

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

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

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。(複写なので強めに記入ください。)

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	姓	名	住所	市・区・町・村	受診者番号	20	年	月	日	性別	(1)男 (2)女
カナ氏名											
生年月日	(1)明治 (2)大正 (3)昭和	年	月	日	受診者番号	20	年	月	日	性別	(1)男 (2)女
受診者番号	(11桁)				保険者番号	(8桁)					
被保険者番号											

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、「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	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/遅い/普通/遅い	① はい ② いいえ	12
13 歩く速度が速い/遅い/普通/遅い	① 速い ② 普通 ③ 遅い	13
14 歩く速度が速い/遅い/普通/遅い	① はい ② いいえ	14
15 歩く速度が速い/遅い/普通/遅い	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど摂取しない	15
16 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	16
17 お酒(日本酒、焼酎、ビール、洋酒等)を飲む頻度はどの程度ですか	① 毎日 ② 時々 ③ ほとんど飲まない/飲めない	17
18 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(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) (※18で③ほとんど飲まない/飲めないを選択された場合は①1合未満を選択してください。)	① 1合未満 ② 1～2合未満 ③ 2～3合未満 ④ 3合以上	18
19 睡眠で栄養が十分にとれていますか	① はい ② いいえ	19
20 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)	20
21 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	21
22		22

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
「(3)飲まない」と
回答された場合、
質問19は
「(1)～1合」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	カナ氏名				
	生年月日	(1) 明治 (2) 大正 (3) 昭和	年	月	日
	受診券番号 (11桁)	保険者番号 (8桁)			
	被保険証 記号	被保険証 番号			
基本項目		詳細項目		質問票	
※測定出来なかった場合は「測定不能」の口にチェックを付けて下さい。		※測定出来なかった場合は「測定不能」の口にチェックを付けて下さい。			
既往歴	所見 (1) あり (2) なし その他 ()	今回実施する理由	(1) 質問票 (2) 診察	1	
自覚症状	所見 (1) あり (2) なし その他 ()	赤血球数 (男: 400~530 女: 360~480) 血色素量 (男: 13.1~16.6 女: 12.1~14.9) ヘマトクリット値 (男: 38.5~48.9 女: 35.5~43.9) 該当年度結果に基づき 今回実施する理由	(1) 質問票 (2) 診察	2	
他覚症状	所見 (1) あり (2) なし その他 ()	心電図 判定区分 (1) 軽度異常 (2) 異常 (3) 要観察 (4) 要精密検査	(1) 質問票 (2) 診察	3	
身体計測	身長	cm		4	
	体重	kg		5	
血圧	収縮期血圧 (〜129)	mmHg		6	
	拡張期血圧 (〜84)	mmHg		7	
尿糖	測定回数 (1) 1回目 (2) 2回目 (3) その他			8	
	尿蛋白	(1) ー (2) ± (3) + (4) ++ (5) +++ 以上		9	
血糖	空腹時血糖 (〜99)	mg/dl		10	
	HbA1c (NGSP値) (〜5.7%)	%		11	
血中脂質	HDLコレステロール (〜149)	mg/dl		12	
	LDLコレステロール (〜119)	mg/dl		13	
肝機能	AST (GOT) (〜30)	U/L		14	
	ALT (GPT) (〜30)	U/L		15	
受診券窓口負担情報		実施情報・提出先			
窓口負担区分		実施日		20 年 月 日	
窓口負担内容 (受診時負担)		提出先		(1) 国保連合会 (2) 支払基金	
基本 (1) 自己負担 (2) 定額 (3) 定率 (4) 保険者負担上限		実施機関番号		(10桁)	
詳細 (1) 自己負担 (2) 定額 (3) 定率 (4) 保険者負担上限		実施機関名		医師の氏名	
請求金額		医師の氏名			

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。

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。

詳しくは、P77～78をご覧ください。

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8,771円
- ②自己負担1,000円の場合
請求金額欄は7,771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8,771+231=9,002円
- ②自己負担1,000円の場合 (詳細負担なし)
請求金額欄は7,771+231=8,002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

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。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ICheck株式会社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。

