文書番号　　第　　　号

令和　　年　　月　　日

厚生労働省保険局保険課長　殿

組合名称

理事長氏名

令和４年度高齢者医療運営円滑化等補助金における「レセプト・健診情報等を活用したデータヘルスの推進事業（保健事業の共同化支援に関する補助事業）」の実施に係る申請

標記について、別紙のとおり申請します。

別紙１　申請者の基本情報

**１．申請者（主幹健康保険組合）**

|  |  |
| --- | --- |
| 健康保険組合名 |  |
| 所 在 地 | 〒○○○－○○○○　○○県○○市○○町○－○－○ |
| 理事長氏名 |  |

**２．連絡先**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| 事務連絡 担 当 者 | 部署・役職名 |  |
|  | TEL：○○－○○○○－○○○○ |
| 連絡先 | FAX：○○－○○○○－○○○○ |
|  |  | E-mail： |

**３．健康保険組合基本情報①**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 被保険者数注１ | | ○○人 | |
|  | 特例退職被保険者数（再掲） | ○○人 | |
| 任意継続被保険者数（再掲） | ○○人 | |
| 被扶養者数注１ | | ○○人 | |
| 総加入者数注１ | | ○○人 | |
| 前期高齢者数（再掲）注１ | | ○○人 | |
| 業　　態注１ | |  | |
| 保険料率注２ | | 一般保険料率 | 調整保険料率 |
| 負担割合 | 事 業 主 | ○/1000 | ○/1000 |
| 被保険者 | ○/1000 | ○/1000 |
| 計 | ○/1000 | ○/1000 |
| 平均標準報酬月額注１ | | ○○円 | |
| 保健事業費(a) 注３ | | ○○千円 | |
| 経常支出合計(b) 注３ | | ○○千円 | |
| （a÷b×100）注３ | | ○％ | |

注１）令和４年３月末時点（もしくは申請時点）における数値を記載してください。

注２）令和４年３月１日時点における数値を記載してください。

注３）令和３年度決算の数値を記載してください。

健康保険組合基本情報②

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 常勤職員数注１ | | ○人 | | | |
|  | 医療専門職（再掲） | 医師 | 保健師（看護師含む） | 管理栄養士 | その他 |
| ○人 | ○人 | ○人 | ○人 |
| 非常勤職員数注１ | | ○人 | | | |
|  | 医療専門職（再掲） | 医師 | 保健師（看護師含む） | 管理栄養士 | その他 |
| ○人 | ○人 | ○人 | ○人 |

1. 現在（令和４年３月末もしくは申請時点）の職員数を記載してください。なお、当該保健事業に従事する職員数のみを記載してください。

※主幹健康保険組合以外の健康保険組合の概要については、別紙３に参加を予定している全ての組合の概要を記載すること。

別紙２　事業計画

**１．事業概要**

１.１　以下の様式に沿って事業概要を記載してください。

|  |  |
| --- | --- |
| ①　事業名 |  |
| ②　課題と目的 | ＜健康課題や事業実施上の課題＞ |
| ＜保健事業の実施目的＞ |
| ③　保健事業の内容 |  |
| ④　共同実施の目的 |  |
| ⑤　コンソーシアムの運営方針 |  |
| ⑥　事業実施予定期間 | 令和 　年　 月　 日　から　令和　　 年　 月　 日まで |
| ⑦　事業実施予定場所  （都道府県名等） |  |
| ⑧　運営に係る経費の  項目と内容 |  |
| ⑨　安全性および個人情報の取扱に関する配慮 |  |
| ⑩　国のガイドラインとの整合性や関連性 |  |

1. ①は、事業の概要を端的に表現し、分かりやすいものにすること。
2. ②は、この補助金を受けて行う保健事業の目的を詳細に記入すること。
3. ③は、実施事業について、申請時点での計画を詳細に記入すること。
4. ④は、共同実施により期待する効果を記載してください。
5. ⑤は、事業運営委員会の開催予定等、コンソーシアムの運営について、申請時点での計画を詳細に記載すること。
6. ⑧は、実施する事業のうち、助成対象となる運営に係る経費項目及び内容について具体的に記入すること。
7. ⑨は事業実施、外部への事業委託等に当たり、安全性への留意のほか、個人情報保護法等を遵守するなど加入者のプライバシーへの配慮について記載すること。
8. ⑩は保健事業の実施に当たり、関連する国のガイドラインがある場合には、そのガイドラインとの関係性について記載すること。

