

国保保険者とのみ特定健診等の契約を行う郡市区医師会等への対応

郡市区医師会等による特定健診等の電子媒体による請求については、社会保険診療報酬支払基金（以下「支払基金」）へ必要な手続きを行い、磁気媒体で請求するための「健診等データ暗号化・復号化ソフトセットアップCD-ROM及び手順書」（以下「セットアップ手順書等」）の配布を受け、行われるところであります。

しかしながら、国保保険者とのみ特定健診等について契約をする郡市区医師会等へのセットアップ手順書等の送付先情報が支払基金側にないため、以下の手順により、各支払基金支部へ医師会情報の提供を行うことといたします。

【別紙1】

1. 都道府県国保連合会への届出

被用者保険における特定健診等費用請求においては、都道府県・郡市区医師会が会員である健診等機関の健診等費用の請求の事務代行を行う際は、「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」の届出手続きを支払基金に行い、磁気媒体での請求に用いる「医師会番号」並びに「セットアップ手順書等」の配布を受けることになっている。

しかしながら、国保保険者とのみ特定健診等の契約をする都道府県・郡市区医師会に対して、支払基金は、「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」の届出を受付けないため、郡市区医師会等は支払基金より「医師会番号」並びに「セットアップ手順書等」の配布を受けることができない。

については、「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」【別紙2】及び「セットアップ手順書等送付先届」【別紙3】に必要事項を記載要領【別紙4】を参照のうえ、所在する都道府県国保連合会へ提出することとする。

2. 社会保険診療報酬支払基金支部への連絡

郡市区医師会等から「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」【別紙2】及び「セットアップ手順書等送付先届」【別紙3】の提出を受けた都道府県国民健康保険団体連合会は、「セットアップ手順書等」を送付するための情報を支払基金支部へ連絡する。

3. 健診等データ暗号化・復号化ソフト等の送付

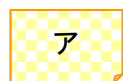
支払基金支部は、「セットアップ手順書等送付先届」【別紙3】の情報に基づき、「セットアップ手順書等」を郡市区医師会等へ送付する。

4. 健診等データ暗号化・復号化ソフトのセットアップ

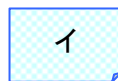
郡市区等医師会は、健診等データ暗号化・復号化ソフトを健診等費用請求に用いるPCにセットし、手順書に基づき請求等データの暗号化を行う。

国保保険者とのみ特定健診等について
契約する郡市区医師会等の対応

別紙1



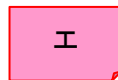
特定健診・特定保健指導機関届



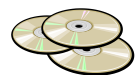
「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」届



