

(地Ⅲ129)

平成23年9月13日

都道府県医師会  
担当理事 殿

日本医師会  
常任理事 保 坂 シゲリ

都道府県・郡市区医師会が特定健康診査・特定保健指導機関の請求の事務代行等を行う場合の取扱いについて（社会保険診療報酬支払基金通知のとりまとめ）

時下益々ご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、都道府県医師会・郡市区医師会が会員機関の健診等の請求の事務代行及び健診等費用の受領に関する権限を委任される場合の社会保険診療報酬支払基金（以下、支払基金）の取扱いにつきましては、平成20年2月6日付（地Ⅲ274）、平成20年4月21日付（地Ⅲ31）、及び平成20年6月19日付（地Ⅲ87）をもって通知をお送りいたしました。

今般、段階的に支払基金より発出された通知をとりまとめたこととともに、これまで支払基金の運用で対応されていた都道府県・郡市区医師会の会長が交代した際の手続き、及び特定健康診査・特定保健指導が医師会に委任していた請求事務代行等を解除する際の手続きにつきまして新たに定められました。

また、健診等機関の請求の事務代行等を行う場合等における届出様式が改正されたことと併せ、別添のとおり支払基金理事長より本会宛に通知が参りましたので、お送りいたします。

なお、日本医師会ホームページ（<http://www.med.or.jp/chiiki/kenshin/index.html>）に掲載しておりました上記通知につきましては、本通知をもって、差し替えることといたします。

つきましては、本件についてご了知の上、貴会管下郡市区医師会等への周知方、よろしくご高配のほどお願い申し上げます。

また、すでに届出がなされている医師会等におきましては、本通知による新たな届出は必要ないことを申し添えます。

本高事管000061  
平成23年9月8日

日本医師会会長 殿

社会保険診療報酬支払基金理事長



都道府県・郡市区医師会が特定健康診査・特定保健指導機関  
の請求の事務代行等を行う場合の取扱いについて

平素は、支払基金の業務運営につきまして格別のご理解・ご協力を賜り厚く  
お礼申し上げます。

さて、標記については、これまで請求事務代行等の内容に変更があった場合  
は、段階的に発出した通知により当該事務を取り扱っていたところですが、今  
般、標記内容に関する通知をとりまとめたこと、都道府県・郡市区医師会（以  
下「医師会」という。）の会長が交代した際の手続き及び特定健康診査・特定  
保健指導機関（以下「健診等機関」という。）が医師会に委任していた請求事  
務代行等を解除する際の手続きを新たに定めたこと並びに健診等機関の請求  
の事務代行等を行う場合等における届出様式を改正したことから、標記取扱い  
を下記のとおりとしますのでお知らせいたします。

## 記

### 1 取扱い方法について

- (1) 医師会が特定健診及び特定保健指導の両方の請求事務代行を行う場合  
の取扱い（別添1参照）
- (2) 医師会が特定健診のみ請求事務代行を行う場合の取扱い（別添2参照）
- (3) 医師会が請求事務代行を行うが健診等機関がデータ受領書等の送付を  
希望する場合の取扱い（別添3参照）
- (4) 医師会が会員である健診等機関の健診等費用の受領に関する権限を委  
任された場合の取扱い（別添4参照）
- (5) 健診等機関が医師会に委任していた健診等費用の請求の事務代行又は  
健診等費用の受領に関する権限委任を解除する場合の取扱い（別添5参照）
- (6) 健診・保健指導機関との特定健康診査等データの授受及び決済につい  
て（参考資料参照）

### 2 従前の通知について

平成20年2月1日付け基情発第167号、平成20年4月15日付け本情管

シ発 000017 及び平成 20 年 6 月 13 日付け本後高事管 000086 については、廃止することとします。

医師会が特定健診及び特定保健指導の両方の請求事務代行を行う場合

1 基金支部への届出

(1) 医師会は、「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」(別紙1)及び「健診等費用の請求の事務代行を行う特定健診・特定保健指導機関一覧」(別紙2)を基金支部へ提出する。

(2) 請求事務代行を依頼した健診等機関は、「特定健診・特定保健指導機関届」(別紙3)を基金支部へ提出する。

なお、医師会は、請求事務代行を委任する健診等機関の「特定健診・特定保健指導機関届」(別紙3)を取りまとめ、基金支部へ提出することも可能とする。

2 基金支部への健診等データの提出等(別紙4及び別紙5参照)

(1) 医師会は、健診等機関単位で健診データファイル(zipファイル)及び保健指導データファイル(zipファイル)を作成する。

(2) 前(1)において健診等機関単位で作成した各データファイルは、暗号化しない状態でzipフォルダに格納し、基金支部が配布する暗号化ソフトを用いてフォルダごと一括して暗号化を行う。

※ 暗号化・復号化ソフトキットは、基金支部からあらかじめ医師会へ送付する。

(3) 医師会は、一括暗号化したzipフォルダを電子媒体に格納し、基金支部へ提出する。

(4) 基金支部は、受付後、データ受領書及び受付エラー連絡書を各データファイル単位で作成し医師会へ送付する。

(5) 基金支部で受け付けた健診等データの照会確認等については、原則、基金支部と医師会の間で行うものとする。(照会内容によって、医師会から該当健診等機関へ照会確認を行い、結果を基金支部へ連絡する。)

3 基金支部からの返戻・過誤返戻データの送付(別紙4及び別紙5参照)

(1) 基金支部は、健診等機関単位で特定健診に関する返戻・過誤返戻データ(zipファイル)及び特定保健指導に関する返戻・過誤返戻データ(zipファイル)を作成する。

(2) 前(1)において健診等機関単位で作成した各返戻・過誤返戻データファイルは、暗号化しない状態でzipフォルダに格納し、フォルダごと一括して暗号化を行う。

(3) 基金支部は、一括暗号化したzipフォルダを電子媒体に格納し、医師会へ送付する。



#### 4 基金支部のシステム登録業務

基金支部は、前1の提出を受けたとき、特定健診・保健指導決済システムの健診等機関マスタの送付先情報の送付先機関番号に、請求事務代行を行う医師会番号を登録する。

#### 5 届出内容に変更が生じた場合

- (1) 健診等費用の請求の事務代行に伴い、既に提出されている特定健診・特定保健指導機関届の内容と異なる項目が生じた場合、健診等機関は、「特定健診・特定保健指導変更届」(別紙6)を基金支部へ提出する。
- (2) 医師会長名が変更となる場合、医師会は、「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」(別紙1)を基金支部へ再提出する。

#### 6 市町村等単位の医師会が請求事務代行を行う場合の取扱い

郡市区医師会の下にさらに市町村等単位の医師会が設置されている場合であって、当該医師会単位で請求の事務代行を行うときは、基金本部が日本医師会から情報提供を受け、当該市町村単位の医師会番号を設定することとしているので、照会があった場合は、日本医師会を通じて申し出されるよう依頼すること。

#### 7 医師会から支払基金への提出用 zip フォルダのアーカイブ名

参考のとおり。

特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について

社団法人〇〇医師会は、別紙に記載の特定健診機関・特定保健指導機関の特定健診費用及び特定保健指導費用の請求に関する事務の代行を実施することとしました。

については、請求の事務代行を行うに当たり、次のとおり取扱うこととします。

- 1 請求の事務代行を行うに当たり、知り得た機密に係る事項については、第三者に漏洩はいたしません。
- 2 特定健診機関・特定保健指導機関と医師会の間において紛争が生じた場合、当事者間において解決するものとします。
- 3 健診等データの授受方法
  - (1) 支払基金への健診等データの提出
    - ① 健診等機関単位に健診データファイル（zipファイル）及び保健指導データファイル（zipファイル）を作成し、一括して支払基金へ提出する。
    - ② 支払基金で受付後に出力されるデータ受領書及び受付エラー連絡書については、各健診等機関単位（健診・保健指導データファイル別）に作成したものを、医師会が受領する。
    - ③ 支払基金で受付けた健診等データの照会確認等については、支払基金と医師会の間で行う。（照会内容によって、医師会から該当健診等機関へ照会確認を行い、結果を支払基金へ連絡する。）
  - (2) 支払基金からの返戻・過誤返戻データの受領  
支払基金で健診等機関単位に健診返戻・過誤返戻データファイル（zipファイル）及び保健指導返戻・過誤返戻データファイル（zipファイル）を作成し、一括して医師会が受領する。
  - (3) 請求形態
    - ア 電子媒体（CD-R）
    - イ 電子媒体（MO）

平成 年 月 日

請求事務代行者 住 所  
医師会名  
医師会長名

印

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿



# 特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 届 (保険医療機関)

特定健診・特定保健指導機関として、下記のとおり届けます。

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 支部長 殿

住所  
届出者 氏名

印

①	特定健診・特定保健指導機関コード				機 関 の 種 別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関	<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
②	名 称						
③	所 在 地	郵便番号			電話番号		
④	ホームページアドレス	http://					
⑤	経 営 主 体	病 院	国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構		診 療 所	官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人・個人	
			医療法人・社会福祉法人・その他の法人・個人				
⑥	開 設 者 名						

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。

また、⑨については下記の□に✓を記入し「イ」の場合のみ⑨に記載願います。

- ア 診療報酬と同一の口座に振込を希望する。
- イ 下記口座に振込を希望する。

医師会が請求事務代行を行う場合は、医師会名を記入せずに空欄とする。

⑦	請 求 者 名					* 整理印	* 受付印
⑧	受 領 者 名						
⑨	振 込 銀 行	請求事務代行を委任する医師会名を記入する。 例:「〇〇〇医師会」			支店	科目	口座番号
					当座	請求事務代行を委任している医師会の請求形態を記載する。	
	口 座 名 義 人						
⑩	請 求 開 始 年 月 日	平成 年	日	⑪ 請 求 形 態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン		
(備考)							

