

令和７年度特定健康診査・特定保健指導委託契約書

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「法」という。）に基づき実施する、特定健康診査（糖尿病その他の政令で定める生活習慣病に関する健康診査をいう。以下同じ。）及び特定保健指導（特定健康診査の結果により健康の保持に努める必要がある者として厚生労働省令で定めるものに対し、保健指導に関する専門的知識及び技術を有する者として厚生労働省令で定めるものを行う保健指導をいう。以下同じ。）について、公立学校共済組合ほか別紙委託元保険者一覧表に示す医療保険者（以下「甲」という。）と岐阜赤十字病院（以下「乙」という。）との間に、次の条項により委託契約を締結する。

（総 則）

第 1 条 甲は、特定健康診査及び特定保健指導を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。

（委託業務）

第 2 条 甲が乙に委託する業務の内容は、「特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。）」に基づき、別紙健診等内容表のとおりとする。

- 2 業務は、乙の医療機関（以下「実施機関」という。別紙実施機関一覧表のとおり）で行うものとする。
- 3 特定健康診査において、乙若しくは実施機関は、終了後速やかに、法第 23 条の規定に基づく特定健康診査受診結果通知表を作成し、受診した者に通知するものとする。なお通知に当たっては、実施基準第 3 条に基づき、特定健康診査受診結果通知表と併せて、受診した者が自らの健康状態を自覚し生活習慣の重要性に対する関心と理解を深めるために必要な情報を提供するものとする。
- 4 特定健康診査及び特定保健指導の実施結果については、実施機関が厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、取りまとめ、甲の委託を受けて決済を代行する機関（以下「代行機関」という。被用者保険の場合は社会保険診療報酬支払基金、市町村国保や国保組合の場合は各都道府県の国民健康保険団体連合会とする。）への送付を行うものとする。

（対象者）

第 3 条 実施機関は、特定健康診査を実施する場合には、(a)実施機関に対して甲の発行する特定健康診査受診券を提示した上で、(b)次の各号のいずれかの方法（以下これらの方法を個別に「オンライン資格確認等」という。）により実施機関から保険資格の確認を受けた者（任意継続被保険者及びその被扶養者、特例退職被保険者及びその被扶養者を含む。）を対象とするものとし、有効期限等券面の内容を十分に確認の上、実施するものとする。

- （１）オンライン資格確認（マイナ保険証を読み取る際に、顔認証付きカードリーダーを用いる場合の他、パソコンやスマートフォン等の端末を用いる場合を含む。）
- （２）マイナポータルを用いて医療保険の被保険者資格情報を表示した端末の画面の確認
- （３）マイナ保険証及び保険者から被保険者に対して送付される「資格情報のお知らせ」と題する書面の確認

(4) 保険者が発行する有効期限内の資格確認書の確認

(5) 有効期限内の被保険者証の確認

- 2 実施機関は、特定保健指導を実施する場合には、(a)実施機関に対して甲の発行する特定保健指導利用券又は特定健診当日に初回面接を行う場合のセット券（以下「特定保健指導利用券等」という。）を提示し、(b)オンライン資格確認等により実施機関から保険資格の確認を受けた者（任意継続被保険者及びその被扶養者、特例退職被保険者及びその被扶養者を含む。）を対象とするものとし、特定保健指導開始日及び有効期限等券面の内容を十分に確認の上、実施するものとする。

(契約期間)

第4条 この契約の有効期間は、令和7年4月1日から令和8年3月31日までとする。

- 2 特定保健指導については、実施機関が、前項の有効期間内に実施した特定健康診査の結果に基づく指導を行う対象者に限り、当該指導の終了（実績評価を行う完了のみならず、脱落や資格喪失による途中終了も含む）する日までを有効期間とする。

(委託料)

第5条 委託料は、別紙内訳書のとおりとする。

(委託料の請求)

