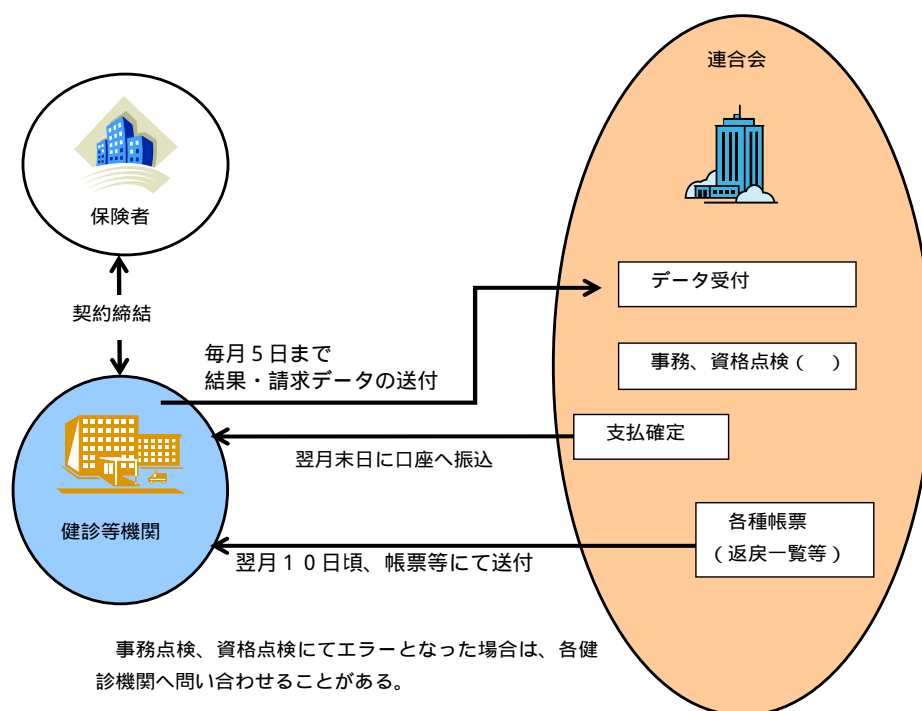


特定健康診査等にかかる請求データの授受及び決済方法等について

特定健康診査・特定保健指導の授受及び決済の概要



特定健康診査・特定保健指導データの提出

A) 電子媒体の場合

- (1) 提出用の電子媒体は、MO、FD 又は CD-R のいずれかとなります。
- (2) 提出用のデータファイル（国が定める電子的な標準様式によるファイル[XML 形式]）は、支払基金より配布されている暗号化・復号化ソフトにて暗号化のうえ、電子媒体に保存してください。
なお、提出される電子媒体には、別紙1のとおり表記するようお願いします。
- (3) 毎月5日までに所在都道府県の国民健康保険団体連合会へ（2）の電子媒体に「特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書」（別紙2）を添付のうえ、持参又は郵送（書留等）で提出願います。
- (4) 国保連合会で受付後、「特定健診・特定保健指導 データ受領書」（別紙3- ）により受領した件数をお知らせします。（請求締切日の属する月の翌月10日頃）
- (5) 受付処理を行った際に、データの記録条件不備等により受付ができないデータがあった場合、「特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書」（別紙3- ）により、エラーの内容及びエラー状況をお知らせします。（請求締切日の属する月の翌月10日頃）

B) オンラインの場合

- (1) オンライン請求システム（支払基金が配布するオンライン送受信ソフト）によりデータファイル（国が定める電子的な標準様式によるファイル[XML 形式]）を送信してください。
- (2) データファイルは、随時送信できますが、前月6日から当月5日までに受付けた分を決済単位として処理します。

- (3) 国保連合会で受付後、「特定健診・特定保健指導 データ受領書」(別紙 3 -)により受領した件数をお知らせします。(受付後、随時送信します。)
- (4) 受付処理を行った際に、データの記録条件不備等により受付ができないエラーがあった場合、「特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書」(別紙 3 -)により、エラーの内容及びエラー状況をお知らせします。(受付後、随時送信します。)
- (5) (3) 及び (4) の帳票については、PDF で表示又は CSV データがダウンロードできます。

返戻・過誤返戻の送付

A) 電子媒体の場合

- (1) 「(特定健康診査・特定保健指導)返戻一覧表」(別紙 3 -)、「過誤調整結果通知書」(別紙 3 -)を帳票にて送付いたします。(請求締切日の属する月の翌月 10 日頃)

B) オンラインの場合

- (1) オンライン請求システムにより「(特定健康診査・特定保健指導)返戻一覧表(PDF)」(別紙 3 -)、「過誤調整結果通知書(PDF)」(別紙 3 -)を送信しますので、画面操作からデータを取得してください。(請求締切日の属する月の翌月 10 日頃)

特定健康診査・特定保健指導の費用決済

(1) 電子媒体による場合

- ア 次の支払関係帳票を送付し、特定健診・特定保健指導の支払額をお知らせします。(請求締切日の属する月の翌月 10 日頃)

支払額通知書(別紙 3 -)、支払額内訳書(別紙 3 -)...支払確定額及びその内訳をお知らせします。

「(特定健康診査・特定保健指導)返戻一覧表」(別紙 3 -)、「過誤調整結果通知書」(別紙 3 -)...返戻・過誤返戻データの内訳、返戻理由、金額等をお知らせします。(前記 A)の(1)参照)

特定健診・特定保健指導の費用を原則、請求締切日の属する月の翌月末日に登録口座に振込みます。

(2) オンラインによる場合

- ア 前記(1)の支払関係帳票をオンライン請求システムにより送信し、特定健診・特定保健指導の支払額等をお知らせします。(請求締切日の属する月の翌月 10 日頃)

