

事務連絡  
令和5年9月28日

別記 関係団体 御中

厚生労働省保険局医療介護連携政策課  
医療費適正化対策推進室

インボイス制度の開始に向けた特定健康診査及び特定保健指導の実施の委託に係る集合契約における標準的な契約書の例等の変更について（周知）

特定健康診査及び特定保健指導（以下「特定健診等」という。）の推進につきましては、平素から格段の御配慮を賜り、厚く御礼申し上げます。

特定健診等の実施の委託に関しては、「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」（令和5年3月厚生労働省保険局医療介護連携政策課医療費適正化対策推進室）付属資料1-4「集合契約における標準的な契約書の例」別紙「実施機関一覧表」等及び付属資料1-5「委任状の様式」をお示ししているところですが、今般、令和5年10月1日にインボイス制度が開始されることを踏まえ、「実施機関一覧表」等を別添に変更いたしますので、お知らせします。

具体的な変更点としては、集合契約の委託者である保険者がインボイスの発行を求めるに当たって必要な情報として、ひな形の別紙「実施機関一覧表」に、「登録番号」「登録年月日」「取消年月日」を記載する欄を追加するとともに、付属資料1-5「委任状の様式」に「インボイス制度対応」欄を追加しました。

なお、特定健診等に係る集合契約においては、医師会と保険者の取引（契約）が、取次ぎか直接当該事業の受託なのかを整理した上で、取引（契約）実態がその整理に整合的である必要があります。その上で、インボイスに係る取扱いについても、その取引（契約）実態に即してご判断ください。

また、変更後の「実施機関一覧表」等は厚生労働省のホームページ（※）に公表しますので、それも活用しながら貴管下関係団体又は市町村への周知を図られるようお願いいたします。

（※）厚生労働省ホームページ

「特定健康診査・特定保健指導の円滑な実施に向けた手引き（第4版）」

[https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook\\_31132.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/handbook_31132.html)

【担当】

厚生労働省保険局医療介護連携政策課  
医療費適正化対策推進室 中村、春日  
TEL:03-5253-1111（内線3161）  
tekiseika01@mhlw.go.jp



(別記)

団体名
<b>保険者及びその中央団体</b>
国民健康保険中央会
全国国民健康保険組合協会
健康保険組合連合会
全国健康保険協会
共済組合連盟
日本私立学校振興・共済事業団
地方公務員共済組合協議会
<b>都道府県</b>
都道府県国民健康保険主管課
<b>健診・保健指導実施機関等</b>
日本医師会
日本歯科医師会
全国労働衛生団体連合会
全日本病院協会
日本人間ドック学会
予防医学事業中央会
結核予防会
日本病院会
日本総合健診医学会
日本看護協会
日本栄養士会
日本保健指導協会
<b>その他関係団体</b>
社会保険診療報酬支払基金
保健医療福祉情報システム工業会

## 実施機関一覧表

健診・保健指導 機関番号 (半角数字)	実施機関名	郵便番号 (半角数字・ハ イフンあり)	所在地※1	電話番号※2 (半角数字・ハイフンあ り)	受託業務※3								登録番号※6 (適格請求書発行事業 者)	登録年月日※7	取消年月日※8		
					特定健康診査						特定保健指導					追加 健診 項目	
					実施形態		詳細項目※4				健診 当日 初回 面接 ※5	動機 付け 支援					積極 的支 援
					集団 健診	個別 健診	貧血	心電 図	眼底	クレア チニン							
XXXXXXXX	〇〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	〇		〇	〇	〇	〇			XXXXXXXXXXXXX X				
XXXXXXXX	〇△病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		〇	〇	〇	〇				XXXXXXXXXXXXX X				
XXXXXXXX	〇□医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		〇	〇	〇	△	〇	〇	〇	XXXXXXXXXXXXX X				
XXXXXXXX	△〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	〇		〇	〇	△	〇			XXXXXXXXXXXXX X				
XXXXXXXX	△△医院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		〇	〇	〇	〇			〇	XXXXXXXXXXXXX X				
XXXXXXXX	△□診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		〇	〇	〇	〇		〇	〇	XXXXXXXXXXXXX X				
XXXXXXXX	□〇病院	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	〇		〇	〇	△	〇		〇	XXXXXXXXXXXXX X				
XXXXXXXX	□△診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX		〇	〇	△	△	〇		〇	XXXXXXXXXXXXX X				
XXXXXXXX	□□診療所	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX			〇	△	△	〇		〇	XXXXXXXXXXXXX X				