第6条 乙若しくは実施機関は、特定健康診査については実施後速やかに受診者に結果を通知した後に、特定保健指導については行動計画を策定する初回面接終了後及び計画の実績評価（計画策定日から3ヶ月以上経過後に行う評価）終了後に、それぞれ遅滞なくその結果を取りまとめ、前条の委託料のうち特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券等の券面に示された受診者あるいは利用者の自己負担分を差し引いた金額（以下「請求額」という。）について、別紙内訳書に定める支払条件に基づき、代行機関に請求するものとする。

- 2 実施機関が特定健康診査あるいは特定保健指導の実施委託に関する集会的な契約を締結している他の契約とりまとめ機関（全国労働衛生団体連合会等）にも所属し、かつ甲の一部又は全部がその（他の契約とりまとめ機関との）集会的な契約にも参加している場合に、他の契約に参加している当該甲の加入者である受診者あるいは利用者がその契約に参加している実施機関にて特定健康診査あるいは特定保健指導を受診もしくは利用する時の委託料の請求は次のように定める。実施内容（特定健康診査の場合は健診項目等、特定保健指導の動機づけ支援の場合は実施形態、特定保健指導の積極的支援の場合は実施形態のほか継続的支援における介入回数や介入形態等）が他の契約と本契約との間で一致する場合は、本契約が他の契約と比して単価が最も低い場合に限って、本契約に定める委託料から所定の自己負担額を差し引いた額を請求することとする。また、他の契約の実施内容が本契約の内容と一致しない場合は、実施機関が受診者あるいは利用者に各契約の実施内容等の相違点を説明の上、受診者あるいは利用者が本契約の実施内容等を選択した場合に限り、本契約に定める委託料から所定の自己負担額を差し引いた額を請求することとする。

- 3 第1項における結果の取りまとめ及び代行機関への送付は、厚生労働省の定める電子的標準様式に基づく電子データとして作成し、作成した電子データを格納したファイルを、電子情報処理組織（代行機関の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ）と実施機関の使用に係る電子計算機を電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ。）により、実施後その都度送信するか、ファイルを収録した電子媒体（FD、MO、若しくは

CD-R) を実施月の翌月 5 日までに提出(期限までに必着)する方法を採るものとする。  
なお、送付の期限が土曜日、日曜日及び国民の祝日に当たる場合は、その翌日を期限とする。

- 4 第 1 項の場合において、電子情報処理組織の使用による請求は、代行機関の使用に係る電子情報処理組織に備えられたファイルへの記録がなされたときに、代行機関に到達したものとみなす。
- 5 特定保健指導においては、第 3 項に定める電子データの送付に加え、特定保健指導の支援計画及び実施報告書(厚生労働省にて様式例を公表)、指導過程における各種記録類やワークシート類等についても、甲の一部または全部が実施機関に求めた場合は、これを提出するものとする。この場合において、実施機関は甲のうち請求した者へ電子データ又は紙により直接送付するものとする。

#### (委託料の支払い)

- 第 7 条 甲は、乙若しくは実施機関から前条の請求があった場合は、その内容を点検し、適当と認めたときは、前条に定める請求に関わる電子データを受理した月の翌月 21 日(電子情報処理組織の使用による場合であって、代行機関が受理した日が 6 日から月末までのものは翌々月の 21 日。)、国保組合の場合は前条に定める請求に関わる電子データを受理した月の翌月末日まで(電子情報処理組織の使用による場合であって、代行機関が受理した日が 6 日から月末までのものは翌々月の末日まで。)を基本として、甲と代行機関との間で定める日に、乙若しくは実施機関に代行機関を通じて請求額を支払うものとする。
- 2 甲及び代行機関の点検の結果、結果に関する内容について問題がある場合は、代行機関を通じて請求者(乙若しくは実施機関)に返戻を行うものとする。この場合において、既に実施機関に支払われた委託料については、当該委託料を支払った保険者又は他の保険者に対し当該実施機関が有する委託料に係る債権との代行機関を通じた調整、又は、当該実施機関からの代行機関を通じた戻入による調整を行うことができる。
  - 3 請求者(乙若しくは実施機関)は前項の返戻を受けた場合において、再度第 6 条第 1 項の方法により請求を行うことができる。

#### (決済に失敗した場合の取扱い)

- 第 8 条 実施機関が、第 3 条第 1 項又は第 2 項に違反して特定健康診査又は特定保健指導を実施した場合は、当該実施機関の責任及び負担で行われるものとし、甲は当該特定健康診査又は特定保健指導に係る請求額を支払う義務を負わないものとする。
- 2 実施機関が特定健康診査受診券又は特定保健指導利用券等を確認し、またオンライン資格確認等による保険資格の確認を行ったとしても、保険資格がないと判断することができない場合には、実際に保険資格がなかったとしても、その者に対する特定健康診査又は特定保健指導は甲の費用負担とし、甲は実施機関に対して代行機関を通じて請求額を支払うものとする。
  - 3 実施機関において、特定健康診査受診券若しくは特定保健指導利用券等に記載された内容と異なる業務・請求を行った場合は、当該実施機関の責任及び負担で行われるものとし、甲は当該特定健康診査又は特定保健指導に係る請求額を支払う義務を負わないものとする。
  - 4 特定保健指導の積極的支援における期間中に、利用者が資格を喪失した場合は、利用者が属していた保険者が実施機関に資格喪失を連絡することにより利用停止とする。この時、実施機関は利用停止までの結果に関するデータを代行機関へ送付し、甲は利用停止までの特定保健指導の実施実績に応じた費用を代行機関を通じて実施機関に支払うこととする。

- 5 特定保健指導の積極的支援を実施中に、利用者が参加しなくなった（脱落が確定した）場合は、甲は、その時点までの特定保健指導の実施実績に応じた費用を代行機関を通じて実施機関に支払うこととする。

（再委託の禁止）

第9条 乙及び実施機関は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に委託してはならない。ただし、乙あるいは実施機関が、検査機器の不備等により、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

- 2 前項において実施機関が業務の一部を委託して実施する場合、受診者及び利用者の自己負担金の徴収及び第6条に規定する委託料の請求は実施機関が一元的に行うこととし、実施機関から業務の一部を受託した機関は受託した検査（眼底検査においては判断も含む）のみを行うものとする。

（譲渡の禁止）

第10条 乙及び実施機関は、甲が乙に委託する業務の全部又は一部を第三者に譲渡してはならない。

（事故及び損害の責任）

第11条 実施機関が、業務の実施中に生じた事故及びその業務により生じた事故及び損害については、甲及び乙に故意又は重過失のない限り、実施機関がその負担と責任において処理に当たるものとする。

- 2 前項の場合において、実施機関に故意又は重過失のない限り、その負担と責任について実施機関は甲及び乙と協議するものとする。
- 3 前2項の取り決めについては、乙と実施機関との契約等において両者遵守するものとする。

（個人情報の保護）

第12条 乙および実施機関が当該業務を実施するに当たっては、特定健康診査あるいは特定保健指導の記録の漏洩を防止すると共に、実施担当者には守秘義務を課す等、関係法令を遵守することに加え、別紙個人情報取扱注意事項や「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」及び各都道府県において定める個人情報の取扱いに係る条例等に基づき、必要な個人情報保護対策を講じ、上記の事項やガイドライン等を遵守するものとする。

- 2 前項の取り決めについては、乙と実施機関との契約等において両者遵守するものとする。

（業務等の調査等）

第13条 甲は、健診・保健指導機関に関する「重要事項に関する規程の概要」に関する乙及び実施機関の公表内容等に関し詳細を確認する等、甲が必要と認めるときは、乙に対し実施機関における業務の実施状況等を照会し、調査及び報告を求めることができる。

- 2 甲から前項の照会があった場合、乙は速やかに対応するものとする。

(契約の解除)

第14条 甲または乙は、甲または乙がこの契約に違反した場合は、この契約を解除できるものとする。

2 前項に関わらず、甲は、前条の照会結果等から、健診・保健指導機関に関する「重要事項に関する規程の概要」に関する乙及び実施機関の公表内容等が事実と異なり、それにより甲に大きな影響がある場合は、この契約を解除できるものとする。

(反社会的勢力の排除)

