

長崎県特定健診未受診者にかかる医療情報提供事業の実施要領
(平成29年度版)

1. 目的

本事業は、特定健診未受診者の医療情報から特定健診を受診したとみなすために必要な結果データを収集し、特定健診の受診者として管理することを目的とする。

特定健診未受診者が特定健診を受診しない理由として、「かかりつけ医で治療中(管理中)のため特定健診に必要性を感じない」や「時間がない」等がある。このような特定健診未受診者に対し、特定健診の受診機会拡大のため本事業を展開し、本来の制度を推進するものである。

なお、本事業は本来実施している特定健診の受診を妨げるものではなく、未受診者への特定健診受診の推奨にもかかわらず、やむを得ず特定健診が実施されない場合に実施するものとする。

2. 本来の特定健診との違い

①特定健診実施機関でなくとも請求可能

医療機関等が特定健診を実施するためには、診療報酬支払基金等へ特定健診実施機関としての届出が必要であるが、本事業では必要なく請求することができる。

②医療機関が所在する市町以外の患者の医療情報を請求可能

例) A市に所在する特定健診実施機関がA市役所と特定健診の契約を締結していた場合、A市の被保険者のみ本来の特定健診として実施可能であるが、B市の患者に対し本来の特定健診を実施させることはできない。しかし、本事業であればB市の患者の医療情報を請求することができる。

③指定様式の情報提供書等(紙媒体)を用いて国保連合会へ請求

本来の特定健診は電子媒体又はオンラインにより請求するものであるが、本事業では情報提供書等の紙媒体を用いて請求する。

④健診項目及び費用は統一

本来の特定健診では、各保険者で特定健診の検査項目、費用を設定していたが、本事業では統一健診項目(様式)、統一費用(単価)となる。

3. 対象者

長崎県内の国民健康保険に加入している被保険者で40～74歳の方

※本事業の対象保険者は「4. 対象保険者」及び別紙1「対象保険者一覧」参照

4. 対象保険者

本事業の契約を締結している長崎県内の保険者

※別紙1「対象保険者一覧」参照

5. 対象医療機関

本事業の契約等を締結する医療機関等であり、特定健診実施機関としての届出を必要

としない。なお、長崎県医師会会員医療機関は、長崎県医師会が代表して契約を締結することにより契約を締結したものとする。

6. 契約

①保険者と国保連合会の契約

保険者は本事業を委託する場合、国保連合会と契約を締結する。

②医療機関等と国保連合会の契約等

長崎県医師会と国保連合会とで契約を締結する。また、長崎県医師会の会員でない医療機関等と国保連合会とで契約を締結または承諾書をとる。

7. 委託料(情報提供料)

特定健診未受診者の医療情報を本会へ提供(請求)した場合、被保険者1人あたり委託料として情報提供料を支払うものとする。情報提供料の内訳については、下表のとおりとなる。

項 目		単価(税込)
追加検査なし	①情報提供料(追加検査なし)	2,500円
追加検査分	②HbA1c	500円
	③腎機能検査 (血清クレアチニン・血清尿酸)	200円

※1 情報提供料は、別紙2「様式-1704012～1704015」の情報提供書、質問票兼同意書等を記入することや情報提供書に記載されている検査項目を実施するための費用として支払うものである。なお、情報提供書に記載されている項目については、治療中の医療情報のうち当該年度内の検査結果は利用可能とし、当該項目は新たに検査を実施する必要はない。

※2 ①情報提供料(追加検査なし)とは、情報提供書内に記載されている検査項目を全て(任意項目は除く)記入した場合に請求する単価であり、不足している検査(②HbA1c、③腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)を除く)があればその料金内で実施することになり、追加費用は本事業の費用(及び診療報酬)として請求できない。

※3 治療中の医療情報に②HbA1cの検査結果がない(本事業のために追加で検査を実施した)場合、①情報提供料(追加検査なし)に加え500円を加算できる。なお、空腹時血糖の値があればHbA1cの値は必須ではない。(「12. 注意事項」③参照)

