



保 発 1213 第 1 号
平成 25 年 12 月 13 日

都 道 府 県 知 事 殿

厚 生 労 働 省 保 険 局 長
(公 印 省 略)

平成 25 年度国民健康保険調整交付金の交付（追加交付・交付決定一部取消）
申請及び事業実績報告について（通知）

平成 25 年度における国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 72 条の規定に基づき国民健康保険調整交付金の交付（追加交付・交付決定一部取消）申請及び事業実績報告については、下記により行うこととしたので、この旨貴管内保険者に通知するとともに、その申請手続きに遺漏のないよう取り計らわれたい。

記

- 1 保険者は、別表に掲げるところにより、交付申請書並びに事業実績報告書等を作成し、調整交付金交付申請書等作成システムにおいて出力される電子媒体及び所要の添付書類を添えて都道府県知事に提出すること。
- 2 都道府県知事は、保険者から提出された交付申請書並びに事業実績報告書等の内容を十分審査し、平成 26 年 2 月 25 日までに厚生労働大臣に提出すること。
ただし、国民健康保険保健事業及び総合保健施設事業に係る実績報告書（作成区分がシステムである様式を除く。）については、平成 26 年 1 月 20 日、国民健康保険へき地直営診療所運営費、直営診療施設の運営に係る特別に要した費用及び直営診療施設整備に関する費用に係る交付申請書等については、平成 26 年 1 月 27 日を提出期日とする。
- 3 調整交付金の額を算定する過程における端数計算については、別表様式等にて定めるほか、五百円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てすることとし、五百円以上千円未満の端数があるときは、その端数金額を千円として計算するものとする。

平成25年度 国民健康保険調整交付金(保健事業分)事業実績報告書 点検表

事業名：直営診療施設による健康管理事業等

○都道府県における審査の際には、以下の事項に不備がないか確認しチェック欄に「✓」をつけて、実績報告書とともに送付してください。

様式	様式内の項目	確認ポイント	チェック	
J様式1		事業区分ごと、かつ、保険者番号順に記入されているか。	<input type="checkbox"/>	
	保 険 者 名	保険者名の下に施設名が記入されているか。 また、事業区分2(3)の事業については、施設名とともに病床数が記入されているか。	<input type="checkbox"/>	
		予算関係等資料様式11で厚労省国保課施設係に報告した施設名と同じ施設名が記入されているか。	<input type="checkbox"/>	
	主 な 事 業 名	助成限度額の加算があるものについて、加算要件の記号(ア～オ)が記入されているか。 また、内定時と加算要件に変更がある場合について、変更後の加算要件の記号を全て斜体、変更前を正体でそれぞれ記入されているか。	<input type="checkbox"/>	
	対 象 事 業 費	J様式4の「当該事業の財源実績(見込)額」の「国保対象事業経費」の「合計額」と一致するか。また、単位を誤って記入していないか。	<input type="checkbox"/>	
	交 付 内 定 額	内定時と一致するか。また、単位を誤って記入していないか。	<input type="checkbox"/>	
	助 成 限 度 額	加算要件に該当しなくなった等の理由により、助成限度額に変動があったものについて、斜体で記入しているか。また、単位を誤って記入していないか。	<input type="checkbox"/>	
J様式2	市 町 村 の 概 要	漏れや誤りはあるか。	<input type="checkbox"/>	
	事業の概況	計画(事業内容及び実施方法)	内定時の実施計画が記入されているか。	<input type="checkbox"/>
		実績及び見込(事業内容及び実施方法)	事業内容及び実施方法が計画時と変更になった場合は、「変更点」欄に※をつけ、「実績及び見込(事業内容及び実施方法)」欄に、変更理由を記入しているか。	<input type="checkbox"/>
	事業効果(具体的に)		実施後の事業効果を記入しているか。	<input type="checkbox"/>
			実施量(回数・参加率)だけでなく、検査データの変化や参加者の変化等、評価指標を具体的に記入し、A～Cの三段階評価を行っているか。(実施済みの事業(実施途中のものも含む)について記入し、評価を行うこと。)	<input type="checkbox"/>
J様式4国保対象事業経費の合計額		J様式4の合計額と一致しているか。	<input type="checkbox"/>	
J様式3	当該事業に要する費用の計画額	内定時の積算内訳を記入しているか。	<input type="checkbox"/>	
	当該事業に要した費用の実績(見込)額	内定時の積算方法と同様の積算方法で実績(見込)額の積算が行われているか。	<input type="checkbox"/>	
		内定時と国保按分率に変更されているものについて、J様式4に変更後の率の計算等が記入されているか。また、計算内容に誤りはあるか。	<input type="checkbox"/>	
J様式4	費用負担の考え方	事業項目ごとに、費用負担の考え方が記入されているか。また、内定時と費用負担の考え方(国保按分率)に変更があったものについては、変更後の率の計算式及び計算要素が記入されているか。(又は確認できる資料が添付されているか。)	<input type="checkbox"/>	
J様式5		備品を購入した場合に様式5を用いて記入しているか。	<input type="checkbox"/>	
確約書		12月～3月に実施見込みの事業がある場合は、確約書が添付されているか。 ※J様式3の「当該事業に要した費用の実績(見込)額」の「12～3月(見込)」	<input type="checkbox"/>	

