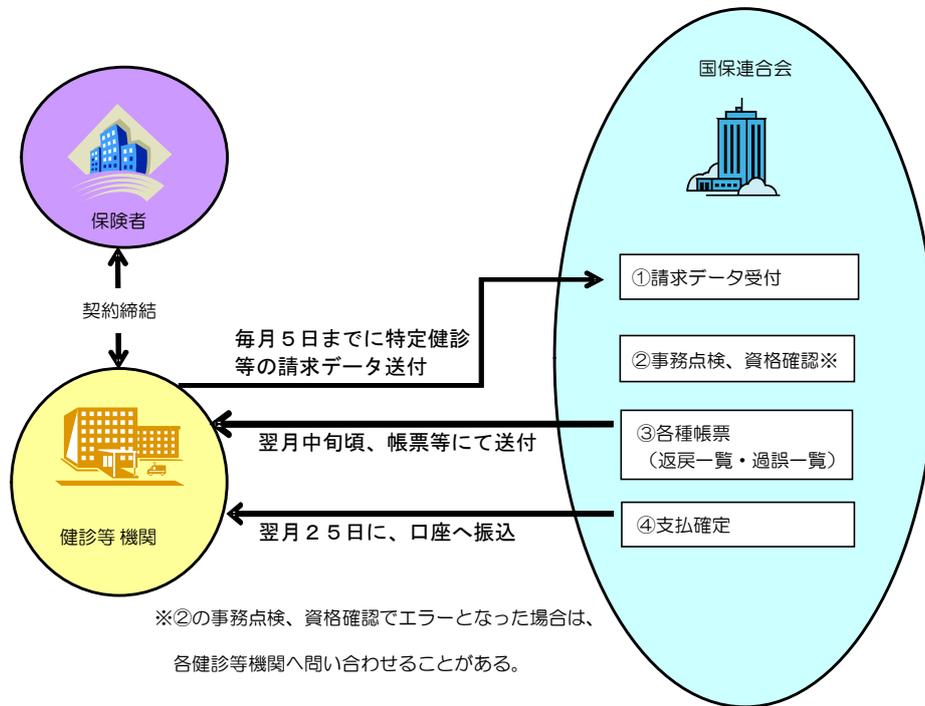


# 特定健康診査等にかかる請求データの授受及び決済方法等について

## 【特定健康診査・特定保健指導の請求データ授受及び決済の概要】



	電子媒体	オンライン請求
受付日及び提出方法	<p>毎月5日までに石川県国民健康保険団体連合会へ①「特定健診・特定保健指導 電子媒体送付書」(別紙3-①) 持参または郵送(書留等)にて以下のとおり提出願います。</p> <p><b>【郵送・宅配の場合】</b></p> <p>[送付先] 〒920-0968 金沢市幸町12-1 幸町庁舎 石川県国民健康保険団体連合会 健康づくり支援課 国保データベース係 宛</p> <p>※封筒に赤字で「<b>健診</b>」とご記入し①を添付下さい。</p> <p><b>【持参の場合】</b></p> <p>[受付会場] 幸町庁舎5階 石川県国保連合会 健康づくり支援課</p> <p>[受付時間] AM9:00~PM5:00 まで</p> <p>※「電子媒体送付書」を添付下さい。(別紙3-②)</p>	<p>特定健診・保健指導決済システムを利用して送信します。</p> <p>データは随時送信可能ですが、締切日を過ぎた場合は翌月処理となります。</p>