（別紙２のつづき）

１.２　現在想定している令和４年度に実施する共同事業の概要について、事業名、事業内容、必要性等が分かる資料（任意様式、事業ごとに計Ａ４横、パワーポイント等２枚以内）を添付してください。

（別紙２のつづき）

**２．翌年度以降の継続的な実施に向けた留意点**

本事業をきっかけに、共同事業を安定的に運営し、どのように持続させ、発展させていくかについて、現時点の考えを記載してください。

|  |
| --- |
|  |

**３．申請時点での事業評価指標**

※以下の各項目の内容を１．２の添付資料にあわせて記載して差し支えありませんが、その場合、「１．２添付資料に記載」と記載してください。

３．１　本事業を実施する上で、目標として設定しているアウトプット指標について、測定内容、測定方法、測定時期、等の詳細を記載してください。ただし、測定時期については、令和５年５月中に報告書を提出する必要がある点に留意して設定してください。

３．２　本事業のアウトカム指標について、測定内容、測定方法、測定時期、等の詳細を記載してください。ただし、令和５年５月中に報告書を提出する必要がある点に留意して設定してください。

※事業の特性上、アウトカム指標の設定が困難な場合はその旨記載してください。

（別紙２のつづき）

**４．実施スケジュール**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 令和４年４月 | ５月 | ６月 | ７月 | ８月 | ９月 |
| 事  業  実  施  内  容 |  | | | | | |
|  | 10月 | 11月 | 12月 | 令和５年１月 | ２月 | ３月 |
| 事  業  実  施  内  容 |  | | | | | |

（記入上の留意事項）

◇　上記に事業の実施スケジュール予定を記入して下さい。

◇　健保組合と委託事業者との打合せや運営委員会の実施時期は必ず記入してください。

別紙３　実施体制

１．申請者の体制

１．１　現在想定している共同事業の実施に係る申請者の体制について記載してください。記載欄の数（人数）が足りない場合は、適宜、追加してください。

１．２　事業実施責任者

|  |  |
| --- | --- |
| 役 職 |  |
| 氏　　名 |  |
| 本事業への時間配分 | 本事業実施期間中における全業務時間のうち本業務に割く時間配分率：○％ |
| 本事業における役割 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

１．３　上記以外担当者①

|  |  |
| --- | --- |
| 役 職 |  |
| 氏　　名 |  |
| 本事業への時間配分 | 本事業実施期間中における全業務時間のうち本業務に割く時間配分率：○％ |
| 本事業における役割 |  |
| 電話番号 |  |
| メールアドレス |  |

（別紙３のつづき）

２．コンソーシアムの体制

２．１　申請時点で予定している全ての健康保険組合を記載し、コンソーシアム内の役割・体制を記載すること

記載例

コンソーシアムにおける実施体制

* 協力団体は、自治体との連携の他、健康保険組合連合会都道府県連合会や協会けんぽ支部、地域医師会等の職能団体等、健保組合以外の団体と連携する場合に記載
* 民間のヘルスケア事業者等（大学、研究機関、健診機関等を含む）を示す。

コンソーシアム

民間事業者等

代表組合：○○

参加組合：△△

参加組合：××

参加組合：□□

協力団体：△□

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 関係事業者（例） | | 被保険者数 | 被扶養者数 | 総加入者数 | 所在地（●県●市） |
| 代表組合 | ○○ |  |  |  |  |
| 参加組合 | ×× |  |  |  |  |
| 参加組合 | □□ |  |  |  |  |
| 参加組合 | △△ |  |  |  |  |
| 民間事業者 | ○□ |  |  |  |  |
| 協力団体 | △□ |  |  |  |  |

（別紙３のつづき）

２．２　本事業の運営に係る業務の一部又は全部を民間事業者等に委託する場合には、その内容と金額がわかる見積書を添付してください。複数の民間事業者等に委託する場合は、委託する民間事業者等ごとに見積書を添付してください。

別紙４　**支出予定額内訳**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 経 費 区 分 | 支出予定額 | | | | 積算内訳 |
|  |  |  |  | 円 |  |
| 合　　　計 |  |  |  |  |  |

　本事業の運営に係る支出予定を記載してください。

注：　消費税を計上する必要がある場合は、課税対象経費の後尾に「※」を記載すること。

　　なお、支出予定額の合計は税込とすること。経費項目の積算は別表３を参照すること。