

申 請 書 表 紙

年 月 日

(申請先)

横浜市健康福祉局長

所在地

団体名

代表者職・氏名

横浜市国民健康保険の特定健康診査業務を受託したいので、下記提出書類を添えて申請します。

1 提出書類

- (1) 横浜市国民健康保険特定健康診査業務の委託契約に係る申請書（様式1）
- (2) 業務提案書（様式2）
- (3) 運営についての重要事項に関する規程の概要（様式3）
- (4) 社会保険診療報酬支払基金への特定健康診査機関届出に関する調書（様式4）

業 務 提 案 書

1 特定健康診査業務の実施体制について

1	特定健康診査・ 特定保健指導 に関する研修 実績・計画		研修名	年月日	研修主催者	参加職種と人数
		7 年 度				
		8 年 度				
2	情報公開の 取組	特定健康診査の運営に関する重要事項の公開の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
		公開方法 <input type="checkbox"/> ホームページ (アドレス:) <input type="checkbox"/> その他 ()				

2 対象者の利便性（実施場所、実施時間、土日夜間の実施等）の確保について

1	実施場所	施設の名称 施設所在地（住所） （※巡回車により実施する場合は、実施場所及び年間の実施計画を別に添付してください。（様式自由））				
2	実施曜日 及び 実施時間		曜日	午前営業時間	午後営業時間	夜間営業時間
		<input type="checkbox"/>	月曜日			
		<input type="checkbox"/>	火曜日			
		<input type="checkbox"/>	水曜日			
		<input type="checkbox"/>	木曜日			
		<input type="checkbox"/>	金曜日			
		<input type="checkbox"/>	土曜日			
		<input type="checkbox"/>	日曜日			

3 特定健康診査のサービス提供内容及び提供方法等について

1	血液検査の実施	<input type="checkbox"/> 自施設で実施する <input type="checkbox"/> 委託により実施する（委託先機関名： ）
	内部精度管理	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 精度管理規定の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし 精度管理委員会の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし
	外部精度管理	<input type="checkbox"/> 実施（実施機関名： ） <input type="checkbox"/> 未実施
2	尿検査の実施	<input type="checkbox"/> 自施設で実施する <input type="checkbox"/> 委託により実施する（委託先機関名： ）
	内部精度管理	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施 精度管理規定の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし 精度管理委員会の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> なし
	外部精度管理	<input type="checkbox"/> 実施（実施機関名： ） <input type="checkbox"/> 未実施
3	健診結果の保存や提出における電子的様式の使用	<input type="checkbox"/> 自施設で電子化 <input type="checkbox"/> 委託して電子化（委託先： ）

4 特定健康診査の結果説明・情報提供及び特定保健指導が必要とされた人に対する特定保健指導利用を結びつけるための取組の考え方を具体的に記載してください。

1. 健診結果の説明及び情報提供の工夫についての考え方

2. 健診結果を受け取りに来なかった場合の結果通知の対応策について

社会保険診療報酬支払基金への特定健康診査機関届出に関する調書

次の項目について、あてはまるものに「○」を記入してください。

	項目	記入欄
1	届出を提出済みであり、社会保険診療報酬支払基金のホームページ上に反映されている。※1	
2	届出を提出済みであるが、社会保険診療報酬支払基金のホームページ上には反映されていない。※1	
3	未提出であるが、受託者決定日までには必ず届出を行う。※2	

※1 実際に届け出たものの写しを添付してください。
なお、写しを手元にない場合は、社会保険診療報酬支払基金ホームページに公開されている届出機関情報をプリントアウトして添付してください。

※2 社会保険診療報酬支払基金へ提出後、実際に届け出たものの写しを添付してください。

令和 年 月 日

(提出先) 横浜市健康福祉局長

(申請者) 施設の名称

施設所在地
の住所

施設管理者名

(〒 -)

