

(地Ⅲ235)

平成30年2月28日

都道府県医師会

担当理事 殿

日本医師会常任理事

羽 鳥 裕

社会保険診療報酬支払基金並びに国民健康保険中央会による
システム改修における接続試験等の実施について

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、平成30年度以降の特定健診・特定保健指導に関するシステム改修に伴い、社会保険診療報酬支払基金（支払基金）並びに国民健康保険中央会（国保中央会）より、別添のとおり接続試験等を実施する旨、本会あて情報提供がありましたのでご連絡申し上げます。

本接続試験は、基本的には請求データ作成用ソフト開発業者向けとなります。（自施設において国保中央会又は支払基金向けの請求データを作成するためのソフトを開発している一部の特定健診・特定保健指導実施機関も対象となる場合があります。）

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会管内郡市区医師会等に対する周知方について、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

【接続試験の概要等】

※支払基金HP

<http://www.ssk.or.jp/jigyonaiyo/tokuteikenshin/tokuteijoho/index.html>

※国保中央会HP

<https://www.kokuho.or.jp/system/specific.html>

平成 30 年 2 月 23 日

特定健診・特定保健指導関係システムベンダー 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
係る接続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・特定保健指導に関するシステムベンダーの方が開発しているシステムによって作成される健診等データが、国が定める電子的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接続試験を平成 20 年 4 月から実施しています。

今般、「第3期特定健康診査等実施計画期間（平成30年度～35年度）における特定健診・保健指導の運用の見直し」に伴い、健診等データの接続試験の条件を変更し、平成30年2月23日（金）から下記のとおり接続試験を受付いたしますので、お知らせいたします。

記

1 接続試験用健診等データの提出等

(1) 接続試験用健診等データの提出方法

接続試験の実施に当たっては、別紙 1「特定健診・特定保健指導に係る接続試験依頼書（健診等機関）」に所要事項を記入し、接続試験用健診等データを添付の上、次の宛先に電子メールで提出願います。

【宛先】

社会保険診療報酬支払基金

高齢者医療部事業管理課 特定健診係

E - m a i l : koki-jigyokanri@koreisha.ssk.or.jp

Tel : 03-3591-7501（ダイヤルイン）内線 422.423.424

(2) 留意事項

ア 接続試験用データは、別紙 2 の条件により作成願います。

イ 接続試験用データ件数は、20 件以内を目安に作成願います。

ウ 接続試験用健診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。

2 接続試験実施結果の連絡

接続試験の実施結果については、別紙3「特定健診・特定保健指導に係る接続試験結果連絡書（健診等機関）」に次の資料等を添付し、郵送します。

- (1) 特定健診・特定保健指導データ受領書（確認試験）（別紙4）
- (2) 特定健診・特定保健指導受付エラー連絡書（確認試験）（別紙5）

本件に関する問合せ先

社会保険診療報酬支払基金

高齢者医療部 事業管理課

TEL 03-3591-7441（代表）

03-3591-7501（ダイヤルイン）内線 422・423・424

E-mail koki-jigyokanri@koreisha.ssk.or.jp

重要性分類Ⅱ

別紙1

平成 年 月 日

特定健診・特定保健指導に係る接続試験依頼書（健診等機関）

メーカー名			
所在地 (還元リスト等送付先)	〒	住所：	
	TEL：		FAX：
担当者	氏名：		
	所属部署名：		メールアドレス：

接続試験依頼内訳

データ件数				備考
特定健診	件	特定保健指導	件	

(注) 1 特定健診・特定保健指導に係る接続試験を依頼する際に作成し、支払基金に提出願います。

2 「データ件数」欄には、特定健診又は特定保健指導別に試験データの件数を記入願います。

重要性分類Ⅳ

別紙2

接続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

特定健診等機関番号	特定健診等機関名称	郵便番号	所在地	電話番号
1310100016	新橋第一診療所	1050001	東京都港区新橋2-1-3	0335917441
1310100024	新橋第二診療所	1050002	東京都港区新橋2-1-3	0335917442
1310100032	新橋第三診療所	1050003	東京都港区新橋2-1-3	0335917443
1310100040	新橋第四診療所	1050004	東京都港区新橋2-1-3	0335917444
1310100057	新橋第五診療所	1050005	東京都港区新橋2-1-3	0335917445
1310100065	新橋第六診療所	1050006	東京都港区新橋2-1-3	0335917446
1310100073	新橋第七診療所	1050007	東京都港区新橋2-1-3	0335917447
1310100081	新橋第八診療所	1050008	東京都港区新橋2-1-3	0335917448
1310100099	新橋第九診療所	1050009	東京都港区新橋2-1-3	0335917449
1310100107	新橋第十診療所	1050010	東京都港区新橋2-1-3	0335917450