注)グレーは該当する項目がある保険者が提出する書類

報告書類について、照会することがありますので審査の担当者名を記入してください。

都道府県名:

担当者名:

電話番号:

平成25年度 国民健康保険調整交付金(総合保健施設分)事業実績報告書 点検表

都道府県における審査の際には、以下の事項に不備がないか確認しチェック欄に「✓」をつけて、実績報告とともに送付してください

様式	様式内の項目	確認ポイント	チェック
J 様式 6	国庫補助所要額	金額は千円未満切り捨てで記載されているか	<input type="checkbox"/>
	施設 の 名 称	条例上の名称と一致しているか	<input type="checkbox"/>
	支 出 済 内 訳	施設整備費、設備整備費、初度設備費は設置部門ごとに記入されているか	<input type="checkbox"/>
		居宅サービス部門は機能別の内訳が記入されているか	<input type="checkbox"/>
	添 付 書 類	様式に記載されている必要添付書類が揃っているか	<input type="checkbox"/>
		12月から3月に実施見込の事業がある場合には保険者ごとに確約書が必要	<input type="checkbox"/>
J 様式 7	国庫補助所要額	金額は千円未満切り捨てで記載されているか	<input type="checkbox"/>
	施設 の 名 称	条例上の名称と一致しているか	<input type="checkbox"/>
	施設 の 内 容	合致する部門がある場合には、保健事業部門、介護支援部門、居宅サービス部門、共同生活援助部門、居住部門ごとに内容が記入されているか	<input type="checkbox"/>
	施設の連携状況	国民健康保険診療施設名称、所在地及び併設・隣接・連携が正しく記入されているか	<input type="checkbox"/>
	運 営 事 業 別 支 出 内 訳	4月から11月までの実績と12月から3月までの見込が分けて記入されているか	<input type="checkbox"/>
		施設管理費について国保被保険者分が計上されているか。また按分している場合には、考え方が備考欄に記入されているか	<input type="checkbox"/>
	予 算 科 目 別 支 出 内 訳	運営事業別支出内訳の合計と一致しているか	<input type="checkbox"/>
	保健事業実施状況	交付申請時(内定時)の実施計画と一致しているか	<input type="checkbox"/>
実施計画と一致していない場合、詳細がわかる書類が添付されているか		<input type="checkbox"/>	
添 付 書 類	様式に記載されている必要添付書類が揃っているか	<input type="checkbox"/>	
		12月から3月に実施見込の事業がある場合には保険者ごとに確約書が必要	<input type="checkbox"/>
		交付申請時(内定時)から金額に変更があった場合には、変更後の金額に下線をひくこと	<input type="checkbox"/>
J 様式 8	備 考 欄	施設の設置年度、加算要件と金額が記入されているか	<input type="checkbox"/>
		各項目に定められた金額の単位(千円、円)で記入すること	<input type="checkbox"/>

報告書類について、照会することがありますので審査の担当者名を記入してください。

都道府県名:

担当者名:

電話番号:

