



本後高事管 000189
平成 20 年 9 月 18 日

都道府県基金幹事長 殿

基金本部後期高齢者医療部長
(公 印 省 略)

特定健診・特定保健指導のデータファイルに係る
確認試験の実施について（通知）

標記については、本年 3 月 13 日付け基情発第 210 号により、基金支部から特定健診・特定保健指導機関（以下「健診等機関」という。）あて連絡したところですが、5 月処理以降、特定健診・特定保健指導のデータファイル（以下「健診等データファイル」という。）の提出があった健診等機関において受付無効（L1 及び L2 エラー）が散見され、今後、更に特定健診・特定保健指導の件数増加が見込まれることから、受付無効の発生を未然に防ぎ、円滑な健診等費の決済を行うため、再度、確認試験の実施について健診等機関あて下記のとおり周知願います。

記

1 対象となる健診等機関

集合契約に参加しており、今後、支払基金へ健診等データファイルの提出が見込まれる健診等機関へ連絡すること。

なお、既に健診等データファイルが提出された健診等機関及び都道府県・郡市区医師会（以下「医師会」という。）に請求の事務代行を依頼している健診等機関については、連絡は要しないこと。

(1) 電子媒体により健診等データファイルを請求する場合

特定健診・特定保健指導機関届（以下「健診等機関届」という。）の請求形態で電子媒体を選択している健診等機関に対しては、別紙 1 を参考として連絡すること。

なお、医師会が健診等機関の健診等費に係る請求事務代行を行う場合、別紙 2 を参考として当該医師会あて連絡すること。

(2) オンラインにより健診等データファイルを請求する場合

健診等機関届の請求形態でオンラインを選択している健診等機関に対しては、別紙 3 を参考として連絡すること。

2 連絡方法

診療報酬等明細書（9月処理分）の返戻発送時等に併せて送付すること。

3 申込期日

確認試験の健診等機関からの申込期日については、毎月15日から月末までの間としているが、申込期日以外に確認試験の申込があった場合についても、可能な限り対応すること。

本件に関する問合せ先

後期高齢者医療部 事業管理課

鈴木・小柴・宮内

IP TEL. 内線発信番号 + 48 + 478・479

平成 20 年〇月〇〇日

特定健診・特定保健指導機関 各位

〇〇〇社会保険診療報酬支払基金

特定健診・特定保健指導のデータファイルに係る
確認試験の実施について（お知らせ）

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

さて、本年 4 月から特定健診・特定保健指導が実施されたことに伴い、特定
健診・特定保健指導機関（以下「健診等機関」という。）から支払基金に特定
健診・特定保健指導の費用（以下「健診等費」という。）の請求に係る特定健
診・特定保健指導データファイル（以下「健診等データファイル」という。）
が提出されているところではありますが、特定健診・保健指導決済システムにお
いて受付エラーが散見されています。受付エラーとなった場合には、健診等デ
ータファイルの再作成に労力を要するばかりではなく再請求の時期によって
は、健診等費の支払が遅延となる場合があります。

つきましては、受付エラーを未然に防ぎ特定健診等関係業務の円滑な運用に
向けて、再度、確認試験について下記のとおりご案内させていただきますので、
ご協力の程、よろしくお願いいたします。

記

1 健診等データファイルの作成等

- (1) 健診等データファイルは、貴健診等機関が使用するソフトウェアにより
作成してください。
- (2) 健診等データファイルの記録内容については、貴健診等機関において任
意に作成してください。ただし、請求先の保険者番号・契約情報等につい
ては、別添 1 を基に作成してください。
- (3) 作成する健診等データの件数は、特定健診・特定保健指導各々 20 件以
内を目安に作成してください。（特定健診・特定保健指導のどちらか一方
でも構いません。）
- (4) 作成した健診等データファイルは、支払基金から送付した「暗号化・復
号化ソフト」により暗号化して提出してください。
- (5) 提出する電子媒体は、別添 2 により貴健診等機関名、貴健診等機関コー
ド及び提出年月日を表記願います。

また、電子媒体を提出する際は、「電子媒体による特定健診・特定保健指導のデータの請求に係る確認試験依頼書」（別添 3）の必要事項を記入の上、電子媒体と併せて提出願います。

2 確認試験の結果

- (1) 確認試験の結果については、「データ受領書（確認試験）」によりご連絡します。
- (2) 健診等データファイルに記録条件等の不備があった場合、前(1)に併せて「受付エラー連絡書（確認試験）」によりご連絡します。
- (3) 確認試験の結果については、実施後速やかに前(1)及び(2)を送付することとしています。