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				窓口負担
			単価	窓口負担	単価				
					貧血検査	心電図検査	眼底検査	血清クレアチニン検査	
01130012	●●10000001~●●100001000	20▲▲/3/31	5,000	20%(定率)	800	1,000	700	600	20%
01130012	●●100001001~●●100002000	20▲▲/3/31	5,000	1,000(定額)	800	1,000	700	600	500
01130012	●●100002001~●●100003000	20▲▲/3/31	5,000	4,000(保険者上限額)	800	1,000	700	600	2,000(保険者上限額)
31130016	●●10000001~●●100001000	20▲▲/3/31	5,000	20%(定率)	800	1,000	700	600	20%
31130024	●●10000001~●●100001000	20▲▲/3/31	5,000	1,000(定額)	800	1,000	700	600	500
31130032	●●10000001~●●100001000	20▲▲/3/31	5,000	4,000(保険者上限額)	800	1,000	700	600	2,000(保険者上限額)
06130017	●●100000001~●●100001000	20▲▲/3/31	5,000	20%(定率)	800	1,000	700	600	20%
06130025	●●100000001~●●100001000	20▲▲/3/31	5,000	1,000(定額)	800	1,000	700	600	500
06130033	●●100000001~●●100001000	20▲▲/3/31	5,000	4,000(保険者上限額)	800	1,000	700	600	2,000(保険者上限額)
06130041	●●100000001~●●100001000	20▲▲/3/31	5,000	窓口負担なし	800	1,000	700	600	窓口負担なし

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
01130012	●●200000001~●●200001000	20▲▲/3/31	30,000	20%(定率)	●●300000001~●●300001000	20▲▲/3/31	10,000	20%(定率)	●●400000001~●●400001000	20▲▲/3/31	10,000	20%(定率)
01130012	●●200001001~●●200002000	20▲▲/3/31	30,000	5,000(定額)	●●300001001~●●300002000	20▲▲/3/31	10,000	5,000(定額)	●●400001001~●●400002000	20▲▲/3/31	10,000	5,000(定額)
01130012	●●200002001~●●200003000	20▲▲/3/31	30,000	20,000(保険者上限額)	●●300002001~●●300003000	20▲▲/3/31	10,000	8,000(保険者上限額)	●●400002001~●●400003000	20▲▲/3/31	10,000	8,000(保険者上限額)
31130016	●●200000001~●●200001000	20▲▲/3/31	30,000	20%(定率)	●●300000001~●●300001000	20▲▲/3/31	10,000	20%(定率)	●●400000001~●●400001000	20▲▲/3/31	10,000	20%(定率)
31130024	●●200000001~●●200001000	20▲▲/3/31	30,000	5,000(定額)	●●300000001~●●300001000	20▲▲/3/31	10,000	5,000(定額)	●●400000001~●●400001000	20▲▲/3/31	10,000	5,000(定額)
31130032	●●200000001~●●200001000	20▲▲/3/31	30,000	20,000(保険者上限額)	●●300000001~●●300001000	20▲▲/3/31	10,000	8,000(保険者上限額)	●●400000001~●●400001000	20▲▲/3/31	10,000	8,000(保険者上限額)
06130017	●●200000001~●●200001000	20▲▲/3/31	30,000	20%(定率)	●●300000001~●●300001000	20▲▲/3/31	10,000	20%(定率)	●●400000001~●●400001000	20▲▲/3/31	10,000	20%(定率)
06130025	●●200000001~●●200001000	20▲▲/3/31	30,000	5,000(定額)	●●300000001~●●300001000	20▲▲/3/31	10,000	5,000(定額)	●●400000001~●●400001000	20▲▲/3/31	10,000	5,000(定額)
06130033	●●200000001~●●200001000	20▲▲/3/31	30,000	20,000(保険者上限額)	●●300000001~●●300001000	20▲▲/3/31	10,000	8,000(保険者上限額)	●●400000001~●●400001000	20▲▲/3/31	10,000	8,000(保険者上限額)
06130041	●●200000001~●●200001000	20▲▲/3/31	30,000	窓口負担なし	●●300000001~●●300001000	20▲▲/3/31	10,000	窓口負担なし	●●400000001~●●400001000	20▲▲/3/31	10,000	窓口負担なし

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	
01130012	●●500000001~●●500001000	20▲▲/3/31	5,000	20%(定率)	800	1,000	700	600	20%	30,000	5,000(定額)		10,000	5,000(定額)	
01130012	●●500001001~●●500002000	20▲▲/3/31	5,000	1,000(定額)	800	1,000	700	600	500	30,000	5,000(定額)		10,000	5,000(定額)	
01130012	●●500002001~●●500003000	20▲▲/3/31	5,000	4,000(保険者上限額)	800	1,000	700	600	2,000(保険者上限額)	30,000	5,000(定額)		10,000	5,000(定額)	
31130016	●●500000001~●●500001000	20▲▲/3/31	5,000	20%(定率)	800	1,000	700	600	20%	30,000	5,000(定額)		10,000	5,000(定額)	
31130024	●●500000001~●●500001000	20▲▲/3/31	5,000	1,000(定額)	800	1,000	700	600	500	30,000	5,000(定額)		10,000	5,000(定額)	
31130032	●●500000001~●●500001000	20▲▲/3/31	5,000	4,000(保険者上限額)	800	1,000	700	600	2,000(保険者上限額)	30,000	5,000(定額)		10,000	5,000(定額)	
06130017	●●500000001~●●500001000	20▲▲/3/31	5,000	20%(定率)	800	1,000	700	600	20%	30,000	5,000(定額)		10,000	5,000(定額)	
06130025	●●500000001~●●500001000	20▲▲/3/31	5,000	1,000(定額)	800	1,000	700	600	500	30,000	5,000(定額)		10,000	5,000(定額)	
06130033	●●500000001~●●500001000	20▲▲/3/31	5,000	4,000(保険者上限額)	800	1,000	700	600	2,000(保険者上限額)	30,000	5,000(定額)		10,000	5,000(定額)	
06130041	●●500000001~●●500001000	20▲▲/3/31	5,000	窓口負担なし	800	1,000	700	600	窓口負担なし	30,000	窓口負担なし		10,000	窓口負担なし	

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:2018年度に接続試験を実施する場合は、「18」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:2018年度に接続試験を実施する場合は、「19」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、接続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:2018年度に接続試験を実施する場合は、2018/4/1から2019/3/31までの年月日の範囲とします。)

重 要 性 分 類 II
別 紙 3
平 成 年 月 日

御中

社会保険診療報酬支払基金

特定健診・特定保健指導に係る接続試験結果連絡書（健診等機関）

先にご依頼のありました接続試験の結果につきましては、下記のとおり資料等を添付しご連絡します。

なお、ご不明な点がございましたら、支払基金本部へ照会願います。

記

- 1 特定健診・特定保健指導 データ受領書（確認試験）
- 2 特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書（確認試験）

本件に関する問合せ先

社会保険診療報酬支払基金

高齢者医療部 事業管理課

TEL 03-3591-7441（代表）

03-3591-7501（ダイヤルイン）内線 422・423・423

E-mail koki-jigyokanri@koreisha.ssk.or.jp

平成 30 年 2 月 23 日

特定健診・特定保健指導機関 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3期特定健康診査等実施計画期間（平成30年度～35年度）における特定健診・保健指導の運用の見直し」に伴い、健診等データの確認試験の条件を変更し、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】

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、所在地の支払基金支部へ提出願います。

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（FD、MO又はCD-R）を所在地の支払基金支部へ郵送又は持参願います。

(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を参照願います。）

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）」によりご連絡します。
- (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）」によりご連絡します。
- (3) 前(1)及び前(2)によるご連絡は、確認試験実施後速やかに行います。

4 受付期間

平成30年4月13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・保健指導決済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

平成30年4月2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。）

重要性分類Ⅱ

別紙1

平成 年 月 日

社会保険診療報酬支払基金 支部 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	C D - R F D M O
特定健診・保健指導別 提出データ件数	特定健診
	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。

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:2018年度に確認試験を実施する場合は、「18」が入る。)