令和8年度横浜市国民健康保険特定健康診査業務の委託契約に係る申請書

令和8年度の横浜市国民健康保険特定健康診査業務の受託契約に係る届出内容について提出します。
契約内容及び受診者への情報提供等に必要届出情報です。

届出事由	<input checked="" type="checkbox"/> 新規受託			特定健診開始年月日	令和 年 月 日			
特定健診機関コード	1	4	1					
支払基金届出年月日	年 月 日			<input type="checkbox"/> 特定健診機関届出書の写し(要事前届)				
お客様問い合わせ 電話番号等(◆)	TEL :			/ FAX :				
特定健診の 実施方法	<input type="checkbox"/> 個別健診(一般の外来診療の中で、個別的に健診を実施する方法) <input type="checkbox"/> 集団健診(健診の日時及び場所を予め指定して、集団的に健診を実施する方法)							
健診結果の 通知方法	<input type="checkbox"/> 対面通知(対面により、健診結果説明及び必要な情報提供を行い、健診結果通知票を受診者に手渡す方法) <input type="checkbox"/> 郵送通知(健診結果通知票及び検査結果に係る必要な情報を記載したパンフレット等を郵送する方法)							
(の詳 ◆実細 施な 方検 査 法 査 項 目)	貧血検査	<input checked="" type="checkbox"/> 実施する						
	心電図検査	<input checked="" type="checkbox"/> 自施設で実施する <input type="checkbox"/> 他の医療機関等に委託して実施する (委託先名称:)						
	眼底検査	<input checked="" type="checkbox"/> 自施設で実施する <input type="checkbox"/> 他の医療機関等に委託して実施する (委託先名称:)						
健診結果データの 保険者への 提出方法	<input checked="" type="checkbox"/> 電子様式(国の標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイル形態(オンライン又はMO、CD等媒体)で提出する場合。)							

当方からの照会及び受診者への情報提供等に必要となりますので、下記の項目についてご記入ください。

ホームページ(◆)	有・無	→ <input checked="" type="radio"/> 有の場合、URL:
連絡先メールアドレス	有・無	→ <input checked="" type="radio"/> 有の場合、アドレス:
健診のweb予約(◆)	有・無	
外国語の対応(◆)	可・不可	→ <input checked="" type="radio"/> 可の場合、対応できる外国語:
人間ドックの実施	有・無	→ <input checked="" type="radio"/> 有の場合、人間ドック実施の際、特定健診の項目を 国保連合会に請求しているか ⇒ 請求している・請求していない
健診実施体制 (◆)	実施時間帯に○	土 AM PM 日 AM PM 平日夜間(19時以降の健診実施体制がある場合のみ)

※施設の名称・所在地のほか、「◆」印の記載内容については、受診者に送付する健診機関一覧表や
横浜市ホームページ等で公表しますのでご承知おください。

記入例

令和 〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日

(提出先) 横浜市健康福祉局長

施設の名称、住所、施設管理者名を記載してください。

※ 記入いただいた施設名称、住所を市ホームページ、送付物等で公表させていただきます。

施設の名称 (医) 〇〇診療所

(〒 231-0017)

