

(別紙)

## 定期健康診断等及び特定健康診査等の実施に係る事業者と保険者の連携・協力事項について

### 1. 定期健康診断等の結果の情報提供等の事業者と保険者の連携の基本的な考え方

保険者は、糖尿病をはじめとする生活習慣病の発症・重症化を予防し、医療費を適正化するため、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高確法」という。）に基づく法定義務の保健事業として、特定健康診査及び特定保健指導を行っている。事業者は健康保険料の一部を負担し、保険者の運営に関わっている。保険者が特定健康診査及び特定保健指導等の保健事業を的確に実施し、医療費適正化に取り組むとともに、制度間の健診の重複を避けるためには、事業者と保険者が緊密に連携し、定期健康診断等の結果を事業者から保険者に迅速かつ確実に情報提供する必要がある。

このため、高確法では、労働者が労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号。以下「安衛法」という。）その他の法令に基づき行われる特定健康診査に相当する健康診断を受診した場合は、特定健康診査の全部又は一部を行ったものとし、保険者から特定健康診査及び特定保健指導の適切かつ有効な実施のために健康診断に関する記録の写しの提供を求められた事業者は、その記録の写しを提供しなければならないこととされている。

また、事業者から保険者に安衛法に基づく定期健康診断等の結果を提供することは、データヘルスやコラボヘルス等の推進により、労働者の健康保持増進につながり、また、労働者が健康になることによって企業の生産性向上、経営改善及び経済成長にもつながるため、労働者及び事業者の双方にとって、取組を進めていくことが望ましいものである。このため、安衛法第 70 条の 2 第 1 項の規定に基づき、「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」（昭和 63 年健康保持増進のための指針公示第 1 号）に健康保持増進対策の推進体制を確立するための事業場外資源として「医療保険者」を位置づける等、労働者の健康保持増進の措置として、保険者との連携を推進している。

さらに、令和 3 年 10 月からは、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険中央会が共同で運営するオンライン資格確認等システムを利用し、マイナポータルを通じて本人が自らの特定健康診査情報等を閲覧することができる仕組みが稼働しており、事業者から保険者に提供された定期健康診断等の結果は、保険者を通じてオンライン資格確認等システムに格納されることで、特定健康診査情報としてマイナポータルを用いた本人閲覧の用に供することができるようになっている。

加えて、令和 4 年 1 月からは、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号。以下「健保法」という。）等において、保険者から保健事業の実施のために健康診断に関する記録の写しの提供を求められた事業者は、その記録の写しを提供しなければならないこととされている。これにより、保険者は、特定健康診査の対象年齢（40～74

歳)の労働者に加え、40歳未満の労働者の定期健康診断等の結果についても情報を取得することができ、それに基づく保健指導等を行うことが可能となっている。

その他、令和7年1月にとりまとめられた労働政策審議会の建議においては、月経随伴症状や更年期障害等の女性特有の健康課題について、一般健康診断の機会を活用し、女性労働者本人への気づきを促し、必要な場合には産婦人科医等女性特有の健康課題に係る診療を専門とする医師への早期受診の勧奨や女性特有の健康課題に対する配慮について申し出を行いやすい職場づくりにもつながるよう、本通知が示す一般健康診断問診票に女性特有の健康課題に係る質問を追加することが適当であることが示され、女性特有の健康課題への対応の推進が期待されている。

これらを着実に進めていくためには、事業者において定期健康診断等を適切に実施するとともに、事業者から保険者に定期健康診断等の結果を迅速かつ確実に情報提供することが必須であり、事業者と保険者が一体となって取組を進めていく必要がある。

## 2. 定期健康診断等及び特定健康診査の実施と保険者への情報提供の方法等

### (1) 定期健康診断等及び特定健康診査の一体的な実施

特定健康診査では、既往歴の聴取において服薬歴(※)及び喫煙習慣を聴取することとしている。労働安全衛生規則(昭和47年労働省令第32号。以下「安衛則」という。)に規定する定期健康診断等では、既往歴の調査項目に服薬歴及び喫煙歴が位置づけられていないが、事業者と保険者が緊密に連携して労働者の健康増進に取り組む必要があり、服薬歴及び喫煙歴の有無は特定保健指導の対象者の抽出に不可欠な調査項目であること、定期健康診断等では従来からこれらを聴取している場合が多いことから、今後は、原則として、定期健康診断等と特定健康診査の検査項目が同時に実施されるようにすることとし、特定健康診査の必須項目である服薬歴及び喫煙歴を含む問診については別添1を用いて行い、その結果を保険者に提供すること。

ただし、別添1中の女性特有の健康課題に係る質問とその結果については、労働者本人にのみ提供され、事業者には提供されないことから、同様に、保険者に提供される問診の対象とはならないことに留意すること。

なお、定期健康診断等において実施される既往歴及び業務歴の調査、自覚症状の有無の検査について、別添1の問診票の項目以外の項目は医師の判断により適宜追加すること。

何らかの事情により別添1以外の問診票を用いざるを得ず、また、安衛則に基づく健康診断個人票に服薬歴及び喫煙歴の有無が記載されていない場合でも、事業者がこれらに関する情報を定期健康診断等の問診等により把握している場合には、健康診断個人票の写しと併せて、その結果を保険者に提供すること。

また、定期健康診断等の実施時に服薬歴及び喫煙歴について聴取を行わなかった場合は、保険者が労働者個人に対して直接に聴取を行う可能性がある旨を周知すること。

なお、定期健康診断等の各検査項目の取り扱いについては、「定期健康診断等における診断項目の取扱い等について」（平成 29 年 8 月 4 日付け基発 0804 第 4 号。令和 8 年 4 月 28 日一部改定）を参照すること。

（※）服薬歴については、血圧を下げる薬、血糖を下げる薬又はインスリン注射、コレステロールや中性脂肪を下げる薬の使用の有無について聴取することとしている。

## （２）定期健康診断等の結果の保険者への情報提供の方法等

### ①電子的な標準記録様式による提出について

高確法及び関係法令では、保険者は、特定健康診査の結果を電磁的方法により保存しなければならないこと、電磁的方法による記録を作成、保存及び提出できる機関に委託できるとされている（※１）。

