

特定健診・特定保健指導機関 各位
医師会（請求代行機関） 各位

社会保険診療報酬支払基金

特定健診・特定保健指導データ作成ソフトに係る
確認試験の実施について（お知らせ）

支払基金では、関係者間で特定健診・特定保健指導データ（以下「健診等データ」という。）の授受が円滑に行われるよう、特定健診・特定保健指導機関（以下「健診等機関」という。）で作成される健診等データが、国が定める電子的な標準様式の仕様及び支払基金が公表している基本的事項等に適合しているか確認するための確認試験を実施しているところです。

今般、「第4期特定健康診査等実施計画期間（令和6年度～11年度）の運用が開始されることに伴い、健診等データの確認試験の条件を変更し、令和6年4月12日（金）から下記のとおり確認試験を受付いたしますので、お知らせいたします。

記

【電子媒体により健診等データを授受する健診等機関及び医師会（請求代行機関）】

1 確認試験の申出

確認試験の実施に当たっては、別紙1「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」（以下「確認試験依頼書」という。）に所要事項を記入の上、所在地の支払基金審査委員会事務局（以下「事務局」という。）へ提出願います。

2 確認試験用健診等データの提出等

(1) 確認試験用健診等データの提出方法

確認試験依頼書と確認試験用健診等データを記録した電子媒体（CD-R又はDVD-R）を所在地の事務局へ郵送願います。

(2) 確認試験用健診等データの作成に当たっての留意事項

ア 確認試験用健診等データは、別紙2「確認試験に係る条件設定について」の条件により作成願います。

イ 電子媒体に記録する確認試験用健診等データは、特定健診・特定保健指導各々20件以内を目安に作成願います。（特定健診又は特定保健指導

のどちらか一方でも構いません。)

ウ 確認試験用健診等データの受診者情報は、個人情報保護の観点から架空のものを使用願います。

エ 確認試験用健診等データは、健診等機関が使用するソフトウェアにより作成願います。

オ 作成した確認試験用健診等データは、支払基金から送付した「暗号化・復号化ソフト」により暗号化してください。

カ 確認試験用電子媒体には、「確認試験」と表示し、「健診等機関名」、「健診等機関コード」及び「提出年月日」を記入願います。(別紙3参照)

3 確認試験実施結果の連絡

(1) 確認試験の実施結果については、別紙4「特定健診・特定保健指導 データ受領書(確認試験)」により連絡します。

(2) 確認試験用健診等データに記録条件等の不備があった場合は、前(1)に併せ、別紙5「特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書(確認試験)」により連絡します。

(3) 前(1)及び前(2)による連絡は、確認試験実施後速やかに行います。

4 受付期間

令和6年4月12日(金)以降、原則、毎月15日から月末まで受付を行います。

【オンラインにより健診等データを授受する健診等機関】

1 確認試験用健診等データの送信方法及び実施結果の連絡

「特定健診・保健指導システム操作手順書【運用】編」の「9 確認試験」により送信及び実施結果の確認をしてください。

2 確認試験用健診等データの作成に当たっての留意事項

(1) 確認試験用健診等データは、別紙2「確認試験に係る条件設定について」の条件により作成願います。

(2) 確認試験用健診等データの受診者情報は、個人情報保護の観点から架空のものを使用願います。

(3) 確認試験用健診等データは、健診等機関が使用するソフトウェアにより作成願います。

3 受付期間

令和6年4月1日(月)以降、平日9時から21時(土・日・祝日及び年末年始(12/29~1/3)は除く。)

健診等機関用

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
備 考	件 件

《 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。

医師会用

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。

医師会コード									
医師会名									
所在地	〒								
電話番号	()								
担当者									
提出媒体	C D - R				D V D - 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 「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。

