

特定健診・特定保健指導に関する保険者変更届

DX審査支払機構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 〇 年 〇 月 〇 日

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構 〇〇 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 0 6 1 3 * * * *							
令和 〇 年 〇 月から									
変更 □	②	名 称	(フリガナ) マルマルマシコンソウホウシキ					担 当 者	(フリガナ)
			〇〇〇健康保険組合						
変更 □	③	所 在 地	〒 ー 電話番号 () ー () ー ()						
変更 □	④	受 領 ・ 提 出 形 態	ア オンライン		[電気通信回線] ☒ IP-VPN接続 ☐ インターネット接続 [IPsec+IKE提供事業者名] ()				
					[受信用パソコンのOS・ブラウザ] ()				
					[安全対策の規程] ☒ 有り [オンライン請求システム利用規約] ☒ 同意する				
			イ 電子媒体		[機構 → 保険者] ☐ DVD-R ☐ CD-R [保険者 → 機構] ※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 □	⑤	送 信 先 情 報	☐ 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 □	⑦	名 称	(フリガナ)						
変更 □	⑧	所 在 地	〒 ー 電話番号 () ー () ー ()						

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 □	⑨	保 険 者 番 号								*機構使用欄	
										整理印	受付印
変更 □	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。

A 4 (210×297)

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。