第15条 甲及び乙は、それぞれ相手方に対し次の各号の事項を確約する。

- (1) 自らが、暴力団、暴力団関係企業、総会屋若しくはこれらに準ずる者又はその構成員（以下、総称して「反社会的勢力」という。）ではないこと。
- (2) 自らの役員（業務を遂行する役員、取締役、執行役又はこれらに準ずる者をいう。）が反社会的勢力でないこと。
- (3) 反社会的勢力に自己の名義を利用させ、本契約を締結するものではないこと。
- (4) 本契約の有効期間内に、自ら又は第三者を利用して、次の行為をしないこと。
  - ア 相手方に対する脅迫的な言動又は暴力を用いる行為。
  - イ 偽計又は威力を用いて相手方の業務を妨害し、又は信用を毀損する行為。

(協 議)

第16条 この契約に定めのない事項が生じたときは、必要に応じて、甲・乙誠意を持って協議の上決定するものとする。

甲及び乙は、この契約を証するため、本契約書2通を作成し、甲・乙記名押印の上、各自1通を保有するものとする。

令和7年4月1日

委託者（甲）

公立学校共済組合ほか885保険者

契約代表者

公立学校共済組合

東京都千代田区神田駿河台2丁目9番5

理事長 丸山 洋司

代理人

公立学校共済組合岐阜支部

岐阜県岐阜市藪田南2丁目1番1号

支部長 堀 貴雄

受託者（乙）

岐阜赤十字病院

岐阜県岐阜市岩倉町3-36

病院長 長島 賢司

## 健診等内容表

| 区分           |                          | 内容                                                                                                                                       |                                                                                                 |
|--------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 特定健康診査※7     | 基本的な健診の項目                | 既往歴の調査(服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む)※1                                                                                                           |                                                                                                 |
|              |                          | 自覚症状及び他覚症状の検査                                                                                                                            |                                                                                                 |
|              |                          | 身体計測                                                                                                                                     | 身長                                                                                              |
|              |                          |                                                                                                                                          | 体重                                                                                              |
|              |                          |                                                                                                                                          | 腹囲                                                                                              |
|              |                          |                                                                                                                                          | BMI                                                                                             |
|              |                          | 血圧                                                                                                                                       | 収縮期血圧                                                                                           |
|              |                          |                                                                                                                                          | 拡張期血圧                                                                                           |
|              |                          | 血中脂質検査<br>(中性脂肪はどちらかの項目の実施で可)                                                                                                            | 空腹時中性脂肪                                                                                         |
|              |                          |                                                                                                                                          | 随時中性脂肪※2                                                                                        |
|              |                          |                                                                                                                                          | HDL-コレステロール                                                                                     |
|              |                          |                                                                                                                                          | LDL-コレステロール※3                                                                                   |
|              |                          | 肝機能検査                                                                                                                                    | AST(GOT)                                                                                        |
|              |                          |                                                                                                                                          | ALT(GPT)                                                                                        |
|              |                          |                                                                                                                                          | γ-GT(γ-GTP)                                                                                     |
|              |                          | 血糖検査<br>(いずれかの項目の実施で可)                                                                                                                   | 空腹時血糖                                                                                           |
|              |                          |                                                                                                                                          | ヘモグロビン A 1 c                                                                                    |
|              |                          |                                                                                                                                          | 随時血糖※4                                                                                          |
|              |                          | 尿検査※5                                                                                                                                    | 糖                                                                                               |
|              |                          |                                                                                                                                          | 蛋白                                                                                              |
|              | 詳細な健診の項目(医師の判断による追加項目)※6 | 貧血検査                                                                                                                                     | 赤血球数                                                                                            |
|              |                          |                                                                                                                                          | 血色素量                                                                                            |
|              |                          |                                                                                                                                          | ヘマトクリット値                                                                                        |
|              |                          | 心電図検査                                                                                                                                    |                                                                                                 |
|              |                          | 眼底検査                                                                                                                                     |                                                                                                 |
|              |                          | 血清クレアチニン及び eGFR                                                                                                                          |                                                                                                 |
| 特定保健指導       | 動機付け支援                   | I 初回面接<br>① 個別面接1回(20分以上)、又は<br>② グループ面接(おおむね8名以下)1回(おおむね80分以上)<br>II 実績評価<br>3ヶ月後の実績評価を面接又は通信(電子メール、電話、FAX、手紙、チャット等(以下「電子メール等」という。))で実施 |                                                                                                 |
|              |                          | 初回時面接の形態                                                                                                                                 |                                                                                                 |
|              | 積極的支援                    | 3ヶ月以上の継続的な支援                                                                                                                             | ① 個別面接1回(20分以上)、又は<br>② グループ面接(おおむね8名以下)1回(おおむね80分以上)                                           |
|              |                          | 実施ポイント数                                                                                                                                  | 180ポイント以上                                                                                       |
|              |                          | 主な実施形態                                                                                                                                   | ・支援内容及び支援形態については、厚生労働省「標準的な健診・保健指導プログラム」(最新版)を参照すること<br>・アウトカム評価とプロセス評価を合計し、180ポイント以上の支援を実施すること |
|              | 終了時評価の形態                 |                                                                                                                                          | 3ヶ月後の実績評価を面接又は電子メール等で実施                                                                         |
| 保険者独自の追加健診項目 |                          | 無し                                                                                                                                       |                                                                                                 |