3 申込期日

毎月 15 日から月末まで受付しています。

4 健診等データチェック仕様

支払基金において行う健診等データチェックの詳細などを支払基金ホームページ (<http://www.ssk.or.jp>) の特定健診・特定保健指導情報において公表していますのでご参照願います。

別添1 確認試験に係る条件設定について

1 支払基金番号

94899010

2 特定健診等機関

自機関の機関コード、所在地等を使用

3 受診券情報

保険者番号	受診券整理番号	有効期限	基本的な健診		詳細な健診			
			単価	窓口負担	単価			窓口負担
					貧血検査	心電図検査	眼底検査	
06019913	0810000001~08100001000	2009/3/31	5,000円	10%(定率)	800円	1,000円	700円	20%
	08100001500~08100002000	2009/3/31	5,000円	1,000円(定額)	800円	1,000円	700円	500円
	08100002500~08100003000	2009/3/31	5,000円	4,000円(保険者上限額)	800円	1,000円	700円	10%
	08100003500~08100004000	2009/3/31	5,000円	15%(定率)	800円	1,000円	700円	20%
	08100004500~08100005000	2009/3/31	5,000円	4,500円(保険者上限額)	800円	1,000円	700円	500円

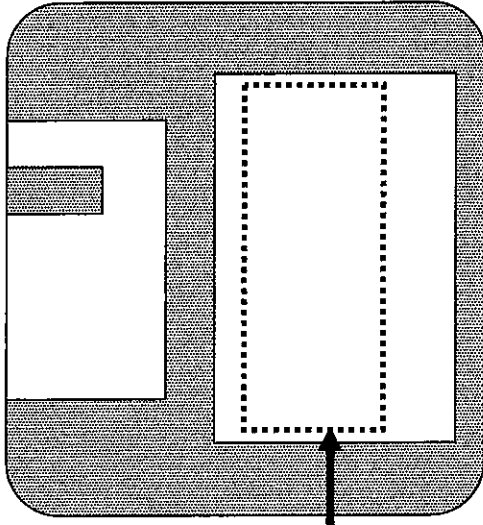
4 利用券情報

保険者番号	支払割合			実績評価時:60%			途中終了時:50%		
	利用券整理番号	有効期限	単価	積極的支援			動機づけ支援		
				窓口負担	窓口負担	窓口負担	有効期限	単価	窓口負担
06019913	08200001000~08200001500	2009/3/31	30,000円	10%(定率)	08300000001~08300001000	2009/3/31	10,000円	10%(定率)	
	08200002000~08200002500	2009/3/31	30,000円	5,000円(定額)	08300001001~08300001500	2009/3/31	10,000円	3,000円(定額)	
	08200003000~08200003500	2009/3/31	30,000円	25,000円(保険者上限額)	08300002000~08300002500	2009/3/31	10,000円	7,000円(保険者上限額)	
	08200004000~08200004500	2009/3/31	30,000円	25%(定率)	08300003000~08300003500	2009/3/31	10,000円	20%(定率)	
	08200005000~08200005500	2009/3/31	30,000円	10,000円(定額)	08300004000~08300004500	2009/3/31	10,000円	5,000円(定額)	

確認試験提出用電子媒体への表記

1 FD又はMOへの貼付ラベル

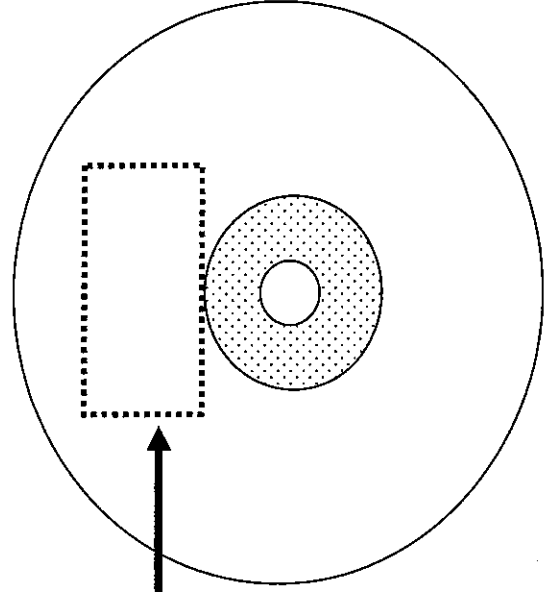
確認試験 健診等機関名 健診等機関コード 提出年月日	年	月	日
-------------------------------------	---	---	---