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。

腹囲の実測方法が無記入で回答された場合は、全て「(1)実測」で処理いたします。

無記入で回答された場合は、全て「(1)1回目」で処理いたします。

空腹時血糖のみの場合は、「(2)10時間以上」に、HbA1cのみの場合は、「(3)食後3.5時間以上 10時間未満」で処理いたします。

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。

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		干 住所 市・区 町・村 カナ氏名 生年月日 (1) 明治 (2) 大正 (3) 昭和 年 月 日 受診券有効期限 20 年 月 日 受診券番号 (11桁) 保険者番号 (8桁) 性別 (1) 男 (2) 女 受診券証記号 受診券証番号			
基本項目		詳細項目 (※測定出来なかった場合は「測定不能」の口にチェックを付けて下さい。)		質問票	
※測定出来なかった場合は「測定不能」の口にチェックを付けて下さい。 既往歴 (1) あり (2) なし 自覚症状 (1) あり (2) なし 他覚症状 (1) あり (2) なし 身体計測 身長 cm 体重 kg BMI 腹囲 cm (1) 実測 (2) 自己測定 血圧 (収縮期血圧 (mmHg) 拡張期血圧 (mmHg) 測定回数 (1) 1回目 (2) 2回目 (3) その他 尿糖 (1) - (2) ± (3) + (4) ++ (5) +++ 以上 尿蛋白 (1) - (2) ± (3) + (4) ++ (5) +++ 以上 空腹時血糖 (mg/dl) (2) 食後10時間以上 (3) 食後3.5時間以上10時間未満 (4) 食後3.5時間未満 HbA1c (NGSP値) (%) (2) 10時間以上 (3) 食後3.5時間以上10時間未満 (4) 食後3.5時間未満 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) non-HDLコレステロール (mg/dl) AST (GOT) (U/l) ALT (GPT) (U/l) γ-GT (γ-GTP) (U/l) 肝機能		今回実施する理由 (1) 質問票 (2) 診察 赤血球数 (万/mm ³) 血色素量 (g/dl) ヘマトクリット値 (%) 心電図 (1) あり (2) なし 所見・判定区分 (1) 軽度異常 (2) 異常 (3) 要観察 (4) 要精密検査 該当年度結果に基づき今回実施する理由 (1) 質問票 (2) 診察 キースワグナー分類 (1) 0 (2) I (3) IIa (4) IIb (5) III (6) IV シェイエ分類S (1) 0 (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 シェイエ分類H (1) 0 (2) 1 (3) 2 (4) 3 (5) 4 SCOTT分類 (1) Ia (2) Ib (3) II (4) IIIa (5) IIIb (6) IV (7) Va (8) Vb (9) VI (10) 正常 Wong-Mitchell分類 (1) 所見なし (2) 軽度 (3) 中等度 (4) 重度 改良Davis分類 (1) 網膜症なし (2) 単純網膜症 (3) 増殖前網膜症 (4) 増殖網膜症 その他所見 (1) あり (2) なし 追加項目または詳細項目 ※2017年度より必須です。 クレアチニン (mg/dl) eGFR (ml/min/1.73m ²) (1) 追加項目として実施 (2) 詳細項目として実施 判定 項目名 健診判定 (1) 基準該当 (2) 予備群該当 (3) 未該当 (4) 判定不能 (1) 異常認めず (2) 要観察 (3) 要指導 (4) 治療中 (5) 要医療 医師の判断 テンテン 実施情報・提出先 実施日 20 年 月 日 提出先 (1) 国保連合会 (2) 支払基金 実施機関番号 実施機関名称 (※必ず明記下さい) ゴム印可 医師の氏名			
受診券窓口負担情報					
窓口負担区分 窓口負担内容 (※斜線は0円) 基本 (1) 負担額 (2) 免除 (3) 免除率 (4) 保険者負担上限 詳細 (1) 負担額 (2) 免除 (3) 免除率 (4) 保険者負担上限 請求金額 円					

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

医療機関様にご記入頂く記録票に不備があった際はICheck株式会社(入力業者)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 代行入力提出用