	電子媒体	オンライン請求
提出用電子媒体	FD・MO・CD-R ※請求データは暗号化・複合化ソフトを使用し暗号化してください。 ※健診機関コード等が印字されたラベルを添付してください。 (別紙2参照)	
ファイル形式	XML形式(国が定める電子的な標準様式によるファイル)	
ファイル名	ファイル名の規則は以下のとおり。 17□□□□□□□□_91799023_YYYYMMDD□_□.zip └──────────┬──────────┬──────────┬──────────┬──────────┘ 健診等機関番号 石川県国保連合会番号 提出年月日 同月分割回数 実施区分	
データ受領書 (別紙4-①)	「データ受領書」は、毎月10日頃送付します。	「データ受領書」は、請求データ送信後、随時配信します。 ※帳票は、PDF又はCSVデータでダウンロードできます。
受付エラー連絡書 (別紙4-②)	データの記録条件不備等により受付できないデータがあった場合、「受付エラー連絡書」によりエラー内容をお知らせします。 参照：エラー状況内容を添付	請求データ送信後、データの記録条件不備等により受付できないデータがあった場合、「受付エラー連絡書」が配信され、エラー内容をお知らせします。 ※帳票は、PDF又はCSVデータでダウンロードできます。
請求情報返戻依頼書 (別紙4-③)	請求データ受付後に、データ不備等が発覚した場合、返戻依頼書を送付することで請求を取り下げることができます。 ※返戻依頼書を送付する際には、必ず国保連合会までご一報ください。 (日程の関係上、返戻依頼処理できない場合もございます)	
返戻一覧表等の送付日	<b>【返戻一覧表】</b> (別紙4-④) 県内被保険者分：請求月の翌月初旬頃 参照：返戻事由 県外被保険者分：請求月の翌月中旬頃 <b>【過誤調整結果通知書】</b> (別紙4-⑤) 請求月の翌月中旬頃 参照：過誤理由	
振込通知書の送付日	<b>【振込通知書】</b> %	
支払日	原則、請求月の翌月25日	

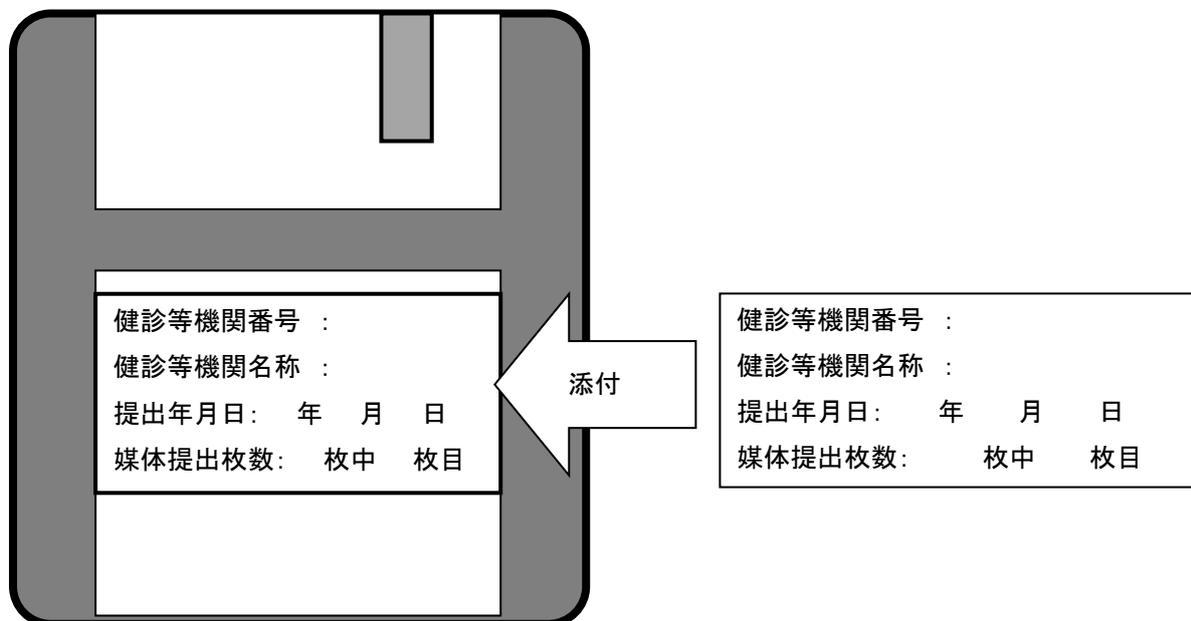
※各月の1日～5日に行われた特定健診等費用の請求は、当該月に請求を行わないでください。

