

Step 1 ①国保の資格確認 ②特定健診の受診状況確認

① 国保被保険者が確認をしてください

マイナ保険証等で国保の資格をお持ちか確認してください。
 ➔ 資格なしの場合は対象外となりますので、提出は不要です。

② 特定健診の受診状況を確認してください

ご本人に口頭で市町村が実施している特定健診を受診していないか確認してください
 ➔ 既に受診済の場合は対象外となりますので、提出は不要です。

Step 2 本人記載事項の確認

注意！
 特に質問票の1、2、3、8は必須項目となります。
 記載漏れに注意してください（図表1②赤破線）

図表1の青破線囲み①②が漏れなく記載されているか確認してください

Step 3 身長・体重・腹囲の測定

注意！ 小数点第1位まで記載ください

身長・体重・BMI・腹囲を測定し、図表1の青破線囲み③に記載して下さい

注意！ 特に腹囲の測定忘れにご留意ください

図表1

情報提供票

質問票

図表2の赤枠囲み部分は原則全て記入をお願いします

①

○被保険者情報
マイナ保険証等の情報を御確認ください

②

○身体測定
受診時に測定をお願いします。

小数点第1位まで記載

③

○問診・診察
・既往歴はこれまでかかったことのある主要な病名を選択してください。
・自覚、他覚症状は主要なものを一つ記載ください。

④

○血中脂質・血糖検査
・脂質及び血糖で空腹時、随時の整合性が取れているか確認してください。
・HbA1cは小数点第1位まで記載ください。

小数点第1位まで記載

⑤

○医師の総合判断日
「医師の総合判断日」は、医師が検査結果をもとに「医師の判断」を実施した日付を記入してください。（特定健診の受診日として取り扱う日付となります。）

図表2

記入は、鉛筆以外（ボールペン等で消えないインクのもの）をお願いします。

特定健診 情報提供票

【同意欄（署名）】
当医療機関で実施した検査結果を、特定健診に準じた結果表として被保険者に提供することに同意します。
令和 年 月 日 氏名 _____

【被保険者情報】医療機関記入欄
※赤枠内は記入漏れのないようにお願いします。

保険者番号	0 0	フリガナ	
被保険者証 記号・番号		氏名	
受診券整理番号		性別・年齢	男・女 ()歳
		生年月日	昭和 年 月 日

【検査結果等】医療機関記入欄

項目	検査結果・所見内容など	留意事項	
② 身体測定	身長	cm	
	体重	Kg	
	BMI	Kg/m ²	
③ 問診・診察	既往歴	1.あり（ 1.高血圧症 2.糖尿病 3.脂質異常症 4.その他 ） ※ありの場合は、()内のいずれか1つを選択してください。 2.なし	
	自覚症状	1.あり（ ） ※ありの場合は、()内へ記載ください。 2.なし	
	他覚症状	1.あり（ ） ※ありの場合は、()内へ記載ください。 2.なし	
④ 血中脂質・血糖検査	収縮期血圧	mmHg	
	拡張期血圧	mmHg	
	空腹時中性脂肪	mg/dl	空腹時検査後10時間以上です
	随時中性脂肪	mg/dl	随時検査後10時間未満です
	HDLコレステロール	mg/dl	
④ 肝機能検査	LDLコレステロール	mg/dl	
	non-HDLコレステロール	mg/dl	どちらか一方でも可です
	AST (GOT)	U/l	
④ 血糖検査	ALT (GPT)	U/l	
	γ-GT (γ-GTP)	U/l	
	空腹時血糖	mg/dl	空腹時検査後10時間以上です
④ 血糖検査	随時血糖	mg/dl	随時検査後3.5時間以上10時間未満です
	HbA1c (NGSP)	%	小数点以下1桁まで記載ください
	原糖	- + ++ +++	3+以上は+++を選択ください
④ 尿検査	尿蛋白	- + ++ +++	3+以上は+++を選択ください
	検査未実施の理由	1.生検中 2.腎疾患等の基礎疾患があるため尿尿障害を有する 3.その他	結果がある場合、記載ください
⑤ 追加検査	血清クレアチニン	mg/dl	
⑤ 医師の総合判断日	令和 年 月 日		
⑤ 医師の判断	1.異常なし 2.経過観察 3.要検査 4.要医療 5.治療中		
⑤ 医療機関番号	0 6 1		
⑤ 医師名			