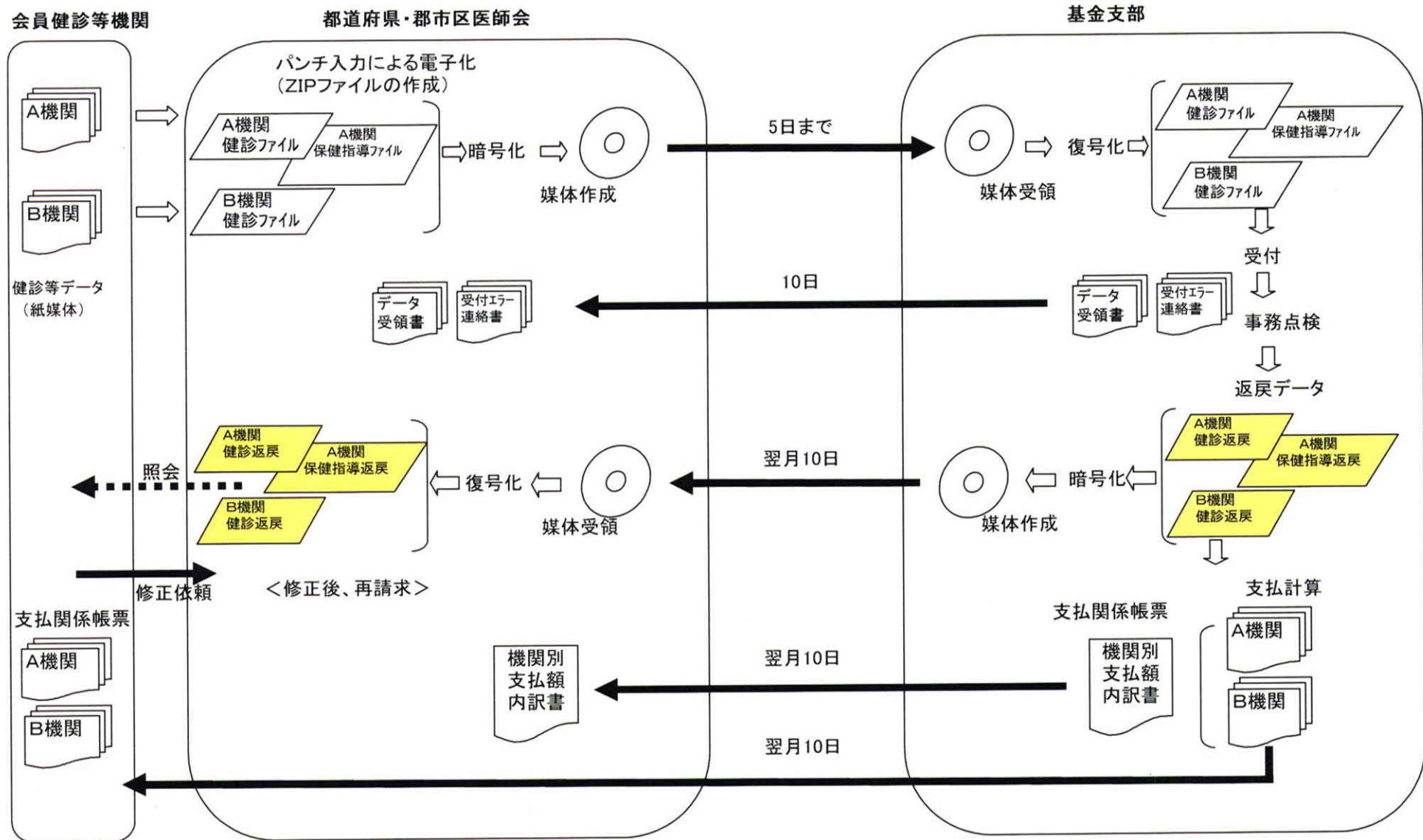
※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。

A 4 (210×297)

- 2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。
- 3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。



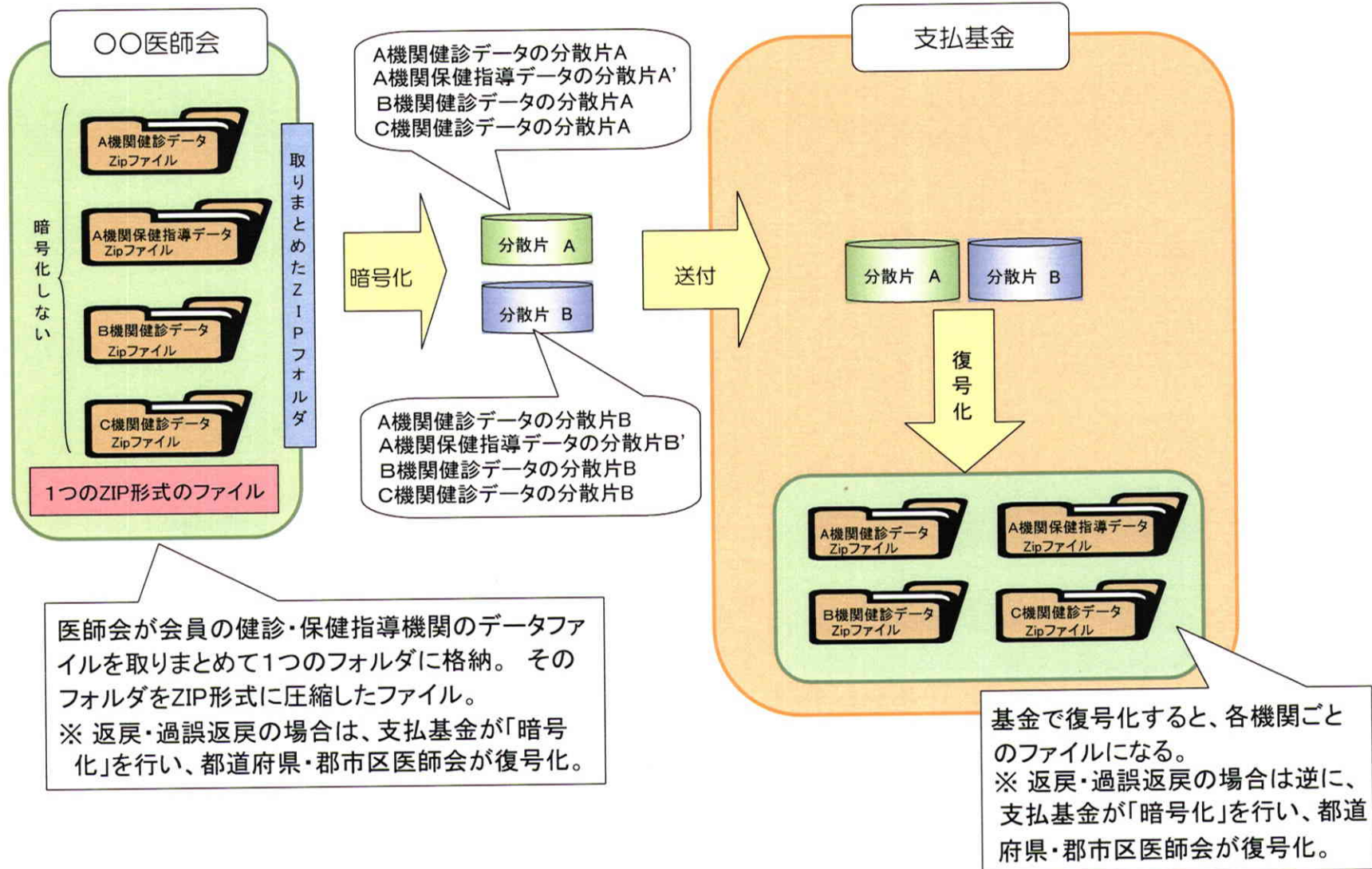
都道府県・郡市区医師会が会員機関の健診等データを代行提出する場合のデータ授受





**都道府県・郡市区医師会が請求の事務代行を行う場合に、一括して「暗号化」を行い 支払基金でデータを復号化するケース**

(返戻・過誤返戻処理の場合は、逆に支払基金が「暗号化」を行い、都道府県・郡市区医師会が復号化)



# 特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 変 更 届

基金に届け出た内容のうち変更欄にチェックを入れた項目について変更し、下記のとおり届けます。

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所  
届出者 氏名

変更年 月 日											
平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日											
①	特定健診・特定保健指導機関コード				変更 <input type="checkbox"/>	機関の種別		<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関		<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関	
変更 <input type="checkbox"/>	②	名 称									
変更 <input type="checkbox"/>	③	所 在 地				郵便番号		電話番号			
変更 <input type="checkbox"/>	④	ホームページアドレス				⑤ 変 更 主 体		病院			
変更 <input type="checkbox"/>	⑥	開設者名						診療所			
変更 <input type="checkbox"/>	⑦	請求者名						その他 健診・保健指導機関			
変更 <input type="checkbox"/>	⑧	受領者名									
変更 <input type="checkbox"/>	⑨	振込銀行				支店		科目		口座番号	
変更 <input type="checkbox"/>	⑩	請求形態				支店		当座・普通		* 整理印	
		医師会の請求形態が、既に提出されている機関届の内容と異なる場合に記入する。				請求事務代行を委任する医師会名を記入する。 例:「〇〇〇医師会 請求代行」 なお、健診等機関が、医師会の請求事務代行のほかに基金支部へ直接請求を行う場合 「〇〇〇医師会 請求代行」「暗号化・復号化ソフト請求」と記入する。					
		<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン									
(備考) _____											

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。A 4 (210×297)

2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。

3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

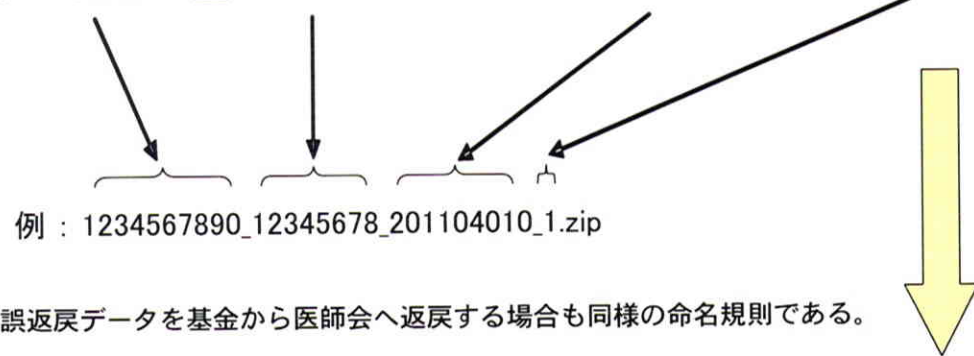
4 「請求形態」欄をオンラインに変更する場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

参考

都道府県医師会・郡市区医師会から支払基金への提出用zipフォルダのアーカイブ名について

○ 医師会で作成されたzipフォルダのフォルダ名は、国の定める電子的標準様式による提出用アーカイブファイル名の命名規則により作成する。

提出元機関番号\_\_提出先機関番号\_\_提出年月日・同一日分割番号\_\_種別コード.zip



※ 過誤返戻データを基金から医師会へ返戻する場合も同様の命名規則である。

区分	最大バイト	データ形式	医師会⇒基金（請求）	基金⇒医師会（過誤返戻）
提出元機関番号	10	可変	医師会番号	基金の代行機関番号
提出先機関番号	10	可変	基金の代行機関番号	医師会番号
提出年月日	8	固定	YYYYMMDD（アーカイブ作成日付）	
同一分割番号	1	固定	同日に複数枚の電子媒体を提出する場合の識別番号 1枚目の番号は0とし、2枚目以降は1、2、3…となり 最大9までとする。	
種別コード	1	固定	「1」で固定	

