

### 特定健診・特定保健指導に関する保険者変更届

支払基金に届け出た内容のうち、変更欄にチェックを入れた項目について変更し、下記のとおり届けます。

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

届出者

代表者名

#### I 保険者基本情報

変更年月		① 保険者番号						
令和 ○ 年 ○ 月から		0	6	1	3	*	*	*
変更 <input type="checkbox"/>	② 名称	(フリガナ) マルマルマルマルマルマル ○○○健康保険組合					担当者	(フリガナ)
変更 <input type="checkbox"/>	③ 所在地	〒 — 電話番号 ( ) — ( ) — ( )						
変更 <input checked="" type="checkbox"/>	④ 受領・提出形態	[ 電気通信回線 ]		<input checked="" type="checkbox"/> IP-VPN接続		<input type="checkbox"/> インターネット接続 [ IPsec+IKE提供事業者名 ] ( )		
		<input checked="" type="checkbox"/> オンライン		[ 受信用パソコンのOS・ブラウザ ] ( )				
		[ 安全対策の規程 ] <input checked="" type="checkbox"/> 有り		[ オンライン請求システム利用規約 ] <input checked="" type="checkbox"/> 同意する				
		<input type="checkbox"/> イ 電子媒体		[ 基金 → 保険者 ] <input type="checkbox"/> DVD-R		<input type="checkbox"/> CD-R [ 保険者 → 基金 ] ※DVD-R、CD-Rのいずれかにより提出願います		

#### II 送付・送信先情報 (特定健診・特定保健指導データの送付・送信先が「I 保険者基本情報」と異なる場合に記入してください。)

変更 <input type="checkbox"/>	⑤ 送信先情報	<input type="checkbox"/> 健保組合共同情報処理システムを利用 (以下の記載は不要です)	
	⑥ 保険者番号		
変更 <input type="checkbox"/>	⑦ 名称	(フリガナ)	
変更 <input type="checkbox"/>	⑧ 所在地	〒 — 電話番号 ( ) — ( ) — ( )	

#### III 請求先情報 (特定健診・特定保健指導の請求書の送付先が「I 保険者基本情報」と異なる場合に記入してください。)

変更 <input type="checkbox"/>	⑨ 保険者番号								*基金使用欄		
									整理印	受付印	
変更 <input type="checkbox"/>	⑩ 名称	(フリガナ)							登録		
(備考)										確認	

- ※1 「II 送付・送信先情報」欄に記入された場合は、特定健診・特定保健指導データ及び受領関係帳票（データ受領書、受付エラー連絡書）を「II 送付・送信先情報」宛て送付（送信）します。ただし、健保組合共同情報処理システムを利用する場合は、特定健診・特定保健指導データは健保組合共同情報処理システムへ、受領関係帳票（データ受領書、受付エラー連絡書）を「I 保険者基本情報」宛て送付します。
- ※2 「III 請求先情報」欄に記入された場合は、特定健診・特定保健指導の請求関係帳票（請求内訳書、返戻データ処理結果連絡書、過誤調整内訳書、請求補助帳票及び請求補助帳票内訳書）を「⑩保険者番号」宛て送付（送信）します。なお、費用の請求（払込請求書）については、「①保険者番号」の診療報酬の受領・請求形態により送付（送信）します。
- ※3 本届においてJIS第一、二水準以外の文字で記入されている場合は、JIS第一、二水準に置き換えて登録を行います。
- ※4 「受領・提出形態」欄のオンラインを選択された場合は、別途「電子証明書発行依頼書」の提出が必要となります。

## 作成要領

- 1 特定健診・特定保健指導に関する保険者変更届は、変更の前月の20日までに届出してください。
- 2 「変更年月」欄は、届出項目の変更を行った日付を記入してください。
- 3 「変更□」欄は、変更する項目欄の□にチェックをし、変更する情報を記入してください。
- 4 「保険者番号」欄、「名称」欄は変更がない場合も記入してください。
- 5 \*印欄は記入しないでください。