令和８年度
新潟県健康づくりのための情報提供事業
事務処理マニュアル
（参加医療機関用）

令和８年 10 月 26 日

新潟県国民健康保険団体連合会

目　次

1. 事業目的 ・・ 2ページ

2. 事業概要 ・・ 2ページ

3. 事務処理対応方法 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 3ページ

4. 情報提供後の保健指導について ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 5ページ

5. 参加方法 ・・ 5ページ

6. 問合せ先 ・・ 5ページ

各様式の作成に係る留意事項・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6ページ
（記入項目についての留意事項）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・11 ページ
（記入の不備等への対応について） ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・12 ページ

更新履歴

日付	Ver	更新内容
2021/12/14	1.1	P8 「内臓脂肪が 150mg/d 以上」⇒「中性脂肪が 150mg/dl以上」に訂正
2021/12/14	1.1	P8 「内臓脂肪面積 100 ㎠以上」⇒「内臓脂肪面積 100cm^2 以上に相当」に訂正
2022/9/22	1.2	令和 4 年度版に更新
2022/9/22	1.2	P3 情報提供票作成のための追加検査の実施はしないようお願いする旨の文言を追加
2022/9/22	1.2	P3 身体測定、血圧測定にご協力いただきたい旨の文言を追加
2022/9/22	1.2	P8 医師の判断日が年度内であれば情報提供票持参日に関わらず取り扱い可能である旨の文言を追加
2022/9/22	1.2	P4 提出締切に関する文言を変更
2025/10/7	1.4	P4 提出締切に関する文言を変更
2025/10/7	1.4	P6 令和7年度版に更新
2025/10/7	1.4	P8 留意事項(医師の判断日)を変更
2026/10/26	1.5	目次、ページ数整理
2026/10/26	1.5	保険証⇒マイナ保険証又は資格確認書
2026/10/26	1.5	年度等修正
2026/10/26	1.5	様式差替え

1. 事業目的

市町村国保では、特定健診未受診者についてその身体状況等が把握できないため、保健事業への参加呼びかけが困難となっています。

「新潟県健康づくりのための情報提供事業」（以下、本事業という。）は、医療機関が保有する特定健診未受診者の特定健診の検査項目に相当する診療情報（検査結果）を、保険者が医療機関から提供を受け、保険者が実施する保健事業につなげることを目的としています