- ※1 制度上質問票は必須ではないが、服薬歴や喫煙歴及び既往歴は把握する必要がある。実施機関が服薬歴等の把握において質問票を使用する場合には、当該機関にて質問票を準備する。
- ※2 やむを得ず空腹時以外に採血を行う場合は、随時中性脂肪により脂質検査を行うことを可とする。（空腹時とは絶食 10 時間以上とする。）
- ※3 空腹時中性脂肪若しくは随時中性脂肪が 400mg/dl 以上である場合又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて 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）で評価を行うことができる。
- ※4 やむを得ず空腹時以外に採血を行い、HbA1c（NGSP 値）を測定しない場合は、食直後（食事開始時から 3.5 時間未満）を除き随時血糖による血糖検査を行うことを可とする。
- ※5 生理中の女性や、腎疾患等の基礎疾患があるために排尿障害を有している者に対する尿検査については、検査不能として実施を行わない場合も認めるものの、その他の項目については全て実施すること。実施されなかった場合は完全に実施するまで何度も実施するか、未実施扱いとする（この場合甲から乙に委託費用は支払われない）。
- ※6 詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）を実施する場合は、受診者に十分な説明を行うと共に、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することとする。
- ※7 特定健康診査の結果を受診者に通知する際には、結果内容に合わせた、実施基準第 3 条に基づく必要な情報を提供するものとする。また、当該結果通知を対面により実施する場合、受診した者と特定健康診査の実施後速やかに面談できない場合は郵送により実施するものとする。

## 個人情報取扱注意事項

### 1 基本的事項

乙及び実施機関は、個人情報の保護の重要性を認識し、この契約による業務の実施に当たっては、個人の権利利益を侵害することのないよう、個人情報を適切に取り扱わなければならない。

### 2 秘密の保持

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知ることができた個人情報をみだりに他人に知らせてはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

### 3 収集の制限

- (1) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために個人情報を収集するときは、業務の目的を明確にするとともに、業務の目的を達成するために必要な範囲内で、適法かつ公正な手段により行わなければならない。
- (2) 乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するため個人情報を収集するときは、本人から収集し、本人以外から収集するときは、本人の同意を得た上で収集しなければならない。

### 4 利用及び提供の制限

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報を契約の目的以外の目的のために利用し、又は第三者に提供してはならない。

### 5 適正管理

乙及び実施機関は、この契約による業務に関して知り得た個人情報の漏洩、滅失及びき損の防止その他の個人情報の適切な管理のために必要な措置を講じなければならない。

### 6 再委託の禁止

乙及び実施機関は、この契約による業務を行うための個人情報の処理は、自ら行うものとし、第三者にその処理を提供してはならない。ただし、乙及び実施機関が、健診・保健指導機関に関する「運営についての重要事項に関する規程の概要」において血液検査等の実施を委託することを予め明示しており、その明示している内容の範囲において業務の一部を委託する場合には、この限りではない。

