「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における
保健指導に関する指示事項記入に係る標準的な事務の取扱について

令 和 ８ 年 １ ０ 月
群馬県保険者協議会

１．趣旨

群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム（令和５年１１月改定）では、かかりつけ医が作成した「[参考様式 2-2]保険者が行う糖尿病重症化予防　保健指導連絡票」に記載された保健指導に関する指示事項に基づき、保険者が保健指導を実施することとしていますが、かかりつけ医及び保険者の事務の円滑化と軽減に資するため、次のとおり、かかりつけ医が当該連絡票の指示事項を記載した際の料金やその支払い方法等の標準化を図ることとしました。

なお、医療保険者と医療機関の間で料金等について特段の定めをしている場合は、この取扱によらないこととします。

２．標準的な「指示書」作成料金

保険者による保健指導の必要性「有」が選択され、保健指導に関する指示事項の記載がある保健指導連絡票（以下「指示書」という。別紙参照）

１件当たり　２，５００円（税別）

※診療報酬の診療情報提供料（１）２５０点を参考に群馬県保険者協議会において設定

３．標準的な「指示書」作成料の請求・支払事務の取扱い

（１）「指示書」作成料の請求（かかりつけ医→医療保険者）

【請求書作成時の留意事項】

① 保健指導対象者の医療保険者ごとに請求書を作成

② 住所、医療機関名、請求額、口座振込先等、必要事項を記入の上、代表者印を押印

【請求書送付時の留意事項】

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書（別添様式）」を保健指導対象者の医療保険者（後期高齢者医療の場合は住所地の市町村）へ提出。

（２）「指示書」作成料の支払（医療保険者→かかりつけ医）

① 各医療保険者は、かかりつけ医から送付された「請求書」を受領し、「[参考様式 2-2] 保険者が行う糖尿病重症化予防　保健指導連絡票」の記載事項と**突合**する。

② 各医療保険者は、請求書を受理した月の翌月末までに、指示書作成料を指定口座へ振込む。

４．その他

上記事務に係る以下の様式は、群馬県国民健康保険団体連合会（群馬県保険者協議会ページ）のホームページからダウンロード可能。

URL　https://gunmakokuho.or.jp/　⇒「群馬県保険者協議会」

【請求書】

・群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る保健指導連絡票
　指示事項記載にかかる費用請求書

【参　考】「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」より

・（参考様式 2-1）糖尿病性腎臓病重症化予防　保健指導対象候補者連絡票
・（参考様式 2-2）保険者が行う糖尿病重症化予防　保健指導連絡票

様式

群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る
保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書

（元号）　年　　月　　日

（医療保険者名）　　（代表者名）　　殿

（保険者番号：　　）

住　所

医療機関番号

医療機関名

代表者　　㊞

連絡先　（　　）　　－

下記のとおり請求します。

（元号）　　年　　月請求分

件　　数　（①） ※内訳は別記のとおり	件
指示書作成料単価（②） 1件当たり2,500円（税別）	2,500　円
請　求　額 （①×②×消費税(1.1)） ※消費税額及び地方消費税額を含む	0　円

【別記】　件数（①）の内訳

氏　　名	性　別	生年月日

【口座振込先】

金融機関名	
支店等名	
預金種目	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

（群馬県保険者協議会作成）

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書」
記載要領及び注意事項

群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラムに係る
保健指導連絡票指示事項記載にかかる費用請求書

（記載例）

（元号）　　年　　月　　日

（医療保険者名）　　（代表者名）　殿

（ 保険者番号 :　　）

住所
医療機関番号
医療機関名
代表者　　㊞
連絡先　（　　）　　－

下記のとおり請求します。

（元号）　　年　　月請求分

件　　数　（①） ※内訳は別記のとおり	件
指示書作成料単価 1件当たり2,500円（税別）　（②）	2,500　円
請　求　額 （①×②×消費税（1.1）） ※消費税額及び地方消費税額を含む	0　円