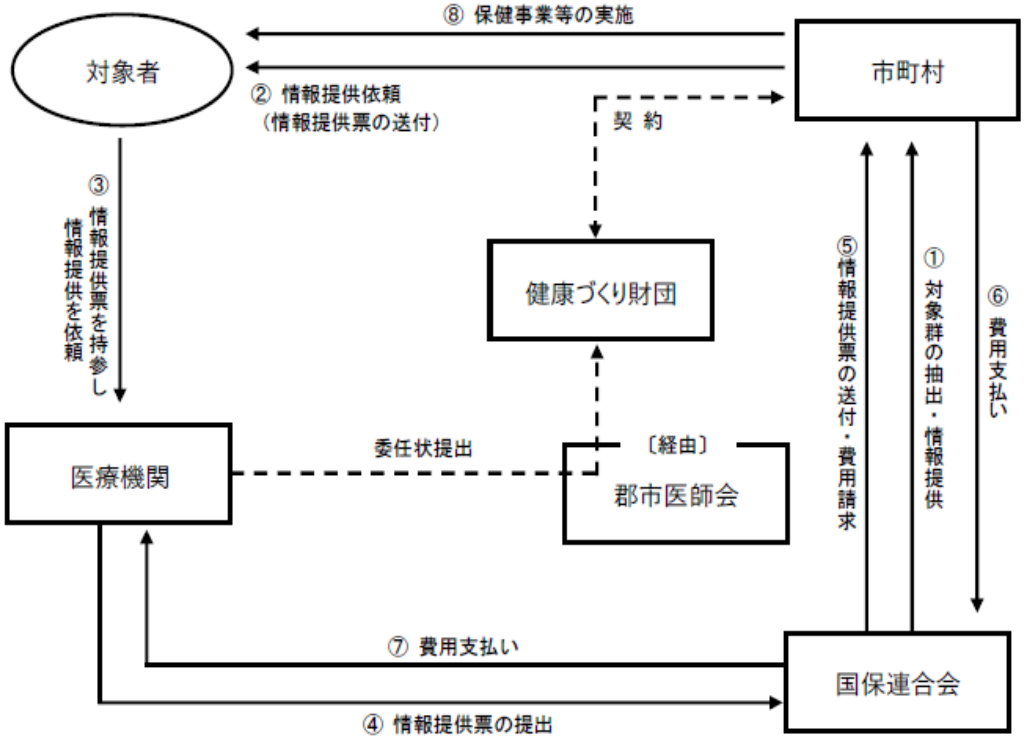
2. 事業概要

本事業は新潟県が制定した、「新潟県健康づくりのための情報提供事業実施要綱」に基づいて実施しています。

特定健診未受診者の方で、特定健診を受診する意思がないことが確認された被保険者について、本人の同意が得られた場合に、医