※4 治療中の医療情報に③腎機能検査(血清クレアチニン・血清尿酸)の検査結果がない(本事業のために追加で検査を実施した)場合、①情報提供料(追加検査なし)に加え200円を加算できる。ただし、血清クレアチニンと血清尿酸の検査はセットで行うものとする。

8. 様式

①特定健診情報提供料請求書(別紙2「様式-1704010」参照)

請求する月の情報提供料等を保険者毎に記入する。

②特定健診の情報提供書(様式は下表参照)

特定健診の情報提供書は「情報提供書」と「質問票兼同意書」から構成されている。
両面印刷で請求する場合と片面印刷で請求する場合では様式番号が異なる。

	様式の印刷対応	様式名	様式番号
1	両面印刷で請求する場合	情報提供書【表】	様式-1704012
		質問票兼同意書【裏】	様式-1704013
2	片面印刷で請求する場合	情報提供書	様式-1704014
		質問票兼同意書	様式-1704015

9. 事務処理(医療機関)

- ①医療機関は、患者に対し本来の特定健診の受診を勧奨する。時間がない等の理由で本来の特定健診を受診しない(できない)ということであれば、本事業への勧奨を実施する。なお、患者が本事業に係る情報提供書等を持参し、本事業へ同意するのであれば、勧奨の必要はない。
- ②医療機関は、患者が「情報提供書」を持参しなかった場合、国保連合会 HP から「情報提供書」等をダウンロードする。
- ③医療機関は、患者に対し本事業への同意を確認し、同意が得られた場合、「質問票兼同意書」の同意欄に氏名等を記入(代筆可)させる。また、質問票への記入も併せて実施する。
- ④医療機関は、患者の被保険者証、特定健診受診券等を確認し、「情報提供書」の【本人記入欄】に記入させる(代筆可)。特定健診受診券は医療機関にて保管(管理)する。
- ⑤医療機関は、「情報提供書」の【医療機関記入欄】の検査結果について医療機関で保有している医療情報から記入する。【医療機関記入欄】のうち任意項目以外は全て記入する。(ただし、空腹時血糖値が記入されている場合のHbA1c値は必須ではない。)
- ⑥医療機関は「請求書」、「情報提供書」および「質問票兼同意書」を原則毎月5日(別紙3参照)までに国保連合会へ送付する。ただし、請求期限が土曜日、日曜日及び国民の休日(国民の祝日に関する法律(昭和23年法律第178号)に規定する日を含む。)に当たる場合は、その翌日が期限となる。
- ⑦医療機関は国保連合会から届く「支払額通知書」等を確認し、原則27日(別紙3参照)に振り込まれる情報提供料を確認する。

10. 事務処理(保険者)

- ①保険者は、「情報提供書」を国保連合会 HP からダウンロードすることができる。「情報提供書」のダウンロード等については、保険者にて判断する。
 - a: 保険者から被保険者へ「情報提供書」を送付する。
 - b: 医療機関に本事業の勧奨を依頼する。
- ②保険者は、国保連合会から本事業にかかる「払込請求書」等が送付された場合、関係帳票を確認し、請求があった月の原則25日(別紙3参照)までに情報提供料及び手数料を支払う。
- ③保険者は、国保連合会から送付される「情報提供書」を保管管理し、取扱いについては、保険者の条例等に合わせて実施する。

11. 事務処理(国保連合会)

- ①国保連合会は、「情報提供書」等の請求様式を HP へ掲載する。
- ②国保連合会は、医療機関から本事業にかかる請求があった場合、請求項目または、資格の点検等を行う。請求項目等に不備があった場合、医療機関へ返戻する。
- ③国保連合会は、②にて不備がない場合、特定健診等データ管理システムに医療情報を登録する。
- ④国保連合会は、医療機関から請求があった月の翌月の12日までに保険者へ情報提供料等の払込みを請求する。また、請求関連帳票を併せて送付する。
- ⑤国保連合会は、保険者から振り込まれた情報提供料を振り込まれた月の原則27日(別紙3参照)までに、医療機関の指定銀行へ振り込む。