2 CD-Rへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入してください。

確認試験 健診等機関名 健診等機関コード 提出年月日	年	月	日
-------------------------------------	---	---	---



平成 年 月 日

御中

住 所
請求者
氏 名

㊞

電子媒体による特定健診・特定保健指導のデータの請求に係る確認試験依頼書

電子媒体による特定健診・特定保健指導のデータを請求するに当たり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

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									
所 在 地	〒								
電 話 番 号	()								
担 当 者									
提 出 媒 体	C D - R			F D			M O		
特定健診・保健指導別 提出データ件数	特定健診				特定保健指導				
	件				件				
備 考									

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、電子媒体で請求する場合、特定健診・特定保健指導のデータが国が定める電子的な標準様式の記録条件及び支払基金の事務点検チェック条件に適合しているかどうか事前に確認したいときに作成し、電子媒体と併せて提出すること。
- 2 本依頼書の提出期日は、確認試験を実施する月の15日から月末までとすること。
- 3 「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」、「所在地」及び「電話番号」欄には、特定健診・特定保健指導機関届で届け出た記載内容を記入すること。
- 4 「担当者」欄は、この確認試験に当たって、照会事項等が生じた場合に対応できる者を記入すること。
- 5 「提出媒体」欄には、特定健診・特定保健指導のデータを格納する電子媒体の種類について、該当するものに○を付けること。
- 6 「特定健診・保健指導別提出データ件数」欄は、特定健診又は特定保健指導のいずれかに○を付し（両方の場合は、両方に○）、格納されているデータ件数を記入すること。

平成 20 年〇月〇〇日

都道府県・郡市区医師会 御中

〇〇〇社会保険診療報酬支払基金

特定健診・特定保健指導のデータファイルに係る
確認試験の実施について（お知らせ）

平素は支払基金の業務処理につきまして、格別のご理解・ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年 4 月から特定健診・特定保健指導が実施されたことに伴い、請求事務代行を行っている都道府県・郡市区医師会（以下「医師会」という。）及び特定健診・特定保健指導機関（以下「健診等機関」という。）から支払基金に特定健診・特定保健指導の費用（以下「健診等費」という。）の請求に係る特定健診・特定保健指導データファイル（以下「健診等データファイル」という。）が提出されているところでありますが、特定健診・保健指導決済システムにおいて受付エラーが散見されています。受付エラーとなった場合には、健診等データファイルの再作成に労力を要するばかりではなく再請求の時期によっては、健診等費の支払が遅延となる場合があります。

つきましては、受付エラーを未然に防ぎ特定健診等関係業務の円滑な運用に向けて、再度、確認試験について下記のとおりご案内させていただきますので、ご協力の程、よろしくお願いいたします。

記

1 健診等データファイルの作成等

- (1) 健診等データファイルは、貴医師会が使用するソフトウェアにより作成してください。
- (2) 健診等データファイルの記録内容については、貴医師会において任意に作成してください。ただし、請求先の保険者番号・契約情報等については、別添 1 を基に作成してください。
- (3) 作成する健診等データの件数は、特定健診・特定保健指導各々 20 件以内を目安に作成してください。（特定健診・特定保健指導のどちらか一方でも構いません。）
- (4) 作成した健診等データファイルは、支払基金から送付した「暗号化・復号化ソフト」により別添 2 を参考として暗号化の上、提出してください。
- (5) 提出する電子媒体は、別添 3 により貴医師会名、貴医師会コード及び提

出年月日を表記願います。

また、電子媒体を提出する際は、「電子媒体による特定健診・特定保健指導のデータの請求に係る確認試験依頼書」（別添 4）の必要事項を記入の上、電子媒体と併せて提出願います。

2 確認試験の結果

- (1) 確認試験の結果については、「データ受領書（確認試験）」によりご連絡します。
- (2) 健診等データファイルに記録条件等の不備があった場合、前(1)に併せて「受付エラー連絡書（確認試験）」によりご連絡します。
- (3) 確認試験の結果については、実施後速やかに前(1)及び(2)を送付することとしています。

3 申込期日

毎月 15 日から月末まで受付しています。

4 健診等データチェック仕様

支払基金において行う健診等データチェックの詳細などを支払基金ホームページ (<http://www.ssk.or.jp>) の特定健診・特定保健指導情報において公表していますのでご参照願います。

