

特定健康診査情報提供票に関するQ&A



※目次をクリックすると該当ページへ遷移します

内容

1.特定健康診査情報提供票（以下、情報提供票という）の請求方法について	2
Q 1. 他市町村の特定健診対象者が情報提供票を持参した場合、連合会に請求してよろしいでしょうか。	2
Q 2. 請求期限はいつまででしょうか。	2
2.特定健康診査情報提供委託料請求書について	3
Q 1. 追加検査料（1,650円：税込）の算定条件について教えてください。	3
Q 2. 追加項目料の算定方法について教えてください。	3
3.情報提供票（質問票）の記入について.....	3
Q 1. 情報提供票の様式に記載している検査項目の変更は可能でしょうか。	3
Q 2. 情報提供票の検査結果及び質問票の回答について、複数の記入（回答）は可能でしょうか ...	3
Q 3. 健診結果の必須項目に欠損がありますが、請求は可能でしょうか。	4
4.様式について.....	5

1. 特定健康診査情報提供票（以下、情報提供票という）の請求方法について

Q 1. 他市町村の特定健診対象者が情報提供票を持参した場合、連合会に請求してよろしいでしょうか。

A 1. 本県で実施している特定健診未受診者情報提供業務に関しては、鹿児島県医師会、保険者、国保連合会の3者契約となるため事業実施保険者（44 保険者：医師国保組合以外）で、鹿児島県医師会の医療機関であれば請求可能です。

なお、鹿児島県医師会会員外の医療機関については、各保険者にお問合せください。

Q 2. 請求期限はいつまででしょうか。

A 2. 原則、健診実施日の次年度4月5日まで請求が可能です。

例：令和7年12月実施分情報提供票

（受付可）令和8年4月まで

（受付不可）令和8年5月以降

ただし、市町村によって、年度の受付期限が異なりますので、本会HPに掲載している「情報提供業務契約書内容 内容一覧」を御確認ください。

～【要確認】情報提供票の請求に関する注意点～

(1) 保険者ごとに請求書、情報提供票を綴じて請求してください。

※「後期高齢者に係る健康診査情報提供業務」を実施している一部市町村については、同じ市町村でも国保と後期を分けて請求書を作成してください。

(2) 実施月（基本項目記入年月日または追加検査実施日）が違う場合でも、同じ保険者であれば1枚の請求書にまとめて請求してください。

(3) 質問票の記載がある時は、質問票確認の追加検査実施欄に○印を記入してください。

(4) 情報提供票の請求について、以下の項目の記入漏れが無いか確認の上、提出してください。

・被保険者情報 **【住所・氏名・生年月日・性別・受診券整理番号・被保険者番号】**

・医療機関情報 **【追加検査実施日（基本項目記入年月日）・医療機関住所・医療機関番号**

医療機関名・医師名】

【本人同意欄】

(5) 毎月1～5日（土日・祝日の場合は翌業務日）が受付期間となります。

悪天候による発送の遅れ等、やむを得ない事情により締切日に間に合わないことが想定される場合は、早めに担当部署（保健事業係 TEL：099-206-1033）まで御連絡ください。

2. 特定健康診査情報提供委託料請求書について

Q 1. 追加検査料（1,650 円：税込）の算定条件について教えてください。

A 1. 健診項目に係る追加検査の実施がなくても、質問票の記載があれば追加検査料 1,650 円の算定は可能です。（質問票確認の追加検査実施欄に○印を記入してください。）