施設所在地
の住所

横浜市中区港町1-1 〇〇ビル2階

施設管理者名

横浜 太郎

令和8年度横浜市国民健康保険特定健康診査業務の委託契約に係る申請書

令和8年度の横浜市国民健康保険特定健康診査業務の受託契約に係る届出内容について提出します。契約内容及び受診者への情報提供等に必要届出情報です。

神奈川県社会保険診療報酬支払基金へ届出した健診機関コード番号を記入してください。
※「141+医療機関コード(7桁)」

必要な届出情報です。

れます。(チェックは各項目いずれか1つとなります。) する場合は、委託先の名称をご記入ください。

届出事	■ 新規受託				特定健診開始年月日		令和 年 月 日			
特定健診機関コード	1	4	1	○	○	○	○	○	○	○
支払基金届出年月日	〇〇 年 〇〇 月 〇〇 日				■ 特定健診機関届出書の写し(要事前届)					
お客様問い合わせ 電話番号等(◆)	TEL :				/FAX :					
特定健診の 実施方法	<input checked="" type="checkbox"/> 個別健診 (「特定健診実施医療機関一覧表」等に記載する電話番号およびFAX番号(FAXは公表可能な場合のみ)を記入してください。 <input type="checkbox"/> 集団健診 (健診の日時及び場所を予め指定して、集団的に健診を実施する方法)									
健診結果の 通知方法	<input checked="" type="checkbox"/> 対面通知 (対面により、健診結果説明及び必要な情報提供を行い、健診結果通知票を受診者に手渡す方法) <input type="checkbox"/> 郵送通知 (健診結果通知票及び検査結果に係る必要な情報を記載したパンフレット等を郵送する方法)									
(の詳 ◆実細 施な 方検 法査 項目)	貧血検査	<input checked="" type="checkbox"/> 実施する								
	心電図検査	<input checked="" type="checkbox"/> 自施設で実施する								
	眼底検査	<input checked="" type="checkbox"/> 自施設で実施する <input type="checkbox"/> 他の医療機関等に委託して実施する (委託先名称:)								
健診結果データの 保険者への 提出方法	<input checked="" type="checkbox"/> 電子様式 (国の標準的な電子データファイル仕様に基づく電子ファイル形態(オンライン又はMO、CD等媒体)で提出する場合。) <input type="checkbox"/> 紙様式									

当方からの照会及び受診者への情報提供等に必要となりますので、

ホームページ(◆)	有・無	→ (有) の場合、URL:
連絡先メールアドレス	有・無	→ (有) の場合、アドレス:
健診のweb予約(◆)	有・無	
外国語の対応(◆)	可・不可	可 の場合、対応できる外国語:
人間ドックの実施	有・無	→ (有) の場合、人間ドック実施の際、特定健診の項目を 国保連合会に請求しているか ⇒ 請求している・請求していない
健診実施体制 (◆)	実施時間帯に○ 土 AM PM 日 AM PM 平日夜間(19時以降の健診実施体制がある場合のみ)	

※施設の名称等はまるものに○をつけてください。または、受診者に送付する健診機関一覧表や横

ホームページ(公開可能な場合のみ)をお持ちでしたら記入してください。

運営についての重要事項に関する規程の概要〔健診機関〕

- * 健診と保健指導の両方を実施する者は、保健指導機関分とは別々に作成・掲出等すること。
 * 多くの拠点を抱えている法人の場合は、各拠点単位で別々にこれを作成・掲出等すること。
 * 選択肢の項目については、□を■にするか、該当する選択肢のみ残す（非該当は削除）こと。

更新情報	最終更新日	年	月	日
------	-------	---	---	---

* 下記事項に変更があった場合は速やかに変更し、掲載しているホームページ等更新し、更新日を明示すること。

機関情報	機関名 ^{注1)注2)}		
	所在地 ^{注1)}	(郵便番号)	—
		(住所)	
	電話番号 ^{注1)}		— —
	FAX番号		— —
	健診機関番号 ^{注3)}		
	窓口となるメールアドレス		@
	ホームページ ^{注4)}		https://
	経営主体 ^{注1)}		
	開設者名 ^{注1)}		
	管理者名 ^{注5)}		
	第三者評価 ^{注6)}		<input type="checkbox"/> 実施（実施機関： ） <input type="checkbox"/> 未実施
	認定取得年月日 ^{注6)}		年 月 日
	契約取りまとめ機関名 ^{注7)}		(例:〇〇市医師会、結核予防会)
	所属組織名 ^{注8)}		