### 7 資料等の返還等

乙及び実施機関は、この契約による業務を処理するために甲から引き渡され、又は乙及び実施機関自らが収集し、若しくは作成した個人情報が記録された資料等は、業務完了後直ちに甲に返還し、又は引き渡すものとする。ただし、甲が別に指示したときは、その指示に従うものとする。

## 8 従事者への周知

乙及び実施機関は、この契約による業務に従事している者に対して、在職中及び退職後において、その業務に関して知ることのできた個人情報了他に漏らしてはならないこと及び契約の目的以外の目的に使用してはならないことなど、個人情報の保護に関し必要な事項を周知するものとする。

## 9 実地調査

甲は、必要があると認めるときは、乙及び実施機関がこの契約による業務の執行に当たり取り扱っている個人情報の状況について、随時実地に調査することができる。

## 10 事故報告

乙及び実施機関は、この契約に違反する事態が生じ、又は生じるおそれがあることを知ったときは、速やかに甲に報告し、甲の指示に従うものとする。

## 内 訳 書

| 区分       |                            |                   | 1人当たり委託料単価<br>(消費税含む) |      | 支払条件※2                                                                                                                                                                                                                        |
|----------|----------------------------|-------------------|-----------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|          |                            |                   | 個別健診                  | 集団健診 |                                                                                                                                                                                                                               |
| 特定健康診査※1 | 基本的な健診の項目                  |                   | 7,991 円               | 円    | ・健診実施後に一括                                                                                                                                                                                                                     |
|          | 詳細な健診の項目<br>(医師の判断による追加項目) | 貧 血 検 査           | 231 円                 | 円    |                                                                                                                                                                                                                               |
|          |                            | 心 電 図 検 査         | 1,430 円               | 円    |                                                                                                                                                                                                                               |
|          |                            | 眼 底 検 査           | 2,728 円               | 円    |                                                                                                                                                                                                                               |
|          |                            | 血清クレアチニン検査及び eGFR | 51 円                  | 円    |                                                                                                                                                                                                                               |
| 特定保健指導※2 | 動機付け支援<br>(動機付け支援相当)       |                   | 円                     |      | ・面接による支援終了後に左記金額から初回時に全額徴収する自己負担分を差し引いた保険者負担額の 8/10 を支払※3<br>残る 2/10 は実績評価終了後に支払                                                                                                                                              |
|          | 積極的支援                      |                   | 円                     |      | ・初回時の面接による支援終了後に左記金額から初回時に全額徴収する自己負担分を差し引いた保険者負担額の 4/10 を支払※3<br>・残る 6/10(内訳としては 3 ヶ月以上の継続的な支援が 5/10、実績評価が 1/10)は実績評価終了後に支払<br>・3 ヶ月以上の継続的な支援実施中に脱落等により終了した場合は、左記金額から初回時に全額徴収する自己負担分を差し引いた保険者負担額の 5/10 に実施済みポイント数の割合を乗じた金額を支払 |
| 診追加健     |                            |                   | 円                     |      | ・健診実施後に一括                                                                                                                                                                                                                     |
|          |                            |                   | 円                     |      |                                                                                                                                                                                                                               |
|          |                            |                   | 円                     |      |                                                                                                                                                                                                                               |

※1 委託料単価には、電子的標準様式データの作成、受診者への結果通知や情報提供に要する費用を含んだものとする。

※2 特定保健指導の各回の支払額が分割比率の関係で小数点以下の端数が生じる場合は、四捨五入により 1 円単位とする。

※3 初回面接を分割して実施する際、やむを得ず初回分割面接 2 回目を実施できなかった場合で、実施機関が、対象者に初回分割面接 1 回目を実施する前に初回分割面接 2 回目を受けるように説明しており、かつ以下のいずれかに該当する場合には、実施機関は「初回未完了」として、全額費用請求ができることとする。

(実施機関の責により実施出来なかった場合は、費用請求はできない。)

