療養費等代理受領方式による
保険者間調整の手引き

○ はじめに

この手引きは、全国健康保険協会（以下「協会けんぽ」という。）又は国保保険者との間で療養費等代理受領方式による保険者間調整を行う際に使用します。

※本文中で使用する用語について

- 国保連合会とは、保険者が所在する都道府県の国民健康保険団体連合会を指します。
- 療養費（柔道整復含む）の場合、以下の箇所を読み替えてください。
  医療機関等　⇒　施術所
  レセプト　　⇒　療養費支給申請書
- 本文中記載の帳票名は一部略称を使用しています。

本文中略称	正式名称
申請書	療養費申請書、高額療養費申請書、移送費申請書、出産育児一時金等申請書
同意書	国民健康保険資格喪失後受診に伴う返納金精算に係る同意書（兼委任状）
送付文書	国民健康保険資格喪失後受診に伴う返納金精算に係る療養費の支給申請に係る送付文書
支給額決定通知書	療養費等支給額決定通知書
資格確認一覧表	療養費等振替調整資格確認一覧表
支給決定一覧表	療養費等支給決定一覧表

○ 運用上の留意事項

保険者・連合会間において保険者間調整に要する書類等を授受する際は、送付物の内容（送付書類の枚数、該当保険者数等）が分かるよう、送付文書等を必ず添付してください。

※ システム処理の詳細については、システム機能リリース時にお示しするマニュアル等を参照してください。

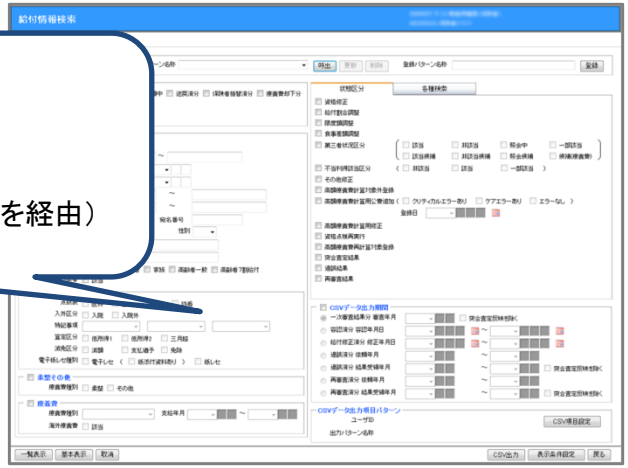
処理手順①【 １． 対象データ選別－１ 】

○ 振替元保険者において、資格給付エラー検索画面または給付情報検索画面から資格確認を行う。

保険者サービス系システム（保険者給付）

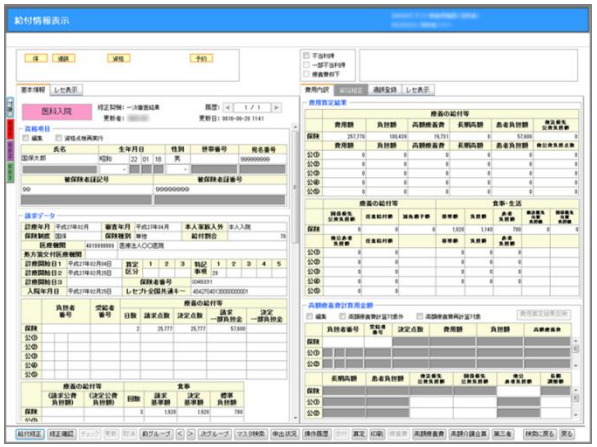
資格給付エラー検索画面

給付情報検索画面



・資格給付エラー検索画面から検索する
または
・給付情報検索画面から検索する
（給付記録確認・修正サブメニュー画面を経由）

給付情報表示画面



処理手順①【 １．対象データ選別－２ 】（資格給付エラー検索画面）

○ 資格給付エラー検索画面から確認し、保険者間調整を要すると判断される対象レセプトを抽出し、医療給付費等の返納金告知（療養費等による精算方法の案内）を行う対象を選定します。

※ 既に被保険者に対して不当利得の返還請求を行い精算が完了しているものを選定しないよう注意する。

保険者サービス系システム（保険者給付）

資格給付エラー検索画面

（操作例）

① 資格給付エラー検索画面にて、「一覧表示」ボタン押下
② 資格給付エラー検索結果一覧画面表示、「基本表示」ボタン押下
③ 給付情報表示画面表示
④ 過誤登録タブの内容から、資格情報を確認

※保険者間調整の対象候補レセプトであると判断した場合、色付箋を登録しておくことで代理受領選択処理時（処理手順⑧）の検索が容易となります。

給付情報表示画面

処理手順①【 １．対象データ選別－３ 】 （給付情報検索画面）

○ 給付情報検索画面から確認し、保険者間調整を要すると判断される対象レセプトを抽出し、医療給付費等の返納金告知（療養費等による精算方法の案内）を行う対象を選定します。