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

自機関の特定健診・特定保健指導機関コード(10桁)及び所在地等を使用

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	血清クレアチニン検査	
06019913	●●10000001~●●100001000	20▲▲/3/31	5,250	10%(定率)	800	1,000	700	600	20%(定率)
	●●100001500~●●100002000	20▲▲/3/31	5,250	1,000(定額)	800	1,000	700	600	500(定額)
	●●100002500~●●100003000	20▲▲/3/31	5,250	4,000(保険者上限額)	800	1,000	700	600	10%(定率)
	●●100003500~●●100004000	20▲▲/3/31	5,250	15%(定率)	800	1,000	700	600	20%(定率)
	●●100004500~●●100005000	20▲▲/3/31	5,250	4,500(保険者上限額)	800	1,000	700	600	500(定額)

4 利用券情報

支払割合 開始時:40%

実績評価時:60%

途中終了時:50%(実施ポイント率:50%)

支払割合

開始時:80%

実績評価時:20%

支払割合

開始時:80%

実績評価時:20%

保険者番号	積極的支援				動機付け支援				動機付け支援相当			
	利用券整理番号	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	有効期限	単価	窓口負担
06019913	●●200001000~●●200001500	20▲▲/3/31	30,000	10%(定率)	●●300000001~●●300001000	20▲▲/3/31	10,000	10%(定率)	●●400000500~●●400001000	20▲▲/3/31	10,000	10%(定率)
	●●200002000~●●200002500	20▲▲/3/31	30,000	5,000(定額)	●●300001001~●●300001500	20▲▲/3/31	10,000	3,000(定額)	●●400001500~●●400002000	20▲▲/3/31	10,000	3,000(定額)
	●●200003000~●●200003500	20▲▲/3/31	30,000	25,000(保険者上限額)	●●300002000~●●300002500	20▲▲/3/31	10,000	7,000(保険者上限額)	●●400002500~●●400003000	20▲▲/3/31	10,000	7,000(保険者上限額)
	●●200004000~●●200004500	20▲▲/3/31	30,000	25%(定率)	●●300003000~●●300003500	20▲▲/3/31	10,000	20%(定率)	●●400003500~●●400004000	20▲▲/3/31	10,000	20%(定率)
	●●200005000~●●200005500	20▲▲/3/31	30,000	10,000(定額)	●●300004000~●●300004500	20▲▲/3/31	10,000	5,000(定額)	●●400004500~●●400005000	20▲▲/3/31	10,000	5,000(定額)

5 セット券情報

保険者番号	セット券整理番号	有効期限	特定健診							保健指導			
			基本的な健診		詳細な健診					積極的支援		動機付け支援	
			単価	窓口負担	単価				窓口負担	支払割合 開始時:40% 初回未完了時:40% 実績評価時:60% 途中終了時:50%(実施ポイント率:50%)		支払割合 開始時:80% 初回未完了時:80% 実績評価時:20%	
貧血検査	心電図検査	眼底検査			血清クレアチニン検査	単価	窓口負担	単価		窓口負担			
06019913	●●500000001~●●500001000	20▲▲/3/31	5,250	10%(定率)	800	1,000	700	600	20%(定率)	30,000	5,000(定額)	10,000	3,000(定額)
	●●500001500~●●500002000	20▲▲/3/31	5,250	1,000(定額)	800	1,000	700	600	500(定額)	30,000	5,000(定額)	10,000	3,000(定額)
	●●500002500~●●500003000	20▲▲/3/31	5,250	4,000(保険者上限額)	800	1,000	700	600	10%(定率)	30,000	5,000(定額)	10,000	3,000(定額)
	●●500003500~●●500004000	20▲▲/3/31	5,250	15%(定率)	800	1,000	700	600	20%(定率)	30,000	5,000(定額)	10,000	3,000(定額)
	●●500004500~●●500005000	20▲▲/3/31	5,250	4,500(保険者上限額)	800	1,000	700	600	500(定額)	30,000	5,000(定額)	10,000	3,000(定額)

注1:上記3の「受診券整理番号」、上記4の「利用券整理番号」及び上記5の「セット券整理番号」の「●●」には西暦の下2桁の数値が入ります。(例:2024年度に確認試験を実施する場合は、「24」が入る。)

注2:上記3、4及び5の「有効期限」の「▲▲」には、西暦下2桁に1をプラスした数値が入ります。(例:2024年度に確認試験を実施する場合は、「25」が入る。)