※基本項目に対して追加検査を実施していても、情報提供票 1 件当たり追加検査料 1 件の算定となります。

Q 2. 追加項目料の算定方法について教えてください。

A 2. 追加項目料は 3 項目（尿潜血・尿酸・クレアチニン）となります。

追加項目に関する請求及び単価は、保険者毎に契約が異なるので本会HPに掲載している「情報提供業務契約書内容」を御確認ください。

○追加項目の契約が無い保険者

追加項目に関する費用の請求はできません。

○追加項目の契約がある保険者

（1）追加項目を追加で検査した場合、検査ごとに追加検査実施欄に○印を記入する。

（2）保険者の契約内容、単価を確認する。

（3）追加項目ごとに単価を追加項目料と請求できます。

（例）尿酸・クレアチニン両方を追加で実施した場合は一人につき 2 件算定できます。

※(注意)追加項目を追加で実施している場合、追加検査実施欄に必ず○印を記入してください。

3. 情報提供票（質問票）の記入について

Q 1. 情報提供票の様式に記載している検査項目の変更は可能でしょうか。

A 1. 情報提供の様式について、原則変更はできません。

変更を希望される場合は、必ず本会担当係（保健事業係：099-206-1033）まで御連絡ください。

Q 2. 情報提供票の検査結果及び質問票の回答について、複数の記入（回答）は可能でしょうか

A 2. 提出された情報提供票及び質問票について、本会でデータ入力の際、判断ができなくなるため、複数の記入（回答）はしないよう御協力ください。

※注）よくある複数記入（回答）箇所

- ・医師の意見
- ・質問票の各項目

Q 3. 健診結果の必須項目に欠損がありますが、請求は可能でしょうか。

A 3. 原則、基本項目結果（必須項目）は全て記入する必要があります。

※尿糖、尿蛋白等の基本健診項目が、透析患者等で実施不可能な場合は「測定不可能・検査未実施の理由」欄の□にチェックをお願いします。

4.様式について

➤ 請求書様式(国保)

特定健康診査情報提供委託料請求書

令和 年 月 日

※市町村番号 (46)

市町村長 殿
(国保担当課扱い)

住 所 _____

※医療機関番号 _____

医療機関名 _____

代表者 _____

請求金額	_____ 円
------	---------

令和 年 月 請求分

【請求金額内訳】

項目	単 価 (税込)	件数
文書料	1,100円	件
追加検査料	1,650円	件
追加項目料	円	件

市町村番号は必ず御記入ください。

医療機関番号は必ず御記入ください。

国保連合会への請求月を記入してください。

【請求金額内訳】

- ・文書料及び追加検査料は同じ件数になります。
- ・追加項目料について、追加検査実施欄に○印が記載されている追加項目件数を請求できます。

※保険者によって、費用を算定できる追加項目が異なっているため御注意ください。(11P 参照)

※追加項目未実施の保険者では単価等表示されておりません。

➤ 情報提供票様式(国保)

記入漏れが無いか確認してください。

【令和 年度】 特定健康診査情報提供票

【保険者記入欄】		保険者番号	4 6
※フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏名		性別/年齢	男 文 歳
住所	〒	受診希望施設番号	
		被保険者証番号	

【医療機関記入欄】

当番中の疾患の名称(主病を明記してください)

主病名:

項目	結果	追加検査実施(○を記入)	注意事項
身体計測	身長	cm	小数点以下1桁
	体重	kg	小数点以下1桁
	腹囲	cm	小数点以下1桁
	BMI	kg/m ²	小数点以下1桁
血圧	収縮期血圧	mmHg	
	拡張期血圧	mmHg	
血中脂質検査	空腹時中性脂肪(TG) (食後10時間以上)	mg/dl	いずれかで可
	随時中性脂肪 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl	
	随時中性脂肪 (食後3.5時間未満)	mg/dl	いずれかで可
	HDL-コレステロール	mg/dl	
	LDL-コレステロール	mg/dl	
	non-HDLコレステロール	mg/dl	
肝機能検査	AST(GOT)	U/l	
	ALT(GPT)	U/l	
	γ-GT(γ-GTP)	U/l	
血糖検査 (いずれか1つの記載で可)	空腹時血糖(FBS) (食後10時間以上)	mg/dl	いずれかで可 (HbA1cは小数点以下1桁)
	随時血糖 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl	
	HbA1c(NGSP値)	%	
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+	
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+	
質問票確認	裏面質問票(質問事項※Q、1、2、3、8)の記入確認		

(1) 基本項目は原則、全て御記入ください。(以下項目はいずれかで可)

【血中脂質検査】

- ・空腹時中性脂肪
- ・随時中性脂肪(3.5時間以上10時間未満)
- ・随時中性脂肪(3.5時間未満)

【血中脂質検査】

- ・LDL-コレステロール
- ・non-HDLコレステロール

【血糖検査】

- ・空腹時血糖
- ・随時血糖
- ・HbA1c

(2) 追加で実施した検査の場合、追加検査実施欄に○印を記入。質問票確認は質問票の記載があれば○印記入。
※追加項目未実施の保険者では検査項目等表示されておりません。

【○○地区追加項目医療機関記入欄】

尿検査	尿潜血	- ± + 2+ 3+	
腎臓検査	尿酸(UA)	mg/dl	小数点以下1桁
	クレアチニン(CRE)	mg/dl	小数点以下2桁

※「追加検査実施日」欄は「追加検査」を実施した項目の○をつけてください。

※追加検査実施日 又は
※基本項目記入年月日: 令和 年 月 日

医療機関住所: _____

※医療機関番号: _____

医療機関名: _____

※医師名: _____

【追加検査実施日】

追加検査を実施していない場合基本項目記入年月日を記入してください。

【医療機関番号等】

記入漏れがないか確認してください。

<p>■「医師の意見」</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 異常認めず</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 要治療・観察</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 要送察</p>	<p>■尿検査の測定不可能・検査未実施の理由</p> <p><input type="checkbox"/> 生連中</p> <p><input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため、尿検査を要する</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
--	---