【別記】　件数（①）の内訳

氏名	性別	生年月日

【口座振込先】

金融機関名	
支店等名	
預金種目	
口座番号	
フリガナ	
口座名義人	

紙に直接記入される場合は、消えないボールペン等でお願いします。

請求書を作成した年月日を記入

医療保険者名・代表者名・保険者番号を記入

住所・医療機関番号・医療機関名・代表者・捺印・連絡先の確認

請求年月を記入
例：医療保険者に5月に請求する場合は「〇〇年5月」と記載

作成した指示書の件数を記入

件数（①）、1件当たり単価（②）及び消費税（1.1）を乗じた合計金額
※件数を入力すると、請求額欄は自動計算

件数（①）の内訳を記載。マイナ保険証等から「氏名」「性別」「生年月日」を転記

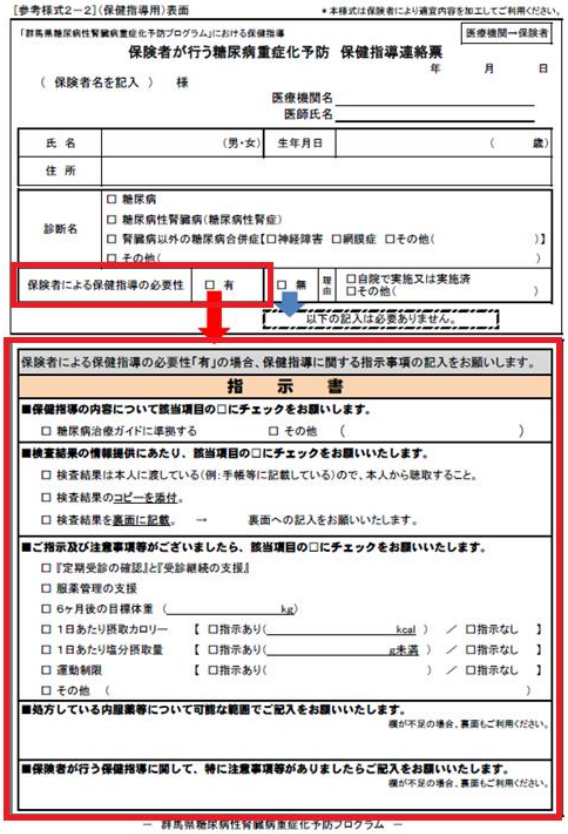
指示書作成料の振込先口座情報を記入
※「預金種目」欄は、プルダウンメニュー（普通・当座・その他）より選択

別紙

（標準的な取扱）

保険者が「指示書」記載にかかる費用を負担する場合

「保険者による保健指導の必要性「有」が選択され、保健指導に関する指示事項の記載がある保健指導連絡票」とは、「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」　「[参考様式 2-2]保険者が行う糖尿病重症化予防　保健指導連絡票」の赤枠の部分に保健指導に関する指示事項が記入（検査結果はコピー添付可）されていることといたします。



［参考様式2－2］（保健指導用）表面　＊本様式は保険者により適宜内容を加工してご利用ください。

「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム」における保健指導　医療機関→保険者

保険者が行う糖尿病重症化予防　保健指導連絡票

年　月　日

（保険者名を記入）　様

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医師氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏名	（男・女）	生年月日	（　歳）
住所			