※ 血清クレアチニン値の検査値がありましたら記載をお願いします。

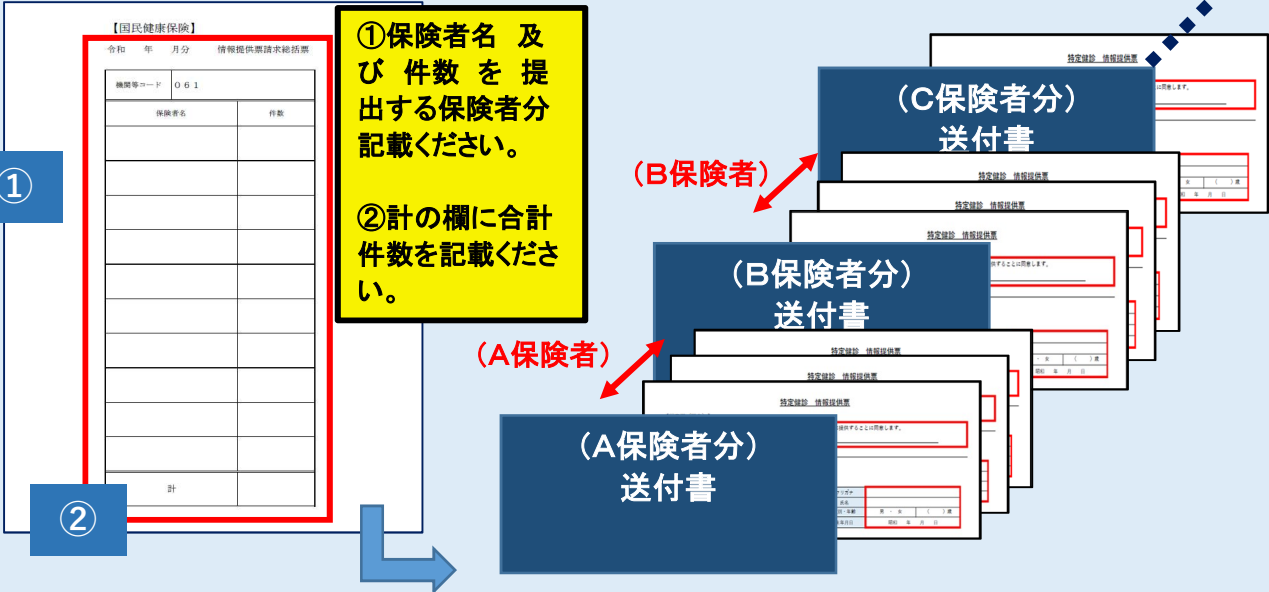
Step 3 総括票の作成

図表 4

※山形県HPからダウンロード可能です。
詳細は「Step4その他留意事項」参照

STEP2でまとめた保険者ごとのかたまりを
下図のようにまとめて、一番上に作成した総
括票をつづってください。

情報提供票請求総括票様式※



Step 4 国保連合会へ提出

提出先	〒991-0041 山形県寒河江市大字寒河江字久保6番地 山形県国民健康保険団体連合会 事業推進課 保健事業係
提出期限	1. 令和8年12月10日(木) 2. 令和9年1月12日(火) 3. 令和9年2月10日(水)【最終】 ※ 最終期限以降の受付は不可となりますのでご注意ください。
その他 留意事項	・レセプトやその他資料との混同を避けるため、お手数ですが単独で郵送くださ るようご協力ください。 ・本資料及び医療機関向けマニュアル、各種様式は山形県HPにてダウンロード 可能です。以下参照ください。 【山形県HPトップ ⇒ 健康・福祉・子育て ⇒ 医療 ⇒ 医療保険 ⇒ 山形県国民 健康保険特定健診未受診者対策事業(みなし健診)について】