別添1

確認試験に係る条件設定について

1 支払基金番号

94899010

2 特定健診等機関

自機関の機関コード、所在地等を使用

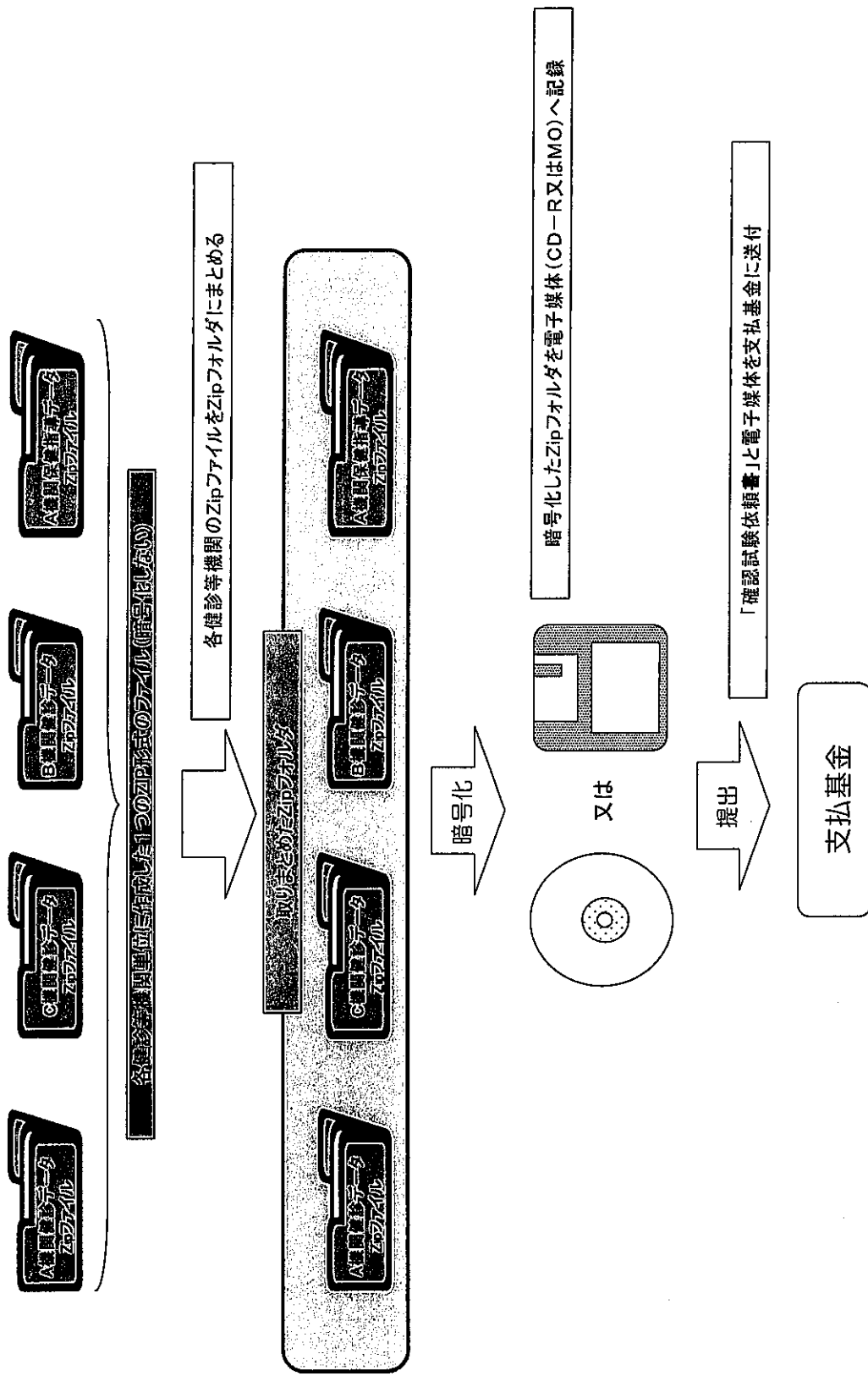
3 受診券情報

保険者番号	受診券整理番号	有効期限	基本的な健診		詳細な健診			
			単価	窓口負担	単価			窓口負担
					貧血検査	心電図検査	眼底検査	
06019913	08100000001~08100001000	2009/3/31	5,000円	10%(定率)	800円	1,000円	700円	20%
	08100001500~08100002000	2009/3/31	5,000円	1,000円(定額)	800円	1,000円	700円	500円
	08100002500~08100003000	2009/3/31	5,000円	4,000円(保険者上限額)	800円	1,000円	700円	10%
	08100003500~08100004000	2009/3/31	5,000円	15%(定率)	800円	1,000円	700円	20%
	08100004500~08100005000	2009/3/31	5,000円	4,500円(保険者上限額)	800円	1,000円	700円	500円