このため、高確法及び健保法等に基づいて事業者から保険者への定期健康診断等の結果を情報提供するにあたっては、保険者と事業者又は健診実施機関等との契約等により、厚生労働省ホームページで示す電子的な標準記録様式（XML 形式）による方法やその他適切な方法により、保存している定期健康診断等の結果の写しを提出すること。

なお、保険者への定期健康診断等の結果の写しの提出を円滑に実施するために、事業者においても定期健康診断等の結果を電磁的な方法により保存及び管理することが望ましい。

また、健診実施機関間での健診結果データの標準化により、事業者が異なる健診実施機関の健診結果を同一フォーマットで把握することができる取組事例（※２）もあるため、健診実施機関におかれては、定期健康診断等の結果を電子化する際の一つの方策として参考にされたい。

（※１）電子的な標準記録様式による結果の提出が可能な健診実施機関等：社会保険診療報酬支払基金の特定健診等機関基本情報リスト

（<https://www.ssk.or.jp/kikankensaku/index.html>）を参照いただきたい。

（※２）健診関係 10 団体による日本医学健康管理評価協議会が運用を進める

「健診結果データ標準化共同センター」（HASTOS）を通じて、健診実施機関において標準的な表記を示した「健診標準フォーマット」への変換を行い、健診実施主体に電子化された健診結果データを納品する取組

### ②定期健康診断等の結果の情報提供に関する必要な取決め等

高確法及び健保法等に基づく保険者への定期健康診断等の結果の情報提供を適切に実施するためには、２（２）①の電子的な標準記録様式に対応している健診実施機関にこれを委託することが望ましい。事業者は、自ら保険者への情報提供を行うことが困難な場合には、事務的な負担の軽減になることや保険者への定期健康診断等の結果の円滑な提供に資すること等から、定期健康診断等の実施を委託することについて健診実施機関と契約する際に、事業者に代わり健診実施機関が保険者に定

期健康診断等の結果を提供することについて予め契約で取り決め、健診実施機関を通じて保険者へ定期健康診断等の結果を提供すること。ただし、この場合においても、女性特有の健康課題に係る質問とその結果については、労働者本人にのみ提供されるものである他、定期健康診断等の結果以外の健診結果について本人の同意が得られていない場合、事業者及び保険者に提供できないことから、事業者と健診実施機関との間の契約においてこれら情報の提供範囲や事前の同意等手続きについて適切に実施されるようあらかじめ定めておく必要がある。上記について契約する事業者及び健診実施機関については、別添2の契約書のひな形を参考にされたい。

なお、事業者と健診実施機関が保険者に定期健康診断等の結果を提供することについて予め契約で取り決めていない場合等には、保険者においては、

- ・ 事業者に対して高確法及び健保法等に基づく定期健康診断等の結果の提供を求める際に、別添3を参考に健診実施機関に対する当該結果提供を依頼する書類を提示して事業者の同意を得た上で、
- ・ 当該書類に基づいて、健診実施機関から加入者に係る当該結果の提供を受けること

が考えられる。事業者においては、健診実施機関が保険者に定期健康診断等の結果を提供することについて予め契約で取り決めていない場合等には、上記の保険者への結果の提供に同意する方法等を通じて、保険者への円滑な結果提供に向けて協力いただきたい。

また、健診実施機関から保険者に定期健康診断等の結果を円滑に提供するためには、受診者の保険者番号や被保険者等記号・番号（以下「被保険者等記号・番号等」という。）が必要である。このため、定期健康診断等の実施時に、受診者本人にマイナ保険証等を持参してもらうこと、記入欄を設けた別添1の問診票を活用して受診者本人に記載してもらうこと等により、受診者本人から健診実施機関にこれらが提供されるよう、事業者は受診者に対して説明すること。事業者は、健診実施機関がこれらを確認する際に受診者本人に協力を促すこと等、必要に応じて、健診実施機関がこれらの情報を把握できるよう協力すること。

また、健診実施機関から保険者への提供をより円滑かつ正確に行うため、受診者の被保険者等記号・番号等を保有している事業者は、定期健康診断等の実施の委託契約を締結した健診実施機関に、受診者に係る被保険者等記号・番号等を事前に提供することが重要である。事業者が利用目的の達成に必要な範囲内において被保険者等記号・番号等を含む個人データの取扱いに関する業務の一部を健診実施機関に委託することに伴って当該個人データを提供する場合、当該健診実施機関は第三者に該当しないため、あらかじめの本人の同意を得る必要はないが、個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。）及び関係法令に基づいて適切に実施すること（※）。その際、上記について契約する事業者及び健診実施機関は、別添2の契約書のひな形を参考にされたい。

高確法に基づき、事業者が保険者への提供のみを目的として定期健康診断等の結果のデータを作成又は送付する場合は、それに要した費用を保険者に請求して差し

支えないこととなっており、当該事務を健診実施機関に委託した場合についても、委託された健診実施機関が当該費用を保険者に請求して差し支えない。一方で、それ以外の場合における費用については、事業者、保険者及び健診実施機関等の間で、納得できる方法、形態等を十分に協議して対応すること。

上記の契約の他、定期健康診断等の結果の提供に関する必要な取決め等は、事業者、保険者及び健診実施機関等の間で、納得できる方法、形態等を十分に協議し、定期健康診断等の実施を保険者に委託する又は共同して実施する契約等を締結するなど、円滑な連携を確保いただきたい。なお、健診実施機関と保険者において、特定健診のデータの作成・提供に係る契約をしている場合には、当該契約を参考に定期健康診断等のデータの作成・提供をしていただきたい。

(※) 事業者は個人情報取扱事業者として、個人情報を取り扱うに当たっては、その利用目的をできる限り特定しなければならず（個人情報保護法第 17 条）、被保険者等記号・番号等の取扱いが当該利用目的の範囲内であることを明確にすること。また、個人情報取扱事業者は、個人データの取扱いを委託する場合は、その取扱いを委託された個人データの安全管理が図られるよう、委託を受けた者に対する必要かつ適切な監督を行わなければならない（同法第 25 条）、同法第 23 条に基づき自らが講ずべき安全管理措置と同等の措置が講じられるよう監督を行うこと。詳しくは、「個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）」（平成 28 年 11 月（令和 4 年 9 月一部改正） 個人情報保護委員会）等を参照いただきたい。

### (3) 個人情報保護についての配慮

高確法の規定に基づき、事業者が保険者からの求めに応じて、同法及び関係法令に定める検査項目（別表参照）に対応する定期健康診断等の記録の写しを提供することは、個人情報保護法第 27 条第 1 項第 1 号の「法令に基づく場合」に該当し、第三者提供に係る本人の同意は不要である（※ 1）。また、健保法等の規定に基づき、事業者が保険者からの求めに応じて定期健康診断等に関する記録の写し（特定健康診査及び特定保健指導の実施に関する基準（平成 19 年厚生労働省令第 157 号。以下「実施基準」という。）第 2 条に定める項目に含まれない項目を含む。）を提供する場合についても同様である。併せて、事業者から高確法及び健保法等に基づく保険者への定期健康診断等の結果の提供を委託された健診実施機関についても同様である。

その際、事業者は個人情報取扱事業者として、安全管理措置（同法第 23 条）等を講じるほか、健診実施機関に対して保険者への定期健康診断等の結果の提供を委託した場合には、当該健診実施機関に対する監督（同法第 25 条）を行う必要がある。

なお、保険者が事業者から定期健康診断等の実施についての委託を受けている場合又は事業者と共同で定期健康診断等を実施している場合には、保険者が保健事業の実施に記録を利用することは、事業者から保険者への個人情報の第三者提供には

該当しないが、この場合も保険者は、個人情報保護法や個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス等を踏まえ、個人情報保護に十分に配慮して取り扱う必要がある（※2）。

（※1）健保法では、全国健康保険協会及び健康保険組合の役職員又はこれらの職にあった者は健康保険事業に関して職務上知り得た秘密を正当な理由なく漏らしてはならないこととされ、これに違反して秘密を漏らした者は、1年以下の懲役又は100万円以下の罰金に処することとされている。

（※2）事業者と保険者が共同で定期健康診断等や事後指導を実施する場合など、データの共同利用における個人情報の取扱いについては、「健康保険組合等における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」（平成29年4月（令和4年3月一部改正）個人情報保護委員会、厚生労働省）において、個人データの共同での利用における留意事項として、「健康保険組合と労働安全衛生法に規定する事業者が共同で健康診断を実施している場合又は共同で事業主健診や特定健康診査、特定保健指導等の情報を用いて保健事業を実施している場合など、あらかじめ個人データを特定の者との間で共同して利用することが予定されている場合、（ア）共同して利用される個人データの項目、（イ）共同利用者の範囲（個別列挙されているか、本人から見てその範囲が明確となるように特定されている必要がある）、（ウ）利用する者の利用目的、（エ）当該個人データの管理について責任を有する者の氏名又は名称及び住所並びに法人にあっては、その代表者の氏名、をあらかじめ本人に通知し、又は本人が容易に知り得る状態においておくとともに、共同して利用することを明らかにしている場合には、当該共同利用者は第三者に該当しない。この場合、（ア）、（イ）については変更することができず、（ウ）、（エ）については、本人が想定することが困難でない範囲内で変更することができ、変更前、本人に通知又は本人の容易に知り得る状態におかなければならない。なお、共同利用でない場合は、健康保険組合と労働安全衛生法に規定する事業者は、異なる主体となるため、健康保険組合が事業者に健診結果を提供するに当たっては、被保険者又は労働者の同意を要することとなる。（なお、健康保険法第150条第2項に基づき、健康保険組合が事業者に対して健診結果の提供を求め、事業者がこれに応じて健診結果を提供する場合は、被保険者又は労働者の同意は不要。）」と整理されている。

### 3. 特定保健指導等の円滑な実施の確保

#### （1）就業時間中における特定保健指導等の実施等

特定保健指導及び特定保健指導の対象ではない者に対する保健指導（以下「特定保健指導等」という。）は、保険者による保健事業として実施され、労働者個人の意思により利用されるものであって、業務遂行との関連において行われるものではないことから、その受診に要した時間の賃金を事業者が負担する義務を負うものではない。

しかしながら、特定保健指導等を受けるための機会の拡充や実施率の向上は、労働者の健康の保持増進につながり、医療費適正化等を通じて事業者の保険料負担にも関係することから、事業者におかれては、就業時間中の特定保健指導等に要した時間の賃金等の取扱いについて、特段の配慮をいただき、協力いただきたい。

なお、就業時間中における特定保健指導の実施の配慮は、実施率の向上において重要な要素であるので、保険者と事業者の連携の取組を後期高齢者支援金の加算・減算制度におけるインセンティブで評価する項目の一つに位置づけられている。

#### (2) 事業者が実施する保健指導と併せて特定保健指導を実施する場合の費用負担

事業者が定期健康診断等の実施後の保健指導と併せて特定保健指導も行う場合、特定保健指導の費用として事業者が保険者に請求できる範囲は、その趣旨及び法定の実施内容に鑑み特定保健指導とみなすことができる部分に限られ、明確な区分けに基づく費用の算定が求められる。

このため、事業者と保険者との間で事前に十分な協議・調整を行い、円滑な実施を確保いただきたい。その際、事業者が実施する保健指導と特定保健指導との棲み分けや一体実施の方法等について、具体的に整理しておく必要があることに留意いただきたい。

#### 4. 被保険者及び被扶養者の住所情報の保険者への情報提供

被保険者及び被扶養者（以下「被保険者等」という。）の住所情報は、保険者が円滑に特定健康診査をはじめとする保健事業を行う上で重要な情報であるほか、平成 29 年 11 月から本格運用が開始された個人番号を活用した情報連携事務においては、被保険者等が居住する市町村を特定した上で、該当の市町村に情報照会を行うなど、近年、保険者が被保険者等に係る住所情報を把握・管理することの重要性が高まっている。

この点、健康保険法施行規則（大正 15 年内務省令第 36 号）においては、被保険者は、その住所を変更したときは、原則として、速やかに、変更後の住所を事業主に申し出なければならないこととされており、当該申出を受けた事業主は、遅滞なく住所変更の届書を厚生労働大臣又は健康保険組合（以下「厚生労働大臣等」という。）に提出しなければならないこととされている。また、被扶養者についても、その住所に変更があった場合には、被保険者はその都度、事業主を経由して厚生労働大臣等に届け出なければならないこととされている。