- ※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。
- ※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。
- ※3 受託業務の欄については、当該実施機関において、受託する（あるいは該当する）項目に「〇」を記入。  
実施形態の欄は、各機関の該当する実施形態を選択。原則としていずれか一方に「〇」を記入。
- ※4 詳細項目の欄については、当該実施機関において実施できる項目に「〇」、再委託により実施する項目に「△」を記入。
- ※5 健診当日に初回面接の受託業務を行う実施機関については、特定健康診査の受託業務を行い、かつ特定保健指導の「動機付け支援」及び「積極的支援」業務
- ※6 適格請求書発行事業者である場合に登録番号を記入。
- ※7 適格請求書発行事業者の登録通知書に記載された登録年月日を記入。
- ※8 第3号様式（適格請求書発行事業者の登録の取消しを求める旨の届出書）の「登録の効力を失う日」を記入。
- ※6～8 保険者及び実施機関での協議に基づき必要な場合に記入。

## 委託元保険者一覧表

保険者番号 (半角数字)	委託元保険者名	郵便番号 (半角数字・ハイフンあり)	所在地※1	電話番号※2 (半角数字・ハイフンあり)	委託範囲※3			備考※4
					特定健康診査	特定保健指導	健診当日初回面接実施	
XXXXXXXX	〇〇健康保険組合	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○	○	
XXXXXXXX	〇△健康保険組合	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○			
XXXXXXXX	〇□健康保険組合	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○			
XXXXXXXX	△〇健康保険組合	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○	○		
XXXXXXXX	△△健康保険組合	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○			
XXXXXXXX	△□健康保険組合	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○			
XXXXXXXX	□〇健康保険組合	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○			
XXXXXXXX	□△健康保険組合	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○			
XXXXXXXX	□□健康保険組合	XXX-XXXX	〇〇県〇〇市〇〇 〇丁目〇番地	XXX-XXX-XXXX	○			

※1 所在地の欄については、都道府県名から省略せずに記入。

※2 電話番号の欄については、市外局番から省略せずに記入。

※3 委託範囲の欄については、委託する場合に「○」を記入。なお、特定健康診査と特定保健指導の両方を委託する場合においても、両者の一括実施を委託するものではなく、特定健康診査終了後に保険者の判断にて保健指導対象者を選定し、対象者となった者にのみ特定保健指導を実施することとする。

※4 委託元保険者がインボイス制度対応を必要とする場合「○」を記入。

付属資料 1 - 5 : 委任状の様式

下線部を適宜書き換えて  
作成し、送付する

令和●●年●●月●●日

委 任 状

(委任者) 住所 : ●●県●●●市●●町 1 - 1 - 1

氏名 : ●●●健康保険組合

(保険者番号 : ●●●●●●●●)

理事長 ● ● ● ●

各項目(健診、保健指導(後日初回面接)、保健指導(当日初回面接))のうちいずれかを委託しない場合は、不要な欄を削除

私は下記の者を代理人として、次の事項についての権限を委任致します。

- 県における、●●●県内の国民健康保険の被保険者に対する特定健康診査の実施機関(あるいは当該機関の契約とりまとめ機関)等との、当健康保険組合の加入者への●●年度の特定健康診査の実施に関する委託契約を締結すること
- 県における、●●●県内の国民健康保険の被保険者に対する特定保健指導の実施機関(あるいは当該機関の契約とりまとめ機関)等との、当健康保険組合の加入者への●●年度の特定保健指導の実施(後日初回面接実施(B①))に関する委託契約を締結すること
- 県における、●●●県内の国民健康保険の被保険者に対する特定保健指導の実施機関(あるいは当該機関の契約とりまとめ機関)等との、当健康保険組合の加入者への●●年度の特定保健指導の実施(当日から一週間以内の初回面接実施(B②))に関する委託契約を締結すること

国保ベース以外の集合契約に使用する場合は、この記述も変更(健診も)

記

保健指導を委託契約した価格設定上、対象者の「自己負担がない」または「保健指導のレベルに関わらず自己負担額が定額」の場合に限る。

(代理人) 住所 : ▲▲▲▲▲市▲▲町 1 - 1 - 1

氏名 : ▲▲▲健康保険組合

理事長 ▲ ▲ ▲ ▲

以上

## 連絡先のお知らせ

集合契約に要する事務に関わる各種連絡先・照会については、下記担当者までお願いいたします。

### 担当者連絡先

氏名	
所属	
役職	
住所	
電話	
FAX	
電子メール	

インボイス 制度対応	必要	・	不要
---------------	----	---	----