

令和3年度特定健康診査・特定保健指導委託変更契約書

令和3年4月1日付けをもって、健康保険組合連合会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。）と一般社団法人岐阜県医師会（以下「乙」という。）との間で締結した令和3年度特定健康診査・特定保健指導委託契約書（契約番号：岐阜－3－001－0）について、別紙内訳書医師会・健診機関等名称に以下を追加する。

なお、その他の条項については原契約のとおりとする。

別紙

内 訳 書 医師会・健診機関等名称（各務原市医師会B①実施機関一覧表1枚）

区分		1人当たり委託料単価 (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		10,329円	円	・健診実施後に一括
	詳細な健診の項目 (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	2,119円	円	
	血清クレアチニン検査及び eGFR	110円	円		
特定保健指導※2	動機付け支援 (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 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 ・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 ・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
追加健診				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

別紙

地域<各務原市医師会>

実施機関一覧表（9月追加分）

健診・保健指導 機関番号 (半角数字)	実施機関名	郵便番号 (半角数字・ ハイフンあ り)	所在地※1	電話番号※2 (半角数字・ハ イフンあり)	受託業務※3								
					特定健康診査					特定保健指導			追加健診項目
					実施 形態		詳細項目※4			健診 当日 初回面接※5	動 機 付 け 支 援	積 極 的 支 援	
					集 団 健 診	個 別 健 診	貧 血	心 電 図	眼 底				
2110502784	いけだ内科クリニック	504-0832	岐阜県各務原市蘇原花 園町4丁目13-1	058-380-3511	○	○	○	△	○				

※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。

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3年9月30日

委託者（甲）

健康保険組合連合会ほか902保険者
契約代表者

健康保険組合連合会

東京都港区南青山一丁目24番4号

会 長 宮 永 俊 一

代理人

健康保険組合連合会岐阜連合会

岐阜県岐阜市下奈良二丁目2番1号

会 長 楠 井 宏 和

受託者（乙）

一般社団法人岐阜県医師会

岐阜県岐阜市藪田南三丁目5番11号

会 長 河 合 直 樹