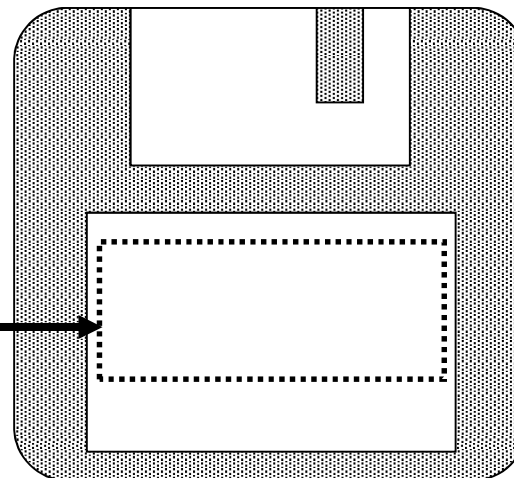
2:上記3、4及び5の「有効期限」の「▲▲」には、西暦下2桁に1をプラスした数値が入ります。(例:2018年度に確認試験を実施する場合は、「19」が入る。)

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:2018年度に確認試験を実施する場合は、2018/4/1から2019/3/31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

1 FD又はMOへの貼付ラベル

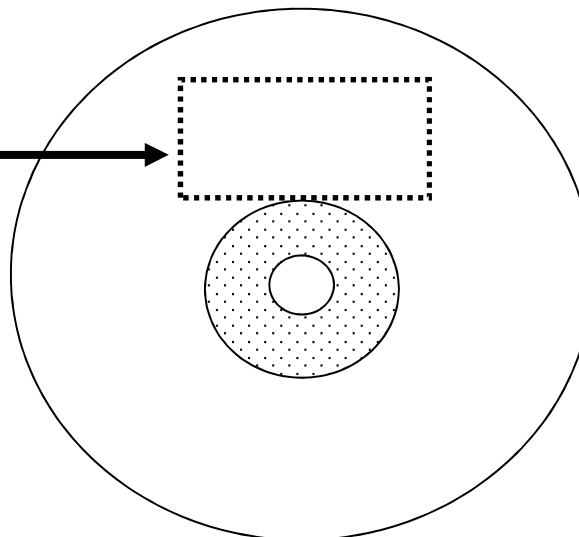
確認試験
健診等機関名
健診等機関コード
提出年月日 年 月 日



2 CD-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してください。

確認試験
健診等機関名
健診等機関コード
提出年月日 年 月 日



重要性分類Ⅱ
別紙5

平成99年99月分 特定健診・特定保健指導 受付エラー連絡書（確認試験）

平成99年99月99日
社会保険診療報酬支払基金NNNN支部

健診等機関：999999999 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN 御中

NNNNNN 受付回：999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

平成 30 年 2 月 26 日

特定健診等機関システム開発ベンダ 各位

国民健康保険中央会 保健事業部保健情報管理課

第三期特定健康診査等に対応した特定健診等機関
システム開発ベンダテストの実施について

謹啓 時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて、本会では平成 20 年度から、特定健診等機関が用いる請求用ソフトの開発ベンダに対し、同ソフトで作成された特定健診等請求データが国民健康保険団体連合会で正常に受付できるかのテスト（以下「ベンダテスト」という。）を実施しています。

今般、厚生労働省から「第三期特定健康診査等実施計画期間に向けての特定健診・保健指導の実施について」等が示され、平成 30 年度受付分から特定健診項目、チェック内容等が変更されます。それに伴い、特定健診等請求データの作成についても対応が必要となります。

つきましては、変更内容に対応したベンダテストを下記のとおり実施しますので、ご案内申し上げます。

記

1 ベンダテスト実施方法・テストデータ作成方法

別添に掲載している「ベンダテスト実施概要」及び「特定健診 XML データ作成要領・依頼書」、「特定保健指導 XML データ作成要領・依頼書」をご参照ください。

2 ベンダテスト実施開始日

現行のベンダテストは2月28日(水)をもって終了し、3月12日(月)から上記1の

内容によるベンダテストに切り替えます。

3 申し込み方法

「ベンダテスト依頼書」及び「テストデータ」を作成の上、ベンダテスト申込用 E-mail アドレス (v-test@kokuho.or.jp) 宛てに送付してください。依頼を受け付けた際に、本会から受領メールを送信します。

なお、E-mail 以外でのお問い合わせには対応しません。

4 留意事項

本テストはシナリオを利用したものですので、実際の保険者と健診等機関における契約内容等を反映したものではないことにご留意ください。

<担当> 保健事業部 保健情報管理課 特定健診係 ・ E-mail : v-test@kokuho.or.jp ・ 業務時間 : 8:45-17:30
