

宮城県内における保険者間の特定健診及び特定保健指導データの
移動に関するルール

1 基本的事項

(1) 移動の媒体

- ・ 移動の媒体は、紙媒体を原則とする。ただし、両保険者の同意により光ディスク等電子的な記録媒体を使った移動も可能とする。
- ・ データでの移動の場合、Eメール等のインターネット回線を利用した授受は行わない。

(2) 移動するデータ

- ・ 移動するデータの対象者は、宮城県保険者協議会の構成団体である加入保険者の加入者とする。
- ・ 移動するデータは、加入者が加入していた保険者（以下「旧保険者」という。）が提供できる範囲又は過去5年分の特定健康診査及び特定保健指導のデータを原則とする。

(3) 加入者本人への説明及び同意書の取得

- ・ 原則として、保険者（以下「現保険者」という。）が、新規加入手続き時等に加入者本人へ説明を行い、同意書（様式第1号）を取得する。
- ・ 現保険者が旧保険者にデータの移動の依頼を行う場合は、特定健診情報提供依頼文書（様式第2号）に、同意書の写しを添付する。
- ・ 旧保険者が現保険者にデータの提供を行う場合は、特定健診情報送付文書（様式第3号）にて送付する。

(4) 移動に関する費用負担

- ・ 移動するデータの作成に係る費用は、旧保険者が負担するものとする。
- ・ データ移動の送付に関する費用及びデータ登録に係る費用は、現保険者が負担するものとする。

(5) 個人情報の取扱い

- ・ データ移動を行う際、紙で送付する場合にあっては、簡易書留又は宅配便等を、光ディスク等メディアを使う場合にあっては、パスワードを設定するなど、個人情報の遺漏がないよう十分に配慮するものとする。

2 移動の方法

(1) 加入者本人が健診結果表等を保管している場合

- ・ 加入時等、窓口で目的について説明し、後日郵送で健診結果等のコピーの送付を依頼する。(返信用封筒が必要)

(2) 加入者本人が健診結果表等を保管していない場合

- ・ 本ルールに従い手続きを行う。

3 その他

(1) 各様式の掲載について

- ・ 宮城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) その他

- ・ 疑義が生じた場合はその都度協議するものとする。

(様式第1号) 加入者からの同意書の例

同意書

私は、〇〇〇（旧保険者名）が保有する私の特定健診等情報を、〇〇〇（旧保険者名）から〇〇〇（現保険者名）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
- ・（平成） 年度 ～ （平成） 年度（※複数年度の場合）
- ・（平成） 年度（※単年度の場合）

令和 年 月 日

〇〇〇保険者〇〇〇長殿
（現保険者の長）

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) _____

(様式第2号) 特定健診等データの提供依頼の文書例

文 書 番 号
令 和 年 月 日

〇〇〇保険者〇〇長殿
(旧保険者の長)

〇〇〇保険者〇〇長 〇〇〇〇 印
(現保険者の長)

特定健診等情報の提供について (依頼)

別添のとおり対象者から同意を得た特定健診等情報について、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等情報については、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	特定健診等情報の提供年度
() 〇 〇 〇 〇	昭和 年 月 日	男	加入期間中の全特定健診情報
() 〇 〇 〇 〇	昭和 年 月 日	女	平成 年度～平成 年度 (※複数年度の場合)
() 〇 〇 〇 〇	昭和 年 月 日	男	平成 年度 (※単年度の場合)

2 提供方法

貴保険者が保有されている特定健診等情報 (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)

担当 :

住所 :

電話 :

(様式第3号) 特定健診等データの提供の文書例

文 書 番 号
令 和 年 月 日

〇〇〇保険者〇〇長殿
(現保険者の長)

〇〇〇保険者〇〇長 〇〇〇〇 印
(旧保険者の長)

特定健診等情報の提供について (送付)

令和 年 月 日付 (文書番号) において依頼があった特定健診等データ
について、下記のとおり提供します。

記

送付内容 ※該当のものを記載

- | | |
|------------------------|---|
| (1) CD-R | 枚 |
| (2) 特定健診の記録の写し (紙) | 枚 |
| (3) 特定保健指導の実施の有無 (紙) | 枚 |
| (4) 特定保健指導の実施内容の写し (紙) | 枚 |

連絡先 (照会先)

担当 :

住所 :

電話 :

(加入者本人への同意依頼文書例)

文 書 番 号
令 和 年 月 日

(異動対象者氏名) 様

〇〇〇保険者 〇〇〇〇 印
(現保険者の長)

健診結果等に関する記録の写しの移動に係る同意について (依頼)

時下、ますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、県内全ての医療保険者では、加入者の転職・退職・転居等により、加入医療保険（健康保険組合・共済組合・協会けんぽ・国保・後期高齢者医療広域連合）が変わる場合、それまでの健診情報（健診結果・保健指導記録）を次の医療保険者へ提供することで皆様の継続的な健康管理を行うこととしております。

つきましては、貴方様の健診結果等のデータ移動について御理解いただき、御協力くださいますようお願い申し上げます。

なお、御承諾いただける場合は、同封の同意書に必要事項を記入押印し、
月 日 () までに下記窓口まで持参いただくか、返信用封筒にて送付願います。また、同意いただいた際は、医療保険者から提供される個人情報について、当方が厳重に管理し、漏えい・不正流用・改ざん等の防止に適切な対策を講じてまいります。

記

- 返信用封筒に同封していただく書類
- 同意書
- 健診結果・保健指導記録のコピー（複数年分） **※お手元にお持ちの場合のみ**

連絡先（照会先）

担当：

住所：

電話：

< 本人を通じた特定健診等データ提供のフロー図 >

◎健診結果データを本人が保管している場合

	旧保険者	本人	現保険者 (データ提供を求める保険者)
① 現保険者へ新規加入手続き時			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現保険者からの求めに応じ、本人の意思でデータを現保険者へ着払方式にて提供する	③本人からデータが届いたら送料を支払う

◎健診結果データを本人が保管していない場合

	旧保険者	本人	現保険者 (データ提供を求める保険者)
① 現保険者へ新規加入手続き時	②有無の回答		①データの有無確認
②手続き後	⑤本人へデータを提供(再発行)する	④旧保険者へ提供を申し出る ⑥データ提供(再発行)を受ける ⑦現保険者からの求めに応じ、本人の意思でデータを現保険者へ着払方式にて提供する	③(有の場合)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 ⑧本人からデータが届いたら送料を支払う

＜ 保険者間の直接のやりとりによる特定健診等データ提供のフロー図 ＞

◎健診結果データを本人が保管していない場合

