令和　年　月　日

社会保険診療報酬支払基金　　　審査委員会事務局　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 | ＣＤ－Ｒ　　　　　　　　　　　　ＤＶＤ－Ｒ |
| 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の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してください。

２　本依頼書の提出期日は、確認試験を実施する月の15日から月末までとなります。

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してください。

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してください。

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○を付けてください。

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してください。