12. 注意事項

①検査実施期間について

平成29年度分の請求は、平成29年度内(平成29年4月1日～平成30年3月31日まで)に実施した検査結果を利用し、平成28年度以前または平成30年度以降の検査結果は利用できない。

②重複請求について

本来の特定健診と本事業の請求にて重複があった場合、本来の特定健診の結果内容を優先する。

③血糖検査(HbA1c、空腹時血糖)について

本事業の情報提供書の血糖検査において、HbA1c は必須とし、空腹時血糖は任意と設定されているが、空腹時血糖の結果があり、HbA1c の結果がなかった場合でも返戻としない。本来の特定健診の血糖検査は HbA1c、空腹時血糖のいずれかの結果があることが原則となっているため、本事業においてもいずれかの結果が必要となります。

④情報提供料の支払口座について

情報提供料は、医療(診療報酬振込銀行指定及び印鑑届)で管理している口座へ振り込むこととする。

⑤前年度分の請求について

平成29年4月1日以降の請求に前年度分(平成28年度分の情報提供書)を請求することができる。ただし、前年度分(平成28年度分の情報提供書)の請求は原則平成29年8月受付までとする。

別紙1

対象保険者一覧(平成29年度)

	保険者番号	保険者名	開始年月日
1	420018	長崎市	平成28年4月1日
2	420026	佐世保市	平成28年4月1日
3	420034	島原市	平成28年4月1日
4	420042	諫早市	平成28年4月1日
5	420059	大村市	平成28年4月1日
6	420075	平戸市	平成27年12月1日
7	420083	松浦市	平成28年4月1日
8	420091	対馬市	平成28年4月1日
9	420109	壱岐市	平成28年4月1日
10	420117	五島市	平成28年4月1日
11	420125	西海市	平成28年4月1日
12	420133	雲仙市	平成27年12月1日
13	420141	南島原市	平成28年4月1日
14	420570	長与町	平成28年4月1日
15	420588	時津町	平成27年12月1日
16	420661	東彼杵町	平成28年4月1日
17	420679	川棚町	平成28年4月1日
18	420687	波佐見町	平成27年12月1日
19	420919	小値賀町	平成28年4月1日
20	420992	佐々町	平成28年4月1日
21	421222	新上五島町	平成28年4月1日
22	423012	歯科医師国保組合	平成28年4月1日
23	423020	医師国保組合	平成28年4月1日
24	423038	薬剤師国保組合	平成28年4月1日
25	423046	長建国保組合	平成28年4月1日

別紙2

「様式-1704010」

特定健診情報提供料請求書

<長崎県国民健康保険団体連合会提出用>

様式 1 7 0 4 0 1 0

請求日 平成 年 月 日

保険者番号 4 2

市町長
国保組合 理事長 様
(国保担当課扱い)

医療機関番号	4	2	1								
医療機関住所											
医療機関名											
代表者名	印										
電話番号	— —										

請求金額 円

請求年月 平成 年 月

【請求金額内訳】

項目		単価（税込）		件数		合計	
情報提供料 （追加検査なし）		2,500	円		件		円
追加検査分	HbA1c ※	500	円		件		円
	腎機能検査（血清クレアチニン・血清尿酸）※	200	円		件		円

※ 情報提供のためHbA1cを追加で実施した場合、情報提供料（追加検査なし：2,500円）とは別に追加検査料として500円請求できます。また、腎機能検査（血清クレアチニン・血清尿酸）についても別に200円請求できます。この場合、情報提供書の『追加検査実施欄』（※3）にそれぞれ○記入が必要です。