※請求取り纏め機関(県医師会臨床検査センター)を利用し、請求された健診等機関の「データ受領書」「受付エラー連絡書」「返戻一覧表」「過誤決定通知書」の各帳票については、請求取り纏め機関へ送付します。

## (別紙2) 提出用電子媒体に添付するラベルの記載方法

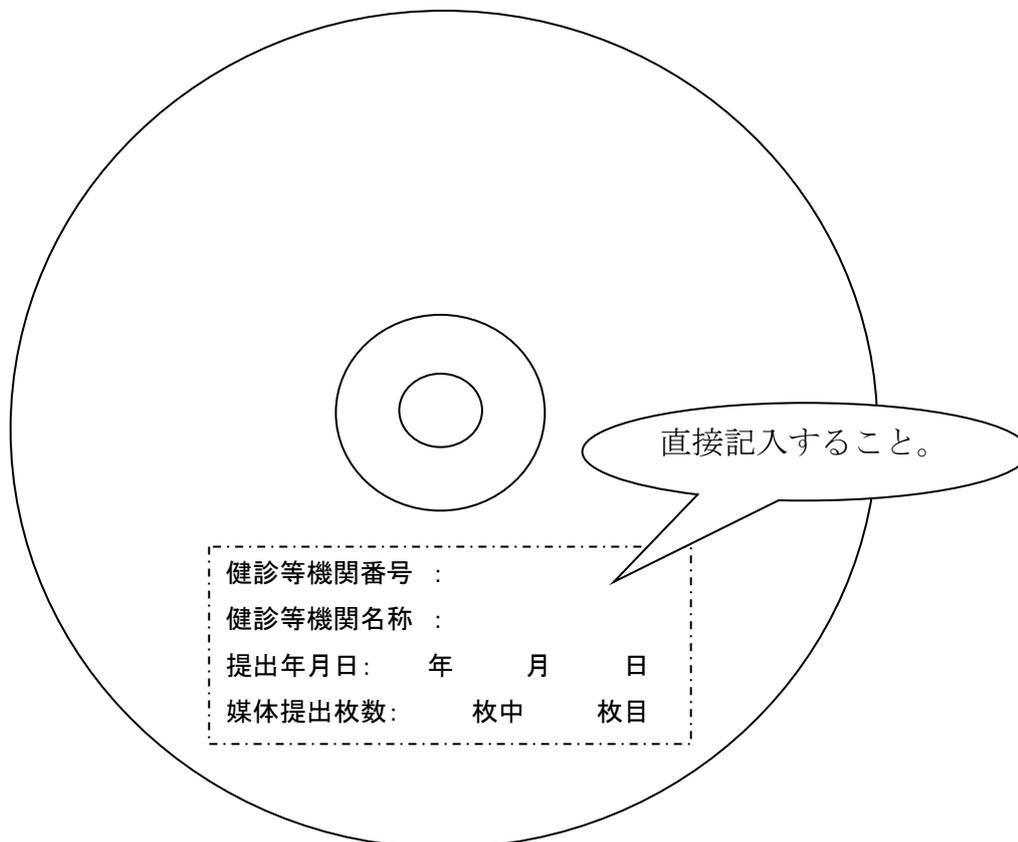
### ①FDまたはMOへの添付ラベル

ラベルシールに記載し、所定に添付してください。



### ②CD-Rへの記載

シールは使用せずに、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3) 電子媒体送付書について

#### ① 特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

#### 特定健診・特定保健指導データにかかる電子媒体送付書

石川県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	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	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。