※ 既に被保険者に対して不当利得の返還請求を行い精算が完了しているものを選定しないよう注意する。

保険者サービス系システム（保険者給付）

給付情報検索画面

（ 操作例 ）

① 給付情報検索画面にて、「一覧表示」ボタン押下
② 給付情報検索結果一覧画面表示、「基本表示」ボタン押下
③ 給付情報表示画面表示
④ 過誤登録タブの内容から、資格情報を確認

※保険者間調整の対象候補レセプトであると判断した場合、色付箋を登録しておくことで代理受領選択処理時（処理手順⑧）の検索が容易となります。

給付情報表示画面

処理手順②【 ２． 同意書作成 】

○ 処理手順①で振替対象と判定したレセプトについて、療養を受けた者ごとに同意書を作成します。
○ また、同意書と併せて送付する各種文書等についても印刷します。

国民健康保険資格喪失後受診に伴う返納金精算に係る同意書（兼 委任状）

○○国民健康保険　　殿
該当健康保険保険者　　殿　①

私は、○○国民健康保険（以下「○○国保」という。）を資格喪失後に国民健康保険被保険者証を使用して受診したことによって発生した医療費等の返納方法について、受診時に加入していた健康保険の保険者に支給申請することができる療養費等を○○国保が代理申請、代理受領し、返納金債権に充当して精算することを希望すると同時に、下記の事項について委任及び同意します。　②

記

１．委任する事項

受診時に加入していた健康保険の保険者に支給申請することができる療養費等を、○○国保が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを○○国保に委任します。　③

２．同意する事項

・療養費等の支給申請に必要となる、○○国保が保有する診療報酬明細書の写し等を受診時に加入していた健康保険の保険者へ直接提供すること。
・○○国保と受診時に加入していた健康保険の保険者との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること。
・○○国保が代理受領した療養費等を、返納金債権に充当して精算すること。　④

以上

平成　　年　　月　　日

被保険者の氏名 ※1	印		
被保険者の住所	〒　　－		
電　話　番　号			
療養を受けた被扶養者の氏名 ※2		被保険者との続柄	

※ 受診時に加入されていた健康保険の保険者が国民健康保険の場合は、※1に世帯主（国保組合の場合は組合員）の氏名、※2に世帯主以外に療養を受けた被保険者の氏名をご記入ください。

※　受診時に加入されていた健康保険について、お持ちの健康保険被保険者証等を確認のうえ、ご記入ください。
（○○国保が受診時にご加入されていた健康保険の保険者に療養費を支給申請する際に必要な情報となります。）　⑤

