

茨城県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

2 記録票への記入

2枚目 茨城県医師会 特定健康診査記録票 代行入力提出用

住所										
カナ氏名										
生年月日	(1)明治 (2)大正 (3)昭和	年	月	日	契約有効期間	2	0	年	月	日
受診券番号	保険者番号									
性別	(1)男 (2)女									

基本項目	詳細項目	質問票
既往歴	貧血	1
自覚症状	心電図	2
他覚症状	眼底	3
身長	検査結果	4
体重	検査結果	5
BMI	検査結果	6
腹囲	検査結果	7
収縮期	検査結果	8
拡張期	検査結果	9
尿糖	検査結果	10
尿蛋白	検査結果	11
空腹時血糖	検査結果	12
HbA1c (NGSP値)	検査結果	13
中性脂肪	検査結果	14
HDLコレステロール	検査結果	15
LDLコレステロール	検査結果	16
non-HDLコレステロール	検査結果	17
AST (GOT)	検査結果	18
ALT (GPT)	検査結果	19
γ-GT (γ-GTP)	検査結果	20
受診券窓口負担情報	実施情報・提出先	21
自己負担区分	実施日	22
自己負担額	提出先	
自己負担率	実施機関番号	
自己負担上限額	実施機関名	
	医師の氏名	

年号は必ず西暦で記入してください。

国保の場合「67」で始まる退職者国保の番号を記載されるケースがありますが、「67」から始まる保険者番号は契約上存在しません。保険証から転記される場合は、「67」を外して記載してください。

心電図、眼底それぞれの検査は、メタボリックシンドローム基準該当の方だけが対象になります。全ての方に無条件で実施出来たり、本人の希望で実施出来るものではありませんし、生活習慣病関連疾患を治療中の方も対象外となります。また、実施した場合は、理由を必ず1つ選択してください。

既往歴・自覚・他覚症状の「その他」にははっきりと見やすく記入をお願い致します。

空腹時血糖は(2)、随時血糖は(3)の選択をお願い致します。

HbA1cはNGSP値での報告になります。

・実施機関番号(10桁)
・実施機関名
・医師の氏名
はっきりと見やすく記入をお願い致します。

実施機関名がスタンプの場合は2枚目以降4枚目まで押すようにしてください。

詳しくは、P71~74をご覧ください。

貧血・心電図・眼底の検査を受診の方は必ず詳細の金額を記入してください。

保険者への請求金額を記入して下さい。

- 〈基本健診のみの場合〉
- ①自己負担なしの場合 請求金額欄は8,716円
 - ②自己負担1,000円の場合 請求金額欄は7,716円
 - ③保険者上限7,150円の場合 請求金額欄は7,150円

- 〈基本健診+貧血の場合〉
- 基本健診の単価に貧血の単価をプラス
- ①自己負担なしの場合 (詳細も負担なし) 請求金額欄は8,716+226=8,942円
 - ②自己負担1,000円の場合 (詳細負担なし) 請求金額欄は7,716+226=7,942円
 - ③保険者上限7,150円の場合 請求金額欄は7,150+226=7,376円

詳しくは、P71~74をご覧ください。

茨城県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

3 記録票記入漏れについての対応

入力票を提出いただく中で「記載漏れ」の場合、事務的な判断で、以下のような対応をさせていただきます。なお、どうしても判別のつかない場合は、医療機関ご担当者様宛てに(株)エストコーポレーションからご確認のファクス・お電話をいたしますので、速やかにご回答ください。ご了承の程宜しくお願いいたします。

既往歴、自覚、他覚症状に記載をされた場合、必ず所見を「(1)あり」としてください。何も記載がない場合は、全て「(2)なし」で処理いたします。

腹囲の実測方法が無記入で回答された場合は、全て「(1)実測」で処理いたします。

無記入で回答された場合は、全て「(1)1回目」で処理いたします。

空腹時血糖のみの場合は、「(2)10時間以上」に、HbA1cのみの場合は、「(3)食後3.5時間以上 10時間未満」で処理いたします。

受診券に記載されている内容を転記してください。斜線が引かれている場合は、受診者負担無し(0円)です。基本・詳細ともに斜線の場合は全て受診者負担無し(0円)。基本が1,000円で詳細が斜線の場合は、詳細は受診者負担無しとなります。詳細健診を実施していない場合は、詳細の枠への記入はしないでください。