療機関が保有する検査結果情報を「情報提供票」により提出していただくことで特定健診を受診したとみなし、特定健診データとして収集します。

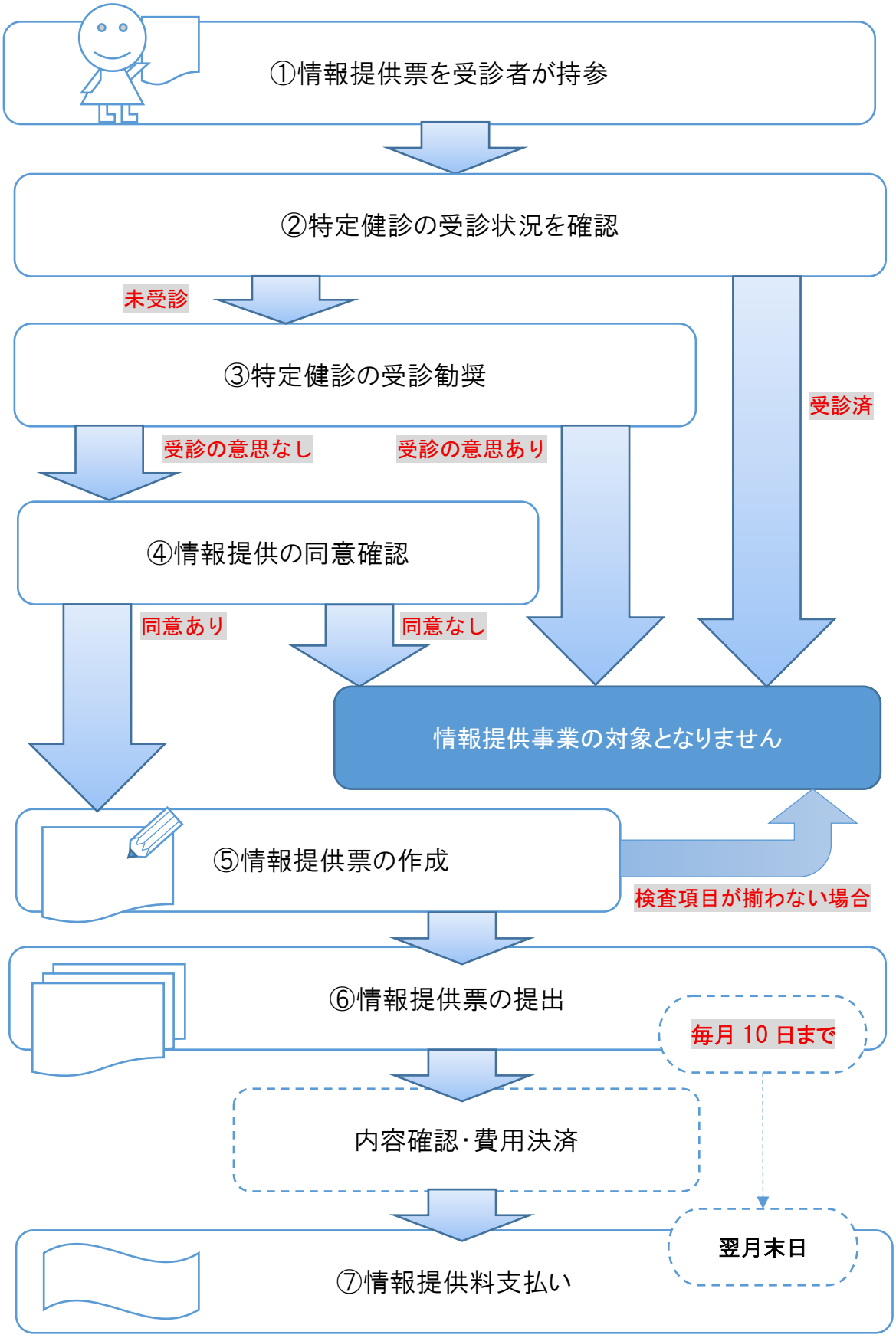
また、情報提供票を作成・提出いただいた医療機関には保険者から情報提供料が参加医療機関へ支払われます。

【概　要　図】



新潟県国保連合会が市町村国保からの委託を受けて費用決済を実施します。

3. 事務処理対応方法


①情報提供票を受診者が持参
②特定健診の受診状況を確認
未受診
受診済
③特定健診の受診勧奨
受診の意思なし
受診の意思あり
④情報提供の同意確認
同意あり
同意なし
情報提供事業の対象となりません
⑤情報提供票の作成
検査項目が揃わない場合
⑥情報提供票の提出
毎月 10 日まで
内容確認･費用決済
翌月末日
⑦情報提供料支払い

① 受診者が情報提供票を持参

保険者が発行した情報提供票を被保険者が持参します。マイナ保険証又は資格確認書にて医療保険有資格者であることを確認し、資格期間外である場合は保険者に問い合わせるようお伝えください。

② 特定健診の受診状況を確認

特定健診の受診状況を確認してください。（特定健診未受診者に情報提供票が送付されますが、送付後に特定健診を受診している場合があります）

③ 特定健診の受診勧奨

特定健診の受診を勧めてください。

特定健診実施機関の場合⇒通常の特定健診を実施してください。

特定健診実施機関でない場合⇒受診方法について保険者に問い合わせるようお伝えください。

④ 情報提供の同意確認

保険者に情報提供票を提供することを同意する旨の確認を行って下さい。

⑤ 情報提供票の作成

提出する各様式を作成してください。

・情報提供票　　・送付書

（注意事項）

・検査項目（基本項目）が揃わない場合、本事業の対象になりません。

・情報提供票作成のために実施した、追加検査に対する費用の支払いはありませんので、実施しないようお願いします。

・身体測定、血圧測定についてはご協力をお願いします。

・詳細は**【各様式の作成に係る留意事項】**をご覧ください。

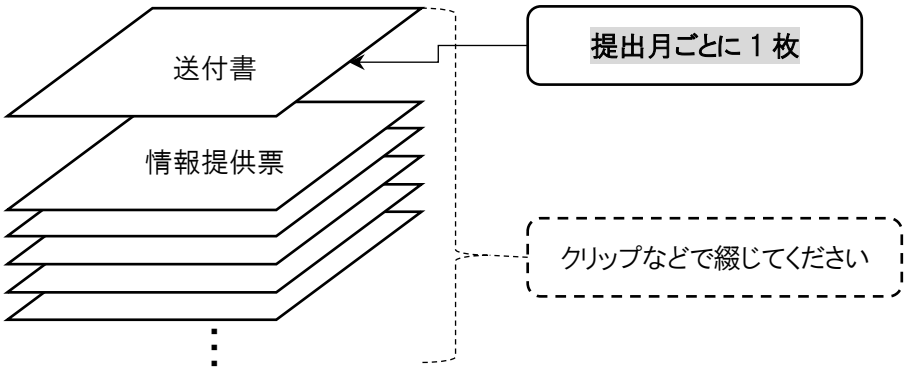
⑥ 情報提供票の提出

送付書と情報提供票を毎月１回取りまとめて提出してください。

提出先：新潟県国民健康保険団体連合会　保健事業課
〒950-8560　新潟市中央区新光町 7-1　自治会館別館
提出期限：毎月１日～10 日まで
土曜日、日曜日並びに国民の祝日にあたる場合はその翌日

令和8年度分は、令和9年6月までを目途にご提出ください

※提出物のイメージ



⑦ 情報提供料支払

情報提供料を提出月の翌月末日までに参加医療機関の**診療報酬の届出口座**に振り込みます。

情報提供料　１件 2,500 円（消費税込み）

4. 情報提供後の保健指導について

情報提供後、情報を受けた保険者が保健指導実施についてのご相談のため連絡する場合があります。

5. 参加方法

公益財団法人新潟県健康づくり財団（TEL：025－224-6161）で契約の取りまとめを行っていますので、ご相談ください。

6. 問合せ先

新潟県国民健康保険団体連合会　保健事業課健診係
TEL：025-285-3039

各様式の作成に係る留意事項

送　　付　　書

新潟県国民健康保険団体連合会　行

健康づくりのための情報提供事業にかかる情報提供票について、
下記のとおり提出します。

提出年月日	令和　　年　　月　　日　提出
医療機関番号	1 5 1
医療機関名称	
電話番号	
担当者名	
提出枚数	枚

送付書

・項目全てに記入してください。
・記入は、鉛筆以外（ボールペン等で消えないインクのもの）でお願いします。
・医療機関名称等にはゴム印等使用可能です。

提出年月日を記入してください。

医療機関番号、医療機関名称、電話番号、担当者名を記入してください。（ゴム印等可）

情報提供票の提出枚数を記入してください。

別記第１号様式（特定健診用）

国　保

令和　　年度新潟県健康づくりのための情報提供事業　情報提供票

【被保険者情報】

保険者名	○○市	保険者番号	159999
（フリガナ）	ｺｸﾎ　ﾀﾛｳ	受診券整理番号	260000000000001
氏名	国保　太郎	被保険者番号	０７８９
生年月日	昭和30年4月1日	住　所	９５０－８５６０ 新潟市中央区新光町７－１
性　別	男		
年　齢	７１歳		