診断名
□ 糖尿病
□ 糖尿病性腎臓病（糖尿病性腎症）
□ 腎臓病以外の糖尿病合併症【□神経障害　□網膜症　□その他（　）】
□ その他（　）

保険者による保健指導の必要性　□ 有　□ 無　理由　□自院で実施又は実施済　□その他（　）

以下の記入は必要ありません。

保険者による保健指導の必要性「有」の場合、保健指導に関する指示事項の記入をお願いします。

指　示　書

■保健指導の内容について該当項目の□にチェックをお願いします。
□ 糖尿病治療ガイドに準拠する　□ その他（　）

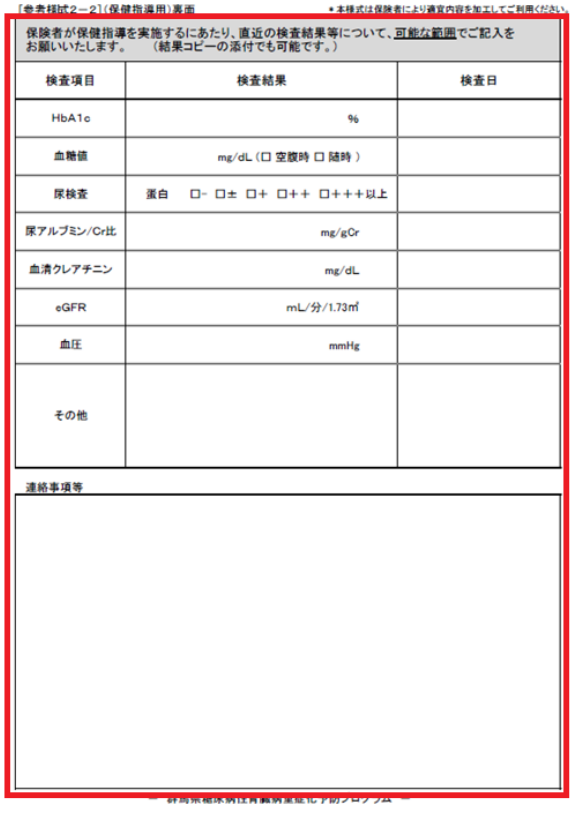
■検査結果の情報提供にあたり、該当項目の□にチェックをお願いいたします。
□ 検査結果は本人に渡している（例：手帳等に記載している）ので、本人から聴取すること。
□ 検査結果のコピーを添付。
□ 検査結果を裏面に記載。　→　裏面への記入をお願いいたします。

■ご指示及び注意事項等がございましたら、該当項目の□にチェックをお願いいたします。
□『定期受診の確認』と『受診継続の支援』
□ 服薬管理の支援
□ 6ヶ月後の目標体重（＿＿＿＿kg）
□ 1日あたり摂取カロリー　【 □指示あり（＿＿＿＿kcal ）／ □指示なし 】
□ 1日あたり塩分摂取量　【 □指示あり（＿＿＿＿g未満 ）／ □指示なし 】
□ 運動制限　【 □指示あり（　）／ □指示なし 】
□ その他（　）

■処方している内服薬等について可能な範囲でご記入をお願いいたします。
欄が不足の場合、裏面もご利用ください。

■保険者が行う保健指導に関して、特に注意事項等がありましたらご記入をお願いいたします。
欄が不足の場合、裏面もご利用ください。

－ 群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム －



［参考様式2－2］（保健指導用）裏面　＊本様式は保険者により適宜内容を加工してご利用ください。

保険者が保健指導を実施するにあたり、直近の検査結果等について、可能な範囲でご記入をお願いいたします。　（結果コピーの添付でも可能です。）

検査項目	検査結果	検査日
HbA1c	%	
血糖値	mg/dL（□ 空腹時 □ 随時）	
尿検査	蛋白　□- □± □+ □++ □+++以上	
尿アルブミン/Cr比	mg/gCr	
血清クレアチニン	mg/dL	
eGFR	mL/分/1.73㎡	
血圧	mmHg	
その他		