別紙2

「様式-1704012」

【表】 【平成 年 月請求分】 特定健診の情報提供書

【本人記入欄】 全て記入（代筆可）

フリガナ		保険者番号	4	2														
氏 名		生 年 月 日	昭和			年			月			日						
		性 別 ※1	男（ ）			女（ ）			年 齢									歳
郵便番号	〒					-												
住 所		受診券整理番号																
		被保険者証番号																
連絡先(電話番号)		—				—												
		最終検査実施日	平成			年			月			日						

【医療機関記入欄】 任意項目以外全て記入

	項 目	追加検査実施 (○記入)	検査結果						注意事項	
基本項目	身体測定	身 長				.		cm	小数点以下1桁	
		体 重				.		kg	小数点以下1桁	
		B M I				.		kg/m ²	小数点以下1桁	
		腹 囲				.		cm	小数点以下1桁	
	血 圧	収縮期血圧						mmHg		
		拡張期血圧						mmHg		
	脂肪検査	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		
	肝機能検査	AST (GOT)						U/l		
		ALT (GPT)						U/l		
		γ-GT (γ-GTP)						U/l		
	尿検査	尿 糖 ※1		- ()	± ()	+	()	++ ()	+++ ()	
		尿蛋白 ※1		- ()	± ()	+	()	++ ()	+++ ()	
尿検査測定不能 ※2			排尿障害等のため尿検査を実施できません。()							
腎機能検査	血清クレアチニン		※3			.		mg/dl	小数点以下2桁	
	血 清 尿 酸					.		mg/dl	小数点以下1桁	
血糖検査	HbA1c (NGSP値)		※3			.		%	小数点以下1桁	
任意項目	血糖検査	空腹時血糖						mg/dl		
	貧血検査	ヘマトクリット値 (Ht)				.		%	小数点以下1桁	
		色素含量[ヘモグロビン値 (Hb)]				.		g/dl	小数点以下1桁	
		赤 血 球 数						万/mm ³		
尿検査	尿潜血 ※1		- ()	± ()	+	()	++ ()	+++ ()		
医 師 の 診 断 ※1		異常なし ()	治療中 ()	経過観察 ()	要注意 ()	要検査 ()				
医療機関コード	4	2	1						医療機関住所	
医 師 名							医療機関名			

＜長崎県国民健康保険団体連合会提出用＞

※1：いずれかの（ ）内に○を記入する。

※2：尿検査が排尿障害等のため実施できない場合は（ ）内に○を記入する。

※3：追加で検査を実施した場合、「追加検査実施」欄に左枠内に○を記入する。

●該当年度の診療録を基に、検査データを転記してください。

●情報提供書の請求は、請求書、情報提供書（裏面：質問票兼同意書）を添付し、国保連合会へ送付ください。

別紙2

「様式-1704013」

【裏】 【平成 年 月請求分】 特定健診の情報提供書（質問票兼同意書）

【本人記入欄】 医師等の問診による記入可

様式 1 7 0 4 0 1 3

項目	質 問 事 項	回 答 欄		
		該当する（ ）内に○を記入してください		
	既往歴（高血圧・糖尿病・脂質異常症 等）がありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方）	はい（ ）	いいえ（ ）	
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	速い（ ）	普通（ ）	遅い（ ）
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
16	夕食後に間食や夜食をとることが週に3回以上ありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度は、どのくらいですか。	毎日（ ）	時々（ ）	ほとんど飲まない（飲めない）（ ）
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 清酒1合（180ml）の目安： ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、 ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	1合未満（ ）	1～2合未満（ ）	
		2～3合未満（ ）	3合以上（ ）	
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	改善するつもりはない（ ）		
		改善するつもりである（ ）		
		近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。（ ）		
		既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）（ ）		
		既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）（ ）		
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	はい（ ）	いいえ（ ）	