【医療機関記入欄】　※太枠内は必須項目です。任意項目以外はすべてご記入ください。　※２「新潟県健康づくりのための情報提供事業事務処理マニュアル」を参照ください

	項　目		検査結果	注意事項
基本項目	身体測定	身長	. cm	小数点第１位まで
		体重	. kg	小数点第１位まで
		BMI	. kg/㎡	小数点第１位まで
		腹囲	. cm	小数点第１位まで
	血圧	収縮期血圧	mmHg	
		拡張期血圧	mmHg	
	採血時間(食後)	□食後10h以上　□食後3.5h以上10h未満　□食後3.5h未満		※２
	生化学検査	空腹時中性脂肪（食後10ｈ以上）	mg/dl	どちらか一方のみ※２
		随時中性脂肪（食後3.5h未満、食後3.5ｈ以上10ｈ未満）	mg/dl	
		HDLコレステロール	mg/dl	
		LDLコレステロール	mg/dl	どちらか一方でも可
		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	
	血糖	空腹時血糖（食後10ｈ以上）	mg/dl	いずれかの項目で可※２
		HbA1C(NGSP値)	. %	
		随時血糖（食後3.5ｈ以上10ｈ未満）	mg/dl	
	尿検査	尿糖	□－　□±　□＋　□＋＋　□＋＋＋	
		尿蛋白	□－　□±　□＋　□＋＋　□＋＋＋	
		測定不可能・検査未実施の理由	□生理中　□腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する　□その他	
任意項目	腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dl	
		eGFR	ml/分/1.73㎡	
		血清尿酸	mg/dl	
		尿潜血	□－　□±　□＋　□＋＋　□＋＋＋	
既往歴		□なし　□血圧　□血糖　□脂質　□高尿酸血症　□肝機能障害 □痛風腎　□動脈閉塞　□大動脈疾患　□胃切　□その他（　　）		
自覚症状		□なし　□不整脈　□めまい　□胸痛・冷汗　□呼吸困難　□動悸・息切れ □腰痛　□膝痛　□手足のしびれ　□その他（　　）		
他覚症状		□なし　□あり⇒（　　）		
メタボ判定		□基準該当　□予備群該当　□非該当　□判定不能		
医師の判断		□異常認めず　□要観察　□要医療　□治療中		
医師氏名		医師の判断日		
医療機関番号		医療機関名		
確認事項		□記載した検査結果は「医師の判断日」から遡り、３か月以内のものである。		

情報提供票（国保）表面

・必須項目（太線枠内）は全て記入してください。
・記入は、鉛筆以外（ボールペン等で消えないインクのもの）でお願いします。

【必須項目】
基本項目は全て記入してください。

LDL コレステロール、non-HDL コレステロールはいずれか一方でも可

血糖検査は、空腹時血糖、HbA1c、随時血糖のいずれか１つで可

排尿障害等により尿検査を実施できない場合は☑を記入してください。（この場合、尿糖、尿蛋白の記入は不要です。）

任意項目は検査を実施している場合に記入してください。（記入なし可）

【必須項目】
聞き取り、各種判定、医師の判断は全て記入してください。
医師の判断日は令和8年4月１日から令和9年3月31日の期間内で記載してください。

別記第１号様式（特定健診用）

国　保

【本人記入欄】

本人同意欄（自筆）

情報提供票を＿＿＿＿＿＿市・町・村　に提供することに同意します。

令和　年　月　日

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

※太枠内は必須項目ですので、必ずご記入ください。

項目	質問事項	該当する□に✓を記入してください。
1	現在、血圧を下げる薬を使用していますか。	□はい　□いいえ
2	現在、血糖を下げる薬又はインスリン注射を使用していますか。 （※上記について、内服又はインスリン注射のどちらか一方を行っている場合や、両方行っている場合は、「はい」に✓を記入してください）	□はい　□いいえ
3	現在、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。	□はい　□いいえ
4	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、条件１と条件２を両方満たす者である。 条件１：最近１か月間吸っている 条件２：生涯で６か月間以上吸っている、又は合計100本以上吸っている）	□はい（条件１と条件２を両方満たす） □以前は吸っていたが、最近１か月間は吸っていない（条件２のみ満たす） □いいえ（上記の２つ以外）
5	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	□はい　□いいえ
6	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	□はい　□いいえ
7	医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。	□はい　□いいえ
8	医師から、貧血といわれたことがありますか。	□はい　□いいえ
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	□はい　□いいえ
10	１回30分以上の軽く汗をかく運動を週２日以上、１年以上行っていますか。	□はい　□いいえ
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を１日１時間以上行っていますか。	□はい　□いいえ
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	□はい　□いいえ
13	食事をかんで食べるときの状態はどれにあてはまりますか。	□何でもかんで食べることができる □歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある □ほとんどかめない
14	人と比較して食べる速度が早いですか。	□速い　□普通　□遅い
15	就寝前の２時間以内に夕食をとることが週に３回以上ありますか。	□はい　□いいえ
16	朝昼夕の３食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。	□毎日　□時々 □ほとんど摂取しない
17	朝食を抜くことが週に３回以上ありますか。	□はい　□いいえ
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に月１回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近１年以上酒類を摂取していない者）	□毎日　□週５～６日 □週３～４日　□週１～２日 □月に１～３日　□月に１日未満 □やめた　□飲まない(飲めない)
19	飲酒日の１日当たりの飲酒量はどのくらいですか。 日本酒１合（アルコール度数15度・180ml）の目安：ビール（同５度・500ml）、焼酎（同25度・約110ml）、ワイン（同14度・約180ml）、ウイスキー（同43度・60ml）、缶チューハイ（同５度・約500ml、同７度・約350ml）	□１合未満 □１～２合未満 □２～３合未満 □３～５合未満 □５合以上
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	□はい　□いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。 □改善するつもりはない　□改善するつもりである（概ね６か月以内） □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 □既に改善に取り組んでいる（６か月未満）　□既に改善に取り組んでいる（６か月以上）	
22	生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。	□はい　□いいえ