医師の判断が無記入の場合、「特記事項なし」で処理いたします。

2枚目		茨城県医師会 特定健康診査記録票										代行入力提出用		
受診者情報	住所	市-区-町-村										性別	(1)男 (2)女	
	カナ氏名													
	生年月日	(1)明治 (2)大正 (3)昭和	年	月	日	受診券有効期間	2	0	年	月	日			
	受診券番号	保険者番号												
基本項目												質問票		
既往歴	所見	(1)高血圧 (2)低血圧 (3)不整脈 (4)高脂質血症 (5)糖尿病 (6)腎不全以外の腎疾患 (7)腫瘍病 (8)肝臓病 (9)腎・十二指腸潰瘍 (10)うつ (11)骨粗鬆症 その他										測定不能	判定不能	
自覚症状	所見	(1)胸部圧迫感 (2)心悸亢進・動悸 (3)息切れ (4)不眠 (5)肩こり・腰痛 (6)手足のしびれ感 (7)目眩・立ちくらみ (8)眩暈・耳鳴り (9)いつも服薬が悪い (10)腫が張っている (11)下痢 (12)便秘 (13)下痢と便秘 (14)痔の傾向 その他										測定不能	判定不能	
他覚症状	所見	(1)視網膜腫瘍 (2)浮腫：眼瞼 (3)肝臓肥大 (4)浮腫：下肢 (+) (5)心音不齊 (6)不整脈あり その他										測定不能	判定不能	
身体測定	身長		cm		体重		Kg		BMI		腹囲	(1)実測 (2)自己測定	cm	
血圧	収縮期		mmHg		拡張期		mmHg		測定回数	(1)1回目 (2)2回目 (3)その他	尿糖	(1)- (2)± (3)+ (4)++ (5)+++	mg/dl	
尿	尿蛋白	(1)- (2)± (3)+ (4)++ (5)+++	mg/dl		空腹時血糖	(1)10時間未満 (2)10時間以上 (3)食後3.5時間以上 10時間未満 (4)食後3.5時間未満	mg/dl		HbA1c (NGSP値)		%			
血中脂質	中性脂肪		mg/dl		HDLコレステロール		mg/dl		LDLコレステロール		mg/dl			
肝機能	non-HDLコレステロール		mg/dl		A.S.T (GOT)		U/L		A.L.T (GPT)		U/L			
受診券窓口負担情報												実施情報・提出先		
基本	(1)負担額 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上乗		円		詳細	(1)負担額 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上乗		円	実施日	2	0	年	月	日
判定												提出先		
項目名												(1) 国民健康保険 (2) 支那基金		
＜メタボリックシンドローム判定＞												実施機関番号		
(1)基準該当 (2)予備群該当 (3)非該当 (4)判定不能												実施機関名称		
(1)基準該当 (2)予備群 (3)非該当 (4)判定不能 (5)要経過												医師の氏名		
コメント														

茨城県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

4 不備データヒアリングの流れ

医療機関様をご記入頂く記録票に不備があった際はエストコーポレーション(入力業者)よりFAX、もしくはお電話にてヒアリングをおこないます。ご連絡があった場合は速やかに確認を行いご回答をお願い致します。

①不備内容の確認

2枚目 茨城県医師会 特定健康診査記録票 代行入力提出用

住所 310-0852 水戸市 笠原町489 茨城県メテカセンター 4F

カナ氏名 トクテイ タロウ

生年月日 (1)明診 (2)本診 (3)昭和 (4)平成 25年06月05日 受診券有効期限 2011年03月31日

受診券番号 1012345678 保険者番号 01234567 性別 (1)男 (2)女

被検者記号 E診査 198765



上記のように受診券整理番号が1桁足りない場合など不備があった際は弊社のスタッフよりご連絡をさせていただきます。

②医療機関様へ問い合わせ

茨城県クリニック 御中

FAX: 03-5652-1874

氏名	受診日	性別	生年月日	確認箇所	訂正内容
トクテイ タロウ	2010/6/26	男	S25/06/05	受診券整理番号の桁数	
ホケン ミカ	2010/5/28	女	S34/12/25	腹囲	

株式会社エストコーポレーションと申します。当社は茨城県医師会様より特定健診結果のデータ作成業務を代行させて頂いております。この度、下記の方の健診結果に不備がございましたので、該当箇所をご確認後、訂正内容をご記入の上、7月25日までに下記宛先までご返信ください。お手数ではございますが、何卒宜しくお願い致します。

株式会社エストコーポレーション FAX: 03-5652-1874

氏名	受診日	性別	生年月日	確認箇所	訂正内容
トクテイ タロウ	2010/6/26	男	S25/06/05	受診券整理番号の桁数	
ホケン ミカ	2010/5/28	女	S34/12/25	腹囲	