【本人同意欄】

この提供票・質問票を○○市(町村)に提出することに同意いたします。

令和 年 月 日

氏名 _____

※ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。その場合代筆者の記名・押印をお願いします。

【本人同意欄】

同意日、氏名の確認をお願いします。

※記入がない場合はお取り扱いできません。

➤ 質問票様式(国保)

特定健康診査情報提供 【質問票】		受診者氏名：	
質問事項		回答欄	
		あてはまる番号に○をつけてください	
0	今、体調の悪いところがありますか	1. はい ()	2. いいえ
1	A：現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ
2	B：現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ
3	C：現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	1. はい	2. いいえ
4	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
5	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
6	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
7	医師から、癌とされたことがありますか。	1. はい	2. いいえ
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。 （※「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。 条件1：最近1か月間吸っている 条件2：生涯で6か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） 2. 以前は吸っていたが、最近1か月間は吸っていない （条件2のみ満たす） 3. いいえ （①②以外）	
9	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
10	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
11	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
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が遅いですか。	1. はい	2. いいえ
13	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 2. 噛む歯ぐき、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 3. ほとんどかめない	
14	人と比較して食べる速度が遅いですか。	1. 遅い	2. 普通
15	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
16	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
17	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
18	お酒（日本酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度はどのくらいですか。 （※「やめた」とは、過去に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 3. 週3～4日 5. 月に1～3日 7. やめた	2. 週5～6日 4. 週1～2日 6. 月に1日未満 8. 飲まない （飲めない）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量 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 3. 2～3合未満 5. 5合以上	2. 1～2合未満 4. 3～5合未満
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	1. はい	2. いいえ
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いませんか。	1. 改善するつもりはない 2. 改善するつもりである（概ね6ヶ月以内） 3. 近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。 4. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満） 5. 既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）	
22	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

●質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。
●情報提供要件成送付機関において、質問事項の記入確認をお願いします。

【質問事項 0.1.2.3.8】
必須事項となるため、記入漏れが無いか確認してください。

・質問事項0について
「1 はい」を回答する場合、()の中に自覚症状を記載してください。

○令和4年度より一部市町村で後期高齢者に係る健康診査情報提供業務を実施しています。

対象市町村はホームページを御参照ください。

【国保連合会ホームページ掲載箇所】

トップページ⇒保険医療機関・薬局の皆様へ⇒特定健診等情報提供について

➤ 請求書様式(後期高齢者)

後期高齢者の健康診査情報提供委託料請求書

令和 年 月 日

※市町村番号 (3946)

市町村長 殿
(後期高齢者医療担当課扱い)

住所

※医療機関番号

医療機関名 _____

代表者 _____

請求金額		円
------	--	---

令和 年 月 請求分

【請求金額内訳】

項目	単 価 (税込)	件数
文書料	1,100円	件
追加検査料	1,650円	件
追加項目料	円	件

市町村番号は必ず御記入ください。

医療機関番号は必ず御記入ください。

国保連合会への請求月を記入してください。

【請求金額内訳】

- ・ 文書料及び追加検査料は同じ件数になります。
- ・ 追加項目料について、追加検査実施欄に○印が記載されている追加項目件数を請求できます。

※保険者によって、費用を算定できる追加項目が異なっているため御注意ください。

※追加項目未実施の保険者では単価等表示されておりません。

➤ 情報提供票様式(後期高齢者)

【令和 年度】 後期高齢者の健康診査情報提供票

【保険者記入欄】		保険者番号	3 9 4 6
※フリガナ		生年月日	昭和 年 月 日
氏名		性別/年齢	男 女 歳
住所	〒	受診券整理番号	
		被保険者証番号	