※ 医師会番号は10桁とする。  
基金の代行機関番号は「94899010」とする。



医師会が特定健診のみの請求事務代行を行う場合

1 基金支部への届出

(1) 医師会は、「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」の様式を用い、「特定保健指導」に係る文言を抹消した上で当該用紙を作成（別紙1参照）し、「健診等費用の請求の事務代行を行う特定健診・特定保健指導機関一覧」（別紙2）と併せて、基金支部へ提出する。

(2) 請求事務代行を依頼した健診等機関は、「特定健診・特定保健指導機関届」（別紙3）を基金支部へ提出する。

なお、医師会は、請求事務代行を委任する健診等機関の「特定健診・特定保健指導機関届」（別紙3）を取りまとめ、基金支部へ提出することも可能とする。

2 基金支部への健診等データの提出等（別紙4及び別紙5参照）

(1) 医師会は、健診等機関単位で健診データファイル（zipファイル）を作成する。

(2) 前(1)において健診等機関単位で作成した健診データファイルは、暗号化しない状態でzipフォルダに格納し、基金支部が配布する暗号化ソフトを用いてフォルダごと一括して暗号化を行う。

※ 暗号化・復号化ソフトキットは、基金支部からあらかじめ医師会へ送付する。

(3) 医師会は、一括暗号化したzipフォルダを電子媒体に格納し、基金支部へ提出する。

(4) 基金支部は、受付後、データ受領書及び受付エラー連絡書（以下、「データ受領書等」という。）を健診データファイル単位に作成し医師会へ送付する。

(5) 基金支部で受け付けた健診等データの照会確認等については、原則、基金支部と医師会の間で行うものとする。（照会内容によって、医師会から該当健診等機関へ照会確認を行い、結果を基金支部へ連絡する。）

(6) 健診等機関が、特定保健指導データを提出するときは、各健診等機関から基金支部へ直接提出する。

この場合、基金支部は、受付後、データ受領書等を作成し、健診等機関へ送付する。また、基金支部で受け付けた健診等データの照会確認等は、健診等機関へ行う。

※ データ受領書等の健診等機関欄には、当該健診等機関番号と請求事務代行を委任している医師会番号が印字されるので、送付誤りがないよう留意する。

3 基金支部からの返戻・過誤返戻データの送付（別紙4及び別紙5参照）

返戻・過誤返戻データは、特定健診データ及び特定保健指導データ別にファ

イルが作成される。

なお、送付先は、次のとおり。

- (1) 特定健診に係る返戻・過誤返戻データ  
医師会へ送付する。
- (2) 特定保健指導に係る返戻・過誤返戻データ  
健診等機関へ送付する。

#### 4 基金支部のシステム登録業務

基金支部は、前1の提出を受けたとき、特定健診・保健指導決済システムの健診等機関マスタの送付先情報の送付先機関番号に、請求事務代行を行う医師会番号を登録する。

#### 5 届出内容に変更が生じた場合

- (1) 健診等費用の請求の事務代行に伴い、既に提出されている特定健診・特定保健指導機関届の内容と異なる項目が生じた場合、健診等機関は、「特定健診・特定保健指導変更届」（別紙6）を基金支部へ提出する。
- (2) 医師会長名が変更となる場合、医師会は、「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」（別紙1）を基金支部へ再提出する。

#### 6 その他

健診等機関が、医師会に健診等費用の受領に関する権限を委任する場合は、特定健診の費用のみの請求事務代行であっても、特定健診・特定保健指導の双方を受領委任する取扱いとすること。これは、支払基金におけるシステム上の制約によるものであること。

#### 7 市町村等単位の医師会が請求事務代行を行う場合の取扱い

郡市区医師会の下にさらに市町村等単位の医師会が設置されている場合であって、当該医師会単位で請求の事務代行を行うときは、基金本部が日本医師会から情報提供を受け、当該市町村単位の医師会番号を設定することとしているので、照会があった場合は、日本医師会を通じて申し出されるよう依頼すること。

- 8 医師会から支払基金への提出用 zip フォルダのアーカイブ名  
参考のとおり。



特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について

社団法人〇〇医師会は、別紙に記載の特定健診機関・特定保健指導機関の特定健診費用及び特定保健指導費用の請求に関する事務の代行を実施することとしました。

については、請求の事務代行を行うに当たり、次のとおり取扱うこととします。

- 1 請求の事務代行を行うに当たり、知り得た機密に係る事項については、第三者に漏洩はいたしません。
- 2 特定健診機関・特定保健指導機関と医師会の間において紛争が生じた場合、当事者間において解決するものとします。
- 3 健診等データの授受方法
  - (1) 支払基金への健診等データの提出
    - ① 健診等機関単位に健診データファイル（zipファイル）及び保健指導データファイル（zipファイル）を作成し、一括して支払基金へ提出する。
    - ② 支払基金で受付後に出力されるデータ受領書及び受付エラー連絡書については、各健診等機関単位（~~健診・保健指導データファイル別~~）に作成したものを、医師会が受領する。
    - ③ 支払基金で受付けた健診等データの照会確認等については、支払基金と医師会の間で行う。（照会内容によって、医師会から該当健診等機関へ照会確認を行い、結果を支払基金へ連絡する。）
  - (2) 支払基金からの返戻・過誤返戻データの受領  
支払基金で健診等機関単位に健診返戻・過誤返戻データファイル（zipファイル）及び保健指導返戻・過誤返戻データファイル（zipファイル）を作成し、一括して医師会が受領する。
  - (3) 請求形態
    - ア 電子媒体（CD-R）
    - イ 電子媒体（MO）

平成 年 月 日

請求事務代行者 住 所  
医師会名  
医師会長名

㊞

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

健診等費用の請求の事務代行を行う特定健診・特定保健指導機関一覧

	特定健診・特定保健指導 機関コード	名 称	機関の種別	
			特定健診 機 関	特定保健 指導機関
1	1230000000	●●●●●●●●●●●●●●●●●●●●		
2	1231111111	▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲▲		
3	1232222222	■		
4				
5				
6	<p>1 特定健診・特定保健指導機関一覧は、別紙1「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」に添付して、支払基金支部に提出する。</p> <p>2 機関の種別の「特定健診機関」欄及び「特定保健指導機関」欄には、請求の事務代行を行う状況を特定健診及び特定保健指導別に表示する。 （※特定健診のみ請求事務代行を行う場合は、機関の種別欄を抹消する。）</p>			
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

# 特定健診・特定保健指導機関届(保険医療機関)

特定健診・特定保健指導機関として、下記のとおり届けます。

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

住所  
届出者 氏名

(印)

① 特定健診・特定保健指導機関コード		機 関 の 種 別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関 <input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
② 名 称			
③ 所 在 地	郵便番号	電話番号	
④ ホームページアドレス	http://		
⑤ 経 営 主 体	病 院	診 療 所	
	国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 医療法人・社会福祉法人・その他の法人・個人	官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人・個人	
⑥ 開 設 者 名			

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。

また、⑨については下記の□に✓を記入し「イ」の場合のみ⑨に記載願います。

- ア 診療報酬と同一の口座に振込を希望する。
- イ 下記口座に振込を希望する。

医師会が請求事務代行を行う場合は、医師会名を記入せずに空欄とする。

⑦ 請 求 者 名					* 整理印	* 受付印
					登 録	
⑧ 受 領 者 名						
⑨ 振 込 銀 行	「〇〇〇医師会 特定健診のみ請求代行」と記入する。				支店	当 座
					請求事務代行業を委任している医師会の請求形態を記載する。	
口座名義人						
⑩ 請 求 開 始 年 月 日	平成 年	日	⑪ 請 求 形 態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン		

(備考)

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。

2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。

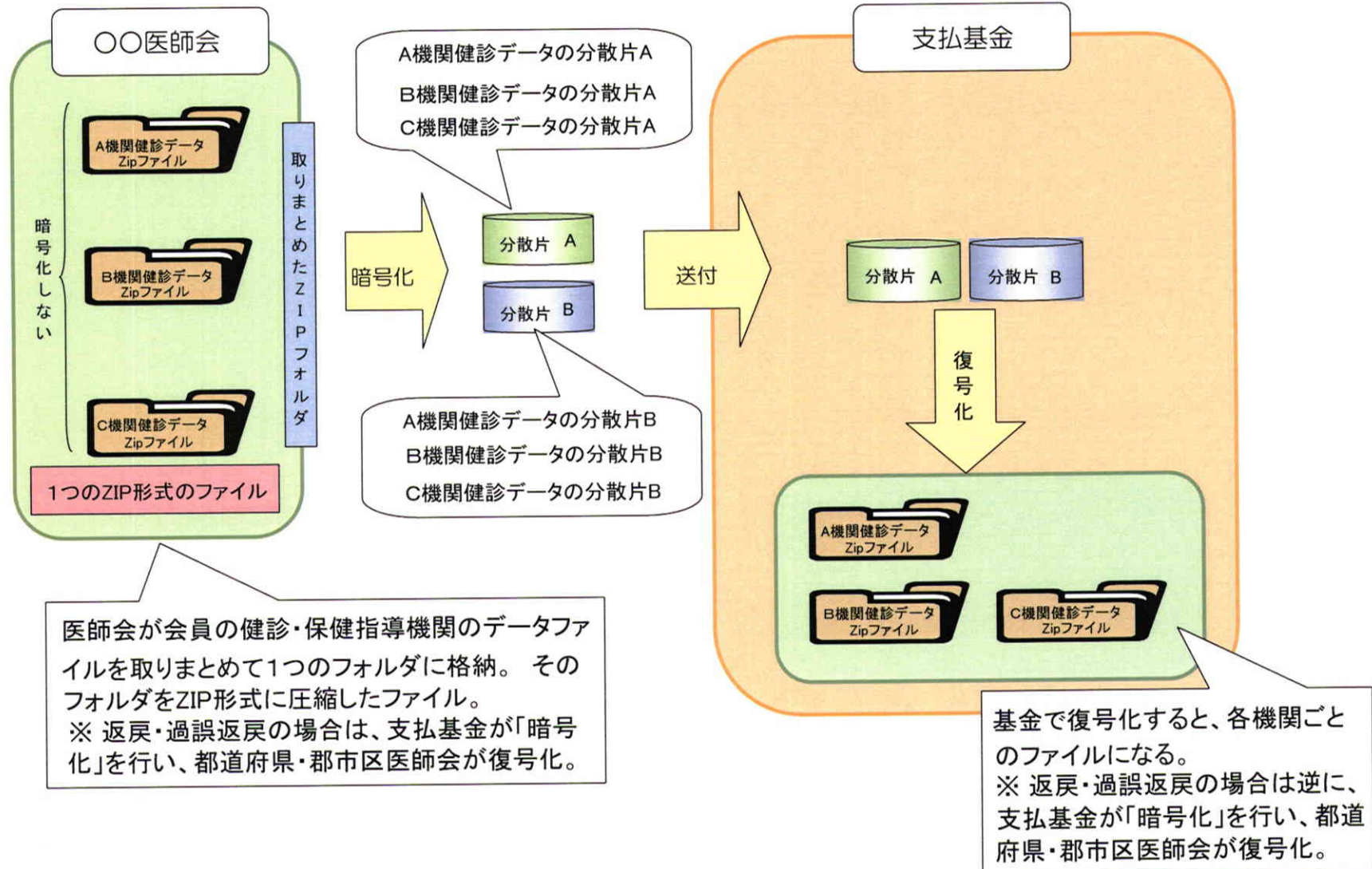
3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。