4 利用券情報

保険者番号	支払割合		積極的支援		勤務づけ支援						
	開始時:40%	実績評価時:60%	有効期限	単価	窓口負担	利用券整理番号			有効期限	単価	窓口負担
						利用券整理番号	利用券整理番号	利用券整理番号			
06019913	2009/3/31	2009/3/31	30,000円	10%(定率)	5,000円(定額)	08200001000~08200001500	08300000001~08300001000	08300000001~08300001000	2009/3/31	10,000円	10%(定率)
						08200002000~08200002500	08300001001~08300001500	08300001001~08300001500	2009/3/31	10,000円	3,000円(定額)
						08200003000~08200003500	08300002000~08300002500	08300002000~08300002500	2009/3/31	10,000円	7,000円(保険者上限額)
						08200004000~08200004500	08300003000~08300003500	08300003000~08300003500	2009/3/31	10,000円	20%(定率)
						08200005000~08200005500	08300004000~08300004500	08300004000~08300004500	2009/3/31	10,000円	5,000円(定額)

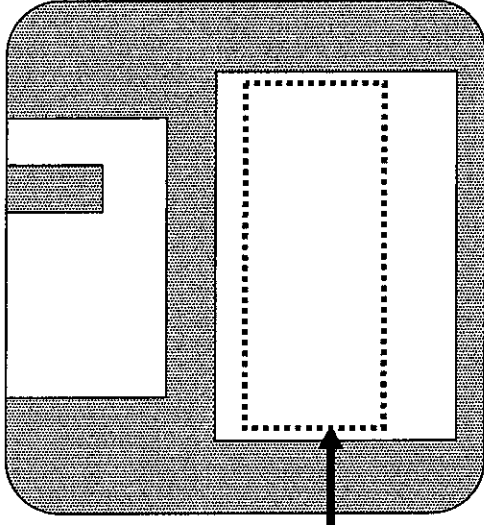
都道府県・市区医師会が代行提出する場合の提出方法



確認試験提出用電子媒体への表記

1 MOへの貼付ラベル

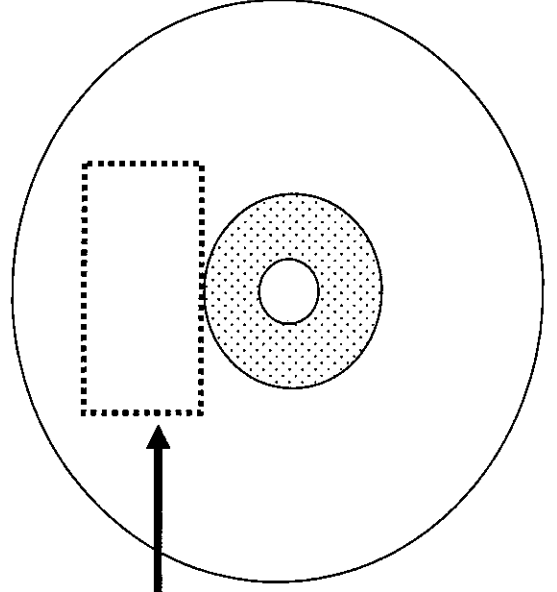
確認試験 医師会名 医師会コード 提出年月日	年	月	日
---------------------------------	---	---	---



2 CD-Rへの表記

ラベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入してください。

確認試験 医師会名 医師会コード 提出年月日	年	月	日
---------------------------------	---	---	---



御中

住 所
請求者
氏 名

㊟

電子媒体による特定健診・特定保健指導のデータの請求に係る確認試験依頼書

電子媒体による特定健診・特定保健指導のデータを請求するに当たり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

医 師 会 コ ー ド								
医 師 会 名								
所 在 地	〒							
電 話 番 号	()							
担 当 者								
提 出 媒 体	CD-R				MO			
特定健診・保健指導別 提出データ件数	特定健診				特定保健指導			
	件				件			
備 考								