保険者名称		保険者番号									

被保険者証記号		被保険者証番号	

（記入内容）

①～⑤ 保険者名

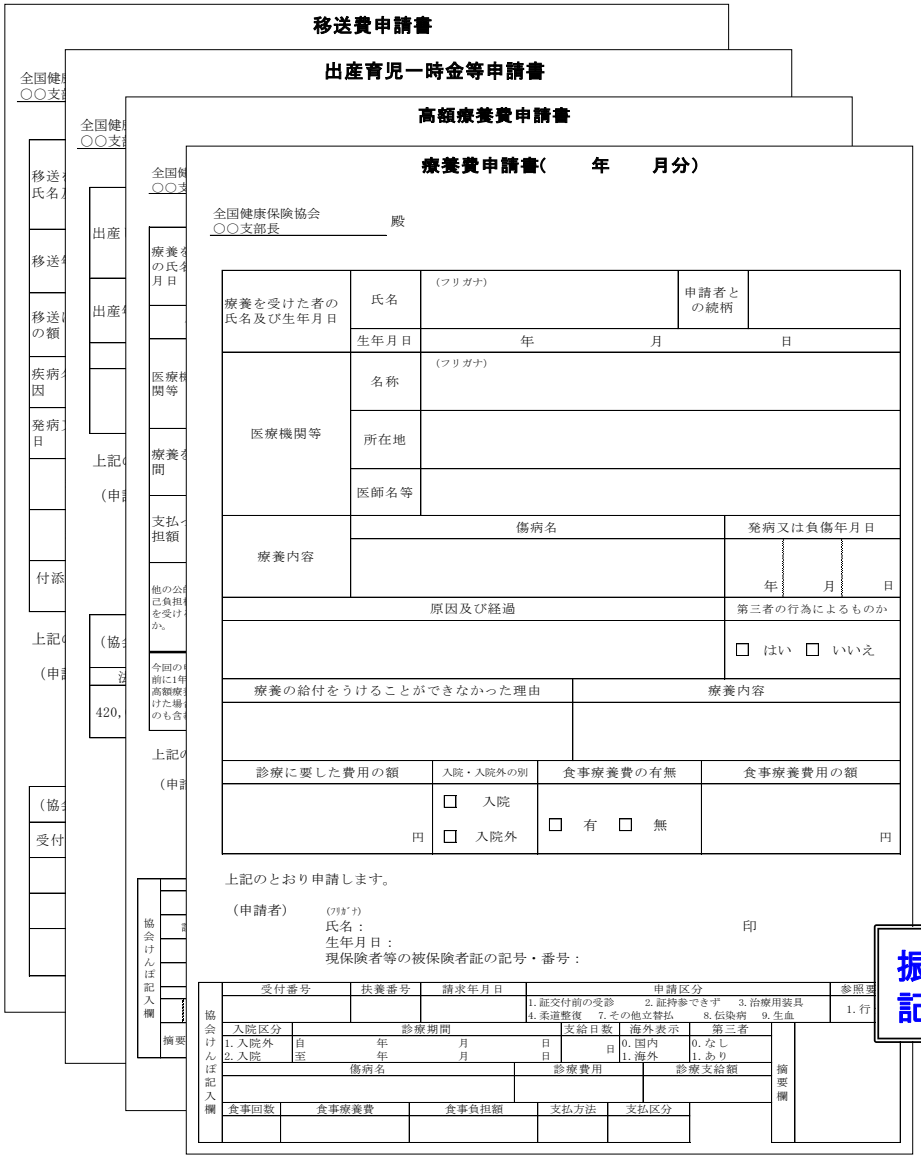
振替元の国保保険者の名称を記入します。

※ 被保険者に送付する文書等の例

- 医療費の返納について（通知）
- 医療費の返納に関するお知らせ
（必要に応じて対象の診療年月、医療機関、返納額等を記載する）

処理手順③【 ３．療養費等申請書作成 】

○ 処理手順①で振替対象と判定したデータを抽出し、療養費等の申請書を作成します。



○ 申請書は下記の単位で作成する。

- 療養を受けた者単位に作成
  - ・療養費申請書
  - ・出産育児一時金等申請書
  - ・移送費申請書
- レセプト単位に作成
  - ・高額療養費申請書

○ 保険者にて把握できている項目については、予め記入する。
（記載方法については、次頁「≪参考≫申請書の記載方法」を参照）

※申請者欄については、被保険者本人の自署・捺印が必要なため、記入しない。

振替先保険者が国保保険者の場合は、協会けんぽ記入欄がない様式を用いる。

≪参考≫申請書の記載方法例（振替先保険者が協会けんぽの場合）

※ 略記可とする項目についても、可能な限り記入してください。
※ 振替先保険者が国保の場合は、予め各項目の記載上の取扱い（略記の可否等）を確認の上、記入してください。

療養費申請書（　　年　　月分）

全国健康保険協会
○○支部長　殿

療養を受けた者の氏名及び生年月日	氏名	（フリガナ）	申請者との続柄	
	生年月日	年　月　日		
医療機関等	名称	（フリガナ）		
	所在地			
	医師名等			
療養内容	傷病名		発病又は負傷年月日	
			年　月　日	
	原因及び経過		の行為によるものか	
			い　☐ いいえ	
療養の給付をうけることができなかった理由		療養内容		
資格喪失後受診のため				

診療に要した費用の額	入院・入院外の別	食事療養費の有無	食事療養費用の額
円	☐ 入院 ☐	☐ 有　☐ 無	円

上記のとおり申請します。

（申請者）
（ﾌﾘｶﾞﾅ）
氏名：　印
生年月日：
現保険者等の被保険者証の記号・番号：

協会けんぽ記入欄	受付番号	扶養番号	請求年月日	申請区分	参照要否
				1. 証交付前の受診　2. 証持参できず　3. 治療用装具 4. 柔道整復　7. その他立替払　8. 伝染病　9. 生血	1. 行う

入院区分	診療期間	支給日数	海外表示	第三者
1. 入院外 2. 入院				

食事回数				

高額療養費申請書

協会けんぽ○○支部長　殿

療養を受けた者の氏名及び生年月日	氏名 明大昭平　年　月　日 （続柄：　）	氏名 明大昭平　年　月　日	氏名 明大昭平　年　月　日 ）
傷病名			
医療機関等　名称			
医療機関等　所在地			
療養を受けた期間	年　月　日から 日まで （　日間）	月　日から 日まで 日間）	
支払った自己負担額	円	円	円
他の公的制度により自己負担相当額等の支給を受けることができるか。	☐ 受けられる （制度名　）	☐ 受けられる （制　）	
	☐ 受けられない	☐ 受けられない	☐ 受けられない
今回の申請の診療月以前に1年間に三回以上高額療養費を支給を受けた場合（請求中のものも含む）	診療月　平成　年　月分	平成　年　月分	平成　年　月分