労働者やその家族等の住所に変更があった場合には、保険者が被保険者等の住所を把握・管理できるよう、これらの規定に基づく届出を行われない。

別表(～令和9年3月 31 日)

労働安全衛生法に基づく定期健康診断の項目と高齢者の医療の確保に関する法律に基づき保険者が事業者等に対して提供を求めることができる項目との関係

|                  |                                  | 労働安全衛生法<br>(定期健康診断) | 高齢者医療確保法<br>(実施基準第2条)    |
|------------------|----------------------------------|---------------------|--------------------------|
|                  | 既往歴                              | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 業務歴                              | ○                   |                          |
|                  | 自覚症状                             | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 他覚症状                             | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 身長                               | ○ #1                | <input type="checkbox"/> |
|                  | 体重                               | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | BMI                              | ○ #2                | <input type="checkbox"/> |
|                  | 腹囲                               | ○ #3                | <input type="checkbox"/> |
|                  | 視力                               | ○                   |                          |
|                  | 聴力                               | ○                   |                          |
|                  | 胸部エックス線検査                        | ○                   |                          |
|                  | 喀痰検査                             | ○ #4                |                          |
|                  | 血圧                               | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 貧血検査             | 血色素量                             | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 赤血球数                             | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 肝機能検査            | AST(GOT)                         | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | ALT(GPT)                         | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | γ-GT(γ-GTP)                      | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 血中脂質検査           | LDL コレステロール<br>(Non-HDL コレステロール) | ○ #5                | <input type="checkbox"/> |
|                  | HDL コレステロール                      | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 血清トリグリセライド(空腹時中性脂肪)              | ●                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 血清トリグリセライド(随時中性脂肪)               | ● #6                | <input type="checkbox"/> |
|                  |                                  |                     |                          |
| 血糖検査             | 空腹時血糖                            | ●                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | HbA1c                            | ●                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 随時血糖                             | ● #6                | <input type="checkbox"/> |
| 尿検査              | 尿糖                               | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 尿蛋白                              | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 心電図検査            |                                  | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 血清クレアチニン検査(eGFR) |                                  | △                   | <input type="checkbox"/> |
| 質問票              | 服薬歴                              | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 既往歴                              | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 貧血                               | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 喫煙                               | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 20歳からの体重変化                       | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 30分以上の運動習慣                       | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 歩行又は身体活動                         | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 歩行速度                             | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 食べる時の状態                          | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 食べ方                              | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 食習慣                              | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 飲酒                               | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 飲酒量                              | ※                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 睡眠                               | ※                   | <input type="checkbox"/> |

|  |                             |   |                          |
|--|-----------------------------|---|--------------------------|
|  | 生活習慣の改善                     | ※ | <input type="checkbox"/> |
|  | 保健指導の希望（令和6年度からは特定保健指導の受診歴） | ※ | <input type="checkbox"/> |

○・・・労働安全衛生法の定期健康診断の必須項目

●・・・労働安全衛生法の定期健康診断の選択実施項目

□・・・高齢者医療確保法で保険者が事業者等に対して提供を求めることができる項目

△・・・医師が必要と認めた場合に実施することが望ましい項目

※・・・特定健康診査の検査項目であるため、別添1の間診票を活用して同時に聴取すべき項目

#1・・・医師が必要でないと認めるときは省略可。

#2・・・算出可。

#3・・・以下の者については医師が必要でないと認める時は省略可。

1 妊娠中の女性そのほかの者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと判断されたもの

2 BMI（次の算式により算出したものをいう。以下同じ。）が20未満である者

$$BMI = \text{体重 (kg)} / \text{身長 (m)}^2$$

3 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者（BMIが22未満の者に限る。）

#4・・・胸部エックス線検査により病変及び結核発病のおそれがないと判断された者について医師が必要でないと認めるときは省略可。

#5・・・血清トリグリセライド（中性脂肪）が400mg/dl以上である場合又は食後採血の場合は、LDLコレステロールに代えてNon-HDLコレステロール（総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの）で評価を行うことができる。

#6・・・食直後（食事開始時から3.5時間未満）の採血は避けることが必要。また、食事開始時から何時間後に採血したか、健康診断結果として記載することが必要。

注1）「標準的な健診・保健指導プログラム」（厚生労働省健康局）第2編別紙3に定められている質問項目中の以下の項目の聴取は必須ではないが、事業者が情報を入手していた場合には、保険者は事業者に対して提供を求めることができる。

貧血、20歳からの体重変化、30分以上の運動習慣、歩行又は身体活動、歩行速度、食べる時の状態、食べ方、食習慣、飲酒、飲酒量、睡眠、生活習慣の改善、保健指導の希望（令和6年度からは特定保健指導の受診歴）

注2）健康保険法に基づき保険者が事業者等に対して提供を求めることができる健康診断に関する記録の写しは、実施基準第2条各号に掲げる項目に関する記録の写しその他同法第150条第1項の規定により被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うに当たって保険者が必要と認める情報である（健康保険法施行規則第153条の4）。

別表(令和9年4月1日～)