特定健診等費用の請求及び受領に関する届



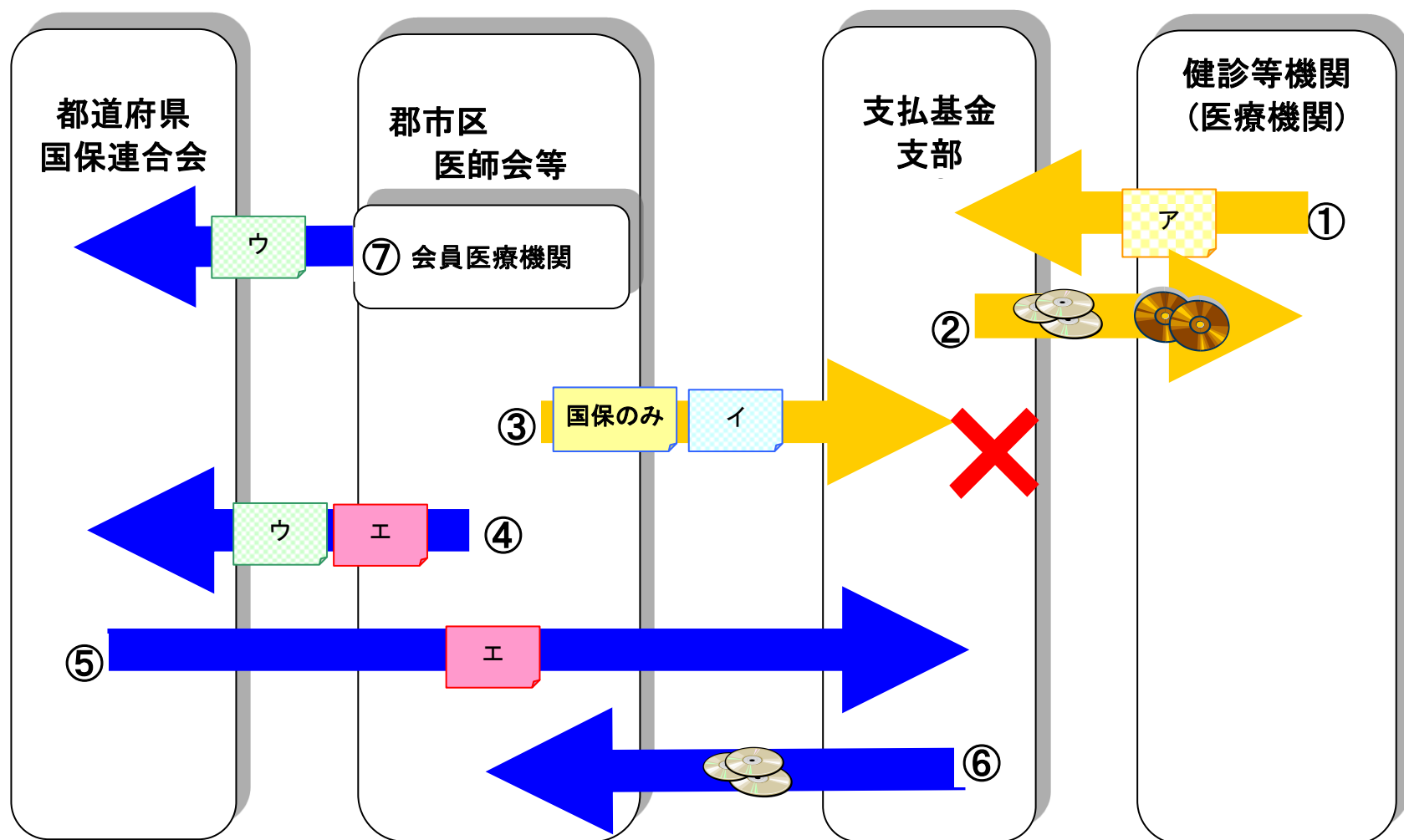
セットアップ手順書等送付先届



暗号化復号化ソフト及びマニュアル



オンライン請求ソフト及びマニュアル



①健診等機関(会員医療機関)は「特定健診・特定保健指導機関届」を支払基金支部へ提出する。

②届出のあった健診等機関(会員医療機関)に対し「オンライン請求ソフト及びマニュアル」もしくは「暗号化復号化ソフト及びマニュアル」が支払基金支部より送付される。

③郡市区医師会等は、「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」の届出手続きを支払基金に行い、磁気媒体での請求に用いる「医師会番号」並びに「セットアップ手順書等」の配布を受けることになるが、支払基金は国保保険者とのみ契約をする郡市区医師会等については、受付を行わないため「医師会番号」並びに「セットアップ手順書等」の配布が行われない。

④郡市区医師会等が請求した費用の払込先になる場合は、「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」及び「セットアップ手順書等送付先届」を都道府県国保連合会へ提出する。(様式は別紙2、別紙3を、記載方法は別紙4をご参照ください)

⑤都道府県国保連合会は届出のあった郡市区医師会等の「セットアップ手順書等送付先届」を支払基金支部へ提出する。

⑥届出のあった郡市区医師会等に対し「暗号化復号化ソフト及びマニュアル」が支払基金支部より送付される。

⑦郡市区医師会等が費用の払込先とならず、各健診等機関(会員医療機関)が国保連合会から直接支払いを受ける場合、各健診等機関(会員医療機関)は「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」(別紙2)を都道府県国保連合会へ提出する。

別紙2

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

年 月 日提出

兵庫県国民健康保険団体連合会 様

届出者 住所
氏名

印

特定健診等費用の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

健診等 機関番号													連 合 会 使 用 欄			
フリガナ													郵便番号			
健診等 機関名称													TEL			
フリガナ													FAX			
住所地	1:診療報酬と同一の口座に振込を希望 2:希望しない															
	1:銀行振込 2:告知書振込															
	振込先	銀行コード										銀行				
	支店名	支店コード										支店				
	口座番号	普通 当座 その他														
フリガナ	フリガナ															
請求者	受領者 (口座名義人)															
	届出理由 (該当番号に○をつけてください)						異動年月			旧健診等機関番号						
1	新設						年 月請求分より									
2	請求者及び受領者(口座名義)の変更									摘要						
3	請求方法の変更															
4	振込先及び口座番号の変更															
5	その他 ()															
請求形態	1:電子媒体(MO) 2:電子媒体(FD) 3:電子媒体(CD-R) 4:オンライン 5:未定															
備考																

注1 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、兵庫県国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定めるほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。