- イ 特定健診・特定保健指導の費用を原則、請求締切日の属する月の翌月末日に登録口座に振込みます。

都道府県連合会の代行機関番号

厚生労働省のホームページにて、開示されていますので、ご確認ください。

(<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshho/iryouseido01/pdf/info03f-21.pdf>)

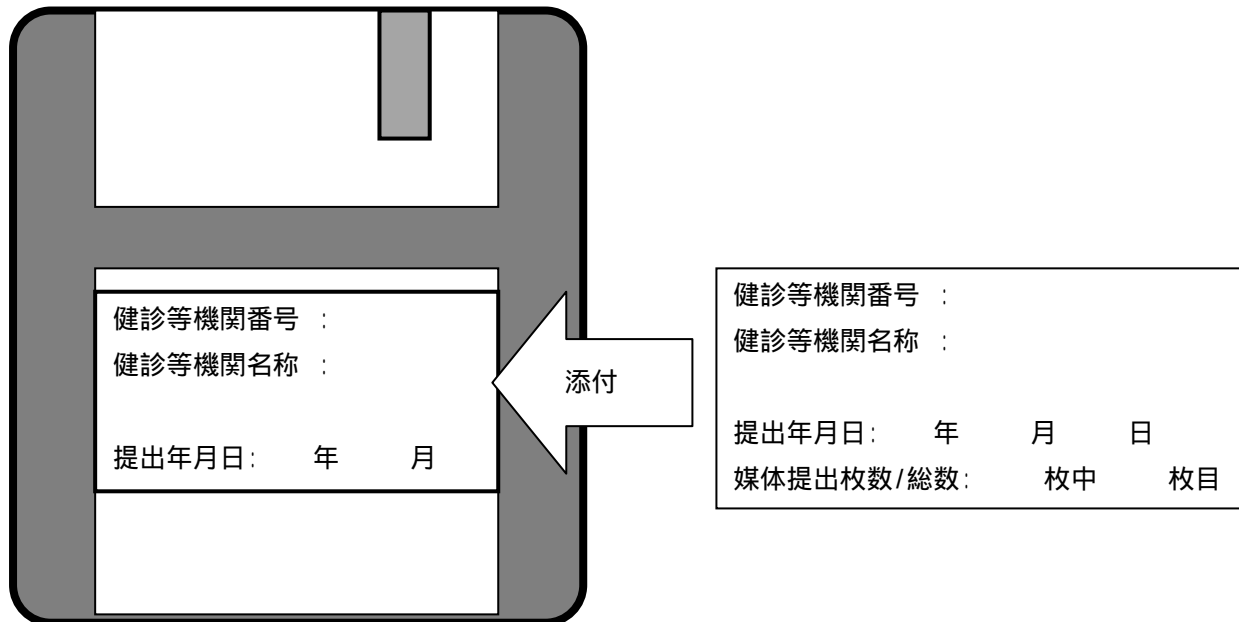
または、所在の国保連合会にお問い合わせ願います。

群馬県国民健康保険団体連合会の代行機関番号は **9 1 0 9 9 0 2 8** になります。

(別紙 1) 提出用電子媒体に添付するラベルの記載方法

F DまたはMOへの添付ラベル

ラベルシールに記載し、所定の添付してください。



C D-Rへの記載

シールは使用せずに、直接、油性マジックなどで、レーベル面に直接記載してください。



(別紙２) 媒体送付書について

特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

〇〇〇国民健康保険団体連合会 行

特定健診・特定保健指導データの請求について、下記のとおり提出します。

提出年月日	平成 年 月 日提出			
健診等機関番号				
健診等機関名称				
電話番号	()	担当者名		

実施種別	特定健康診査		特定保健指導
実施月分	平成 年 月実施分		
媒体種別	MO	FD	CD - R
媒体枚数	枚		

実施種別及び媒体種類については、該当に○をしてください。

なお、複数ある場合はすべてに○をしてください。

(別紙 3) 各種帳票について

特定健診・特定保健指導 データ受領書：送付単位に作成される

平成 年 月分 特定健診・特定保健指導 データ受領書

平成 年 月 日
国民健康保険団体連合会

健診等機関： 御中

特定健康診査 受付回： 回 請求用ファイル名：

種別	受診者・利用者数	請求金額
合計		
受付不能		

特定保健指導については、 印の表記が「特定保健指導」となる。

特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡票：送付単位に作成される

平成 年 月分 特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書

平成 年 月 日
国民健康保険団体連合会

健診等機関： 御中

特定健康診査 受付回： 回 請求用ファイル名：

ファイル番号	保険者番号	受診券・利用券 整理番号	受診者・利用者氏名	請求金額	エラー状況

特定保健指導については、 印の表記が「特定保健指導」となる。

(「特定健康診査」と「特定保健指導」の区分は標題に印字されます)

[illegible]

支払額通知書：健診等機関ごとに、金融機関情報、支払日、支払額を通知するもの

健診等機関番号：10XXXXXXXX

〒 8XXXXXX
22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 様

支払額通知書

(2X 2X 年 2X 月 受付分)

2X 2X 年 2X 月 2X 日 作成
15XXXXXXXXXXXXXXXX

健診等費用について支払決定し、金融機関に送金しますので通知いたします。

金融機関名	15XXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXX
支店名	15XXXXXXXXXXXXXXXX
支払日	2X 2X 年 2X 月 2X 日

支払金額（振込金額）	11XXXXXXXXXX 円
------------	----------------

過誤調整結果通知書

(2X 2X 年 2X 月 取投分)

3XX / 3XX 頁
2 X 2X 年 2X 月 2X 日 作成
1 5 X X X X X X X X X X X X X X X X

[illegible]