。  
 基本健診に実施した詳細健診の単価をのせて請求金額とします。

### ① 基本健診のみの場合

基本の欄および請求金額の欄へは、基本健診保険者上限額の7,150円を記載。詳細の欄は空白。

※受診者自己負担の1,643円を記入する項目はありませんのでご注意ください。

受診者窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診者情報)				
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	7	1	5	0	円 %
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限					円 %
		請求金額				
保険者への請求金額→		7	1	5	0	円

### ② 基本健診+詳細健診の場合

基本の欄へ7,150円、詳細の欄へ3,400円を記載し、請求金額の欄へは、基本健診保険者上限額7,150円に実施した詳細検査の単価を加算して記載。  
 (貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

※基本健診+貧血の場合

受診者窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診者情報)				
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	7	1	5	0	円 %
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	3	4	0	0	円 %
		請求金額				
保険者への請求金額→		7	3	8	1	円

※基本健診+貧血+心電図の場合

受診者窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診者情報)				
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	7	1	5	0	円 %
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	3	4	0	0	円 %
		請求金額				
保険者への請求金額→		8	8	1	1	円

※基本健診+貧血+心電図+眼底の場合

受診者窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診者情報)				
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	7	1	5	0	円 %
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	3	4	0	0	円 %
		請求金額				
保険者への請求金額→		1	0	2	1	9円