

# 特定健康診査及び健康診査における 健診結果の電子化について

【 千葉県医師会所属医療機関様 】

**ICheck** アイチェック | C h e c k (アイチェック)株式会社

TEL 03-5839-2575

FAX 050-3737-2235

受付時間 平日 9:00~18:00

経営企画部 医療サービス室

〒101-0031

東京都千代田区東神田2-8-16 GLEAMS AKIHABARA 201号室

# 集荷までの流れ

## ①入力票ご提出の流れ

①総括表

②受診券

③記録票

1. 上記の帳票類『②受診券 ③記録票』を受診者ごとに1名様単位で**ホチキス**で止めていただきます。

1. ご用意頂きました帳票類を封筒に入れて頂きます。

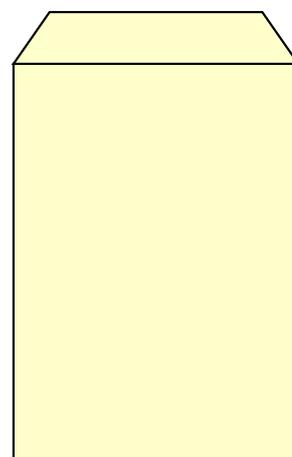
2. 千葉県医師会様にご提出ください。

※提出する際に出来るだけA4の封筒で提出してください。

### 注意点

①総括表にご提出頂く受診者や人数を記載してください。

②受診券、記録票に不備がないか確認をお願いいたします。

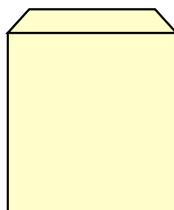


受診者ごとにホチキス止めをした②受診券 ③記録票 を  
①総括表でとりまとめ、ご提出くださいませ。

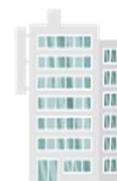
健診結果を記入し  
書類を整理



上記の帳票類を千葉県医師会様  
にご提出



回収後オペレータにより  
入力開始



# 電子化代行までの流れ

## ①ご提出の流れ

※ 弊社への資料のお送りの場合には、下記のような処置をお願いいたします。

### ①総括表



+

### ②受診券



### ③記録票

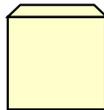


受診者ごとにホチキス止めをした  
②受診券 ③記録票 を  
①総括表でとりまとめて  
下さい。

1. 帳票類送付の準備



2. 千葉県医師会様へ郵送



3. 弊社が帳票を受け取り入力



## ②医療機関様へお問合せ



ICheck株式会社を申し受ける。千葉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19日(月) 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。また、ご不明な点等ございましたらお気軽にお問い合わせ下さいませ。尚、ご回答が期日に間に合わない場合は、次月へ繰越とさせていただきますので、ご了承下さいませ。

ICheck株式会社 FAX:050-3737-2235 TEL:03-5839-2575

氏名	生年月日	受診日	補修箇所(不備内容)	訂正内容(※ご記入ください)
トシタタロウ 特定	1950/06/25	2021/07/01	受診券整理番号(未記入)	
ホウシマカ 後期	1959/12/25	2021/07/02	医師(異常値(ご確認下さい))	

※不備の返信については期限内に  
早急なご返信をお願いいたします。



※こちらにご回答をご記入ください。



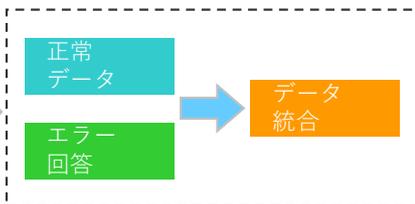
上記のようにFAX、またはお電話にてご連絡を差し上げます。  
医療機関様は不備の項目をご確認頂き、FAXであれば訂正内容の欄に記入後、**ICheck株式会社**にご返信下さいませ。  
お電話であれば速やかにお答え頂けるよう、ご協力をお願いいたします。

## 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



健診システム



支払代行機関様



## ④報告後の流れ

結果票(ご希望の医療機関様のみ)は  
毎月15日前後に受診者様のご自宅へ  
請求書は半年に1回まとめたものを  
4・10月頃に医療機関様へ送付いた  
します。

医療機関様



通常はお振込の支払をお願いしております。  
口座自動引き落としへ変更希望の医療機関様が  
いらっしゃいましたらご連絡下さいませ。

# 記録票提出についてのご注意

< 以下の点にご注意ください >

1. 健診機関番号は正確に10桁を記入して下さい。
2. 医師の氏名（漢字）、医療機関名を複写のためはっきりと記入して下さい。
3. 特定健診以外の帳票類をご送付頂かないようご注意ください
4. 送付するもの（総括表・受診券・記録票・詳細健診記録票）
5. 結果のご記入は複写式になっていますのでしっかり、わかりやすくお願いします。
6. 記入ミス等の訂正の際、

**訂正印はご使用にならず、わかりやすく訂正頂くようにご協力お願いします。**

7. 入力票の不備、確認事項に関しましては **I C h e c k 株式会社**（入力業者）よりFAXまたは電話にて連絡をさせていただきます。

連絡があった場合は**速やかにご返答をお願いいたします。**

※ご返答頂けない場合は提出月の処理を出来かねる場合がございます。

8. 電子化代行料金に関しましては、**I C h e c k 株式会社**（入力業者）の提携企業から各医療機関様へ**ご請求書を発行させていただきます。**