【必須項目（自筆）】
保険者名、同意日、氏名、電話番号を記入してください。
（個人情報提供に対する同意確認のため）

項目１～４【必須項目】
服薬の状況、喫煙の回答は全て☑記入してください。
（複数回答不可）

項目５～22
該当する□に☑を記入してください。（複数回答不可）

情報提供票（国保）裏面

・裏面は本人が記入してください。（聞き取りによる代筆も可）
・必須項目（太線枠内）は全て記入してください。

別記第２号様式（健康診査用）

後　期

令和　年度新潟県健康づくりのための情報提供事業　情報提供票

【被保険者情報】

保険者名	○○市	保険者番号	39150000
（フリガナ）	ｺｸﾎ　ｼﾞﾛｳ	受診券整理番号	260000000000001
氏名	国保　次郎	被保険者番号	０１２３４５６７
生年月日	昭和23年4月1日	住　所	９５０－８５６０ 新潟市中央区新光町７－１
性　別	男		
年　齢	７８歳		

【医療機関記入欄】　※太枠内は必須項目です。任意項目以外はすべてご記入ください。

	項　目		検査結果	注意事項
基本項目	身体測定	身長	cm	小数点第１位まで
		体重	kg	小数点第１位まで
		BMI	kg/㎡	小数点第１位まで
	血圧	収縮期血圧	mmHg	
		拡張期血圧	mmHg	
	採血時間(食後)	□食後10h以上　□食後3.5h以上10h未満　□食後3.5h未満		
	生化学検査	空腹時中性脂肪（食後10ｈ以上）	mg/dl	どちらか一方のみ
		随時中性脂肪（食後3.5h未満、食後3.5ｈ以上10ｈ未満）	mg/dl	
		HDLコレステロール	mg/dl	
		LDLコレステロール	mg/dl	どちらか一方でも可
		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	
	血糖	空腹時血糖（食後10ｈ以上）	mg/dl	いずれかの項目で可
		HbA1C(NGSP値)	%	
		随時血糖（食後3.5ｈ以上10ｈ未満）	mg/dl	
	尿検査	尿糖	□－　□±　□＋　□＋＋　□＋＋＋	
		尿蛋白	□－　□±　□＋　□＋＋　□＋＋＋	
		測定不可能・検査未実施の理由	□腎疾患等の基礎疾患があるため排尿障害を有する　□その他	
任意項目	腎機能検査	血清クレアチニン	mg/dl	
		eGFR	ml/分/1.73㎡	
		血清尿酸	mg/dl	
		尿潜血	□－　□±　□＋　□＋＋　□＋＋＋	

