

# 要治療者への受診勧奨に関する業務委託仕様書

平成 31 年 2 月 19 日

## 1 委託業務の概要

### (1) 目的

生活習慣病予防健診の結果において、要治療・要精密検査の判定となり治療等が必要な者に対して、健診のひと月～ひと半月後に受診状況の確認のため電話による勧奨をする。

健診後、治療等が必要な者が、未治療とならないよう確実に受診へつなげることにより重症化予防と医療費適正化を図る。

### (2) 業務概要

①健診結果から血圧または血糖検査において受診基準値に該当し、通院治療を受けていない者に対し、電話等により健診のひと月～ひと半月後に受診状況を確認し、未受診の者については受診勧奨をする。

②電話勧奨を主とするため昨年度の健診結果から該当者を選定しておき、健診申込時や健診当日等に連絡先を確認しておく。

#### 手順

ア) 健診結果から対象者を選定し結果通知に受診勧奨チラシを封入する。(別途依頼)

イ) 健診のひと月～ひと半月後に対象者へ電話等で受診状況を確認し、未治療者には医療機関への受診を促す。委託費用は、勧奨 1 名につき 1,000 円 (上限、税抜) とする。

ウ) 当支部にて勧奨報告書に基づき、勧奨の 3 月後に治療受診の状況を確認し、受診が確認できた場合、1 名につき 1,000 円 (上限、税抜) を追加で支払う。ただし、治療受診の状況 (レセプト) の確認は岡山支部の被保険者に限る。

### (3) 勧奨対象者

全国健康保険協会岡山支部の被保険者で、生活習慣病予防健診の結果において、下記の基準値以上の者とする。ただし、内服治療中・通院中の者は除く。

収縮期血圧	拡張期血圧	空腹時血糖 (随時 3.5h 以上含む)	H b A 1 c
180mmHg 以上	110mmHg 以上	160mg/dl 以上	8.4%以上

## 2 実施時期

契約締結日から 2020 年 3 月 31 日とする。(次年度以降、自動更新あり。)

## 3 報告・請求方法

受託者は、原則 1 月ごとに請求書を作成し提出する。月末までに受診勧奨を実施し、電話確認・勧奨を実施した者の人数に 1,000 円 (税抜) を乗じた金額を別紙 1 にて請求する。請求時には、別紙 2 の報告書を添付する。なお、消費税法第 28 条第 1 項及び第 29 条並びに地方税法第 72 条の 82 及び第 72 条の 83 の規定に基づく税率を乗じて得た額 (以下、「消費税等額」という。)。ただし、この場合、消費税等額に 1 円未満の端数が生じた場合には、これを切り捨てた額とする。

また、勧奨から 3 月後以内に受診が確認できた人数を当支部から確認後報告するので、別紙 3 にて請

求する。

4 委託の条件等

当支部が実施する生活習慣病予防健診の受託機関であること。

5 担当部署（連絡先）

全国健康保険協会岡山支部 保健グループ

〒700-8506

岡山県岡山市北区本町 6-36 第一セントラルビル 8 階

電話：086-803-5784

## 要治療者への受診勧奨業務請求書

金 \_\_\_\_\_ 円也

(消費税額及び地方消費税額 \_\_\_\_\_ 円を含む)

勧奨実施者数 \_\_\_\_\_ 人

上記のとおり請求します。

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

全国健康保険協会岡山支部  
支部長 岡田 一成 殿

所在地

名称

代表者名

⑩

振込金融機関名	銀行 金庫 農協	店
預金種別	普通・当座・通知・別段	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		

# 要治療者への受診勧奨業務報告書

健診機関名 : \_\_\_\_\_

勧奨実施月 : 平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月分

未受診の場合は、ご本人との電話の内容や今後の予定、また、受診を促して下さい。

健保 記号	健保 番号	氏 名	勧奨日	該当値 血圧	該当値 血糖	受診状況	協会欄	
							健診 結果	レセ 結果
記入例								
33-12345678	123	協会 太郎	平成 30 年 10 月 1 日	なし	220	受診済 未 (理由: 多忙のため受診できず。来月受診約束。)		
—						受診済 未 (理由: )		
—						受診済 未 (理由: )		
—						受診済 未 (理由: )		
—						受診済 未 (理由: )		
—						受診済 未 (理由: )		
—						受診済 未 (理由: )		
—						受診済 未 (理由: )		

# 要治療者への受診勧奨成果請求書

金 \_\_\_\_\_ 円也

(消費税額及び地方消費税額 \_\_\_\_\_ 円を含む)

受診確認者数 \_\_\_\_\_ 人

上記のとおり請求します。

平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

全国健康保険協会岡山支部  
支部長 岡田 一成 殿

所在地

名称

代表者名

⑩

振込金融機関名	銀行 金庫 農協	店
預金種別	普通・当座・通知・別段	
口座番号		
フリガナ		
口座名義人		