

特定健診等データの保険者間の照会等の様式案

※ 照会等のルールは、「保険者間の特定健診等データの移動に係る当面の対応について（実務担当者による特定健診・保健指導等に関するワーキンググループのとりまとめ）」を平成28年4月に公表、6月に全保険者と保険者協議会に周知している。

平成29年3月30日

第28回保険者による
健診・保健指導等に関する検討会

資料1-2

(案)

文 書 番 号
平 成 年 月 日

〇〇都道府県保険者協議会に参画する保険者間での特定健診情報の提供の照会及び提供にあたっての様式については、別紙のとおりとします。

なお、取扱いにあたっては、別添「保険者間の特定健診等データの移動に係る当面の対応について」（平成28年3月31日実務担当者による特定健診・保健指導等に関するワーキンググループのとりまとめ）を踏まえて取り扱うこととします。

〇〇都道府県保険者協議会

- ○ 市 町 村
- 〇〇国民健康保険組合
- 〇〇健康保険組合
- 全国健康保険協会〇〇支部
- ○ 共 済 組 合

同意書(案)

私は、医療保険者名（依頼先）が保有する私の特定健診情報を、医療保険者名（依頼先）から医療保険者名（依頼元）へ提供することを同意します。

○特定健診結果の提供年度

- ・加入期間中の全特定健診情報
- ・平成 年度～平成 年度（※複数年度の場合）
- ・平成 年度（※単年度の場合）

平成 年 月 日

（※医療保険者名（依頼先）を記載）

- ○ 市 町 村 長
- 国民健康保険組合理事長
- 健康保険組合理事長
- 全国健康保険協会○○支部長
- ○ 共 済 組 合 理 事 長
- ○ 共 済 組 合 支 部 長

殿

住所 _____

氏名（ふりがな） _____ 印

生年月日 _____

電話番号 _____

旧住所（直近3カ月で変更した場合） _____

特定健診情報提供依頼文書様式（保険者間）

文 書 番 号
平成 年 月 日

（※医療保険者名（依頼先）を記載）

〇 〇 市 町 村 長
〇〇国民健康保険組合理事長
〇〇健康保険組合理事長
全国健康保険協会〇〇支部長
〇 〇 共 済 組 合 理 事 長
〇 〇 共 済 組 合 支 部 長

殿

医療保険者名（医療元）長 〇〇 〇〇 印

特定健診情報の提供について（依頼）（案）

対象者から同意を得た特定健診情報について、下記のとおり提供依頼をします。
なお、提供を受けた特定健診情報については、厳格・適正に管理します。

記

1 対象者

氏名（ふりがな）	生年月日	性別	特定健診情報の提供年度
〇〇 〇〇 ()	昭和 年 月 日	男	加入期間中の全特定健診情報
〇〇 〇〇 ()	昭和 年 月 日	女	平成 年度～平成 年度 (※複数年度の場合)
〇〇 〇〇 ()	昭和 年 月 日	男	平成 年度 (※単年度の場合)

2 提供方法

貴医療保険者が保有されている特定健診情報（紙媒体又は電子媒体）を、同封の返信用封筒に封入のうえ、返送をお願いします。

連絡先（照会先）

担 当：

住 所：

電 話：

別紙

特定健診情報送付文書様式（保険者間）

文 書 番 号

平 成 年 月 日

（※医療保険者名（依頼元）を記入）

○ ○ 市 町 村 長

○○国民健康保険組合理事長

○○健康保険組合理事長

全国健康保険協会○○支部長

○ ○ 共 済 組 合 理 事 長

○ ○ 共 済 組 合 支 部 長

殿

医療保険者（依頼先）長 ○○ ○○ 印

特定健診情報の提供について（送付）（案）

平成 年 月 日付け（文書番号）において依頼がありました特定健診情報（紙媒体又は電子媒体）について、別添のとおり提供します。

連絡先（照会先）

住 所：

電 話：

担 当：