都道府県・郡市区医師会が請求の事務代行を行う場合に、一括して「暗号化」を行い 支払基金でデータを復号化するケース。

(返戻・過誤返戻処理の場合は、逆に支払基金が「暗号化」を行い、都道府県・郡市区医師会が復号化)





# 特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 変 更 届

基金に届け出た内容のうち変更欄にチェックを入れた項目について変更し、下記のとおり届けます。

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

変 更 年 月 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日	届出者 _____ 氏 名	住 所 _____	印
①	特定健診・特定保健指導機関コード _____	変更 <input type="checkbox"/>	機関の種類 <input type="checkbox"/> ア 特定健診機関 <input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
②	名 称 _____		
③	所 在 地 _____	郵便番号 _____	電話番号 _____
④	ホームページアドレス _____ http:// _____	⑤ 病院 国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 医療法人・社会福祉法人 その他の法人・個人 診療所 官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人 個人 その他 健診・保健指導機関 都道府県・市町村・官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・財団法人・NPO・株式会社 その他の法人・個人 その他	
⑥	開設者名 _____		
⑦	請求者名 _____		
⑧	受領者名 _____		
⑨	振込銀行 _____	支店 _____	科目 _____
⑩	口座名義人 _____	口座番号 _____	* 整理印 _____
⑩	請求形態 <input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン	* 受付印 _____	
(備考) _____			

医師会の請求形態が、既に提出されている機関届の内容と異なる場合に記入する。

請求事務代行を委任する医師会名を記入する。  
 例:「〇〇〇医師会 特定健診のみ請求代行」  
 なお、健診等機関が、医師会の請求事務代行のほかに基金支部へ直接請求を行う場合  
 「〇〇〇医師会 請求代行」「暗号化・復号化ソフト請求」と記入する。

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。 A 4 (210×297)

2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。

3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

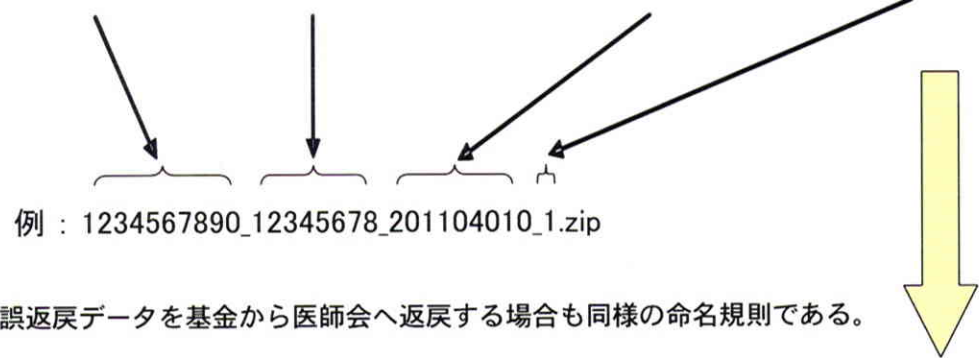
4 「請求形態」欄をオンラインに変更する場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

参考

都道府県医師会・郡市区医師会から支払基金への提出用zipフォルダのアーカイブ名について

○ 医師会で作成されたzipフォルダのフォルダ名は、国の定める電子的標準様式による提出用アーカイブファイル名の命名規則により作成する。

提出元機関番号\_\_提出先機関番号\_\_提出年月日・同一日分割番号\_\_種別コード.zip



区分	最大バイト	データ形式	医師会⇒基金（請求）	基金⇒医師会（過誤返戻）
提出元機関番号	10	可変	医師会番号	基金の代行機関番号
提出先機関番号	10	可変	基金の代行機関番号	医師会番号
提出年月日	8	固定	YYYYMMDD（アーカイブ作成日付）	
同一分割番号	1	固定	同日に複数枚の電子媒体を提出する場合の識別番号 1枚目の番号は0とし、2枚目以降は1、2、3…となり 最大9までとする。	
種別コード	1	固定	「1」で固定	

※ 医師会番号は10桁とする。  
基金の代行機関番号は「94899010」とする。

医師会が請求事務代行を行うが健診等機関がデータ  
受領書等の送付を希望する場合

1 基金支部への届出

- (1) 医師会は、「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について（送付先選択用）」（別紙1）及び「健診等費用の請求の事務代行を行う特定健診・特定保健指導機関一覧（送付先選択用）」（別紙2）を基金支部へ提出する。
- (2) 請求事務代行を依頼した健診等機関は、「特定健診・特定保健指導機関届」（別紙3）を基金支部へ提出する。

なお、医師会は、請求事務代行を委任する健診等機関の「特定健診・特定保健指導機関届」（別紙3）を取りまとめ、基金支部へ提出することも可能とする。

2 基金支部への健診等データの提出等（別紙4及び別紙5参照）

- (1) 医師会は、健診等機関単位で健診データファイル（zipファイル）及び保健指導データファイル（zipファイル）を作成する。
- (2) 前(1)において健診等機関単位で作成した各データファイルは、暗号化しない状態で zipフォルダに格納し、基金支部が配布する暗号化ソフトを用いてフォルダごと一括して暗号化を行う。

※ 暗号化・復号化ソフトキットは、基金支部からあらかじめ医師会へ送付する。

- (3) 医師会は、一括暗号化した zip フォルダを電子媒体に格納し、基金支部へ提出する。
- (4) 基金支部は、受付後、データ受領書及び受付エラー連絡書を各データファイル単位に作成し、健診等機関が希望する送付先（医師会又は健診等機関）へ送付する。
- (5) 基金支部で受け付けた健診等データの照会確認等については、データ受領書及び受付エラー連絡書の送付先別に、次のとおり行う。

ア 送付先が医師会の場合

基金支部は、医師会へ検診等データの照会確認等を行う。（照会内容によって、医師会から該当健診等機関へ照会確認を行い、結果を支払基金へ連絡する。）

イ 送付先が健診等機関の場合

基金支部は、健診等機関へ健診等データの照会確認等を行う。

3 基金支部からの返戻・過誤返戻データの送付（別紙4及び別紙5参照）

(1) 送付先を医師会としている場合

- ア 基金支部は、健診等機関単位で特定健診に関する返戻・過誤返戻データ（zipファイル）及び特定保健指導に関する返戻・過誤返戻データ（zip



ファイル)を作成する。

イ 前アにおいて健診等機関単位で作成した各返戻・過誤返戻データファイルは、暗号化しない状態で zip フォルダに格納し、フォルダごと一括して暗号化を行う。

ウ 基金支部は、一括暗号化した zip フォルダを電子媒体に格納し、医師会へ送付する。

(2) 送付先を健診等機関としている場合

返戻・過誤返戻データは、健診等機関単位で作成されるので、健診等機関へ送付する。

4 基金支部のシステム登録業務

(1) 送付先を医師会としている場合

基金支部は、前1の提出を受けたとき、特定健診・保健指導決済システムの健診等機関マスタの送付先情報の送付先機関番号に、請求事務代行を行う医師会番号を登録する。

(2) 送付先を健診等機関としている場合

基金支部は、前1の提出を受けたとき、特定健診・保健指導決済システムの健診等機関マスタの送付先情報の送付先機関番号に、健診等機関番号を登録する。

5 届出内容に変更が生じた場合

(1) 健診等費用の請求の事務代行に伴い、既に提出されている特定健診・特定保健指導機関届の内容と異なる項目が生じた場合、健診等機関は、「特定健診・特定保健指導変更届」(別紙6)を基金支部へ提出する。

(2) 医師会長名が変更となる場合、医師会は、「特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について」(別紙1)を基金支部へ再提出する。

(3) 健診等機関に送付しているデータ受領書等の送付先を医師会に変更する場合、健診等機関は、別添1または別添2に準じて変更届を提出する。

6 市町村等単位の医師会が請求事務代行を行う場合の取扱い

郡市区医師会の下にさらに市町村等単位の医師会が設置されている場合であって、当該医師会単位で請求の事務代行を行うときは、基金本部が日本医師会から情報提供を受け、当該市町村単位の医師会番号を設定することとしているので、照会があった場合は、日本医師会を通じて申し出されるよう依頼すること。

7 医師会から支払基金への提出用 zip フォルダのアーカイブ名

参考のとおり。

特定健診・特定保健指導機関の請求事務代行について（送付先選択用）

社団法人〇〇医師会は、別紙に記載の特定健診機関・特定保健指導機関の特定健診費用及び特定保健指導費用の請求に関する事務の代行を実施することとしました。

については、請求の事務代行を行うに当たり、次のとおり取扱うこととします。

- 1 請求の事務代行を行うに当たり、知り得た機密に係る事項については、第三者に漏洩はいたしません。
- 2 特定健診機関・特定保健指導機関と医師会の間において紛争が生じた場合、当事者間において解決するものとします。
- 3 健診等データの授受方法
  - (1) 支払基金への健診等データの提出
    - ① 健診等機関単位に健診データファイル（zipファイル）及び保健指導データファイル（zipファイル）を作成し、一括して支払基金へ提出する。
    - ② 支払基金で受付後に出力されるデータ受領書及び受付エラー連絡書については、各健診等機関単位（健診・保健指導データファイル別）に作成したものを、各健診等機関又は医師会が受領する。
    - ③ 支払基金で受付けた健診等データの照会確認等については、支払基金と各健診等機関又は医師会の間で行う。（照会内容によって、医師会から該当健診等機関へ照会確認を行い、結果を支払基金へ連絡する。）
  - (2) 支払基金からの返戻・過誤返戻データの受領  
支払基金で健診等機関単位に健診返戻・過誤返戻データファイル（zipファイル）及び保健指導返戻・過誤返戻データファイル（zipファイル）を作成し、各健診等機関又は医師会が受領する。
  - (3) 請求形態  
 ア 電子媒体（CD-R）       イ 電子媒体（MO）