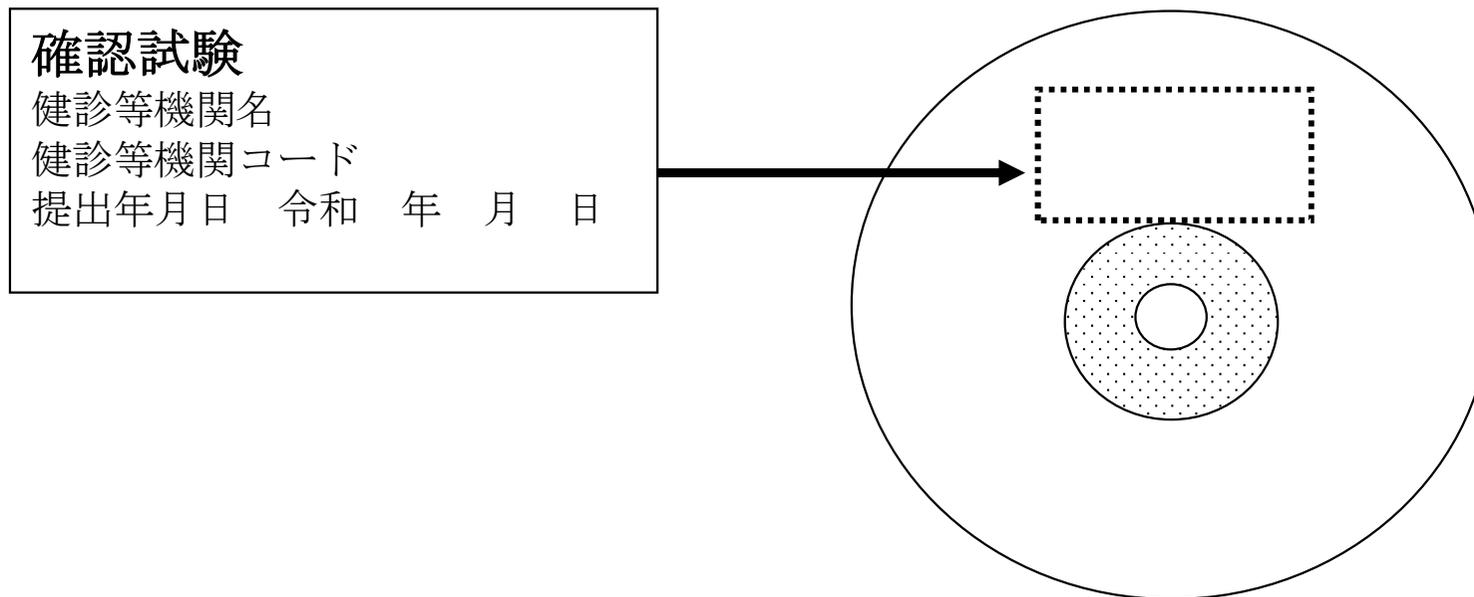
注3:ファイル作成に当たって、実施年月日等の年月日については、確認試験を実施する年度内の年月日を設定し作成してください。(例:2024年度に確認試験を実施する場合は、2024/4/1から2025/3/31までの年月日の範囲とします。)

確認試験提出用電子媒体への表記

※ 必ず、「確認試験」と記入願います。

CD-R又はDVD-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願います。



令和 9 9 年 9 9 月 分 特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書（確認試験）

令和 9 9 年 9 9 月 9 9 日
 社会保険診療報酬支払基金

健診等機関：999999999 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 御中

NNNNNN 受付回：9 9 9 回 請求用ファイル名：999999999_99999999_999999999_9.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
999999	99999999	99999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	999, 999, 999	9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN 9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN 9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN
999999	99999999	99999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	999, 999, 999	9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN
999999	99999999	99999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	999, 999, 999	9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN
999999	99999999	99999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	999, 999, 999	9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN 9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN
999999	99999999	99999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	999, 999, 999	9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN 9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN
999999	99999999	99999999999	NNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNN	999, 999, 999	9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN 9999 NNN NNNNNNNNNNNN. NNNNNNNNNN