

特定健診等費用の請求及び支払に関する取扱い等について

1 特定健診等費用の請求及び支払に関する取扱い

- (1) 特定健診等費用の請求及び支払に関する取扱いは、国保保険者等（市町村国保、国保組合）と健診機関（各医師会）との委託契約により定められます。
- (2) 国保保険者が国保連合会に特定健診等費用の支払を委託している場合は、その費用を「福島県国保連合会」に請求してください。他県の国保保険者分も同様です。
- (3) 国保保険者が国保連合会に特定健診等費用の支払を委託していない場合は、国保保険者に直接請求してください。
- (4) 請求先について詳しくは、契約書の内容を確認してください。
- (5) 後期高齢者の健診等費用の請求先については、福島県後期高齢者医療広域連合に確認してください。

2 福島県国保連合会への請求について

(1) 電子媒体の場合

ア 請求受付期間は、毎月1日から5日（5日が土日祝日の場合は、その翌平日）までです。

イ 土日祝日は、受付をしていません。

ウ 持参する場合は、午後5時までに提出してください。

エ 郵便等で送付する場合は、受付最終日必着で送付してください。

オ 受付最終日までに受理できませんと、当月の受付処理に間に合わず、翌月の受付扱いとなる場合があります。

カ 別紙「特定健診・特定保健指導データに係る電子媒体送付書」を添付してください。送付書の用紙はコピーしてお使いください。

(2) 提出先

〒960-8043 福島市中町3-7 福島県国保会館

福島県国民健康保険団体連合会 事業振興課 保健事業係

（持参する場合は、必ず、事業振興課保健事業係の事務室に提出してください。）

(3) 注意事項

ア 電子媒体を郵便等で送付する場合は、必ず封筒に「特定健診等データ」と記入してください。

イ 診療報酬等の電子媒体と同封して提出する場合は、特定健診等データが同封されていることが分かるように、個別の封筒等に入れてください。

ウ 診療報酬等の電子媒体に混入しますと、当月の受付処理に間に合わず、翌月の受付扱いとなる場合があります。

- エ 特定健診等の受付締切日は、診療報酬等の受付締切日と異なります。
- オ 月遅れ分の請求（再請求を含む）は、当月分の請求とまとめてデータを作成してください。
- カ 電子媒体には、「健診等機関番号」等を記載してください。詳しくは、「提出用電子媒体に添付するラベルと記載方法」を参照してください。
- キ 電子媒体を郵便等で送付する場合は、破損防止のためエアークラップ等の緩衝材で梱包してください。
- ク 提出された電子媒体を返却することはできません。

(2) オンラインの場合

- ア 請求受付期間は、毎月6日から翌月5日（5日が土日祝日の場合は、その翌平日）までです。
- イ 前月末までに実施した分のみ請求してください。当月実施分を受付することはできません。

3 特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書について

- (1) 受付できない請求あった場合は、「特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書」を送付します。エラー内容を確認し、翌月に再度請求してください
- (2) 「受付エラー連絡書」は、請求当月の15日頃に送付します。

4 取り下げ依頼について

- (1) 請求直後に請求を取り下げたい場合は、福島県国保連合会の事務担当に連絡してください。「取り下げ依頼書」を送付します。
- (2) 取り下げ依頼受付期間は、請求提出月の10日（10日が土日祝日の場合は、その翌平日）までです。
- (3) 取り下げ依頼は、全件取り下げの場合のみ受付します。
- (4) 再請求が必要な場合は、翌月受付分として請求してください。

5 過誤申立てについて

- (1) 支払確定後の請求を取り下げたい場合は、請求先の保険者に過誤申立てを行ってください。
- (2) 過誤申立ての結果については、調整月の翌月15日頃に「過誤調整結果通知書」を送付します。
- (3) 過誤申立てによる調整額が当月支払額から相殺ができない場合は、返金用の納付書を送付します。

6 返戻について

- (1) 国保連合会における点検の結果、誤りがあった請求は返戻になります。
- (2) 返戻になる請求があった場合は、請求月の翌月15日頃に「返戻一覧表」を送付します。

7 支払について

- (1) 支払日は、請求月の翌月月末日（月末日が土日祝日の場合は、その前平日）です。
- (2) 「特定健診等費用の請求及び受領に関する届」により届けのあった口座に振り込みます。
- (3) 支払額については、毎月15日頃に「支払額通知書」及び「支払額内訳書」を送付します。
- (4) 医師会が傘下の健診機関の請求を取りまとめて提出する場合は、医師会への「一括支払」と各健診機関への個別支払のいずれかを選択することができます。一括支払の場合は、「支払額通知書」を医師会へ、「支払額内訳書」を各健診機関へ送付します。

8 福島県国保連合会の代行機関番号等について

- (1) 代行機関番号：90799024
- (2) 名称：福島県国民健康保険団体連合会
- (3) 郵便番号：9608043
- (4) 住所：福島市中町3番7号
- (5) 電話番号：0245232700
- (6) 請求データを作成する場合は、郵便番号及び電話番号に「-」を使わないでください。