平成 年 月 日

請求事務代行者 住 所  
医師会名  
医師会長名

印

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿





# 特定健診・特定保健指導機関届(保険医療機関)

特定健診・特定保健指導機関として、下記のとおり届けます。

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

住所  
届出者 氏名

(印)

①	特定健診・特定保健指導機関コード			機 関 の 種 別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関	<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
②	名 称					
③	所 在 地	郵便番号	電話番号			
④	ホームページアドレス	http://				
⑤	経 営 主 体	病 院	診 療 所			
		国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 医療法人・社会福祉法人・その他の法人・個人	官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人・個人			
⑥	開 設 者 名					

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。

また、⑨については下記の□に✓を記入し「イ」の場合のみ⑨に記載願います。

- ア 診療報酬と同一の口座に振込を希望する。
- イ 下記口座に振込を希望する。

医師会が請求事務代行を行う場合は、医師会名を記入せずに空欄とする。

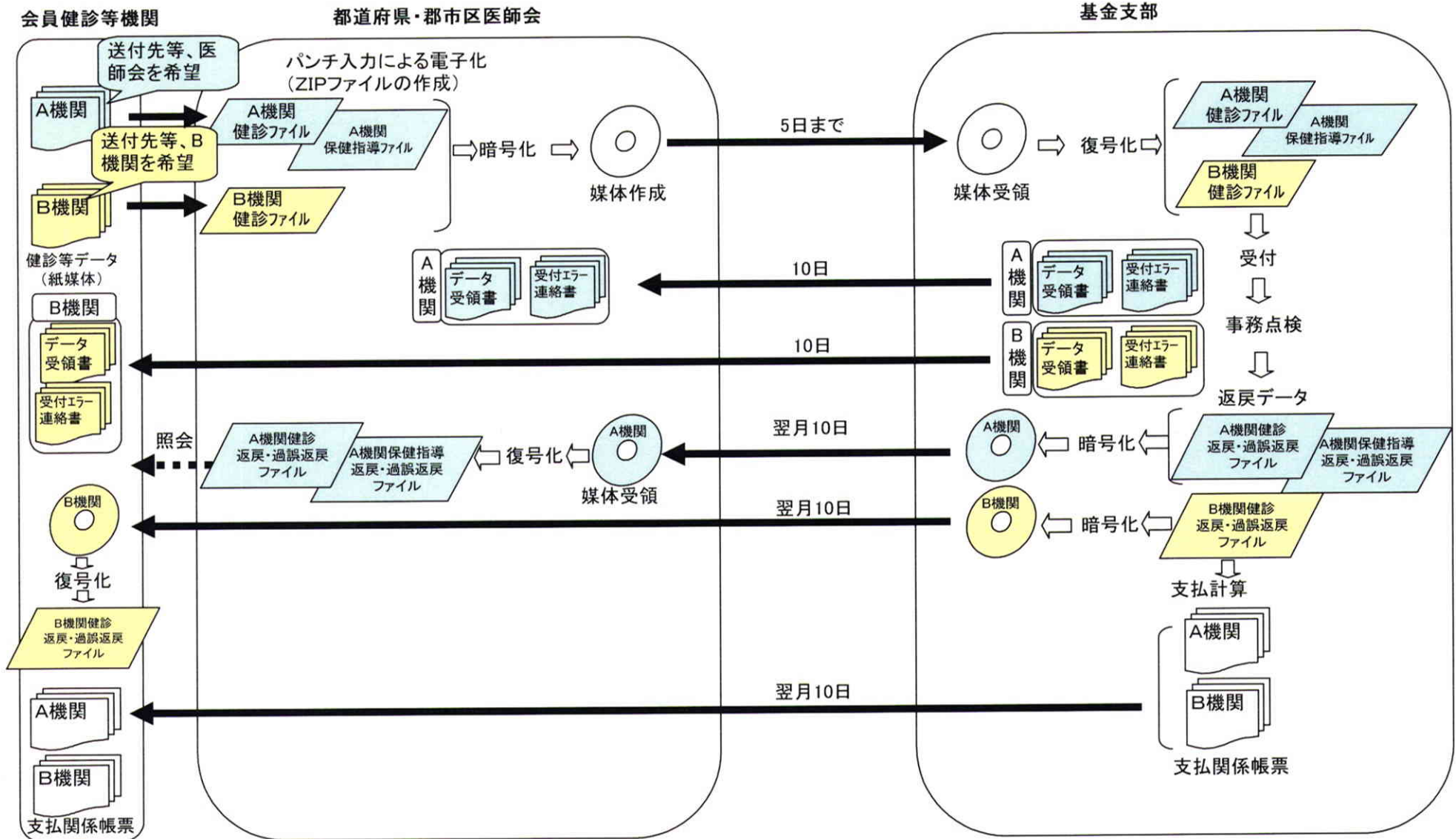
⑦	請 求 者 名			* 整理印	* 受付印
		登 録			
⑧	受 領 者 名				
⑨	振 込 銀 行	請求事務代行を委任する医師会名を記入する。 例:「〇〇〇医師会」	支店	当座	請求事務代行を委任する医師会の請求形態を記載する。
		口 座 名 義 人			
⑩	請 求 開 始 年 月 日	平成 年 月 日	⑪ 請 求 形 態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン	
(備考)					

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。

A 4 (210×297)

- 2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。
- 3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

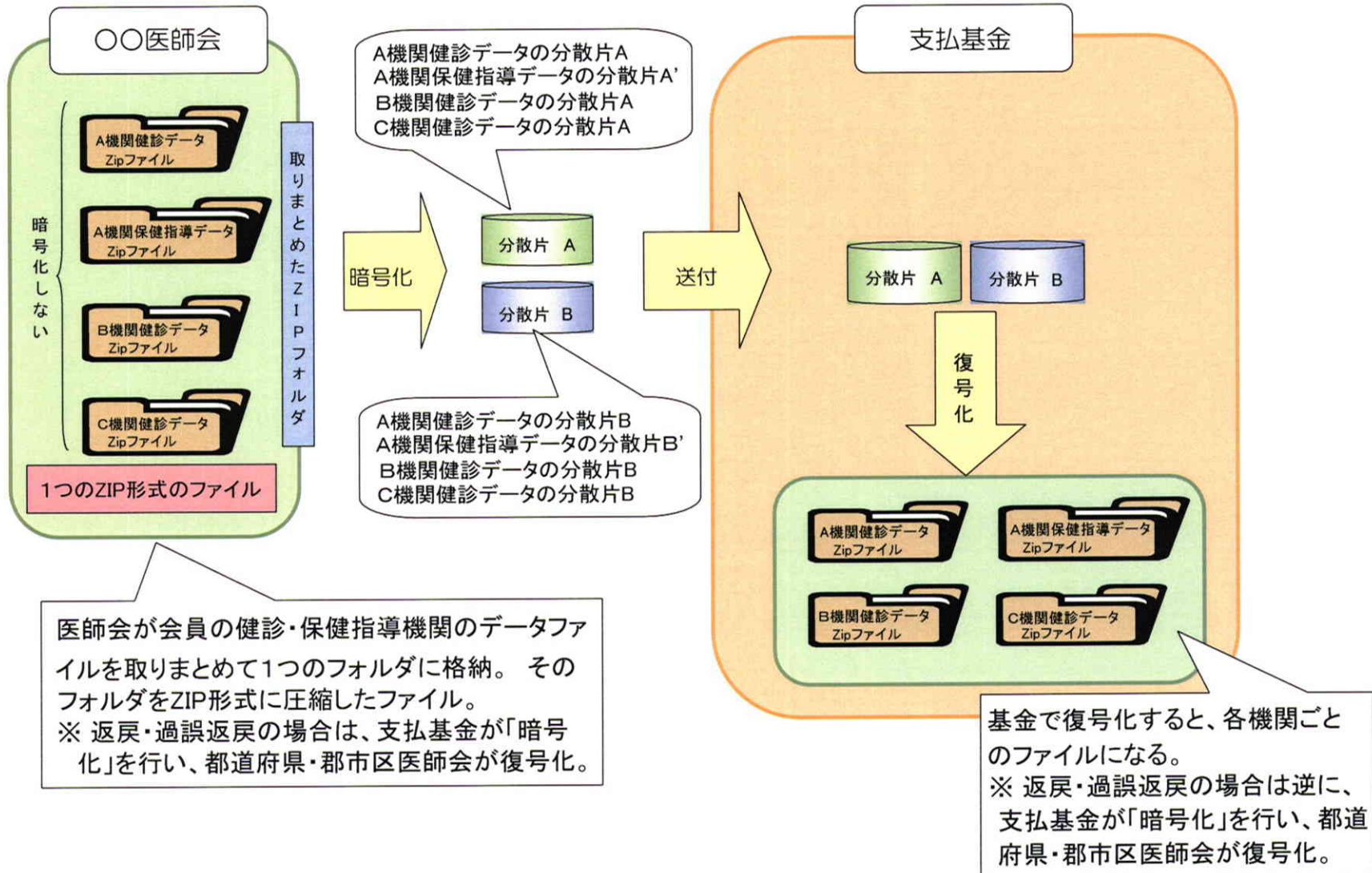
都道府県・郡市区医師会が会員機関の健診等データを代行提出する場合のデータ授受





**都道府県・郡市区医師会が請求の事務代行を行う場合に、一括して「暗号化」を行い 支払基金でデータを復号化するケース**

(返戻・過誤返戻処理の場合は、逆に支払基金が「暗号化」を行い、都道府県・郡市区医師会が復号化)