② 特定健診・特定保健指導 電子媒体送付・受領書：媒体を持参した場合の送付・受領書（複写）  
【令和版】

【送付書】

令和 年 月 日					
石川県国民健康保険団体連合会 御中					
特定健診・特定保健指導機関コード _____					
特定健診・特定保健指導機関名称 _____	印				
<b>特定健診・特定保健指導 電子媒体送付書</b>					
令和 年 月実施分について、下記の方に託送しましたので受理願います。					
<table border="1"><thead><tr><th>媒体の種類</th><th>媒体の枚数</th></tr></thead><tbody><tr><td>CD-R    MO    FD</td><td>枚</td></tr></tbody></table>	媒体の種類	媒体の枚数	CD-R    MO    FD	枚	
媒体の種類	媒体の枚数				
CD-R    MO    FD	枚				
※ 媒体の種類欄は、該当する媒体に○を付けて下さい。					
持参者氏名 _____					
持参者住所 _____	受付印				

【受領書】

令和 年 月 日					
特定健診・特定保健指導機関 御中					
特定健診・特定保健指導機関コード _____					
特定健診・特定保健指導機関名称 _____	印				
<b>特定健診・特定保健指導 電子媒体受領書</b>					
令和 年 月実施分について、下記の方から受領いたしました。					
<table border="1"><thead><tr><th>媒体の種類</th><th>媒体の枚数</th></tr></thead><tbody><tr><td>CD-R    MO    FD</td><td>枚</td></tr></tbody></table>	媒体の種類	媒体の枚数	CD-R    MO    FD	枚	
媒体の種類	媒体の枚数				
CD-R    MO    FD	枚				
※ 媒体の種類欄は、該当する媒体に○を付けて下さい。					
持参者氏名 _____					
持参者住所 _____	受領印				

② 特定健診・特定保健指導 電子媒体送付・受領書：媒体を持参した場合の送付・受領書（複写）  
【平成・令和版】

【送付書】

令和 年 月 日					
石川県国民健康保険団体連合会 御中					
特定健診・特定保健指導機関コード _____					
特定健診・特定保健指導機関名称 _____	印				
<b>特定健診・特定保健指導 電子媒体送付書</b>					
平成 年 月実施分について、下記の方に託送しましたので受理願います。					
<table border="1"><thead><tr><th>媒体の種類</th><th>媒体の枚数</th></tr></thead><tbody><tr><td>CD-R    MO    FD</td><td>枚</td></tr></tbody></table>	媒体の種類	媒体の枚数	CD-R    MO    FD	枚	
媒体の種類	媒体の枚数				
CD-R    MO    FD	枚				
※ 媒体の種類欄は、該当する媒体に○を付けて下さい。					
持参者氏名 _____					
持参者住所 _____	受付印				

【受領書】

令和 年 月 日					
特定健診・特定保健指導機関 御中					
特定健診・特定保健指導機関コード _____					
特定健診・特定保健指導機関名称 _____	印				
<b>特定健診・特定保健指導 電子媒体受領書</b>					
平成 年 月実施分について、下記の方から受領いたしました。					
<table border="1"><thead><tr><th>媒体の種類</th><th>媒体の枚数</th></tr></thead><tbody><tr><td>CD-R    MO    FD</td><td>枚</td></tr></tbody></table>	媒体の種類	媒体の枚数	CD-R    MO    FD	枚	
媒体の種類	媒体の枚数				
CD-R    MO    FD	枚				
※ 媒体の種類欄は、該当する媒体に○を付けて下さい。					
持参者氏名 _____					
持参者住所 _____	受領印				

## (別紙4) 各種帳票について

### ① 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

令和 年 月分 特定健診・特定保健指導 データ受領書

令和 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。

### ② 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

令和 年 月分 特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書

令和 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。

③ 請求情報返戻依頼書：当該月の請求データを取り下げる場合に送付する

# 特定健康診査・特定保健指導 請求情報返戻依頼書

石川県国民健康保険団体連合会 御中

健診等機関 (実施機関)	番号	
	名称	
担当者名		
連絡先		

依頼年月日

年 月 日

保険者番号	被保険者記号	受診券整理番号	実施年月日
保険者名称	被保険者番号	被保険者氏名(カタカナ表記)	請求金額
			年 月 日
			円
			年 月 日
			円
			年 月 日
			円
			年 月 日
			円
			年 月 日
			円

健診等機関→国保連合会