イ 初回分割面接 2 回目を実施する前に対象者が資格喪失した場合。

ロ 初回分割面接 2 回目を実施するために、電話や文書送付等の方法を用いて、対象者に複数回連絡を取ろうと試みたが、連絡がとれなかった場合。なお、実施した連絡等の事蹟は、「特定保健指導情報ファイル」の初回面接情報に記載すること。

※必要に応じて、保険者（健保組合等）に連絡し、協力を求める。

ハ 初回分割面接 1 回目を実施後、電話等により対象者と連絡がとれたものの、対象者が初回分割面接 2 回目の実施を拒否した場合。なお、この場合であっても当該電話等において、行動計画を完成させる（初回分割面接 2 回目を終了させる）よう試みること。また、その事蹟は、「特定保健指導情報ファイル」の初回面接情報に記載すること。

(注) 他の法令に基づく健診（介護保険における生活機能評価等）を特定健康診査と同時に実施し、他の法令に基づく健診が優先的に費用を負担する場合、乙あるいは実施機関は、上記の単価から、重複する検査項目の費用（他の法令に基づく健診で負担すべき金額）を差し引いた金額を委託料とし、そこから自己負担額を差し引いた金額を甲に請求することとする。

| 同時に実施する健診の種類 | 上記単価から差し引く金額 |
|--------------|--------------|
|              |              |
|              |              |

実施機関一覧表

| 健診・保健指導<br>機関番号<br>(半角数字) | 実施機関名   | 郵便番号<br>(半角数字・<br>ハイフンあり) | 所在地※1         | 電話番号※2<br>(半角数字・ハイフン<br>あり) | 受託業務※3   |          |        |         |    |                |                        |                |               | 登録番号※6<br>(適格請求書発行事業者) | 登録年月日<br>※7    | 取消年<br>月日<br>※8 | オンライン<br>資格<br>確認に<br>よる受<br>付の可<br>否※9 |                |
|---------------------------|---------|---------------------------|---------------|-----------------------------|----------|----------|--------|---------|----|----------------|------------------------|----------------|---------------|------------------------|----------------|-----------------|-----------------------------------------|----------------|
|                           |         |                           |               |                             | 特定健康診査   |          |        |         |    |                | 特定保健指導                 |                |               |                        |                |                 |                                         | 追加<br>健診<br>項目 |
|                           |         |                           |               |                             | 実施形態     |          | 詳細項目※4 |         |    |                | 健診<br>当日<br>初回<br>面接※5 | 動機<br>付け<br>支援 | 積極<br>的支<br>援 |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             | 集団<br>健診 | 個別<br>健診 | 貧血     | 心電<br>図 | 眼底 | クレ<br>アチ<br>ニン |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
| 2110102551                | 岐阜赤十字病院 | 502-8511                  | 岐阜県岐阜市岩倉町3-36 | 058-231-2266                |          | ○        | ○      | ○       | ○  | ○              |                        |                |               |                        | T6010405002452 | 2023/10/1       |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |
|                           |         |                           |               |                             |          |          |        |         |    |                |                        |                |               |                        |                |                 |                                         |                |

※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。  
※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。  
※3 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する（あるいは該当する）項目に「○」を記入。  
実施形態の欄は、各機関の該当する実施形態を選択。原則としていずれか一方に「○」を記入。  
※4 詳細項目の欄については、当該実施機関において実施できる項目に「○」、再委託により実施する項目に「△」を記入。  
※5 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査の受託業務を行い、かつ特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」業務の受託を行う実施機関のみとなる。  
※6 適格請求書発行事業者である場合に登録番号を記入。  
※7 適格請求書発行事業者の登録通知書に記載された登録年月日を記入。  
※8 第3号様式（適格請求書発行事業者の登録の取消しを求める旨の届出書）の「登録の効力を失う日」を記入。  
※6～8 保険者及び実施機関での協議に基づき必要な場合に記入。  
※9 受診者が契約相手の保険者の加入者であるか否かを判別する際に、オンライン資格確認（既存システムか、資格確認限定型かを問わない）による受診券・利用券に記載の保険資格の確認が可能な場合は 「○」 を記入。