令和８年９月１日

事業主組合員　様

静岡市食品国民健康保険組合

健康診断結果のご提供について（依頼）

日頃より、本組合の運営にご理解ご協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、本組合は、高齢者の医療の確保に関する法律に基づき、40 歳以上 74 歳以下の加入者に対して毎年「特定健康診査」の実施と受診結果の国への報告が義務付けられています。

事業所で職場健診を実施した場合や、個人的に人間ドックを受けた場合でも、特定健康診査の項目が含まれる場合は特定健康診査を受診したとみなすこととなっており、健康診断結果をご提供いただくことで、特定保健指導の無料参加（対象者のみ）や、同意した場合は医療機関受診時に医師等との情報共有ができるなど、様々なメリットがあります。

また、健診結果をご提供いただかないかぎり、健康家庭表彰事業（※）の対象者資格を得られません。

（※１年間を通じ､組合員及びその世帯に属する被保険者が療養の給付及び療養費の支給を受けず、また、４０～７４歳の特定健診対象者がいる場合、その全員が健診を受けている世帯の組合員に記念品（１３,０００円～１７,０００円相当）を贈呈します。）

つきましては、下記により必要書類を送付していただきたく、お願い申し上げます。

記

１　提出いただくもの

※食品国保の各種健康診断（特定健診・集団検診・人間ドック）を受診する場合はご提出不要です。

（１）健診結果の情報提供同意書

（２）事業者健診データの提供に関する依頼書

（３）提供対象者一覧表

２　提出目安　健診機関・日時が決まり次第すみやかにご提出願います。

３　提出・問い合わせ先（郵送・窓口どちらでも受付しています）

〒４２０－００３４

静岡市葵区常磐町１丁目４－１１　杉徳ビル５階

静岡市食品国民健康保険組合　【担当：小林】

TEL：054-253-4533（お電話いただければ返信用封筒をお送りします。）

【参照】高齢者の医療の確保に関する法律（抜粋）

（特定健康診査等に関する記録の提供）

第 27 条　　保険者は、加入者の資格を取得した者があるときは、当該加入者が加入していた他の保険者に対し、当該他の保険者が保存している当該保険者に係る特定健康診査または特定保健指導に係る記録の写しを提供するよう求めることができる。

2 保険者は、加入者を使用している事業者等又は使用していた事業者等に対し、厚生労働省令で定めるところにより、労働安全衛生法その他の法令に基づき当該事業者等が保存している当該加入者に係る健康診断に関する記録の写しを提供するよう求めることができる。

3 前二項の規定により、特定健康診査若しくは特定保健指導に関する記録又は健康診断に関する記録の写しの提供を求められた他の保険者又は事業者等は、厚生労働省令で定めるところにより、当該記録の写しを提供しなければならない。

別添１

健診結果の情報提供同意書

労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 66 条の規定に基づき事業主が従業員に対して行う定期健康診断のうち、40 歳以上 75 歳未満及び受診日において静岡市食品国民健康保険組合の被保険者資格を有する者の特定健康診査項目の結果について、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 27 条第 2 項および第 3 項に基づき、静岡市食品国民健康保険組合が健康診断実施機関より健診結果データを取得することに同意します。

なお、特段の申し出をしない限り、次年度以降も同意書を有効としていただいても差し支えありません。

令和　　年　　月　　日

静岡市食品国民健康保険組合理事長　御中

事業所名			
事業主名	㊞		
所在地			
担当者氏名			
健診機関名		健診実施期間	令和　　年　　月～　月
記号番号			

別添２

事業者健診データの提供に関する依頼書

御中
（ 健 診 機 関 名 ）

先般、静岡市食品国民健康保険組合から、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号）第 27 条に基づき、労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）第 66 条に基づき実施した健康診断に関する記録の写しの提供依頼がありました。

つきましては、貴社に委託し実施した事業者健診を受診した当社従業員のうち、40 歳以上 75 歳未満（75 歳の誕生日の前日までの者）及び受診日において静岡市食品国民健康保険組合の被保険者資格を有していた者の健康診断結果について、国が定める標準的なデータ仕様に基づくデータ形式又は健診結果表により、静岡市食品国民健康保険組合にご提供いただきますようお願いします。

なお、当社より特段の申し出をしない限り、次年度以降も同様の取扱いとしていただきますようお願いします。

令和　　年　　月　　日

事業所名

事業主名　　㊞

所 在 地

担当者名　　（℡　　）

別添３

事業所名	
健診機関名	
健診実施月	令和　　年　　月

【提供対象者一覧表】

記号番号	氏名	生年月日	受診日