既往歴	□なし　□血圧　□血糖　□脂質　□高尿酸血症　□肝機能障害 □痛風腎　□動脈閉塞　□大動脈疾患　□胃切　□その他（　　）		
自覚症状	□なし　□不整脈　□めまい　□胸痛・冷汗　□呼吸困難　□動悸・息切れ □腰痛　□膝痛　□手足のしびれ　□その他（　　）		
他覚症状	□なし　□あり⇒（　　）		
医師の判断	□異常認めず　□要観察　□要医療　□治療中		
医師氏名		医師の判断日	
医療機関番号		医療機関名	
確認事項	□記載した検査結果は「医師の判断日」から遡り、３か月以内のものである。		

情報提供票（後期）表面

・必須項目（太線枠内）は全て記入してください。
・記入は、鉛筆以外（ボールペン等で消えないインクのもの）でお願いします。

【必須項目】
基本項目は全て記入してください。

LDL コレステロール、non-HDL コレステロールはいずれか一方で可

血糖検査は、空腹時血糖、HbA1c、随時血糖のいずれか１つで可

排尿障害等により尿検査を実施できない場合は☑を記入してください。（この場合、尿糖、尿蛋白の記入は不要です。）

任意項目は検査を実施している場合に記入してください。（記入なし可）

【必須項目】
聞き取り、各種判定、医師の判断は全て記入してください。
医師の判断日は令和8年4月1日から令和9年3月31日の期間内で記載してください。

別記第２号様式（健康診査用）

後　期

本人同意欄（自筆）

情報提供票を新潟県後期高齢者医療広域連合及び市町村に提供することに同意します。

令和　　年　　月　　日

氏 名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　（電話番号　　―　　―　　）

【必須項目（自筆）】
同意日、氏名、電話番号を記入してください。
（個人情報提供に対する同意確認のため）

質問項目の回答に〇を記入してください。（複数回答不可）

1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	①よい　②まあよい ③ふつう　④あまりよくない ⑤よくない
2	毎日の生活に満足していますか	①満足　②やや満足 ③やや不満　④不満
3	１日３食きちんと食べていますか	①はい　②いいえ
4	半年前に比べて固いもの（※）が食べにくくなりましたか ※さきいか、たくあんなど	①はい　②いいえ
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	①はい　②いいえ
6	６か月間で２～３kg以上の体重減少がありましたか	①はい　②いいえ
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	①はい　②いいえ
8	この１年間に転んだことがありますか	①はい　②いいえ
9	ウォーキング等の運動を週に１回以上していますか	①はい　②いいえ
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあると言われていますか	①はい　②いいえ
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	①はい　②いいえ
12	あなたはたばこを吸っていますか	①吸っている ②吸っていない ③やめた
13	週に１回以上は外出していますか	①はい　②いいえ
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	①はい　②いいえ
15	体調が悪いときに、身近に相談できる人がいますか	①はい　②いいえ

