

## 特定健康診査及び特定保健指導の記録の写しの 保険者間の情報照会及び提供の取り扱いについて

特定健康診査及び特定保健指導の記録については、高齢者の医療の確保に関する法律第27条第1項及び特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準第13条の規定により、保険者は、加入者が加入していた保険者に対し、当該加入者の特定健康診査及び特定保健指導に関する記録の写しの提供を求めることができること、当該記録の写しの提供を求められた保険者は、当該加入者の同意を得て、記録の写しを提供しなければならないこととされています。

### 1 現 状

- 加入する保険者が変わっても適切に実施できるよう、同法及び関係省令の規定により、保険者は、加入者の移動後の保険者から、当該加入者の移動前の特定健診等データの提供を求められた場合、当該加入者本人の同意を取得した上で、その特定健診等データを提供しなければならないとされている。
- しかしながら、こうした保険者間での特定健診等データの移動については、一部の市町村国保から被用者保険へのニーズはあっても、本人の同意取得の手続き等が煩雑なことや、保険者が保有する現状の健診等システム上では容易に対応することが困難なこと等から、その実施は確認されていないという現状にある。

### 2 保険者間の特定健診データ移動のメリット

- 保険者のデータヘルス計画の中で、保健事業の実施において対象者の優先順位付けや実施方法への判断に活用することができること。
- 新規加入者の過去の特定健診等データを新保険者が得られれば、そのデータを活用し、本人の過去の状況や病歴等の特性に応じた、個別の保健事業へのアプローチが可能となること。
- 本人から、過去の特定健診等結果表を持参して特定健診を受ければ、医師が、過去の連続した特定健診結果を見ることで、健診受診者に対してより個人の特性に応じたアドバイスを行うことが可能となる。

### 3 取り扱い

- 現保険者において、新規加入手続等の際、加入者に対し、旧保険者での特定健診等データを保有しているかどうかを確認する。
- 当該加入者が特定健診等データを保有していない場合は、現保険者において、特定健診等データを旧保険者から取得する趣旨、本人の同意を得る。
  - (パターン1) 【様式1】同意書をその場で記載してもらう。
  - (パターン2) 【様式1】同意書をその場で渡す又は自宅へ送付し、記載後、新保険者へ送付する。(着払い)
- 現保険者から【様式1】同意書及び【様式2】依頼書により、旧保険者に特定健診等データの情報照会を行う。
- 旧保険者から特定健診等データ及び【様式3】送付書を現保険者に提供する。(着払い)

#### 4 その他

- 特定健診等データの提供に用いる媒体  
原則、紙媒体で行う。ただし、両保険者の同意により電子的な記録媒体（光ディスク等）での提供もできる。
- 特定健診等データの情報照会及び提供の費用負担
  - ※ 旧保険者の費用負担
    - ・ 紙媒体又は電子的な記録媒体（光ディスク等）に記録するための費用。
  - ※ 現保険者の費用負担
    - ・ 当該特定健診等データを記録した媒体の送付にかかる費用。
    - ・ 提供されたデータを現保険者のシステムに登録する費用。
- 各様式の掲載について  
静岡県国民健康保険団体連合会のホームページの“保険者協議会”コンテンツ内から、各様式のダウンロードが可能。

＜ ②保険者間の直接のやりとりによる特定健診等データの移動（フローチャート）

	旧保険者	本人	現保険者
1. 現保険者へ新規加入（適用）手続き時			①新規加入者のデータを求めていることの説明を記載した同意書等の書類を、本人に渡す、又は本人の移住地へ送付する
2. 手続き後		②直近まで加入していた旧保険者が保有する本人の健診結果データを新規加入の現保険者へデータ提供することに同意するなら、書類に必要事項を記載し、現保険者へ着払い方式にて返送する	
	③現保険者から一報を受ける		③本人から同意書等が送られてきたら、本人が直近まで加入していた旧保険者へ一報する
	④同意書、依頼書を確認する		④旧保険者の担当者へ、同意書と依頼書を送付する
	⑤当該本人のデータを抽出し、着払方式にて現保険者へ提供する		⑥旧保険者からデータが届いたら送料を支払う

同 意 書

私は、〇〇〇（提供元の保険者名）が保有する私の特定健診情報を、〇〇〇（提供元の保険者名）から〇〇〇（提供先の保険者名）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
- ・           年度 ～           年度（※複数年度の場合）
- ・           年度（※単年度の場合）

年    月    日

〇〇〇保険者〇〇〇長殿

（提供先又は提供元の保険者の長）

〒

住 所 : \_\_\_\_\_

（ふりがな）

氏 名 : \_\_\_\_\_ 印

生年月日 : \_\_\_\_\_

電話番号 : \_\_\_\_\_

※旧住所 : \_\_\_\_\_

※直近3カ月で変更した場合のみ記載

【 様式 2 】

文 書 番 号  
年 月 日

〇〇〇保険者〇〇長殿  
(提供元の保険者の長)

〇〇〇保険者〇〇長 〇〇〇〇 印  
(提供先の保険者の長)

特定健診情報の提供について (依頼)

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、厳格かつ適正に管理します。

記

1 対象者

(ふりがな) 氏 名	生年月日	性別	特定健診情報の提供年度
( ) 〇〇 〇〇	年 月 日		加入期間中の全特定健診情報
( ) 〇〇 〇〇	年 月 日		年度～ 年度
( ) 〇〇 〇〇	年 月 日		年度

2 提供方法

貴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)

住 所 :

電話番号 :

担 当 :

【 様式 3 】

文 書 番 号  
年 月 日

〇〇〇保険者〇〇長殿  
(提供先の保険者の長)

〇〇〇保険者〇〇長 〇〇〇〇 印  
(提供元の保険者の長)

特定健診情報の提供について (送付)

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 :

電話番号 :

担 当 :