<事務担当>

福島県国民健康保険団体連合会

事業振興課 保健事業係

〒960-8043

福島県福島市中町3番7号

福島県国保会館

電話：024-523-2754

FAX：024-523-2704

提出用電子媒体に添付するラベルの記載方法

① CD-Rへの記載

シールは使用せずに、直接、油性マジックなどで、レーベル面に直接記載してください。



各種帳票について

①特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡票：送付単位に作成される

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
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。

②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
年 月 処理分

1 / 1 頁
年 月 日 作成
国民健康保険団体連合会

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	種 別	実施年月日 単価合計	返戻 コード	エラ ー 内 容
00131305	保険者01	101	エラーテスト10		決 済	2009/02/01 3,500	04	基本健診の保険者請求金額が健診等契約マスタの生活機能評価差引額以下となっています。
09131310001	ジュシシ タロウ	101	エラーテスト10_1		決 済	2009/02/01 3,900	04	追加健診の保険者請求金額が健診等契約マスタの生活機能評価差引額以下となっています。
00131305	保険者01	101	エラーテスト10_2		決 済	2009/02/01 5,400	04	詳細健診(貧血)の保険者請求金額が健診等契約マスタの生活機能評価差引額以下となっています。
09131310003	ジュシシ サブロウ	101	エラーテスト10_3		決 済	2009/02/01 5,400	04	詳細健診(心電図)の保険者請求金額が健診等契約マスタの生活機能評価差引額以下となっています。
00131305	保険者01	101	エラーテスト10_4		決 済	2009/02/01 5,400	04	追加健診の保険者請求金額が健診等契約マスタの生活機能評価差引額以下となっています。
09131310005	ジュシシ ゴロウ	101	エラーテスト10_5		決 済	2009/02/01 5,400	04	追加健診の保険者請求金額が健診等契約マスタの生活機能評価差引額以下となっています。
00131305	保険者01	101	エラーテスト10_6		決 済	2009/02/01 5,400	04	追加健診の保険者請求金額が健診等契約マスタの生活機能評価差引額以下となっています。
09131310007	ジュシシ シタロウ	101	エラーテスト10_7		決 済	2009/02/01 5,400	04	追加健診の保険者請求金額が健診等契約マスタの生活機能評価差引額以下となっています。
00131305	保険者01	101	エラーテスト10_7		決 済	2009/02/01 5,400	04	追加健診の保険者請求金額が健診等契約マスタの生活機能評価差引額以下となっています。

F011001

③ 支払額通知書：健診等機関ごとに、金融機関情報、支払日、支払額を通知するもの

〒 8XXXXXX 22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 22XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 20XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	<h3 style="margin: 0;">支払額通知書</h3> <p style="margin: 0;">(2X 2X年 2X月 受付分)</p> <p style="margin: 0;">2X 2X年 2X月 2X日 作成 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</p> <p style="margin: 0;">健診等費用について支払決定し、金融機関に送金しますので通知いたします。</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">金融機関名</td> <td>15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> </tr> <tr> <td>支店名</td> <td>15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</td> </tr> <tr> <td>支払日</td> <td>2X 2X年 2X月 2X日</td> </tr> </table>	金融機関名	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	支店名	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	支払日	2X 2X年 2X月 2X日	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 70%; text-align: center;">支払金額 (振込金額)</td> <td style="width: 30%; text-align: center;">11XXXXXXXXXX 円</td> </tr> </table>	支払金額 (振込金額)	11XXXXXXXXXX 円
金融機関名	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										
支店名	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										
支払日	2X 2X年 2X月 2X日										
支払金額 (振込金額)	11XXXXXXXXXX 円										

④ 支払額内訳書：支払確定額の詳細を保険者、請求内容ごとにまとめたもの

<h2 style="margin: 0;">支 払 額 内 訳 書</h2> <p style="margin: 0;">(2X 2X年 2X月 受付分)</p>										
10XXXXXXXX 40XX										3X / 3X 頁
健診等機関番号	10XXXXXXXX 40XX									
10XXXXXXXX 40XX										2X 2X年 2X月 2X日 作成
15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX										15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
保険者等 番号	保険者等名称	特定健診分					特定保健指導分			保険者負担 金額 (円)
		件数	基本 (円)	詳細 (円)	追加 (円)	人間ドック (円)	件数	種別の (円)	動機付け (円)	
8XXXXXX	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
8XXXXXX	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
8XXXXXX	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
8XXXXXX	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
8XXXXXX	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
8XXXXXX	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
8XXXXXX	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
8XXXXXX	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
8XXXXXX	15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX 15XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
当月受付決定		7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	7XXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX	11XXXXXXXXXX
過誤調整										11XXXXXXXXXX
支払決定										11XXXXXXXXXX

受付・点検等の流れ（電子媒体）