【本人同意欄（自筆）】

この情報提供書（質問票兼同意書）を _____ 市・町 _____ 国保組合 _____ に提出することに同意します。

平成 年 月 日 氏 名 _____

●ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。

＜長崎県国民健康保険団体連合会提出用＞

別紙2

「様式-1704014」

【平成 年 月請求分】 特定健診の情報提供書																						
【本人記入欄】 全て記入（代筆可）															様式	1	7	0	4	0	1	4
フリガナ					保険者番号	4	2															
氏 名					生 年 月 日	昭和		年		月		日										
					性 別 ※1	男（ ）	女（ ）	年 齢		歳												
郵便番号	〒			-																		
住 所					受診券整理番号																	
					被保険者証番号																	
連絡先(電話番号)	— —				最終検査実施日	平成		年		月		日										
【医療機関記入欄】 任意項目以外全て記入																						
基 本 項 目	項 目	追加検査実施 (○記入)		検査結果										注意事項								
	身体測定	身 長											cm	小数点以下1桁								
		体 重											kg	小数点以下1桁								
		B M I										kg/m ²	小数点以下1桁									
		腹 囲										cm	小数点以下1桁									
	血 圧	収縮期血圧											mmHg									
		拡張期血圧											mmHg									
	脂肪検査	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									
	肝機能検査	AST (GOT)											U/l									
		ALT (GPT)											U/l									
		γ-GT (γ-GTP)											U/l									
	尿検査	尿 糖 ※1			- ()	± ()	+	()	++ ()	+++ ()												
		尿蛋白 ※1			- ()	± ()	+	()	++ ()	+++ ()												
		尿検査測定不能 ※2			排尿障害等のため尿検査を実施できません。()																	
	腎機能検査	血清クレアチニン		※3									mg/dl	小数点以下2桁								
		血 清 尿 酸		※3									mg/dl	小数点以下1桁								
	血糖検査	HbA1c (NGSP値)		※3									%	小数点以下1桁								
	任 意 項 目	血糖検査	空腹時血糖										mg/dl									
貧血検査		ヘマトクリット値 (Ht)										%	小数点以下1桁									
		血色素量[ヘモグロビン値 (Hb)]										g/dl	小数点以下1桁									
		赤 血 球 数										万/mm ³										
尿検査	尿潜血 ※1			- ()	± ()	+	()	++ ()	+++ ()													
医 師 の 診 断 ※1		異常なし ()			治療中 ()			経過観察 ()			要注意 ()			要検査 ()								
医療機関 コード	4	2	1									医療機関 住所										
医 師 名					医療機関名																	

