

特定健診・特定保健指導等情報当月請求分取下げ依頼記載要領

1. 特定健診・特定保健指導等情報の取下げ依頼の場合に使用し、被保険者1名に対して1件とする。
2. 「区分」欄は、当該区分番号を○印で囲む。
3. 「実施年月日」欄は、実施年月日を記入する。
4. 「保険者番号」欄は、保険者番号を記入する。
5. 「受診券等整理番号」欄は、受診券（利用券）整理番号を記入する。ただし、後期高齢者健診で受診券を使用していない場合は空欄とする。
6. 「被保険者証記号・番号、被保険者番号」欄には、被保険者の被保険者証に記載されている記号・番号（後期高齢者の場合は、被保険者の後期高齢者医療被保険者証に記載されている被保険者番号）を記入する。
7. 「氏名」欄は、当該被保険者の氏名を記入する（フリガナも記入する）。
8. 「単価合計」欄は、当該月に請求した単価の合計金額を記入する。
9. 「理由」欄は、当該区分番号を○印で囲み、その他の場合は具体的理由を記入する。
10. 提出期限は次のとおりとする。
 - (1) 媒体での請求
請求月の25日まで
 - (2) オンライン請求
6日～末日送信分は翌月の25日まで、1～5日送信分は当月の25日まで※提出期限を過ぎた場合は、保険者において過誤処理を行う必要があるため、国保連合会への依頼は不可。