

郡市区医師会 御中

大阪府医師会
(公印省略)

後期高齢者医療健康診査結果の確認について（依頼）

平素より本会事業に格別のご理解、ご協力を賜り厚く御礼申し上げます。

標記につきまして、このたび別添のとおり、大阪府後期高齢者医療広域連合から通知がありました。

府下市町村での後期高齢者を対象とした糖尿病性腎症重症化予防事業を契機として、後期高齢者医療健康診査において、健診費用の請求時に誤ってヘモグロビンA1cと血色素量（ヘモグロビン）が同値で結果報告されているケースが、府下の健康診査実施医療機関で散見されたことから、平成30年度以降の検査結果を対象とした調査が実施され、該当医療機関にご協力をいただいたところでございます。

今般、大阪府後期高齢者医療広域連合より、令和5年8月審査分～令和6年1月審査分の検査結果においても、同様の結果報告が確認されたことから、改めて該当する医療機関を対象に、下記のとおり調査を実施したいとの依頼がございました。

つきましては、貴会におかれましてもご了知いただき、該当の医療機関には、後期高齢者医療広域連合の調査へのご協力を賜りたく、会員医療機関へご周知いただきますようよろしくお願い申し上げます。

記

1. 調査方法 該当する対象者がいる医療機関にのみ、後期高齢者医療広域連合より、「調査票」が郵送されますので、調査結果をご記入の上、同封の返信用封筒にてご返送下さい。（3月1日に後期高齢者医療広域連合より発送予定）
2. 対象者 令和5年度健診分（8月審査分～1月審査分）において、HbA1cと血色素量が同値である被保険者
（※対象者につきましては、あらかじめ「調査票」に記載されておりますので医療機関で調べていただく必要はございません。）
3. 回答期限 令和6年3月18日（月）

※被保険者への結果説明の際、検査機関が発行する検査結果報告書の交付を行わず、結果説明を誤った値でされている場合は、お手数ですが、直近の健康診査について、正しい値に基づく結果説明及び保健指導を行っていただきますようお願いいたします。

(見本)

****クリニック 御中

被保険者 番号	対象者	生年月日	健診年月日	登録されている値		正しい値		その他	(2)結果説明について お伺いします。
				HbA1c	血色素量	HbA1c	血色素量		結果説明時に検査機 関発行の検査結果報 告書を渡しているか
12345678	広域 太郎	19400401	20230801	12.5	12.5			<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない
								<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない
広域連合があらかじめ 印字したものを送付します。								<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない
								<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない
								<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない
								<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない
太枠内の欄に ご回答ください。								<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない
								<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない
								<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない
								<input type="checkbox"/> 修正は不要 <input type="checkbox"/> 正しい値が不明	<input type="checkbox"/> 渡している <input type="checkbox"/> 渡していない

※ 修正が不要である場合、正しい値が不明な場合は、その他にご回答ください。

令和6年3月18日(月)までにご返送をお願いいたします。

<お問い合わせ>

大阪府後期高齢者医療広域連合

給付課 事業係

〒540-0028 大阪市中央区常盤町1-3-8

(中央大通 FN ビル 8階)

電話：06-4790-2031 FAX：06-4790-2030