〒	3	1	0	-	0	8	5	2	住所	水戸市 区 東 町 489 茨城県メディカルセンター4F														
カナ氏名	トクテイ タロウ																							
生年月日	(1) 明治	(2) 大正	(3) 昭和	2	5	年	0	6	月	0	5	日	受診券	2	0	2	2	年	0	3	月	3	1	日
受診券番号	(11桁) 2 2 1 0 1 2 3 4 5 6										(8桁) 9 8 7 6 5 4 3 2													
被保険証番号	ICMS-										0 1 2 3 4 5 6 7													
性別	(1) 男 (2) 女										(1) 男 (2) 女													



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

ICheck(アイチェック)株式会社と申します。
茨城県医師会様より特定健診結果のデータ作成業務を代行させて頂いております。
この度、下記の健診結果に不備がございましたので、該当箇所をご確認後、訂正内容をご記入の上、
5月5日(木)15:00 までに下記宛先までご返信ください。お手数ではございますが、何卒宜しくお願い致します。
また、不明な点等ございましたらお気軽にお問い合わせ下さいませ。
尚、ご回答が期日に間に合わない場合は、次月へ繰越とさせていただきますので、ご了承下さいませ。

ICheck株式会社 FAX: 050-3737-2235 ☎: 03-5839-2575

氏名	生年月日	受診日	確認箇所(不備内容)	訂正内容(訂正後記入して下さい)
トクテイ タロウ 様	1950/06/05	2022/04/01	受診券整理番号(記入10桁(11桁をご確認ください))	
ホケニカ 国体	1959/12/25	2022/04/02	腹囲(未記入)	

※ 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。

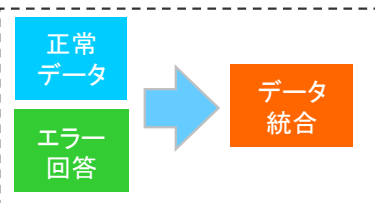


上記のようにFAX、またはお電話にてご連絡を差し上げます。医療機関様は不備の項目をご確認頂き、FAXであれば訂正内容の欄に記入後にICheck(アイチェック)株式会社までご返信ください。お電話であれば速やかにお答え頂けるようお願い致します。

③その後の流れ

※回答期限を過ぎたものは翌月請求に繰越

医療機関様



健診システム



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。

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

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)

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)

受診券窓口負担情報

窓口負担区分				窓口負担内容(受診券情報)			
基本	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限		0	円
詳細	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限		0	円

保険者への請求金額→

請求金額				
8	7	7	1	円

受診券窓口負担情報

窓口負担区分				窓口負担内容(受診券情報)			
基本	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限		0	円
詳細	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限	1	0	円

保険者への請求金額→

請求金額				
8	7	7	1	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)

受診券窓口負担情報

窓口負担区分				窓口負担内容(受診券情報)			
基本	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限	1	0	円
詳細	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限		0	円

保険者への請求金額→

請求金額				
7	7	7	1	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)

* 2,631円(小数点以下四捨五入)が受診者負担で、
残額6,140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)

受診券窓口負担情報

窓口負担区分				窓口負担内容(受診券情報)			
基本	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限	3	0	円
詳細	(1)負担無	(2)定額	(3)定率	(4)保険者負担上限		0	円

保険者への請求金額→

請求金額				
6	1	4	0	円

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

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8,771円からの差額1,621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1,621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、ご参考になしてください。
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1,621円を記入する項目はありませんのでご注意ください。

受診券窓口負担情報

窓口負担区分				窓口負担内容(受診券情報)			
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	%

保険者への請求金額→

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

受診券窓口負担情報

窓口負担区分				窓口負担内容(受診券情報)			
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	%

保険者への請求金額→

請求金額			
7	3	8	1
円			

※基本健診＋貧血＋心電図の場合

受診券窓口負担情報

窓口負担区分				窓口負担内容(受診券情報)			
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	%

保険者への請求金額→

請求金額			
8	8	1	1
円			

※基本健診＋貧血＋心電図＋眼底の場合

受診券窓口負担情報

窓口負担区分				窓口負担内容(受診券情報)			
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	%

保険者への請求金額→

請求金額			
1	0	2	1
9 円			