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、電子媒体で請求する場合、特定健診・特定保健指導のデータが国が定める電子的な標準様式の記録条件及び支払基金の事務点検チェック条件に適合しているかどうか事前に確認したいときに作成し、電子媒体と併せて提出すること。
- 2 本依頼書の提出期日は、確認試験を実施する月の15日から月末までとすること。
- 3 「医師会コード」、「医師会名」、「所在地」及び「電話番号」欄は、必ず記入すること。
- 4 「担当者」欄は、この確認試験に当たって、照会事項等が生じた場合に対応できる者を記入すること。
- 5 「提出媒体」欄には、特定健診・特定保健指導のデータを格納する電子媒体の種類について、該当するものに○を付けること。
- 6 「特定健診・保健指導別提出データ件数」欄は、特定健診又は特定保健指導のいずれかに○を付し（両方の場合は、両方に○）、格納されているデータ件数を記入すること。

平成 20 年〇月〇〇日

特定健診・特定保健指導機関 各位

〇〇〇社会保険診療報酬支払基金

特定健診・特定保健指導のデータファイルに係る
確認試験の実施について（お知らせ）

平素は支払基金の業務処理につきまして、格別のご理解・ご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本年 4 月から特定健診・特定保健指導が実施されたことに伴い、特定健診・特定保健指導機関（以下「健診等機関」という。）から支払基金に特定健診・特定保健指導の費用（以下「健診等費」という。）の請求に係る特定健診・特定保健指導データファイル（以下「健診等データファイル」という。）が提出されているところではありますが、特定健診・保健指導決済システムにおいて受付エラーが散見されています。受付エラーとなった場合には、健診等データファイルの再作成に労力を要するばかりではなく再請求の時期によっては、健診等費の支払が遅延となる場合があります。

つきましては、受付エラーを未然に防ぎ特定健診等関係業務の円滑な運用に向けて、再度、確認試験について下記のとおりご案内させていただきますので、ご協力の程、よろしくお願いいたします。

記

1 健診等データファイルの作成等

- (1) 健診等データファイルは、貴健診等機関が使用するソフトウェアにより作成してください。
- (2) 健診等データファイルの記録内容については、貴健診等機関において任意に作成してください。ただし、請求先の保険者番号・契約情報等については、別添を基に作成してください。

2 特定健診・特定保健指導データファイルの送信及び結果

〇月〇〇日に送付しました「特定健診・保健指導決済システム操作手順書【運用】編」の「9 確認試験」により送信及び結果の確認をしてください。

3 確認試験運用期間

平日の 9:00 ～ 21:00 （土・日・祝日及び 12 月 29 日～1 月 3 日を

除きます。)

4 健診等データチェック仕様

支払基金において行う健診等データチェックの詳細などを支払基金ホームページ (<http://www.ssk.or.jp>) の特定健診・特定保健指導情報において公表していますのでご参照願います。

別添 確認試験に係る条件設定について

1 支払基金番号

94899010

2 特定健診等機関

自機関の機関コード、所在地等を使用

3 受診券情報

保険者番号	受診券整理番号	有効期限	基本的な健診		詳細な健診			
			単価	窓口負担	単価			窓口負担
					貧血検査	心電図検査	眼底検査	
06019913	08100000001~08100001000	2009/3/31	5,000円	10%(定率)	800円	1,000円	700円	20%
	08100001500~08100002000	2009/3/31	5,000円	1,000円(定額)	800円	1,000円	700円	500円
	08100002500~08100003000	2009/3/31	5,000円	4,000円(保険者上限額)	800円	1,000円	700円	10%
	08100003500~08100004000	2009/3/31	5,000円	15%(定率)	800円	1,000円	700円	20%
	08100004500~08100005000	2009/3/31	5,000円	4,500円(保険者上限額)	800円	1,000円	700円	500円

4 利用券情報

保険者番号	利用券整理番号	有効期限	積極的支援		勤機つり支援			
			単価	窓口負担	利用券整理番号	単価	有効期限	窓口負担
06019913	08200001000~08200001500	2009/3/31	30,000円	10%(定率)	08300000001~08300001000	10,000円	2009/3/31	10%(定率)
	08200002000~08200002500	2009/3/31	30,000円	5,000円(定額)	08300001001~08300001500	10,000円	2009/3/31	3,000円(定額)
	08200003000~08200003500	2009/3/31	30,000円	25,000円(保険者上限額)	08300002000~08300002500	10,000円	2009/3/31	7,000円(保険者上限額)
	08200004000~08200004500	2009/3/31	30,000円	25%(定率)	08300003000~08300003500	10,000円	2009/3/31	20%(定率)
	08200005000~08200005500	2009/3/31	30,000円	10,000円(定額)	08300004000~08300004500	10,000円	2009/3/31	5,000円(定額)