労働安全衛生法に基づく定期健康診断の項目と高齢者の医療の確保に関する法律に基づき保険者が事業者等に対して提供を求めることができる項目との関係

|                  |                     | 労働安全衛生法<br>(定期健康診断) | 高齢者医療確保法<br>(実施基準第2条)    |
|------------------|---------------------|---------------------|--------------------------|
|                  | 既往歴                 | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 業務歴                 | ○                   |                          |
|                  | 自覚症状                | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 他覚症状                | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 身長                  | ○ <sup>#1</sup>     | <input type="checkbox"/> |
|                  | 体重                  | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | BMI                 | ○ <sup>#2</sup>     | <input type="checkbox"/> |
|                  | 腹囲                  | ○ <sup>#3</sup>     | <input type="checkbox"/> |
|                  | 視力                  | ○                   |                          |
|                  | 聴力                  | ○                   |                          |
|                  | 胸部エックス線検査           | ○                   |                          |
|                  | 血圧                  | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 貧血検査             | 血色素量                | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 赤血球数                | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 肝機能検査            | AST(GOT)            | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | ALT(GPT)            | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | γ-GT(γ-GTP)         | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 血中脂質検査           | LDL コレステロール         | ○ <sup>#4</sup>     | <input type="checkbox"/> |
|                  | (Non-HDL コレステロール)   |                     |                          |
|                  | HDL コレステロール         | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 血清トリグリセライド(空腹時中性脂肪) | ●                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 血清トリグリセライド(随時中性脂肪)  | ● <sup>#5</sup>     | <input type="checkbox"/> |
| 血糖検査             | 空腹時血糖               | ●                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | HbA1c               | ●                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 随時血糖                | ● <sup>#6</sup>     | <input type="checkbox"/> |
| 尿検査              | 尿糖                  | ○                   | <input type="checkbox"/> |
|                  | 尿蛋白                 | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 心電図検査            |                     | ○                   | <input type="checkbox"/> |
| 血清クレアチニン検査(eGFR) |                     | ○                   | <input type="checkbox"/> |

|     |                              |   |                          |
|-----|------------------------------|---|--------------------------|
| 質問票 | 服薬歴                          | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 既往歴                          | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 貧血                           | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 喫煙                           | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 20 歳からの体重変化                  | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 30 分以上の運動習慣                  | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 歩行又は身体活動                     | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 歩行速度                         | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 食べる時の状態                      | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 食べ方                          | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 食習慣                          | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 飲酒                           | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 飲酒量                          | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 睡眠                           | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 生活習慣の改善                      | ※ | <input type="checkbox"/> |
|     | 保健指導の希望(令和6年度からは 特定保健指導の受診歴) | ※ | <input type="checkbox"/> |

○・・・労働安全衛生法の定期健康診断の必須項目

●・・・労働安全衛生法の定期健康診断の選択実施項目

□・・・高齢者医療確保法で保険者が事業者等に対して提供を求めることができる項目

※・・・特定健康診査の検査項目であるため、別添1の問診票を活用して同時に聴取すべき項目

#1・・・医師が必要でないと認めるときは省略可。

#2・・・算出可。

#3・・・以下の者については医師が必要でないと認める時は省略可。

1 妊娠中の女性その他の者であって、その腹囲が内臓脂肪の蓄積を反映していないと判断されたもの

2 BMI(次の算式により算出したものをいう。以下同じ。)が 20 未満である者

$$\text{BMI} = \text{体重 (kg)} / \text{身長 (m)}^2$$

3 自ら腹囲を測定し、その値を申告した者(BMIが 22 未満の者に限る。)

#4・・・血清トリグリセライド(中性脂肪)が 400mg/dl 以上である場合又は食後採血の場合は、LDL コレステロールに代えて Non-HDL コレステロール(総コレステロールからHDLコレステロールを除いたもの)で評価を行うことができる。

#5・・・食事開始時から何時間後に採血したか、健康診断結果として記載することが必要。

#6・・・食直後(食事開始時から 3.5 時間未満)の採血は避けることが必要。また、食事開始時から何時間後に採血したか、健康診断結果として記載することが必要。

注1)「標準的な健診・保健指導プログラム」(厚生労働省健康局)第2編別紙3に定められている質問項目中の以下の項目の聴取は必須ではないが、事業者が情報を入手していた場合には、保険者は事業者を提供を

求めることができる。貧血、20 歳からの体重変化、30 分以上の運動習慣、歩行又は身体活動、歩行速度、食べる時の状態、食べ方、食習慣、飲酒、飲酒量、睡眠、生活習慣の改善、保健指導の希望(令和6年度からは特定保健指導の受診歴)

注2)健康保険法に基づき保険者が事業者等に対して提供を求めることができる健康診断に関する記録の写しは、実施基準第2条各号に掲げる項目に関する記録の写しその他同法第 150 条第1項の規定により被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うに当たって保険者が必要と認める情報 である(健康保険法施行規則第 153 条の4)。

## 一般健康診断問診票

健康保険被保険者証等（健康保険証）に記載されている記号、番号（枝番）、保険者番号を転記してください。  
記載いただいた場合は、記号・番号を健診結果とともに加入する保険者へ提供し、健診結果の管理に活用いたします。番号（枝番）□－□□の「－□□」の部分が枝番です。健康保険証に「－□□」に該当する番号の記載がない場合には、空欄としてください。

記号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

番号（枝番）：

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

－

|  |  |
|--|--|
|  |  |
|--|--|

保険者番号：

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

団体・会社名：

所属部署名：

氏名：

生年月日：      年      月      日      年齢：      歳      性別：      男・女

| No.                                                                                                                                       | 質問項目                                                                                                                                 | 回答                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| 既往歴、業務歴及び自他覚症状（労働安全衛生法に基づく項目）<br>労働安全衛生法第 66 条第 1 項に基づき記載頂く項目として、同法第 66 条の 5 に基づき事業者が回答者に対して就業上の配慮等の措置を行うため必要な情報として回答結果を健診機関から事業者提出いたします。 |                                                                                                                                      |                                                                                |
| 1                                                                                                                                         | これまでに、重量物の取扱いの経験がありますか。                                                                                                              | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 2                                                                                                                                         | これまでに、粉塵の取扱いのある業務経験がありますか。                                                                                                           | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 3                                                                                                                                         | これまでに、激しい振動を伴う業務経験がありますか。                                                                                                            | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 4                                                                                                                                         | これまでに、有害物質の取扱いのある業務経験がありますか。                                                                                                         | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 5                                                                                                                                         | これまでに、放射線の取扱いのある業務経験がありますか。                                                                                                          | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 6                                                                                                                                         | 現在の職場では、どのような勤務体制で働いていますか。                                                                                                           | ①常時日勤<br>②常時夜勤<br>③交替制（日勤と夜勤の両方あり）                                             |
| 7                                                                                                                                         | 現在の職場での、直近 1 ヶ月間の 1 日あたりの平均的な労働時間はどのくらいですか。                                                                                          | ① 6 時間未満<br>② 6 時間以上 8 時間未満<br>③ 8 時間以上 10 時間未満<br>④ 10 時間以上                   |
| 8                                                                                                                                         | 現在の職場での、直近 1 ヶ月間の 1 週間あたりの平均的な労働日数はどのくらいですか。                                                                                         | ① 3 日間未満<br>② 3 日間以上 5 日間未満<br>③ 5 日間<br>④ 6 日間以上                              |
| 9                                                                                                                                         | 医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。                                                                                      | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 10                                                                                                                                        | 医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。                                                                                     | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 11                                                                                                                                        | 医師から、慢性腎臓病や腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析など）を受けていますか。                                                                                      | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 12                                                                                                                                        | 医師から、貧血といわれたことがありますか。                                                                                                                | ① はい ②いいえ                                                                      |
| 服薬歴、喫煙歴及び一般的な健康に関する質問項目<br>事業者への結果提供に同意いただいた場合は、回答結果を健診機関から事業者提出いたします。                                                                    |                                                                                                                                      |                                                                                |
|                                                                                                                                           | 現在、a から c の薬の使用の有無<br>（※医師の診断・治療のもとで服薬中の者を指す。）                                                                                       |                                                                                |
| 13                                                                                                                                        | a. 血圧を下げる薬                                                                                                                           | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 14                                                                                                                                        | b. 血糖を下げる薬又はインスリン注射                                                                                                                  | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 15                                                                                                                                        | c. コレステロールや中性脂肪を下げる薬                                                                                                                 | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 16                                                                                                                                        | 現在、たばこを習慣的に吸っていますか。<br>（※「現在、習慣的に喫煙している者」とは、条件 1 と条件 2 を両方満たす者である。<br>条件 1：最近 1 ヶ月間吸っている<br>条件 2：生涯で 6 ヶ月間以上吸っている、又は合計 100 本以上吸っている） | ①はい（条件 1 と条件 2 を両方満たす）<br>②以前は吸っていたが、最近 1 ヶ月間は吸っていない（条件 2 のみ満たす）<br>③いいえ（①②以外） |
| 17                                                                                                                                        | 20 歳の時の体重から 10kg 以上増加していますか。                                                                                                         | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 18                                                                                                                                        | 1 回 30 分以上の軽く汗をかく運動を週 2 日以上、1 年以上実施していますか。                                                                                           | ①はい ②いいえ                                                                       |
| 19                                                                                                                                        | 日常生活において歩行又は同等の身体活動を 1 日 1 時間以上実施していますか。                                                                                             | ①はい ②いいえ                                                                       |

|                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 20                                                                                                                                                                                                                                                 | ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。                                                                                                                                                | ①はい ②いいえ                                                                                                                         |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                 | 食事をかんで食べる時の状態はどれにあてはまりますか。                                                                                                                                               | ①何でもかんで食べることができる<br>②歯や歯ぐき、かみあわせなど気になる部分があり、かみにくいことがある<br>③ほとんどかめない                                                              |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                 | 人と比較して食べる速度が速いですか。                                                                                                                                                       | ①速い ②ふつう<br>③遅い                                                                                                                  |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                 | 就寝前の 2 時間以内に夕食をとることが週に 3 回以上ありますか。                                                                                                                                       | ①はい ②いいえ                                                                                                                         |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                 | 朝昼夕の 3 食以外に間食や甘い飲み物を摂取していますか。                                                                                                                                            | ①毎日 ②時々<br>③ほとんど摂取しない                                                                                                            |
| 25                                                                                                                                                                                                                                                 | 朝食を抜くことが週に 3 回以上ありますか。                                                                                                                                                   | ①はい ②いいえ                                                                                                                         |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                 | お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）はどの位の頻度で飲みますか。<br>（※「やめた」とは、過去に月 1 回以上の習慣的な飲酒歴があった者のうち、最近 1 年以上酒類を摂取していない者）                                                                           | ①毎日<br>②週 5 ～ 6 日<br>③週 3 ～ 4 日<br>④週 1 ～ 2 日<br>⑤月に 1 ～ 3 日<br>⑥月に 1 日未満<br>⑦やめた<br>⑧飲まない（飲めない）                                 |
| 27                                                                                                                                                                                                                                                 | 飲酒日の 1 日当たりの飲酒量はどの位ですか。<br>日本酒 1 合（アルコール度数 15 度・180ml）の目安：ビール（同 5 度・500ml）、焼酎（同 25 度・約 110ml）、ワイン（同 14 度・約 180ml）、ウイスキー（同 43 度・60ml）、缶チューハイ（同 5 度・約 500ml、同 7 度・約 350ml） | ① 1 合未満<br>② 1 ～ 2 合未満<br>③ 2 ～ 3 合未満<br>④ 3 ～ 5 合未満<br>⑤ 5 合以上                                                                  |
| 28                                                                                                                                                                                                                                                 | 睡眠で休養が十分とれていますか。                                                                                                                                                         | ①はい ②いいえ                                                                                                                         |
| 29                                                                                                                                                                                                                                                 | 運動や食生活等の生活習慣を改善しようと思っていますか。                                                                                                                                              | ①改善するつもりはない<br>②改善するつもりである（概ね 6 か月以内）<br>③近いうちに（概ね 1 か月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている<br>④既に改善に取り組んでいる（6 か月未満）<br>⑤既に改善に取り組んでいる（6 か月以上） |
| 30                                                                                                                                                                                                                                                 | 生活習慣の改善について、これまでに特定保健指導を受けたことがありますか。                                                                                                                                     | ①はい ②いいえ                                                                                                                         |
| 31                                                                                                                                                                                                                                                 | 何か健康について相談したいことがありますか。                                                                                                                                                   | ①はい ②いいえ                                                                                                                         |
| <p>女性特有の健康課題に係る質問</p> <p>本項目は、回答者の個々の回答結果を健診機関から事業者、保険者等に提供することはありません。ただし、同じ事業者に所属する回答者の回答の匿名化された集計結果（10 人以上場合に限る。）については、女性の健康課題に配慮した職場環境の改善等のため事業者、保険者等から提供依頼があった場合は、健診機関から事業者、保険者等に提供します。</p> <p>ご自身の結果についてこの集計の対象としてほしくない場合はチェックを入れてください。 □</p> |                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                  |
| 32                                                                                                                                                                                                                                                 | 女性特有の健康課題（月経困難症、月経前症候群、更年期障害など）で職場において困っていることがありますか。                                                                                                                     | ①はい ②いいえ                                                                                                                         |