- 注1) 社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」という）に届け出る（あるいは届け出ている）内容と同一の内容とする
 注2) 正式名称で記載。複数拠点を持つ法人の場合は、正式名称が拠点名のみであれば拠点名、法人名＋拠点名（例：「株式会社△△サービス〇〇店」「財団法人〇〇 △△健診センター」等）であればその通りに記載
 注3) 届出により支払基金から番号が交付されている機関のみ記載
 注4) ホームページを開設している機関のみ記載。複数ある場合は最も機関の概要がわかる情報が掲載されているサイト（例：自院ページ、地区医師会ページ、医療情報提供制度に基づく都道府県ホームページ等）のアドレスを記載
 注5) 特定健康診査を実施する各拠点における常勤の管理者。但し、管理上支障がない場合は、健康診査機関の他の職務に従事し、又は同一の敷地内にある他の事業所、施設等の職務に従事することができるものとする。施設管理や人事管理、会計管理等を想定。従って管理者は必ずしも医師等でなくともよい（医師等による兼務は可）。
 注6) 何らかの評価機関において、評価を受けた場合のみ記載
 注7) 個別契約のみで、どこのグループにも属していない場合は記載不要
 注8) 機関が支部・支店等の拠点の場合、所属する法人名（本部組織名）を記載（正式名称で）。所属組織とは、主として注2の例にあるような法人を想定（医師会は除く）。なお、契約取りまとめ機関名との包含関係としては、契約取りまとめ機関≧本部組織＞機関（支部・支店等）となる。

スタッフ情報 ^{注9)}		常勤	非常勤
	医師	人	人
	看護師	人	人
	臨床検査技師	人	人
	上記以外の健診スタッフ ^{注10)}	人	人

注9) 特定健康診査に従事する者のみを記載。

注10) 医師・看護師・臨床検査技師以外で、特定健診の業務運営に必要な者（受付、身体計測、データ入力や発送、健診バスの運転等）。

施設及び設備情報	受診者に対するプライバシーの保護 ^{注11)}	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	個人情報保護に関する規程類	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	受動喫煙対策	<input type="checkbox"/> 敷地内禁煙 <input type="checkbox"/> 施設内禁煙 <input type="checkbox"/> 完全分煙 <input type="checkbox"/> なし

	血液検査	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 委託（委託機関名： ）
	眼底検査	<input type="checkbox"/> 独自で実施 <input type="checkbox"/> 委託（委託機関名： ）
	内部精度管理 ^{注12)}	<input type="checkbox"/> 実施 <input type="checkbox"/> 未実施
	外部精度管理 ^{注12)}	<input type="checkbox"/> 実施（実施機関： ） <input type="checkbox"/> 未実施
	健診結果の保存や提出における標準的な電子的様式の使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

注11) 健診時における、必要な箇所(問診・相談や脱衣を要する検査項目の実施時等)への間仕切りやついたて等の設置、別室の確保等の配慮等が為されているかの有無

注12) 血液検査や眼底検査等を外部に委託している場合には、委託先の状況について記載。

運営に関する情報	実施日及び実施時間 ^{注13)}	特定時期 通年	(例: 6月第2週の平日 13:00-17:00)
	特定健康診査の単価 ^{注14)}		円以下/人
	特定健康診査の実施形態 ^{注13)}		<input type="checkbox"/> 施設型（ <input type="checkbox"/> 要予約・ <input type="checkbox"/> 予約不要） <input type="checkbox"/> 巡回型（ <input type="checkbox"/> 要予約・ <input type="checkbox"/> 予約不要）
	巡回型健診の実施地域		(例:岡山県全域、広島県福山市)
	救急時の応急処置体制 ^{注15)}	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	苦情に対する対応体制 ^{注16)}	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

注13) どちらだけでも、どちらも記載可

注14) 特定健康診査の「基本的な健診の項目」（いわゆる必須項目）の一式を実施した場合の単価（契約先によって多様な契約単価がある場合は、そのうちの最高額）を記載。なお、単価には消費税を含む。

注15) 緊急時に医師が迅速に対応できる体制の有無（医師が常駐していない機関の場合は、医師と緊密に連携し緊急時には搬送もしくは医師が駆けつける体制となっているか）。※医療機関は原則として「有」と想定される

注16) 受診者や保険者による苦情が発生した場合に、それを受け付け、改善、申し立て者への結果報告等を行う窓口や担当等が設けられているか。※医療機関は原則として「有」と想定される

その他	掲出時点の前年度における特定健診の実施件数	年間 人	1日当たり 人
	実施可能な特定健康診査の件数	年間 人	1日当たり 人
	特定保健指導の実施	<input type="checkbox"/> 有(動機付け支援) <input type="checkbox"/> 有(積極的支援) <input type="checkbox"/> 無	