

# 特定健診・特定保健指導 (こくほ)だより

【第5号】2017年11月17日発行

(発行元)  
静岡市葵区春日二丁目1番27号  
静岡県国民健康保険団体連合会  
(総務部事業課特定健診・保健指導係)  
Tel: 054-253-5576

《HP掲載》  
<http://www.shizukokuhoren.or.jp/>

## 振込口座等に変更が生じた時

### 1. 特集

#### 健診等実施機関の届出に係る留意事項

##### (こんな時)

「口座番号の変更」や「健診等実施機関番号の変更」など、届出登録済みの情報に変更が生じた場合は、その都度、届け出(申し出)が必要となります。

##### (記入上留意いただきたいこと)

ご記入の際は、記入漏れの無いようご留意願います。

当届出書において、現在記入漏れの多い項目の上位3項目は以下のとおり。

- ①異動年月(変更後の請求開始月の指定)
- ②届出理由(変更が生じた理由の選択)
- ③旧健診等機関番号(法人化等で機関番号に変更が生じた場合の変更前(旧)番号の指定)

◆(関連記事)「特集 健診等実施機関の届出に係る留意事項」を参照ください。(次ページ)

### 3. よくあるエラーの問合わせ

#### 受付エラー連絡書

問) エラーメッセージ

「データファイルの心電図(所見)が全角文字形式で記録されていません。[Poor.R]」

回答) 説明と対処

上記の場合、「」(ドット)が半角記号文字のためエラーとなっています。

文字入力項目については、全角文字形式の記録項目のため、全角文字の値である必要があります。

また、全角文字と半角文字が混在していてもエラーとなりますので、ご注意ください。



### 2. 「受付エラー」について

#### 受付処理における請求データ不具合(事例)

##### 「複数の請求情報を提出」について

(事象内容)

複数の請求情報を提出した場合  
請求データ(zipファイル)名の重複

(原因と対処)

同日に複数の請求データ(zipファイル)を作成する際は、ファイル名称が異なっていることが必要です。  
ファイル名の命名規則については以下のとおり。

[①(10桁)健診等実施機関番号]\_[②(8桁)送付先番号]\_[③(9桁)提出日+同日分割送付回数]\_[④(1桁)実施区分]

【例】 ① ② ③ ④  
2219999999\_92299023\_201711170\_1.zip

#### ◆【本会(支払代行機関)からの連絡事項】◆

- 1) 請求媒体の提出先住所  
⇒「〒420-0823 静岡市葵区春日2丁目1番27号 事業課特定健診・保健指導係」宛
- 2) 請求提出期限について  
⇒毎月5日が請求媒体(FD、CD-R等)の提出期限です。(※医療請求の提出期限とは異なります。)
- 3) 「オンライン請求に変更してみませんか。」届出については、支払基金静岡支部(Tel.054-265-3000)まで。

## 特集 健診等実施機関の届出に係る留意事項

### 表：特定健診等費用の請求及び受領に関する届

特定健診・保健指導の国保請求をするには  
 社会保険診療報酬支払基金（静岡支部）へ、  
 『特定健診・特定保健指導機関届』を提出の上で

**静岡県国民健康保険団体連合会へ**

**「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」の提出が必要です。**

★留意事項★

- 届出理由・異動年月・請求方法の記載漏れにご注意ください。
- 機関番号変更の場合、「旧健診等機関番号」を記載してください。

【記入例】

#### 特定健診等費用の請求及び受領に関する届

当届を提出する日付を記入  
平成 28年 4月 20日提出

支払基金に届出した開設者を記入  
静岡県静岡市葵区  
開設者 住所 春日町目0番0号  
氏名 医療法人 社団 葵会  
理事長 国保太郎

国保印  
シャチハタ印は不可

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	2:2:14:19999:8	郵便番号	4:20-0823
フリガナ	コクホナイカ・ショウニカイイン	TEL	054-253-5534
健診等機関名称	国保内科・小児科医院	FAX	054-253-5507
フリガナ	シズオカケンシズオカシアオイカ カスガ0-0-0	①銀行振込 2:告知書振込	
住所	静岡県静岡市葵区 春日0-0-0	振込先	銀行コード 0123 葵 銀行
		支店名	支店コード 8888 春日町 支店
		口座番号	普通 当座 0123456/
フリガナ	ケンコウイシカイ	フリガナ	コクホ タロウ
請求者	健康医師会	受領者	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 新設	28年6月請求分より	概要	
2 請求者及び受領者(口座名義)の変更			
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			
請求方法	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		
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、静岡県国民健康保険団体連合会の業務に際するものであり、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。

**裏：委任状**

『特定健診等費用の請求及び受領に関する届』の裏面に委任状欄を設けています。

請求者または受領者が、健診実施機関の開設者と異なる場合に記載が必要です。

**★留意事項★**

- 異動年月の記載漏れにご注意ください。
- シャチハタ印は使用しないでください。

【記入例】 下図は請求のみ委任している場合

委 任 状

私は、下記の者を平成28年 4月以降の 請求 に関する代理人と定め、次の権限を委任します。

受 領

委任事項

- 1 特定健診費用
- 2 特定保健指導費用
- 3 特定健診費用及び特定保健指導費用

記

請求者

住所 静岡県静岡市葵区△△ ○-○

氏名 健康医師会

受領者

住所

氏名

印

平成28年 4月20日

委任者（開設者）

住所 静岡県静岡市葵区春日 ○-○-○

氏名 国保 太郎

印

静岡県国民健康保険団体連合会理事長 様

作成要領

- 1 委任事項は、番号を○で囲んでください。
- 2 本委任状の印鑑は、「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」に捺印した印鑑を御使用下さい。

師健  
会康  
印医

シャチハタ印は不可

国保

シャチハタ印は不可