

情報提供

那医発第 117 号
令和 8 年 5 月 26 日

施設長 各位

那覇市医師会
会 長 友利 博朗
担当理事 玉城 研太郎



平素より医師会事業へのご支援ご協力賜り感謝申し上げます。

沖縄県医師会を通じて「**特定健診情報提供事業(トライアングル事業)の実施**について」の通知が届きましたのでご案内申し上げます。

☆ 問合せ先 (那覇市医師会 事務局 : 宮城・前泊 / 電話 098-868-7579)

..... 記

沖医 発 第 206 号

令和 8 年 5 月 8 日

施設長 殿

沖縄県医師会

常任理事 砂川 博司

(公印省略)

特定健診情報提供事業(トライアングル事業)の実施について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、本会では当県の特定健康診査受診率の向上を目的に、平成 30 年より特定健診情報提供事業(トライアングル事業)を実施しております。

本事業は、医療機関において通院中の患者に行った検査について、患者から同意を得た上で特定健診項目に該当する検査結果のみを保険者に提供することで、保険者が当該患者の健康状態の把握を可能とするものです。これにより、医療機関と連携した保健指導等の取組が一層推進され、健康状態の悪化を未然に防ぐ手段としても有効であるとともに、特定健診の受診率向上にも寄与することが期待されます。

なお、当該事業を実施した医療機関においては、1 件につき、情報提供料と追加検査料を合計した金額 3,080 円が保険者より提供されます。

つきましては、ご多忙の折誠に恐縮ではございますが、別紙の実施要領をご参照の上、当該事業を実施いただき、本県の健康推進にご協力を賜りますようお願い申し上げます。

沖縄県医師会事務局業務 2 課 : 吉田
TEL : 098-888-0087
FAX : 098-888-0089
g2@okinawa.med.or.jp

特定健診情報提供事業(トライアングル事業)実施要領

1. 実施スケジュール (参考：令和7年度)

	対象者名簿提供	請求受付締切	請求・支払
	国保連合会 → 医療機関	医療機関 → 国保連合会	(請求) 国保連合会→市町村 (支払) 国保連合会→医療機関
1回目	令和7年11月17日	令和7年12月10日	令和8年1月
2回目	令和7年12月17日	令和8年1月9日	令和8年2月
3回目	令和8年1月20日	令和8年2月10日	令和8年3月
4回目	令和8年2月18日	令和8年3月10日	令和8年4月
5回目	令和8年3月17日	令和8年4月10日	令和8年5月

※令和8年度スケジュールについては、委任状を提出した医療機関へ案内がございます。

※上記は国保連合会の請求に関するスケジュールです。

2. 単価 (参考：令和7年度)

(1) 情報提供料 1,430 円 (税込)

(2) 追加検査料 1,650 円 (税込) 合計：3,080 円 (税込)

※保険者からの案内通知にて再度ご確認ください。

3. 対象者

市町村国保または協会けんぽ加入者のうち、次のいずれにも該当する者。

- ・ 特定健康診査(40歳以上75歳未満)が未受診であることを確認できる者。
- ・ 健診情報の提供に同意した者。

4. 提供項目

別紙①「健診内容表」のとおり。

5. 参加条件

- (1) 沖縄県医師会員であること
- (2) 特定健診情報提供事業(トライアングル事業)の内容、趣旨を理解していること

6. 実施方法

当該事業の委任状を本会宛てに提出すること

別紙 1

区分		内 容		
特定健康診査	基本的な健診の項目	既往歴の調査（服薬歴及び喫煙習慣の状況に係る調査を含む）		
		自覚症状及び他覚症状の検査		
		身体計測	身長	
			体重	
			腹囲	
			BMI	
		血圧	収縮期血圧	
			拡張期血圧	
		血中脂質検査	空腹時中性脂肪	どちらかの項目の実施で可
			随時中性脂肪	
			HDL-コレステロール	
			LDL-コレステロール	
		肝機能検査	AST (GOT)	
			ALT (GPT)	
	γ-GT (γ-GTP)			
	血糖検査	空腹時血糖	どちらかの項目の実施で可	
		随時血糖		
		ヘモグロビンA1c		
	尿検査 ※4	糖		
		蛋白		
詳細な健診の項目（医師の判断による追加項目）※	貧血検査	赤血球数		
		血色素量		
		ヘマトクリット値		
	心電図検査			
眼底検査				
追加健診の項目	尿潜血			
	尿酸			
	血清クレアチニン検査及びeGFR			

健診内容表

令和 年 月 日

特定健診項目情報提供事業（トライアングル事業） の集合契約に関する委任状

(委任者)	①健診・保健指導機関番号 又は保険医療機関コード	
	②実施機関名	
	③郵便番号	
	④住所	
	⑤電話番号	
	⑥FAX 番号	
	⑦役職	
	⑧氏名	印
	⑨記入担当者名	

※①～④は支払基金又は九州厚生局沖縄へ届け出ている内容と差異のないこと

※⑤、⑥は市外局番から省略せずに記入すること

※⑦、⑧は本契約代表者を記入し、必ず捺印すること

(法人理事長、院長などの指定はないが、管理者であること)

当機関は、下記の団体を契約取りまとめ団体として次の事項についての権限を委任致します。

当機関において通院中の患者に行った臨床検査のうち、特定健診項目に該当する検査結果のみを提供することについて、下記に記入した業務範囲に限って、各医療保険者(市町村国保、協会けんぽ沖縄)との、特定健康診査情報の提供に関する集合契約を締結すること。

(契約とりまとめ団体) 沖縄県南風原町新川 218-9
一般社団法人 沖縄県医師会
会長 田名 毅