# 特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 変 更 届

基金に届け出た内容のうち変更欄にチェックを入れた項目について変更し、下記のとおり届けます。

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所  
届出者 氏名

印

変 更 年 月 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日												
①	特定健診・特定保健指導機関コード					変更 <input type="checkbox"/>	機関の種類別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関		<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関		
変更 <input type="checkbox"/>	②	名 称										
変更 <input type="checkbox"/>	③	所 在 地			郵便番号	—	電話番号	—	—	—	—	—
変更 <input type="checkbox"/>	④	ホームページアドレス					⑤ 経 営 主 体 変 更 <input type="checkbox"/>		病 院 国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 医療法人・社会福祉法人 その他の法人・個人			
変更 <input type="checkbox"/>	⑥	開 設 者 名										
変更 <input type="checkbox"/>	⑦	請 求 者 名							そ の 他 健 診 ・ 保 健 指 導 機 関 都道府県・市町村・官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・財団法人・NPO・株式会社 その他の法人・個人 その他			
変更 <input type="checkbox"/>	⑧	受 領 者 名										
変更 <input type="checkbox"/>	⑨	振 込 銀 行		口座名義人		支店コード	科 目	口 座 番 号	* 整理印	* 受付印		
変更 <input type="checkbox"/>	⑩	請 求 形 態		<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン								
(備考)												

医師会の請求形態が、既に提出されている機関届の内容と異なる場合に記入する。

①医師会が特定健診、特定保健指導両方の請求事務代行を行う場合  
 「〇〇〇医師会 請求代行」と記入する。  
 ②医師会が特定健診のみ請求代行事務を行う場合  
 「〇〇〇医師会 特定健診のみ請求代行」と記入する。  
 ③健診等機関が、医師会の請求事務代行のほかに基金支部へ直接請求を行う場合  
 「〇〇〇医師会 請求代行」「暗号化・復号化ソフト請求」と記入する。

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。 A 4 (210×297)

2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。

3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

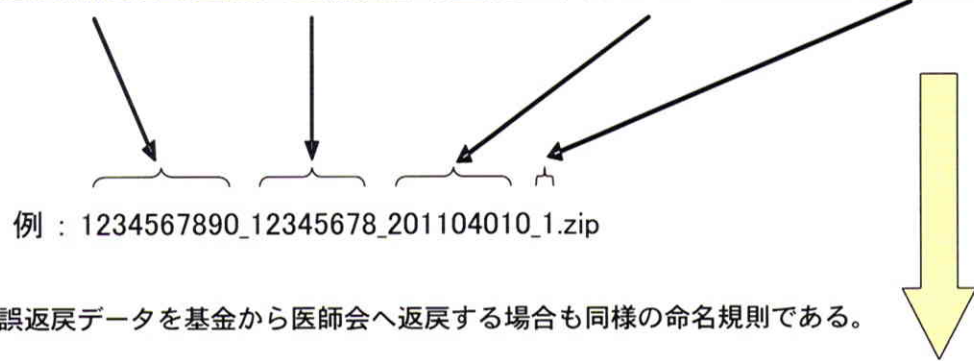
4 「請求形態」欄をオンラインに変更する場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

参考

都道府県医師会・市区医師会から支払基金への提出用zipフォルダのアーカイブ名について

○ 医師会で作成されたzipフォルダのフォルダ名は、国の定める電子的標準様式による提出用アーカイブファイル名の命名規則により作成する。

提出元機関番号\_\_提出先機関番号\_\_提出年月日・同一日分割番号\_\_種別コード.zip



※ 過誤返戻データを基金から医師会へ返戻する場合も同様の命名規則である。

区分	最大バイト	データ形式	医師会⇒基金（請求）	基金⇒医師会（過誤返戻）
提出元機関番号	10	可変	医師会番号	基金の代行機関番号
提出先機関番号	10	可変	基金の代行機関番号	医師会番号
提出年月日	8	固定	YYYYMMDD（アーカイブ作成日付）	
同一分割番号	1	固定	同日に複数枚の電子媒体を提出する場合の識別番号 1枚目の番号は0とし、2枚目以降は1、2、3…となり最大9までとする。	
種別コード	1	固定	「1」で固定	

※ 医師会番号は10桁とする。  
基金の代行機関番号は「94899010」とする。

医師会が会員である健診等機関の健診等費用の  
受領に関する権限を委任された場合

1 基金支部への届出

- (1) 各健診等機関は、「委任状」(別紙1)を作成し、特定健診・特定保健指導の費用(以下「健診等費用」という。)の受領に関する権限を委任された医師会は、当該委任状を取りまとめて基金支部へ提出する。

この場合、運用上、健診等機関に係る印鑑証明書の添付は不要とするが、委任状の最上部には、当該医師会が作成した「特定健診費用及び特定保健指導費用の受領委任に係る受任承諾書」(別紙2)を添付する。

- (2) 健診等費用の受領の権限を委任した健診等機関は、「特定健診・特定保健指導機関届」(別紙3)を基金支部へ提出する。

なお、医師会は、健診等費用の受領の権限を委任する健診等機関の「特定健診・特定保健指導機関届」(別紙3)を取りまとめ、基金支部へ提出することも可能とする。

2 健診等費用の支払

基金支部は、健診等費用を当該医師会へ一括して支払うこととし、診療報酬等支払準備システムにより「特定健診・特定保健指導支払決定内訳一覧表」(別紙4)を作成の上、受付の翌月10日頃に医師会へ送付する。

3 支払関係帳票の取扱い

支払基金で作成する以下の支払関係帳票は、基金支部から各健診等機関へ直接送付する取扱いとする。

- ① 特定健診・特定保健指導支払総括票
- ② 特定健診・特定保健指導返戻過誤調整内訳書
- ③ 特定健診・特定保健指導補正結果内訳書

4 基金支部のシステム登録業務

基金支部は、前1の提出を受けたとき、特定健診・保健指導決済システムの健診等機関マスタの口座情報の機関グループに、受領の権限を委任する医師会番号を登録する。

5 届出内容に変更が生じた場合

- (1) 既に提出されている特定健診・特定保健指導機関届の内容と異なる項目が生じた場合、健診等機関は、「特定健診・特定保健指導変更届」(別紙5)を基金支部へ提出する。
- (2) 医師会長名のみが変更となる場合、医師会は、「特定健診費用及び特定保



健指導費用の受領委任に係る受任承諾書」(別紙2)を基金支部へ提出する。

この場合、各健診等機関から基金支部への「特定健診・特定保健指導変更届」(別紙5)の提出は不要とする。

- (3) 医師会の口座情報が変更となる場合、医師会は、「特定健診・特定保健指導変更届」(別紙5)を準用した口座情報の変更に係る当該変更届を基金支部へ提出する。

この場合、各健診等機関から基金支部への「特定健診・特定保健指導変更届」の提出は不要とし、既に各健診等機関から基金支部へ提出されている「特定健診・特定保健指導機関届」(別紙3)の「⑨ 口座情報」(医師会の口座情報)は、旧情報であっても差し支えないこととする。

(特-様式第5号)

特定健診・特定保健指導機関コード									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	0

## 委 任 状

私は、都合により **社団法人〇〇医師会**をもって代理人と定め、下記の権限を委任します。

委任事項

健診等機関から提出された特定健診・特定保健指導機関届に記載された「機関の種別」と同一とする。

- 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
- の受領に関すること。

平成 年 月 日

委任者 住 所 **〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3**

氏 名 **〇〇法人 △△会 □□病院  
理事長 基金 太郎**

Ⓜ

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

A 4 (210×297)

**作成要領**

- 1 委任事項は、番号を○で囲んでください。  
 なお、特定健診及び特定保健指導の両方を実施する機関が、特定健診費用又は特定保健指導費用のどちらかのみ受領の委任を行うことはできません。
- ~~2 本委任状を提出する際は、委任者の印鑑登録された印を押し、印鑑証明書（発行日から3か月以内）を添付してください。~~

特定健診費用及び特定保健指導費用の受領委任に係る受任承諾書

社団法人〇〇医師会は、別添委任状のとおり特定健診機関・特定保健指導機関から特定健診費用及び特定保健指導費用の受領に関する権限を委任されました。

ついては、当該費用を医師会へ支払い願います。

受任に当たっては、受領に関して知り得た機密に係る事項については、第三者に漏洩はいたしません。

また、委任者と医師会の間において紛争が発生した場合については、当事者間において解決するものとします。

平成 年 月 日

受任者 住 所

医 師 会 名

医 師 会 長 名

印

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿



# 特定健診・特定保健指導機関届(保険医療機関)

特定健診・特定保健指導機関として、下記のとおり届けます。

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 支部長 殿

届出者

住所  
氏名

印

①	特定健診・特定保健指導機関コード		機 関 の 種 別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関 <input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
②	名 称			
③	所 在 地	郵便番号	電話番号	
④	ホームページアドレス	http://		
⑤	経 営 主 体	病 院	診 療 所	
		国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 医療法人・社会福祉法人・その他の法人・個人	官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人・個人	
⑥	開 設 者 名			

⑦以降は、特定健診・特定保健指導の費用を支払基金に請求予定がある場合に記載して下さい。なお、他の代行機関へ費用を請求する予定がある場合は、それぞれの代行機関への届出が必要となります。

また、⑨については下記の□に✓を記入し「イ」の場合のみ⑨に記載願います。

- ア 診療報酬と同一の口座に振込を希望する。  
 イ 下記口座に振込を希望する。

受領に関する権限を医師会に委任する場合、医師会名を記入する。

受領に関する権限を医師会に委任する場合、医師会の振込口座情報を記入する。

「●●医師会 受領委任」と記入する。

⑦	請 求 者 名			
⑧	受 領 者 名			
⑨	振 込 銀 行	銀行	支店	科目
				当座・普通
	口 座 名 義 人			
⑩	請求開始年月日	平成 年 月 日	⑪ 請求形態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (ED) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン

(備考)

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。

2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。

3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

4 「請求形態」欄のオンラインを選択された場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。



# 特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 変 更 届

基金に届け出た内容のうち変更欄にチェックを入れた項目について変更し、下記のとおり届けます。

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所  
届出者 氏名 (印)

変 更 年 月 日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日											
①	特定健診・特定保健指導機関コード					変更 <input type="checkbox"/>	機関の種類		<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関		<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関	
変 更 <input type="checkbox"/>	② 名 称											
変 更 <input type="checkbox"/>	③ 所 在 地		郵便番号			電話番号						
変 更 <input type="checkbox"/>	④ ホームページアドレス		http:// _____									
変 更 <input type="checkbox"/>	⑥ 開 設 者 名											
変 更 <input type="checkbox"/>	⑦ 請 求 者 名											
変 更 <input type="checkbox"/>	⑧ 受 領 者 名											
変 更 <input type="checkbox"/>	⑨ 振 込 銀 行		銀行		支店		科目		口座番号			
変 更 <input type="checkbox"/>	口座名義人											
変 更 <input type="checkbox"/>	⑩ 請 求 形 態		<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン									
(備考)												

