

## II 電子媒体 (MO、FD、CD、DVD)

### 1 電子媒体とは

(1) MO、FD、CD、DVDの磁気媒体を使用して請求する方法です。

### 2 提出にあたって

(1) 健診等実施機関は正・副の媒体を作成してください。

(2) 正媒体に所要の事項を記載したラベルを貼付して、国保連合会へ提出する。  
(磁気汚染等を防止するため、保管ケース等に入れてください。)

(3) 副媒体については、健診等実施機関にて保管してください。

(正媒体が破損等の理由で読み取り不能となった場合等に提出願います。)

### 3 電子媒体への表記

電子媒体への表記については、健診等機関番号（10ケタ）、健診等機関名称、電話番号、担当者、実施種別、健診（保健指導）実施年月分、提出年月日、媒体枚数（請求枚数及び当媒体の順）及び国保連合会提出分の記載をする。

#### (1) MOおよびFDへの貼付ラベル

健診等機関番号  
健診等機関名称  
電話番号  
担当者  
実施種別 特定健康診査 特定保健指導  
健診（保健指導）実施 年 月分  
提出年月日 年 月 日  
媒体枚数 枚中 枚目

【 国保連合会提出分 】

#### (2) CD・DVDへの表記（シール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること）

※プリンターによる印字OK

**【注意】 ボールペン使用不可**

健診等機関番号  
健診等機関名称  
電話番号  
担当者  
実施種別  
特定健康診査  
特定保健指導  
健診（保健指導）実施 年 月分  
提出年月日 年 月 日  
媒体枚数 枚中 枚目

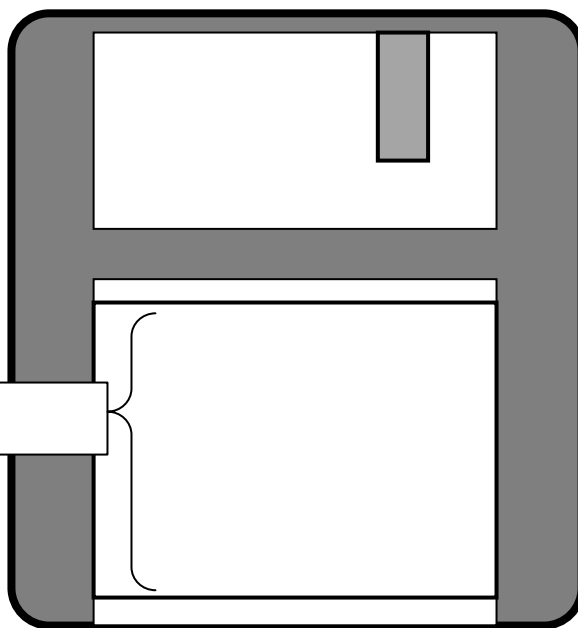
【 国保連合会提出分 】

レーベル面

ボールペンの表記は禁止  
します。

(障害事案)  
ボールペン等筆先鋭い  
もので記載するとレー  
ベル面を傷つけデータ  
読み取り障害が生じ  
ます。

<記載例>



(1) MOおよびFDへの貼付ラベル

2219999999  
0000000医院  
054-253-5576  
春日 国保  
特定健康診査 特定保健指導  
○年 7月分  
○年 8月 5日  
1枚中 1枚目  
【 国保連合会提出分 】

(2) CD・DVDへの表記（シール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること）

※プリンターによる印字OK

**【注意】 ボールペン使用不可**

2219999999  
0000000医院  
054-253-5576  
春日 国保

実施種別  
特定健康診査  
特定保健指導

○年 7月分  
○年 8月 5日  
1枚中 1枚目  
【 国保連合会提出分 】

## (別紙2) 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

年 月分 特定健診・特定保健指導 データ受領書  
( 年 月受付分)

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 受付エラー連絡書：送付単位に作成される

年 月分 特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書

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 返戻一覧表：健診等機関単位で作成される

(「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)

返戻一覧表				国民健康保険団体連合会		頁	作成
年 月 日				年 月 日		/	
年 月 日 処理分				年 月 日			
特定健診・特定保健指導機関番号		特定健診・特定保健指導機関名称		被保険者証 被保険者証		記号 番号	
保険者番号 保険者名称		受診者・利用者名		種 別		実施年月日	
受診券・利用券整理番号				単価合計		返戻 コード	
						返戻事由	
						備 考	

④支払額通知書：健診等機関ごとに、金融機関振込口座、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

下記金額を支払決定し下記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



⑥過誤調整結果通知書：被保険者ごとの過誤調整された結果が取りまとめられたもの  
 （「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）

過誤調整結果通知書

(2X 2X 年 2X 月 取扱分)

健診等機関番号 10XXXXXXXX 健診等機関名称 40XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX  
 3XX / 3XX 頁  
 2X 2X 年 2X 月 2X 日 作成  
 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

保険者等番号 受診券・利用券番号	保険者等名称		被保険者記号		実施 年月	内容	保険者負担金額 (円)	過誤理由
	受診者・利用者氏名	受診者・利用者氏名	被保険者記号	被保険者番号				
8XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
11XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
8XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
11XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
8XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
11XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
8XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
11XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
8XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
11XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
8XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
11XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
8XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
11XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
8XXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX
11XXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	2X 2X 1	2X 1	11XXXXXXXXXX	20XXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXX

【特定】1: 基本 2: 基本+詳細 3: 基本+追加  
 4: 基本+詳細+追加 5: 人間ドック  
 【指導】1: 積極的指導 2: 積極的指導

合計

件数	11XXXXXXXXXX
保険者負担金額	11XXXXXXXXXX

(参考)

国民健康保険

後期高齢者医療制度

} の被保険者が行う

特定健診・特定保健指導に関するお問合せ先は・・・

静岡市葵区春日町2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

(<http://www.shizukokuhoren.or.jp>)