記入漏れが無いか確認してください。

【医療機関記入欄】		主治名:	
治療中の病名(主病を明記してください)			
項目	結果	追加検査実施 (○を記入)	注意事項
身体計測	身長	cm	小数点以下1桁
	体重	kg	小数点以下1桁
	腰囲	*****	*****
血圧	BMI	kg/m ²	小数点以下1桁
	収縮期血圧	mmHg	
血中脂質検査	拡張期血圧	mmHg	
	空腹時中性脂肪 (TG) (食後10時間以上)	mg/dl	いずれかで可
	随時中性脂肪 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl	
	随時中性脂肪 (食後3.5時間未満)	mg/dl	
	HDL-コレステロール	mg/dl	いずれかで可
	LDL-コレステロール	mg/dl	
non-HDLコレステロール	mg/dl		
肝機能検査	AST (GOT)	U/l	
	ALT (GPT)	U/l	
	γ-GT (γ-GTP)	U/l	
血糖検査	空腹時血糖 (FBS) (食後10時間以上)	mg/dl	いずれかで可 (HbA1cは小数点以下1桁)
	随時血糖 (食後3.5時間以上10時間未満)	mg/dl	
	HbA1c (NGSP値)	%	
尿検査	尿糖	- ± + 2+ 3+	
	尿蛋白	- ± + 2+ 3+	
質問票確認	質問票確認の記入確認 (15項目全て記入してください)		

(1) 基本項目は原則、全て御記入ください。(以下項目はいずれかで可)
【血中脂質検査】
 ・空腹時中性脂肪
 ・随時中性脂肪 (3.5 時間以上 10 時間未満)
 ・随時中性脂肪 (3.5 時間未満)

【血中脂質検査】
 ・LDL - コレステロール
 ・non-HDL コレステロール

【血糖検査】
 ・空腹時血糖
 ・随時血糖
 ・HbA1c

(2) 追加で実施した検査の場合、追加検査実施欄に○印を記入。
 質問票確認は質問票の記載があれば○印記入。
 ※追加項目未実施の保険者では検査項目等表示されておりません。

【○○地区追加項目医療機関記入欄】			
尿検査	尿潜血	- ± + 2+ 3+	
腎臓検査	尿酸 (UA)	mg/dl	小数点以下1桁
	クレアチニン (CRE)	mg/dl	小数点以下2桁

※「追加検査実施」欄は、追加検査として実施した項目に○をつけてください。

※追加検査実施日 又は
 ※基本項目記入年月日: 令和 年 月 日

医療機関住所: _____

※医療機関番号: _____

医療機関名: _____

※電話番号: _____

<p>■「医師の意見」</p> <p>1 <input type="checkbox"/> 異常認めず</p> <p>2 <input type="checkbox"/> 要指導・観察</p> <p>3 <input type="checkbox"/> 要医療</p>	<p>■尿検査の測定不可能・検査未実施の理由</p> <p><input type="checkbox"/> 生理中</p> <p><input type="checkbox"/> 腎疾患等の基礎疾患があるため、尿検査を有害とする</p> <p><input type="checkbox"/> その他</p>
--	---

■本人同意欄 (自筆)

この提供票・質問票を○○市(町村)に提出することに同意いたします。

令和 年 月 日

氏名 _____

【追加検査実施日】
 追加検査を実施していない場合基本項目記入年月日を記入してください。

【医療機関番号等】
 記入漏れがないか確認してください。

【本人同意欄】
 同意日、氏名の確認をお願いします。
 ※記入がない場合はお取り扱いできません。

➤ 質問票様式(後期高齢者)

後期高齢者の健康診査情報提供【質問票】		受診者氏名：				
質問事項		回答欄 あてはまる番号に○をつけてください。				
1	あなたの現在の健康状態はいかがですか	1. よい	2. まあよい	3. ふつう	4. あまりよくない	5. よくない
2	毎日の生活に満足していますか	1. 満足	2. やや満足	3. やや不満	4. 不満	
3	1日3食きちんと食べていますか	1. はい		2. いいえ		
4	半年前に比べて硬いもの(※)が食べにくくなりましたか (※さきいか・たくあんなど)	1. はい		2. いいえ		
5	お茶や汁物等でむせることがありますか	1. はい		2. いいえ		
6	6カ月間で2～3kg以上の体重減少がありましたか	1. はい		2. いいえ		
7	以前に比べて歩く速度が遅くなってきたと思いますか	1. はい		2. いいえ		
8	この1年間に転んだことがありますか	1. はい		2. いいえ		
9	ウォーキング等の運動を週1回以上していますか	1. はい		2. いいえ		
10	周りの人から「いつも同じことを聞く」などの物忘れがあるとされていますか	1. はい		2. いいえ		
11	今日が何月何日かわからない時がありますか	1. はい		2. いいえ		
12	あなたは、たばこを吸いますか	1. 吸っている		2. 吸っていない		3. やめた
13	週に1回以上は外出していますか	1. はい		2. いいえ		
14	ふだんから家族や友人と付き合いがありますか	1. はい		2. いいえ		
15	体調が悪い時に、身近に相談できる人がいますか	1. はい		2. いいえ		