受領に関する権限を医師会に委任する場合は、医師会名を記入する。

受領に関する権限を医師会に委任する場合、記入の必要はありません。

「●●医師会 受領委任」と記入する。

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。

※2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。

※3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

※4 「請求形態」欄をオンラインに変更する場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

A 4 (210×297)



健診等機関が医師会に委任していた健診等費用の請求事務代行  
又は健診等費用の受領に関する権限委任を解除する場合

- 1 健診等機関が医師会に委任していた請求事務代行を解除する場合
  - (1) 医師会は、変更後の「健診等費用の請求の事務代行を行う特定健診・特定保健指導機関一覧」(別紙1)及び「健診等費用の請求の事務代行の委任解除を行う特定健診・特定保健指導機関一覧」(別紙2)を基金支部へ提出する。
  - (2) 医師会の請求事務代行を解除した健診等機関は、「特定健診・特定保健指導機関変更届」(別紙3)を基金支部へ提出する。
  
- 2 健診等機関が医師会への健診等費用の受領に関する権限の委任を解除する場合
  - (1) 健診等費用の受領に関する権限の委任を解除する健診等機関は、「委任解除届」(別紙4)を作成し、医師会へ提出する。

医師会は、当該委任解除届を取りまとめて基金支部へ提出する。

この場合、運用上、健診等機関に係る印鑑証明書の提出は不要とするが、委任解除届の最上部には、当該医師会が作成した「特定健診費用及び特定保健指導費用の受領委任の解除に係る承諾書」(別紙5)を添付する。
  - (2) 健診等費用の受領に関する権限の委任を解除する健診等機関は、委任解除に伴う振込口座情報の変更内容を、「特定健診・特定保健指導機関変更届」(別紙6)により基金支部へ提出する。

なお、医師会は、「特定健診・特定保健指導機関変更届」(別紙6)を取りまとめ、基金支部へ提出することも可能とする。



別紙

●●●医師会

健診等費用の請求の事務代行の委任解除を行う特定健診・特定保健指導機関一覧

	特定健診・特定保健指導 機関コード	名 称	機関の種別		機関別 送付希望
			特定健診 機 関	特定保健 指導機関	
1	1239999999	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX			
2	1238888888	OOOOOOOOOOOOOOOOOOOOOO			
3					
4					
5	請求事務代行の委任解除をする健診等機関の情報記載し、医師会から基金支部へ提出する。				
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					



# 特定健診・特定保健指導機関変更届

基金に届け出た内容のうち変更欄にチェックを入れた項目について変更し、下記のとおり届けます。

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所  
届出者 氏名

変更年 月 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日		変更 <input type="checkbox"/>	機関の種別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関	<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
変更 <input type="checkbox"/>	② 名称				
変更 <input type="checkbox"/>	③ 所在地	郵便番号	電話番号		
変更 <input type="checkbox"/>	④ ホームページアドレス	フリガナ http://			
変更 <input type="checkbox"/>	⑥ 開設者名				
変更 <input type="checkbox"/>	⑦ 請求者名				
変更 <input type="checkbox"/>	⑧ 受領者名				
変更 <input type="checkbox"/>	⑨ 振込銀行	銀行	支店	科目	口座番号
変更 <input type="checkbox"/>	口座名義人				
変更 <input type="checkbox"/>	⑩ 請求形態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン		経営主体 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 院 <input type="checkbox"/> 体 国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構 医療法人・社会福祉法人 その他の法人・個人 官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・その他の法人 個人 その他 都道府県・市町村・官公立・その他の公的・医療法人 社会福祉法人・財団法人・NPO・株式会社 その他の法人・個人 その他	
(備考)		健診等機関が請求する請求形態を記入する。		健診等機関が請求する請求者名を記入する。  「●●医師会請求委任解除」と記載する。	

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。 A 4 (210×297)

2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。

3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

4 「請求形態」欄をオンラインに変更する場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

(特一様式第7号)

特定健診・特定保健指導機関コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

# 委任解除届

私は、 社団法人〇〇医師会

に、下記の権限を委任  
(から下記の権限を受任)

していましたが、今般、都合によりこれを解除します。

該当する番号を選択する。

解除事項

- 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
- の請求に関すること。

- 4 特定健診費用
  - 5 特定保健指導費用
  - 6 特定健診費用及び特定保健指導費用
- の受領に関すること。

この箇所については使用しないこと。

委任者 住所 〇〇県〇〇市〇〇町1-2-3  
〇〇法人△△会□□病院  
氏名 理事長 基金 太郎 ㊟

又は 受任者 住所  
氏名 ㊟

平成 年 月 日

上記委任解除の件、承諾いたしました。

社会保険診療報酬支払基金\_\_\_\_\_支部長 殿

## 作成要領

- 1 解除事項は、番号を○で囲んでください。
- ~~2 本委任解除届状を提出する際、合意解約の場合には、委任者及び受任者双方の、また、委任者・受任者のいずれかが解除する場合には、いずれか一方の印鑑証明書（発行日から3か月以内）を添付してください。~~

特定健診費用及び特定保健指導費用の受領委任の解除に係る承諾書

社団法人〇〇医師会は、別添委任解除届の特定健診機関・特定保健指導機関の特定健診費用及び特定保健指導費用の受領に関する権限の委任解除を承諾しました。

平成 年 月 日

受任者 住 所  
医 師 会 名  
医 師 会 長 名

社会保険診療報酬支払基金\_\_\_\_\_支部長 殿

㊞



# 特 定 健 診 ・ 特 定 保 健 指 導 機 関 変 更 届

基金に届け出た内容のうち変更欄にチェックを入れた項目について変更し、下記のとおり届けます。

社会保険診療報酬支払基金 \_\_\_\_\_ 支部長 殿

平成 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

住所  
届出者 氏名

印

変 更 年 月 日 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日			変更 <input type="checkbox"/>	機関の種別	<input type="checkbox"/> ア 特定健診機関	<input type="checkbox"/> イ 特定保健指導機関
①	特定健診・特定保健指導機関コード					
変 更 <input type="checkbox"/>	②	名 称				
変 更 <input type="checkbox"/>	③	所 在 地	郵便番号	電話番号		
変 更 <input type="checkbox"/>	④	ホームページアドレス	フカナ http://		⑤ 病 院	国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的 大学病院(国立・公立・私立) 独立行政法人国立病院機構
変 更 <input type="checkbox"/>	⑥	開 設 者 名			主 体	国立病院・国立療養所・官公立・その他の公的・医療法人 公益社団法人・財団法人・NPO・株式会社 その他の法人・個人 その他
変 更 <input type="checkbox"/>	⑦	請 求 者 名				
変 更 <input type="checkbox"/>	⑧	受 領 者 名				
変 更 <input type="checkbox"/>	⑨	振 込 銀 行	銀行	支店	科目	口座番号
		口座名義人				
変 更 <input type="checkbox"/>	⑩	請 求 形 態	<input type="checkbox"/> ア 電子媒体 (CD-R) <input type="checkbox"/> イ 電子媒体 (FD) <input type="checkbox"/> ウ 電子媒体 (MO) <input type="checkbox"/> エ オンライン			
(備考)						

健診等機関が受領する受領者名を記入する。

医師会への委任を解除する場合は、健診等機関の口座情報を記入する。

「●●医師会 受領委任解除」と記載する。

※1 本届の内容のうち、①から⑤の事項については基金のホームページ上で公開いたします。A 4 (210×297)

2 本届の内容のうち、個人情報に該当する事項については、社会保険診療報酬支払基金の業務に用いるものであり、個人情報保護法第16条第3項に定める場合のほか、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。

3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行いホームページ上に公開いたします。

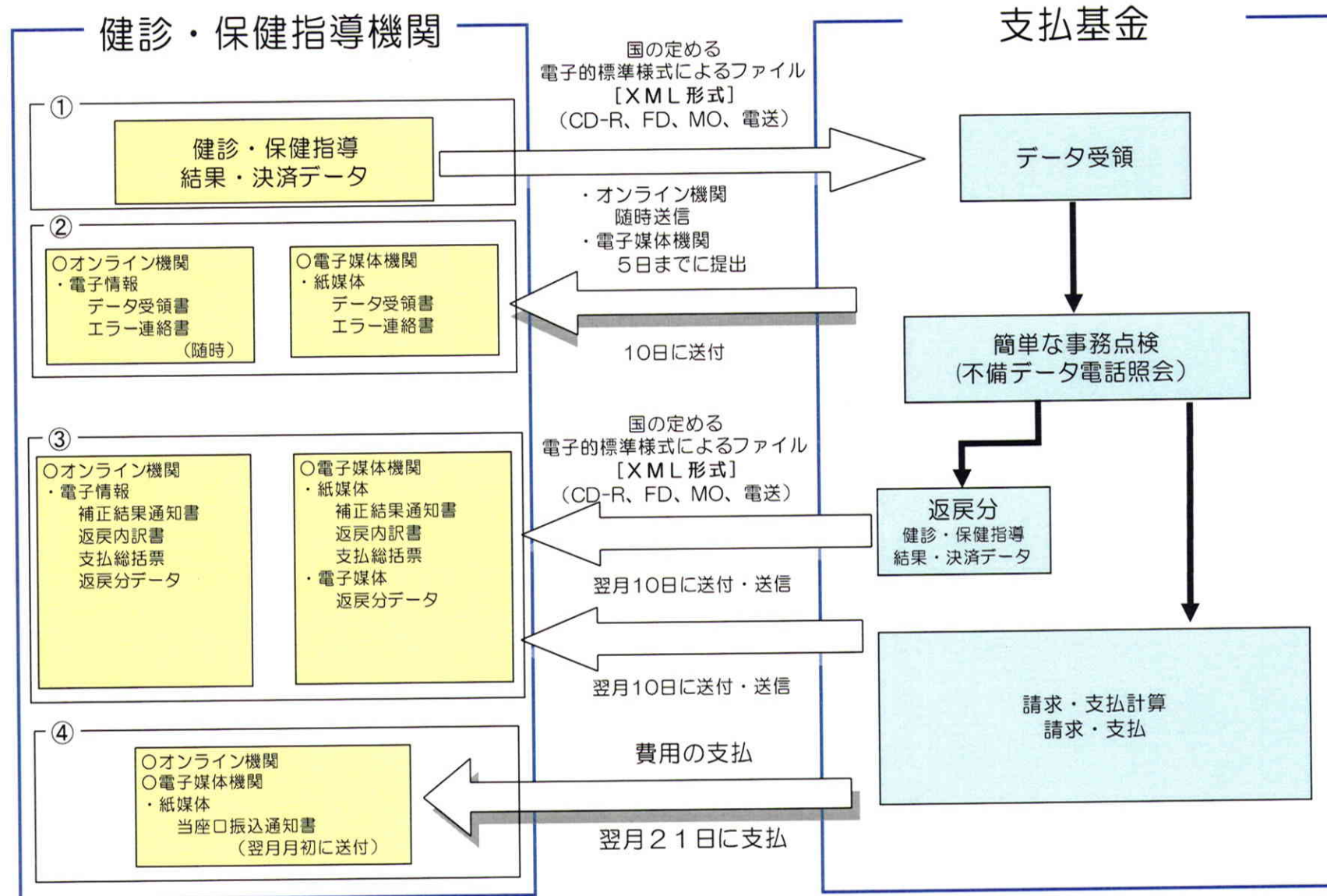
4 「請求形態」欄をオンラインに変更する場合は、別途「電子情報処理組織の使用に関する届出」及び「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