\* 本問診票は、労働安全衛生法に基づく定期健康診断等と高齢者の医療の確保に関する法律に基づく特定健康診査の項目を同時に実施する場合の、標準的な問診票です。

\*\* 「女性特有の健康課題に係る問診」の運用については、「女性特有の健康課題に関する問診に係る健診機関実施マニュアル」及び「女性特有の健康課題に関する問診を活用した女性の健康管理支援実施マニュアル」をご参照ください。  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_68776.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_68776.html)

※本契約書はひな型の例であり、必ずしもこのひな形にとられる必要はなく、実際の契約においては当事者間で自由に定められたい。

## 健康診断等委託契約書

委託者名（以下「甲」という。）と受託機関名（以下「乙」という。）は、健康診断等の実施に関し、以下のとおり契約（以下「本契約」という。）を締結する。

### （業務の内容）

- 第1条 甲は、甲が指定する従業員等（以下「受診者」という。）に対する健康診断、保健指導等（以下「健康診断等」という。）に関する業務（以下「本件業務」という。）を乙に委託し、乙はこれを受託するものとする。
- 2 甲が乙に委託する本件業務の内容、範囲及び料金は、別紙「本件業務の内容及び料金表」のとおりとする。

### （業務の実施）

- 第2条 乙は、健康診断等の実施日時、実施場所について甲と協議の上、本件業務を実施する。
- 2 予め定めた実施日時、実施場所について変更する必要がある場合、甲と乙は協議して対応することとする。
- 3 乙は、本件業務の実施に際し、関係法令を遵守するものとする。

### （業務の再委託）

- 第3条 乙は、甲の承諾を得て、本件業務の一部を第三者に委託若しくは代行させることができる。
- 2 乙は、前項の規定に従い、甲の承諾を得て第三者に本件業務を再委託した場合であっても、当該第三者に対して本契約に定める乙の義務と同等の義務を負わせるものとし、当該第三者による義務違反があった場合、乙による義務違反とみなす。

### （報告義務）

- 第4条 乙は、甲から請求があったときは、本件業務の実施に関する進捗状況その他甲が報告を求める事項について、遅滞なく甲に報告しなければならない。

### （結果の通知）

- 第5条 乙は、健康診断を行った日から原則として土日祝日を除く 14 日以内に受診者本人及び甲に対してその結果（以下「検査結果」という。）を書面（電子メールその他の電磁的方法を含む。）で通知するものとする。
- 2 乙が本契約に基づき、労働安全衛生法（昭和 47 年法律第 57 号）に基づき事業者健康

健康診断の実施が義務付けられている項目以外の項目について受診者に健康診断を実施する場合、甲は、事前に当該受診者から、当該項目に係る検査結果の報告を受けることにつき、その項目の範囲及び利用目的を明示して同意を得なければならない。

(請求)

第6条 乙は、別紙「本件業務の内容及び料金表」に基づき算定した料金について、本件業務が終了した日が属する月の翌月の○日までに請求書を甲に提出するものとする。

(支払)

第7条 甲は、乙から前条の請求があった場合は、請求額について請求書を受領した日が属する月の翌々月末日までに乙の指定する口座に支払うものとする。

(譲渡の禁止)

第8条 乙は、甲の事前の書面による承諾なしに、本契約上の地位を第三者に承継させ、又は本契約により生ずる権利義務の全部又は一部を第三者に譲渡してはならない。

(守秘義務、個人情報保護)

第9条 乙は、本契約に基づき実施する本件業務に関して知り得た甲及び受診者に関する個人情報の取り扱いについては、個人情報の保護に関する法律(平成15年法律第57号。以下「個人情報保護法」という。)及び関係ガイドライン等に基づき、必要な情報保護対策を講じるものとする。

2 乙は、個人情報保護法に定める個人情報取扱事業者としての義務を遵守し、本件業務を遂行する。

3 乙は、本件業務を実施するために甲から取得した情報については、本件業務終了後、遅滞なく返却又は消去するものとする。ただし、経年管理に必要な情報についてはこの限りではない。

4 甲は、乙に対し、甲が提供した個人情報の管理が適切に行われているか調査し、必要な措置を講じるものとする。

5 乙は、甲から提供を受けた個人情報について、漏えい、滅失、毀損その他本条に係る違反等が発生した時は、速やかに甲に報告し、善後措置について協議しなければならない。

6 本条の規定については、本契約終了後も効力を有するものとする。

(健診結果の保険者への提供)

第10条 乙は、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4項及び同法第7条第1項に規定する医療保険各法の規定(以下「高確法等の規定」という。)に基づく甲の義務を代行し、受診者の健康診断結果(高齢者の医療の確保に関する法律及び関係法令に定める項目並びに加入者の健康の保持増進のために必要な事業を行うにあたって受診者の加入する保険者(以下「保険者」という。)が必要と指定した情報に限る。)を、保険者に対し提供することとする。

- 2 甲は、事前に受診者にその趣旨を十分に説明して受診時に健康保険被保険者証等を持参させる方法又は受診者の保険者番号等を事前に提供する方法により、保険者番号等を乙に提供することとする。
- 3 乙は、保険者に対し、受診者の健康診断に関する記録の写し（以下「健康診断結果」という。）を提供するにあたっては、甲の委託を受けて高確法等の規定に基づき提供する旨を通知することとする。
- 4 甲は、乙が前項の通知を行うにあたって、保険者を確認するために必要な協力を行わなければならないものとする。
- 5 乙は、甲の協力が得られないことにより、保険者を特定することができない場合、保険者を特定できなかった受診者の健康診断結果は保険者に提供しないこととする。
- 6 乙は、第1項に基づく健康診断結果の提供方法及びその費用の負担等については、乙と健康診断結果の提供先である保険者が別途締結する契約によるものとする。
- 7 乙は、保険者と契約が締結できなかった場合、契約できなかった保険者に加入している受診者の健康診断結果は保険者に提供しないこととする。

#### （検査結果等の利用）

第11条 乙は、受診者の同意を得た場合、検査結果について精度管理、統計あるいは研究の目的で利用し、又は大学等の研究機関に対し提供することができる。ただし、乙は、受診者の同意を得て大学等の研究機関に検査結果を提供する場合、個人情報保護法及び関係ガイドライン等に基づき、特定の個人を識別することができないように加工するなど必要な情報保護対策を講じるものとする。