- 質問票はご本人が御記入ください。ただし、ご記入が不自由な方は代筆で結構です。
- 情報提供票作成医療機関において、質問事項の記入確認をお願いします。

➤ 情報提供票業務契約書内容 内容一覧(令和7年度)(参考)

【国保連合会ホームページ掲載箇所】

トップページ⇒保険医療機関・薬局の皆様へ⇒特定健診等情報提供について

情報提供業務契約書内容 内容一覧(令和7年度)

令和4年度より一部市町村においては後期高齢者も対象に実施しています。

後期高齢者実施市町村(令和7年度):鹿屋市、串本町、曾根市、志布志市、湧水町、大崎町、東串良町、鶴江町、肝付町、屋久島町、瀬戸内町、春井
龍郷町、和泊町、知名町

保険者 番号	保険者	最終実施日 (2パターンあり)	請求期限(最終受付月) (2パターンあり)	追加項目の契約について (1項目につき)(10%) ・医療 ・クリアナニシ等
960014	鹿屋市	3月末	4月請求まで	121円
960030	鹿屋市	3月末	4月請求まで	
960048	桂島市	2月末	3月請求まで	121円クリアナニシのみ
960063	阿久根市	3月末	4月請求まで	
960071	奄美市	3月末	4月請求まで	
960089	出水市	3月末	4月請求まで	
960097	伊佐市	3月末	4月請求まで	0円
960105	指宿市	2月末	3月請求まで	0円
960139	西之表市	3月末	4月請求まで	165円
960147	串本町	3月末	4月請求まで	
960154	薩摩川内市	2月末	3月請求まで	医療 121円 クリアナニシ 121円 検査費 206円
960162	日置市	3月末	4月請求まで	
960170	喜多市	3月末	4月請求まで	121円
960188	いちき串本町	3月末	4月請求まで	121円
960196	南さつま市	3月末	4月請求まで	
960204	湧水町	2月末	3月請求まで	
960212	志布志市	3月末	4月請求まで	121円
960220	南九州市	3月末	4月請求まで	121円クリアナニシのみ
960238	指宿市	3月末	4月請求まで	
960840	長島町	3月末	4月請求まで	
960946	大崎町	3月末	4月請求まで	121円
961061	東串良町	3月末	4月請求まで	121円
961145	中種子町	3月末	4月請求まで	112円
961152	南種子町	2月末	3月請求まで	
961186	三島村	2月末	3月請求まで	
961194	十島村	2月末	3月請求まで	
961202	大和村	3月末	4月請求まで	121円
961210	宇輪村	2月末	3月請求まで	
961228	瀬戸内町	3月末	4月請求まで	121円クリアナニシのみ
961244	鹿郷町	3月末	4月請求まで	121円
961269	赤松町	3月末	4月請求まで	121円クリアナニシのみ
961277	徳之島町	3月末	4月請求まで	121円
961285	天城町	3月末	4月請求まで	121円
961293	伊仙町	3月末	4月請求まで	121円
961301	和泊町	2月末	3月請求まで	0円
961319	知名町	3月末	4月請求まで	0円
961327	与論町	3月末	4月請求まで	
961335	さつま町	3月末	4月請求まで	医療 121円 クリアナニシ 121円 検査費 206円
961343	湧水町	3月末	4月請求まで	
961350	鶴江町	3月末	4月請求まで	112円
961368	南大隅町	3月末	4月請求まで	112円
961376	肝付村	3月末	4月請求まで	
961384	屋久島町	3月末	4月請求まで	152円
963026	南郷郡国保	2月末	3月請求まで	121円
3946201	鹿屋市	3月末	4月請求まで	
39462148	串本町	3月末	4月請求まで	
39462171	喜多市	3月末	4月請求まで	121円
39462213	志布志市	3月末	4月請求まで	121円
39464324	湧水町	3月末	4月請求まで	
39464680	大崎町	3月末	4月請求まで	121円
39464821	東串良町	3月末	4月請求まで	121円
39464904	鶴江町	3月末	4月請求まで	112円
39464920	肝付村	3月末	4月請求まで	
39465059	屋久島町	3月末	4月請求まで	152円
39465257	瀬戸内町	3月末	4月請求まで	121円クリアナニシのみ
39465299	赤松町	3月末	4月請求まで	121円
39465273	鹿郷町	3月末	4月請求まで	121円
39465331	和泊町	2月末	3月請求まで	0円
39465349	知名町	3月末	4月請求まで	0円