情報提供票（後期）裏面

・裏面は本人が記入してください。（聞き取りによる代筆も可）
・必須項目（太線枠内）は全て記入してください。

記入項目についての留意事項

・情報提供票の太枠線内はすべて記入をお願いします。

・太枠線内以外の項目は検査結果がある場合に記入をお願いします。

・「医師の判断日」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。）

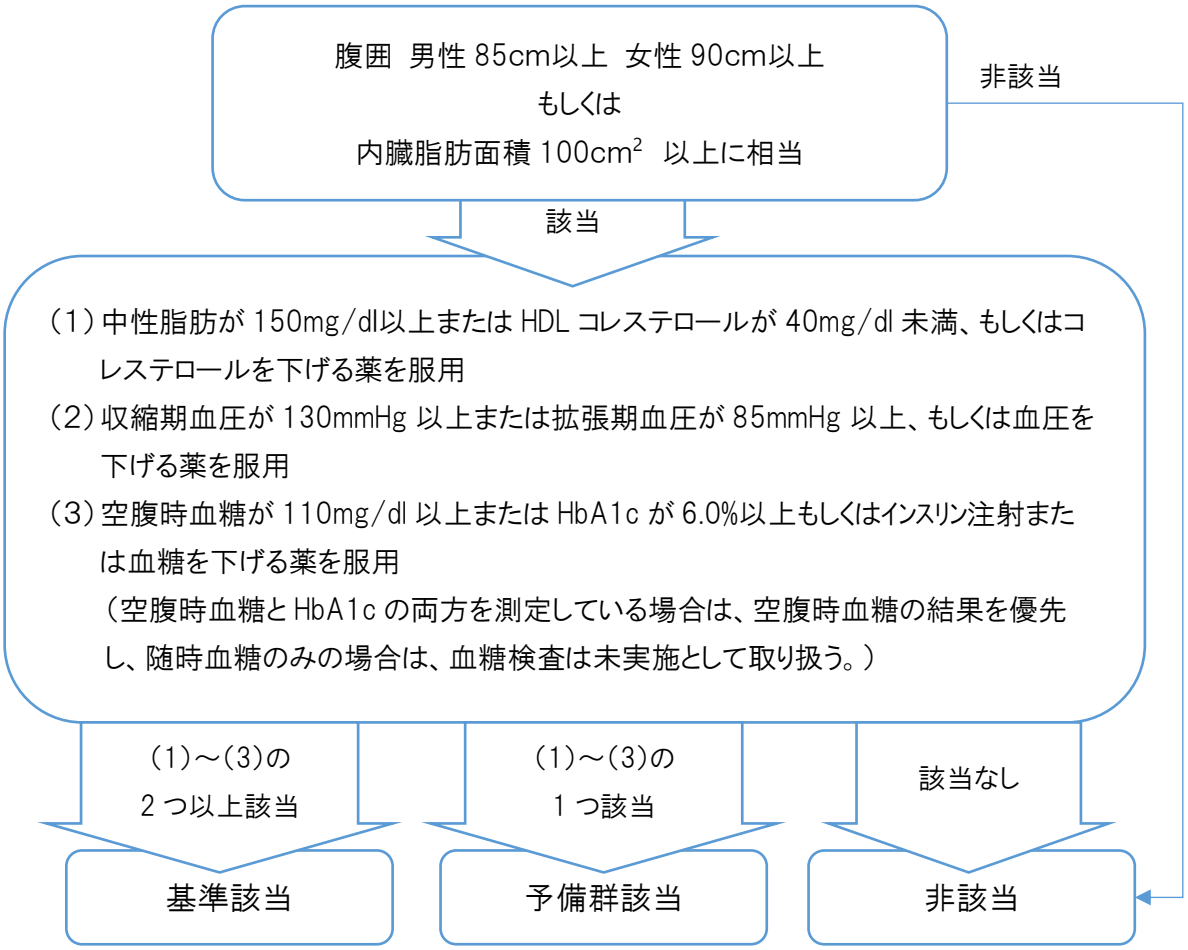
・医師の判断日は令和８年４月１日から令和９年３月３１日の期間内で記載してください。

・医師の判断日は情報提供票が持参された日から遡った日付、若しくは持参後に検査結果が揃った時点での日付も上記期間内であれば取り扱い可能です。

・提供可能な検査結果等は、検査実施日から３か月以内に医師の判断が行われたものになります。

・検査が複数日にまたがる場合は、最初に行われた検査実施日から３か月以内に医師の判断が行われたものになります。

・メタボ判定は以下のとおり行ってください。



記入の不備等への対応について

提出された情報提供票等は、国保連合会で被保険者の健診受診の有無や記載事項の確認を実施しますが、確認の結果、記載事項の不備などにより情報提供料の支払ができない場合があります。

軽微な不備等については、国保連合会から電話確認を行い修正する場合がありますので、ご協力をお願いいたします。

不備等の内容によっては、一旦返戻させていただく場合がありますのでご了承ください。