参考

# 健診・保健指導機関との 特定健康診査等データの 授受及び決済について

- 1 健診等データの授受及び決済の概要
- 2 関係帳票

# 1 健診等データの授受及び決済の概要



※ ①、②、③及び④の説明は次のとおり。



- ① 健診・保健指導結果・決済データの提出について  
国が定める電子的標準様式によるファイル(XML形式)で作成  
(電子媒体機関の場合)
  - ・提出用の電子媒体は、CD-R、FD又はMOのいずれかとします。
  - ・提出用のデータファイルは、支払基金が配布する暗号化・復号化ソフトにより暗号化して電子媒体に記録してください。
  - ・毎月5日までに所在都道府県支払基金へ持参又は郵送で提出してください。(オンライン機関の場合)
  - ・オンラインシステム(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を送信します。
  - ・随時送信可能としているが、前月6日から当月5日までに受け付けた分を決済単位とします。
  - ・オンラインで送信する場合、オンライン専用認証局が発行する電子証明書が必要です。
  
- ② データ受領書等の送信又は送付について  
(電子媒体機関の場合)
  - ・データ受領書及びエラー連絡書は、紙媒体で毎月10日頃に送付します。(オンライン機関の場合)
  - ・データ受領書及びエラー連絡書は、受付後随時配信します。
  - ・なお、配信した帳票は、PDFで表示又はCSVダウンロードできます。
  
- ③ 支払関係帳票及び返戻・過誤返戻データの送信又は送付について  
返戻・過誤返戻データは、国が定める電子的標準様式によるファイル(XML形式)で作成  
(電子媒体機関の場合)
  - ・支払総括票、返戻過誤調整内訳書及び補正結果内訳書は、紙で出力したものを毎月10日頃に送付します。
  - ・返戻・過誤返戻データファイルは、支払基金で暗号化したうえで、提出用の電子媒体と同じ種類(CD-R、FD又はMOのいずれか)の電子媒体にデータを記録して毎月10日頃に送付します。
  - ・なお、送付されたデータは、健診等機関で暗号化・復号化ソフトにより、復号化していただくこととなります。(オンライン機関の場合)
  - ・支払総括票、返戻過誤調整内訳書、補正結果内訳書及び返戻・過誤返戻データは、毎月10日頃配信します。
  - ・支払総括票、返戻過誤調整内訳書及び補正結果内訳書については、PDFで配信します。
  
- ④ 当座口振込通知書の送付について  
電子媒体機関及びオンライン機関ともに、支払翌月月初めに送付します。
  
- ⑤ 特定健診・特定保健指導支払総括票の送付について  
特定健診・特定保健指導に係る支払額の年間計(1月実施分～12月実施分)を、支払調書と併せて毎年2月に送付します。

## 2 関係帳票

### (1) 特定健診・特定保健指導データに係る電子媒体送付書

(特一様式第202号)

社会保険診療報酬支払基金〇〇支部 御中

住所  
開設者  
氏名

印

#### 特定健診・特定保健指導データに係る電子媒体送付書

機関コード			
機関名称			
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
提出年月日	平成	年	月 日
媒体種類	FD	MO	CD-R
媒体枚数	枚		

この電子媒体送付書は、特定健診・特定保健指導機関が、支払基金へ健診等データを電子媒体で提出するときに、電子媒体と併せて送付していただくものです。

## (2) 特定健診・特定保健指導 データ受領書

(特一機械様式第201号)

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  
社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

健診等機関：1214567890 基金病院 御中

特定健康診査 受付回： 1回 請求用ファイル名：1214567890\_88888888\_yyyymmdd0\_1.zip

種別	受診者・利用者数	請求金額
合計	46	620,000
受付不能		

- 1 このデータ受領書は、健診・保健指導機関から健診等データの提出を受けたときに、健診等データの授受を明らかにするため、支払基金のシステムに登録した都度、健診・保健指導機関へ送信又は送付します。
- 2 受付不能欄には、データに致命的なエラーがあり、支払基金で受付ができない場合に、そのデータ件数を印字します。



### (3) 特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書

(特一機械様式第200号)

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  
 社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

健診等機関：1214567890 基金病院 御中

特定健康診査 受付回： 1回 請求用ファイル名：1214567890\_88888888\_yyyymmdd0\_1.zip

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
000001	11223344	98765432100	ケンシントロウ	8,400	2211 「受診券整理番号」が未入力です
000023	11223344	98765432344	トクテイジロウ		2110 結果データファイルと決済データファイルとが一致しません「氏名」
000030	55667788	45468432115	ホケンサブロウ	11,000	2331 「請求区分」の値が正しくありません 2338 「単価（合計）」が未入力です

この受付エラー連絡書は、主としてデータ受領書の受付不能欄に印字した支払基金で受付できなかったデータの内容及びエラーの状況を健診・保健指導機関へお知らせする場合に送信又は送付します。

## (4) 特定健診・特定保健指導 支払総括票

(特一機械様式第401号)

### 特定健診・特定保健指導 支払総括票

健診等機関コード 99-9-9999999

平成 年 月分

健診等機関名 KKKKKKKKKKKKKKKKKKKKK 御中

社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

本書のとおり支払決定しましたので、ご連絡します

区 分		受診者数 利用者数	単価・算定金額	窓口負担金額等	金 額	備 考
特定 健康 診 査	当初請求					
	補 正					
	返戻・過誤					
特定 保 健 指 導	当初請求					1 この支払総括票は、健診・保健指導機関へ支払額をお知らせする帳票 で、毎月10日まで(毎月5日までに提出いただいた健診等データに係るも のを翌月10日まで)に送信又は送付します。 2 当初請求欄は、支払基金で受付した実績(受付エラー分を除く。)を印字 します。 3 補正欄は、健診・保健指導機関へ照会の上、支払基金で補正した金額 等を印字します。 4 返戻・過誤欄は、返戻照会を行うデータ及び保険者から過誤返戻された データの金額等を印字します。 5 支払確定の金額欄に支払決定額を印字します。
	補 正					
	返戻・過誤					
合 計	当初請求					
	補 正					
	返戻・過誤					
支 払 確 定						
備 考						

## (5) 特定健診・特定保健指導 返戻過誤調整内訳書

(特一機械様式第410号)

### 特定健診・特定保健指導 返戻過誤調整内訳書

平成 年 月分

社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

県No	区分	機関コード								
受診年月	保険者番号	受診券・利用券整理番号	受診者・利用者氏名	実施区分	返戻理由コード	過誤返戻理由コード	単価・算定金額	窓口負担金額等	請求金額	備考
99/99										
<p>1 この返戻過誤調整内訳書は、支払総括票の返戻・過誤欄に印字されたデータの詳細をお知らせするときに作成します。</p> <p>2 支払総括票とともに、送信又は送付します。</p> <p>3 返戻過誤調整内訳書に印字された健診結果・決済データ及び保健指導データ・決済データは、電子データで送信又は送付します。</p>										

	実施区分	受診者・利用者数(合計)	単価・算定金額(合計)	窓口負担金額等(合計)	請求金額(合計)
特定健康診査	1				
特定保健指導	動機付け支援				
	積極的支援				
	小計	2			
合計					

ZZ9/ZZ9



## (6) 特定健診・特定保健指導 補正結果内訳書

(特一機械様式第411号)

### 特定健診・特定保健指導 補正結果内訳書

平成 年 月分

社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

受診年月	保険者番号	受診券・利用券整理番号	受診者・利用者氏名	実施区分	補正内容

1 この補正結果内訳書は、支払総括票の補正欄に印字された支払基金で補正した結果の詳細をお知らせするときに作成します。  
 2 支払総括票とともに、送信又は送付します。

## (7) 特定健診・特定保健指導機関別取下げ依頼書

(特一様式第10号)

### 特定健診・特定保健指導機関別取下げ依頼書

社会保険診療報酬支払基金〇〇支部 御中

平成 年 月 日

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

---

- この様式は、健診結果・決済データ及び保健指導・決済データを提出したが、健診・保健指導機関で誤りを発見し、当該データを取下げる場合に作成し、支払基金に提出します。
- オンラインで提出する健診・保健指導機関は、オンラインにより提出することができます。
- 取下げデータは、返戻・過誤返戻と同様に処理することとなります。

下記理由により特定健診・特定保健指導データを取下げ願います。

保険者番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

受診券整理番号 利用券整理番号											
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

実施年月	平成	年	月
------	----	---	---

処理年月 (提出年月)	平成	年	月
----------------	----	---	---

受診者・利用者氏名 (カタカナ)	
---------------------	--

男女区分	男 ・ 女
------	-------

生年月日	明治・大正 昭和・平成	年	月	日
------	----------------	---	---	---

取下げ理由(50文字以内)														

(8) その他関係帳票

ア 当座口振込通知書  
診療報酬と同様とします。

イ 特定健診・特定保健指導支払総括票  
次ページのとおり。



## (9) 特定健診・特定保健指導 支払総括票

(特一機械様式第440号)

### 特定健診・特定保健指導 支払総括票

健診等機関：1214567890

社会保険診療報酬支払基金〇〇支部

基金病院 御中

平成 年 1月分～平成 年 12月分の支払金額については、本書のとおりですのでご連絡します。

区分	支払金額
特定健康診査	円
特定保健指導	円
合計	円