※ 不備の返信については期限内に早急なご返信をお願い致します。

訂正内容をご記入ください。



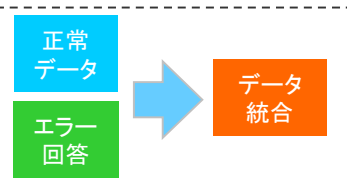
上記のようにFAX、またはお電話にてご連絡を差し上げます。医療機関様は不備の項目をご確認頂き、FAXであれば訂正内容の欄に記入後にエストコーポレーションにご返信ください。お電話であれば速やかにご答え頂けるようお願い致します。

③その後の流れ

医療機関様



※回答期限を過ぎたものは翌月請求に繰越



EST健診システム



茨城県医師会



※ ヒアリングの回答が頂けない場合や回答を頂くのが遅い場合は当月処理として報告できない場合がございます。

茨城県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

5 決済情報記入の一例

① 基本健診が負担なしの場合

基本健診が負担なし(斜線表示など)
 詳細健診が負担なし(斜線表示など)

※詳細を実施した場合は、
 詳細の(1)負担無へマークし、金額を「0」
 請求金額へ実施した検査の単価を加算して記載。
 (貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

受診券窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診券情報)	
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限		0 円%
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限		0 円%

請求金額

保険者への請求金額 →	8 7 1 6 円
-------------	-----------

基本健診が負担なし(斜線表示など)
 詳細健診が全額自己負担(定率100%)

※詳細を実施した場合は、
 詳細の(3)定率へマークし、「100」
 実施した検査の単価を受診者から徴収してください。
 (貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

受診券窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診券情報)	
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限		0 円%
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	1 0 0	0 円%

請求金額

保険者への請求金額 →	8 7 1 6 円
-------------	-----------

② 基本健診が定額1,000円の場合

基本健診が定額1,000円
 詳細健診が負担なし(斜線表示など)

※詳細を実施した場合は、
 詳細の(1)負担無へマークし、金額を「0」
 請求金額へ実施した検査の単価を加算して記載。
 (貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

受診券窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診券情報)	
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	1 0 0 0	0 円%
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限		0 円%

請求金額

保険者への請求金額 →	7 7 1 6 円
-------------	-----------

③ 基本健診が定率30%の場合

基本健診が定率30% *
 詳細健診が負担なし(斜線表示など)

* 2,615円(小数点以下四捨五入)が受診者負担で、
 残額6,101円が保険者への請求額になります。

※詳細を実施した場合は、
 詳細の(1)負担無へマークし、金額を「0」
 請求金額へ実施した検査の単価を加算して記載。
 (貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

受診券窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診券情報)	
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限		3 0 円%
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限		0 円%

請求金額

保険者への請求金額 →	6 1 0 1 円
-------------	-----------

茨城県医師会特定健診集合契約における電子化代行について

6 「協会けんぽ」の決済情報記入について

「協会けんぽ」は保険者上限額を、基本健診7,150円、詳細健診3,400円と設定しています。これは、この額までは保険者が支払うというもので、健診受診者は本会単価8,716円からの差額1,566円を窓口で支払うこととなります。

これは、基本健診と詳細健診を実施した場合でも1,566円です。

(※ 詳細健診を実施した場合、詳細健診における本会単価合計が3,012円で、保険者上限の3,400円に満たないため) 電子化代行入力票を記入する際の注意点を以下にお示ししますので、ご参考にしてください。基本健診に実施した詳細健診の単価をのせて請求金額とします。

① 基本健診のみの場合

基本の欄および請求金額の欄へは、基本健診保険者上限額の7,150円を記載。

詳細の欄は空白。

※受診者自己負担の1,566円を記入する項目はありませんのでご注意ください。

受診券窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診券情報)				
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	7	1	5	0	円
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限					円

保険者への請求金額→

請求金額					
7	1	5	0		円

② 基本健診+詳細健診の場合

基本の欄へ7,150円、詳細の欄へ3,400円を記載し、請求金額の欄へは、基本健診保険者上限額7,150円に実施した詳細検査の単価を加算して記載。

(貧血231円、心電図1,430円、眼底1,408円)

※基本健診+貧血の場合

受診券窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診券情報)				
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	7	1	5	0	円
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	3	4	0	0	円

保険者への請求金額→

請求金額					
7	3	8	1		円

※基本健診+貧血+心電図の場合

受診券窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診券情報)				
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	7	1	5	0	円
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	3	4	0	0	円

保険者への請求金額→

請求金額					
8	8	1	1		円

※基本健診+貧血+心電図+眼底の場合

受診券窓口負担情報

窓口負担区分		窓口負担内容(受診券情報)				
基本	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	7	1	5	0	円
詳細	(1)負担無 (2)定額 (3)定率 (4)保険者負担上限	3	4	0	0	円

保険者への請求金額→

請求金額					
1	0	2	1	9	円