特定健診等費用の請求及び受領に関する届 記 載 要 領

- 1 「届出者」は、法人の場合は代表者名を、その他の場合は開設者名を記入してください。
- 2 「健診等機関番号」、「健診等機関名称」、「住所地」、「郵便番号」、「TEL」は、支払基金から送られた健診等機関データから抽出して記入しています。
- 3 「届出日」、「請求者」、「請求形態」は、必ず記入してください。
- 4 「請求者名」は、必ずフリガナを付してください。
- 5 「1: 診療報酬と同一の口座に振込を希望、2: 希望しない」欄は、該当数字を○で囲んでください。
- 6 診療報酬と同一の口座に振込を「2: 希望しない」を選択した場合、「銀行振込、告知書振込」、「振込先」、「支店名」、「口座番号」、「フリガナ」、「受領者（口座名義人）」欄は、必ず記入してください。「口座番号の科目」欄は、該当文字を○で囲んでください。
(診療報酬と同一の口座に振込を希望を選択した場合は、記入の必要はありません。)
- 7 届出内容に変更又は廃止が生じたときは、「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」により届け出てください。

特定健診等費用の請求及び受領に関する届

届け出る日付

平成 年 月 日 提出

記入例

兵庫県国民健康保険団体連合会 様

法人の場合は代表者名、その他の場合は開設者名

届出者 住所 △△市□□町■ ■1-2-3
氏名 ○○病院 国保 太郎 印

都道府県コード+1+医療機関

記載願います。

特定健診等費用の請求ならびに受領に関し、下記のとおり記入・捺印のうえ届出いたします。

押印願います。

健診等 機関番号	○○1○○○○○○○○	連合会 使用欄	
フリガナ	○○○○ビョウイン	郵便番号	1 2 3 - 4 5 6 7
健診等 機関名称	○○病院	TEL	0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9
フリガナ	○○○○ケン△△△△シ □□□□マチ■ ■ ■1-2-3	FAX	0 1 - 2 3 4 5 - 6 7 8 9
住所地	○○県△△市 □□町■ ■1-2-3	1:診療報酬と同一の口座に振込を希望 2:希望しない	
		①:銀行振込 2:告知書振込	
		振込先	銀行コード 1 2 3 4 国保 銀行
		支店名	支店コード 1 2 3 永田町 支店
		口座番号	普通 当座 1 2 3 4 5 6 7 その他
フリガナ	コクホ タロウ	フリガナ	コクホ タロウ
請求者	国保 太郎	受領者 (口座名義人)	国保 太郎
	届出理由 (該当番号に○をつけてください)	異動年月	旧健診等機関番号
①	① 新設	平成 20年 4月請求分より	○○1○○○○○○○○
2	2 請求者及び受領者(口座名義)の変更		摘要
3	3 請求方法の変更		「1:診療報酬と同一の口座に振込を希望」を選択する場合は、記載の必要はありません。 「2:希望しない」を選択する場合は、記載願います。
4	4 振込先及び口座番号の変更		
5	5 その他 ()		
請求形態	1:電子媒体(MO) 2:電子媒体(FD) ③:電子媒体(CD-R) 4:オンライン 5:未定		
備考	請求形態はいずれか1つを選択		

いずれか1つを選択。

「1:診療報酬と同一の口座に振込を希望」を選択する場合は、記載の必要はありません。
「2:希望しない」を選択する場合は、記載願います。

注1 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、兵庫県国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定めるほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。

「セットアップ手順書等送付先届」
(国保保険者とのみ契約を行う郡市区医師会等用)

別紙3

年 月 日提出

兵庫県国民健康保険団体連合会 様

届出者 住所
 会長名 印

医師会番号				連 合 会 使 用 欄	
フリガナ					
郡市区 医師会等名称		TEL			
郵便番号		FAX			
フリガナ					
住所地					
フリガナ					
請求者					
備考					

注1 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、兵庫県国民健康保険団体連合会の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定めるほか、本人の同意なくして他の利用目的に使用することはありません。

「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」及び
「セットアップ手順書等送付先届（国保保険者とのみ
契約を行う郡市区医師会等用）」にかかる記載要領

1 特定健診等費用の請求及び受領に関する届

本様式は、個別健診等機関向けに作成したものを活用するため、下記により項目名を読み替えていただき、記載してください。

なお、会員医療機関の情報を記載もしくは添付する必要はありません。

① 健診等機関番号欄

保険者から連絡された「医師会番号」をご記入ください。

② 健診等機関名称欄

都道府県・郡市区医師会名称をご記入ください。

③ 振込先口座欄

「2. 希望しない」を選択してください。

④ 請求形態欄

「4. オンライン」は選択しないでください。

2 「セットアップ手順書等送付先届」(国保保険者とのみ契約を行う郡市区医師会等用)

それぞれの項目についてご記入ください。

なお、「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」と同様に、会員医療機関の情報を記載もしくは添付する必要はありません。