連絡事項等

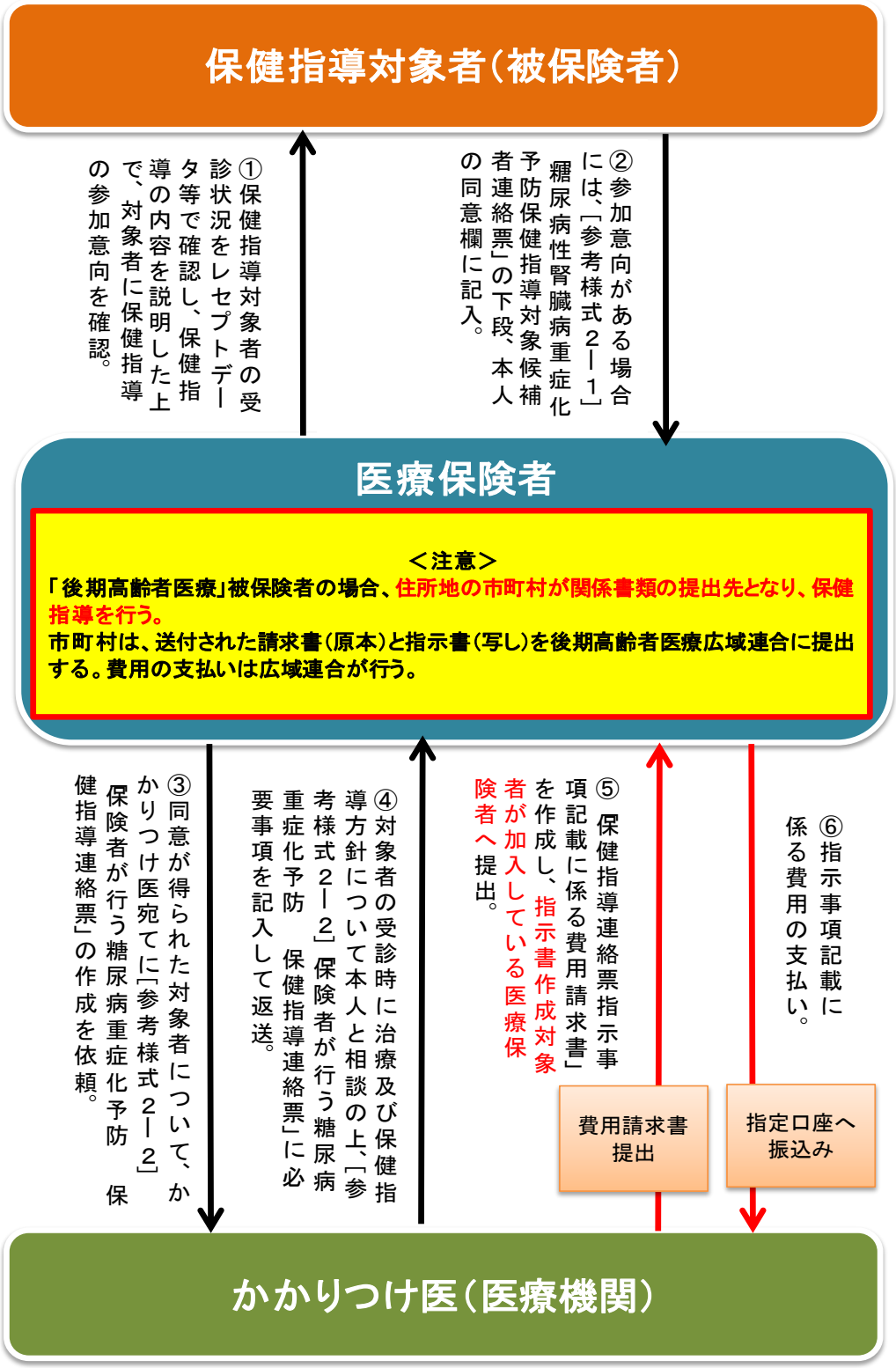
－ 群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム －

【参考】

「保険者が行う糖尿病重症化予防　保健指導連絡票」作成の標準的な事務手順

（＊保健指導の実施手順については「群馬県糖尿病性腎臓病重症化予防プログラム　４介入方法（２）保健指導を参照）

＜保険者が対象者を抽出する場合＞



＜医療機関が対象者を抽出する場合＞

