

令和 年 月 日

福岡県国民健康保険団体連合会 御中

請求者 住 所
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あたり、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 | FD | | | MO | | | CD-R | | |
| 特定健診・特定保健指導別 提出データ件数 | 特定健診 | | | | 特定保健指導 | | | | |
| | 件 | | | | 件 | | | | |
| 備 考 | | | | | | | | | |

特定健診・特定保健指導データファイル確認試験における確認事項及び作成要領

【 確認事項 】

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国保連合会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、確認試験電子媒体と併せて提出すること。
2. 確認試験結果に関しては、受付時点でのエラーチェックとなるため、実際の請求データにおいては、受付後の事務点検、資格確認時点でエラーとなり返戻となる場合もある。
3. 本依頼書の提出期日は、確認試験を希望する月の1日～5日までとする。(1日、5日が土日及び祝日の場合は翌営業日を受付期間の初日、締切日とする。)
4. 作成するデータの件数は、特定健診・特定保健指導各10件以内で作成すること。
5. 確認試験データは必ず暗号化を行うこと。本会にて復号化できない場合は、確認試験結果を出力できないので注意すること。
※暗号化には、社会保険診療報酬支払基金配布の「健診等データ暗号化・復号化ソフト」を使用すること。
6. 提出する電子媒体は確認試験電子媒体に添付するラベルの記載方法により表記すること。
7. 本確認試験後の媒体は、健診等機関へ返却しない。

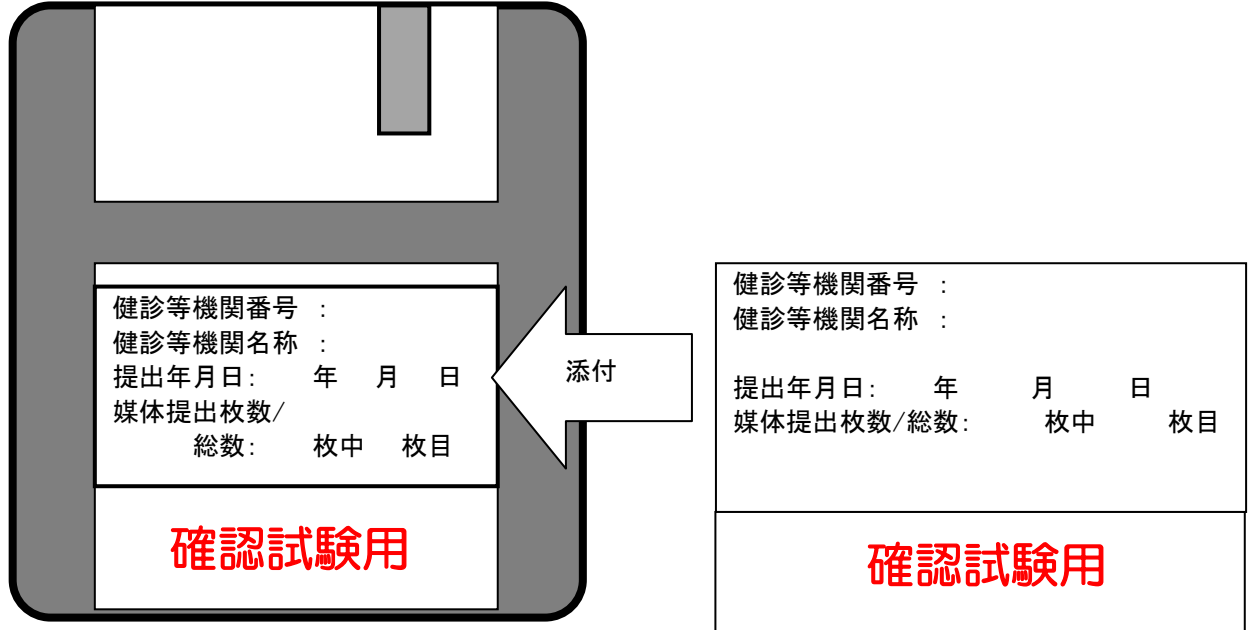
【 作成要領 】

1. 「開設者」の印鑑は認印で可とする。
2. 「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。
3. 「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ものを記入すること。
4. 「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。
5. 「特定健診・特定保健指導別データ件数」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。

確認試験電子媒体に添付するラベルの記載方法

①FDまたはMOへの添付ラベル

ラベルシールに記載し添付してください。(必ず赤色で「確認試験用」とご記入下さい)



②CD-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。
(必ず赤色で「確認試験用」とご記入下さい)