#### （誠実履行義務）

第12条 乙は、善良なる管理者の注意をもって誠実に本件業務を行うものとする。

- 2 甲は、乙が本件業務を実施する上で必要となる資料その他甲の管理物を乙に貸与する。乙は、甲から借り受けた当該資料等を善良なる管理者の注意をもって利用しなければならない。

#### （事故及び損害の責任）

- 第13条 乙は、本件業務を実施するに当たり、事故が発生し又は発生する恐れが生じたときは、速やかに甲に通知し、甲の指示に従うものとする。
- 2 乙の本契約違反によって甲が損害を受けた場合、甲は乙に対してその実損害額の賠償請求を行うことができる。
  - 3 前項に基づく賠償請求の総額は、本契約に基づいて甲が乙に支払った料金総額を超過しないものとする。ただし、乙の本契約違反が乙の故意または重過失による場合にはこの限りでない。
  - 4 第2項の場合以外の場合については、その負担と責任について甲、乙間で協議するものとする。

(契約内容の変更)

第14条 本件業務の実施に関し、甲又は乙の都合により契約内容の全部又は一部を変更する必要が生じた場合は、その都度協議の上、契約内容の全部又は一部を変更できるものとする。

(契約の解除)

第15条 甲、乙は、相手方が次の各号の一に該当した場合、直ちに本契約の全部を解除することができる。

- ①金融機関から取引停止の処分を受けたとき
- ②監督官庁より営業の取り消し、停止の処分を受けたとき
- ③第三者より、仮差押え、仮処分、強制執行等を受け、契約の履行が困難と認められるとき
- ④破産、特別清算、民事再生、会社整理、会社更生の申し出があったとき
- ⑤営業の廃止、解散の決議をしたとき
- ⑥前各号の外、本契約が維持しがたい重大な事由が生じたとき

2 甲は、1か月間の予告期間をおくことにより、いつでも本契約を解除することができる。なお、年度途中において本契約の解除を行う場合、検査結果等に特段の瑕疵がある場合を除き、すでに実施した本件業務に関し、第1条に定める料金は返金されない。

(有効期間)

第16条 本契約の有効期間は、○年○月○日から○年○月○日までの1年間とする。ただし、本契約の終了期間満了の3か月前までに、甲、乙いずれからも申出がないときは、その期間満了の翌日からさらに1年間継続してその効力を有するものとし、それ以降も同様とする。

(反社会的勢力の排除)

第17条 甲及び乙は、反社会的勢力（暴力団、暴力団員、暴力団関係企業、暴力団員でなくなった時から5年を経過しない者、特殊知能暴力集団その他これらに準ずる者）ではないこと及びこれらとの関係がないことを確約する。

2 甲及び乙は、自ら又は第三者を利用した暴力的要求行為、法的な責任を超えた不当な要求行為等を行わないことを確約する。

3 前二項に違反することが判明した場合には、何らの催告を要せず、本契約を解除することができる。

4 甲または乙が、第3項の規定により本契約を解除した場合、契約の相手方に損害が生じても賠償ないし補償をすることを要せず、また、かかる解除により、解除した者に損害が生じたときは、相手方は、その損害を賠償するものとする。

(管轄裁判所)

第18条 本契約に関する一切の紛争については、甲の所在地を管轄する裁判所を第一審

の専属的合意管轄裁判所として処理するものとする。

(協議)

第19条 この契約の定めのない事項が生じたときは、甲、乙は誠意を持って協議のうえ、  
決定するものとする。

○年○月○日

委託者（甲）

受託者（乙）

別紙

本件業務の内容及び料金表

健康診断の実施

| 健康診断の種類（※） | 1人当たり料金（消費税含む） |
|------------|----------------|
| 雇い入れ時健康診断  | 円              |
| 定期健康診断     | 円              |
| 特定業務健康診断   | 円              |
| 人間ドック      | 円              |

※ 健康診断の種類ごとに実施する項目、内容及び検査項目により必要となる追加料金については、甲及び乙は協議して別に定める。

健康診断の結果、特に健康の保持に努める必要があると認める労働者に対する保健指導の実施

|    |   |
|----|---|
| 1人 | 円 |
|----|---|

第10条第1項に基づき保険者に対する健康診断に関する記録の提供

|                       |
|-----------------------|
| 第10条第6項に規定する契約のとおりとする |
|-----------------------|

※本書類はひな型の例であり、必ずしもこのひな形にとられる必要はなく、実際の契約においては当事者間で自由に定められたい。

### 健康診断結果提供依頼書

年 月 日

□□□（健診実施機関） 殿

●●●（事業所名）

労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）第66条の規定に基づき実施した健康診断結果に関し、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4項及び同法第7条第1項に規定する医療保険各法の規定（以下「高確法等の規定」という。）に基づく〇〇〇（保険者名）への提供について、下記のとおり委託します。

なお、本依頼書は、〇〇〇（保険者名）を通じて□□□（健診実施機関）に提供します。

#### 記

- 1 □□□（健診実施機関）は〇〇〇（保険者名）に対して、労働安全衛生法第66条の規定に基づき実施した健康診断結果のうち、受診日において〇〇〇（保険者名）の被保険者資格を有する者の特定健康診査項目及び被保険者等の健康の保持増進のために必要な事業を行うに当たって〇〇〇（保険者名）が必要と認める情報（以下「事業主健診情報」という。）を提出すること。その際、〇〇〇（保険者名）が指定する形式で事業者健診情報を提出すること。
- 2 1による提出を行う前に、□□□（健診実施機関）は●●●（事業所名）に対して、本書に基づき提出する旨の連絡をすること。
- 3 1の提出を行う際に、□□□（健診実施機関）は〇〇〇（保険者名）に対して、高確法等の規定に基づき、●●●（事業所名）の委託を受けて事業主健診情報を提供することを伝えること。
- 4 本書については、次年度以降も効力を有すること。本書に基づく依頼を解除する際は別途連絡をすること。

健康保険被保険者証記号：

事業主名：

所在地：

電話番号：

事業所担当者名：