＜長崎県国民健康保険団体連合会提出用＞

※1：いずれかの（ ）内に○を記入する。

※2：尿検査が排尿障害等のため実施できない場合は（ ）内に○を記入する。

※3：追加で検査を実施した場合、「追加検査実施」欄に左枠内に○を記入する。

●該当年度の診療録を基に、検査データを転記してください。

●情報提供書の請求は、請求書、情報提供書（裏面：質問票兼同意書）を添付し、国保連合会へ送付ください。

別紙2

「様式-1704015」

【平成 年 月請求分】特定健診の情報提供書（質問票兼同意書）																	
【本人記入欄】医師等の問診による記入可						様式	1	7	0	4	0	1	5				
項目	質 問 事 項	回 答 欄 該当する（ ）内に○を記入してください															
	既往歴（高血圧・糖尿病・脂質異常症 等）がありますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
	今、体調の悪いところ（自覚症状）がありますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
1	現在、血圧を下げる薬を服用していますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
2	現在、インスリン注射又は血糖を下げる薬を服用していますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
3	現在、コレステロールや中性脂肪を下げる薬を服用していますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
4	医師から、脳卒中（脳出血、脳梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
5	医師から、心臓病（狭心症、心筋梗塞等）にかかっているといわれたり、治療を受けたことがありますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
6	医師から、慢性の腎不全にかかっているといわれたり、治療（人工透析）を受けたことがありますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
7	医師から、貧血といわれたことがありますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
8	現在、たばこを習慣的に吸っていますか。（※今までに合計100本以上、又は6ヶ月以上吸っており最近1ヶ月間も吸っている方）	はい（ ）				いいえ（ ）											
9	20歳の時の体重から10kg以上増加していますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
10	1回30分以上の軽く汗をかく運動を週2日以上、1年以上実施していますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
11	日常生活において歩行又は同等の身体活動を1日1時間以上実施していますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
12	ほぼ同じ年齢の同性と比較して歩く速度が速いですか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
13	この1年間で体重の増減が±3kg以上ありましたか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
14	人と比較して食べる速度が速いですか。	速い（ ）				普通（ ）				遅い（ ）							
15	就寝前の2時間以内に夕食をとることが週に3回以上ありますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
16	夕食後に間食や夜食をとることが週に3回以上ありますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
17	朝食を抜くことが週に3回以上ありますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
18	お酒（清酒、焼酎、ビール、洋酒など）を飲む頻度は、どのくらいですか。	毎日（ ）		時々（ ）		ほとんど飲まない（飲めない）（ ）											
19	飲酒日の1日当たりの飲酒量は、どのくらいですか。 清酒1合（180ml）の目安： ビール中瓶1本（約500ml）、焼酎35度（80ml）、 ウイスキーダブル1杯（60ml）、ワイン2杯（240ml）	1合未満（ ）				1～2合未満（ ）				2～3合未満（ ）				3合以上（ ）			
20	睡眠で休養が十分とれていますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											
21	運動や食生活等の生活習慣を改善してみようと思いますか。	改善するつもりはない（ ）															
		改善するつもりである（ ）															
		近いうちに（概ね1ヶ月以内）改善するつもりであり、少しずつ始めている。（ ）															
		既に改善に取り組んでいる（6ヶ月未満）（ ）															
		既に改善に取り組んでいる（6ヶ月以上）（ ）															
22	生活習慣の改善について保健指導を受ける機会があれば、利用しますか。	はい（ ）				いいえ（ ）											

【本人同意欄（自筆）】

この情報提供書（質問票兼同意書）を _____ 市・町 _____ 国保組合 _____ に提出することに同意します。

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 氏 名 _____

●ご記入が不自由な方の場合、医療機関従事者の代筆で結構です。 <長崎県国民健康保険団体連合会提出用>

別紙3

受付締切日及び支払日一覧(平成29年度)

取り扱い月	受付締切日	保険者への請求日	支払日
平成 29 年 4 月	4 月 5 日 (水)	5 月 10 日 (水)	5 月 26 日 (金)
〃 5 月	5 月 8 日 (月)	6 月 9 日 (金)	6 月 27 日 (火)
〃 6 月	6 月 5 日 (月)	7 月 7 日 (金)	7 月 27 日 (木)
〃 7 月	7 月 5 日 (水)	8 月 9 日 (水)	8 月 28 日 (月)
〃 8 月	8 月 7 日 (月)	9 月 7 日 (木)	9 月 27 日 (水)
〃 9 月	9 月 5 日 (火)	10 月 10 日 (火)	10 月 27 日 (金)
〃 10 月	10 月 5 日 (木)	11 月 10 日 (金)	11 月 27 日 (月)
〃 11 月	11 月 6 日 (月)	12 月 7 日 (木)	12 月 26 日 (火)
〃 12 月	12 月 5 日 (火)	1 月 12 日 (金)	1 月 26 日 (金)
平成 30 年 1 月	1 月 5 日 (金)	2 月 9 日 (金)	2 月 26 日 (月)
〃 2 月	2 月 5 日 (月)	3 月 9 日 (金)	3 月 27 日 (火)
〃 3 月	3 月 5 日 (月)	4 月 9 日 (月)	4 月 27 日 (金)