上記のとおり申請します。

（申請者）
（ﾌﾘｶﾞﾅ）
印
等の被保険者証の記号・番号：

協会けんぽ記入欄	受付番号	請求年月日	証明書種別	支払種別
			ア　イ　ウ　エ　オ 現役並み所得者　一般所得者 低所得者Ⅱ　低所得者Ⅰ	1.多数該当(単独)　3.多数該当(合算) 2.合算　4.単独

診療合計点数	点					点	点
金額	円					円	円
算定基礎	252,600円 44,400円	167,400円 24,600円	80,100円 20,000円	57,600円 15,000円	35,400円 12,000円	140,100円 10,000円	93,000円 8,000円

支給決定金額	支払方法	支払区分
円		

摘要欄

記載不要

【略記可】「診療報酬明細書の通り」

記載不要

【略記可】「診療報酬明細書の通り」

実費（10割）を記載

同意書と同様に被保険者本人の署名と捺印を行う。

振替先保険者が協会けんぽの場合は、「協会けんぽ記入欄」がある申請書様式を用いる。

高額療養費（現物給付分に限る）に係る調整を行う際に療養費申請書と併せて作成する

療養を受けた者についてのみ記載（一人につき一枚作成）

【略記可】「診療報酬明細書の通り」

実費（3割/2割/1割）を記載

記載不要

処理手順④【 ４． 返納告知・返納金精算案内 】

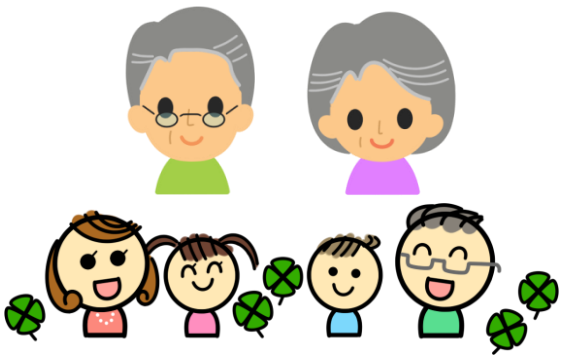
○ 無資格受診等により医療給付費等の返納金が発生した者に対して、返納告知書等により医療給付費等の返還を求めます。併せて、返納金と療養費等による精算方法を案内し、必要書類（同意書、療養費等申請書等）の提出を求めます。

送付する文書等（例）

- 返納告知書（通知）
- 返納金納付書
- 返信用封筒
- 返納金精算案内
- 返納金精算に係る同意書（様式）
- 療養費等申請書（様式）

療養費等との精算を希望する場合、必要事項を記入し、被保険者から保険者に返送する。

送付



案内が届いた被保険者は……

1. 内容を確認します。
2. 療養費等と返納金の精算を希望する場合、同意書および申請書に必要事項を記入し、署名、捺印をします。
3. 送付元の保険者に返送します。

※ 被保険者が亡くなられて相続人の方が申請される場合は、同意書の「被保険者の氏名」欄に申請される方の氏名を記入します。なお、この場合に別途必要となる書類については振替先となる保険者へご確認ください。（振替先が協会けんぽの場合は、被保険者との続柄がわかる「戸籍（除籍）謄本」および「住民票（又は市町村等公的機関が発行する本人確認ができる書類）」の添付が必要となります。）

処理手順⑤【 ５． 受領、内容確認－１ 】

○ 被保険者から同意書、申請書が返送されたら、内容を確認します。
○ 捺印の有無、新しい保険者番号、被保険者証記号・番号等の記載漏れ、記載誤りを確認します。

国民健康保険資格喪失後受診に伴う返納金精算に係る同意書（兼 委任状）

○○国民健康保険　　殿
該当健康保険保険者　　殿

私は、○○国民健康保険（以下「○○国保」という。）を資格喪失後に国民健康保険被保険者証を使用して受診したことによって発生した医療費等の返納方法について、受診時に加入していた健康保険の保険者に支給申請することができる療養費等を○○国保が代理申請、代理受領し、返納金債権に充当して精算することを希望すると同時に、下記の事項について委任及び同意します。

記

１．委任する事項
受診時に加入していた健康保険の保険者に支給申請することができる療養費等を、○○国保が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを○○国保に委任します。

２．同意する事項
・療養費等の支給申請に必要となる、○○国保が保有する診療報酬明細書の写し等を受診時に加入していた健康保険の保険者へ直接提供すること。
・○○国保と受診時に加入していた健康保険の保険者との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること。
・○○国保が代理受領した療養費等を、返納金債権に充当して精算すること。

以上

平成　　年　　月　　日

被保険者の氏名 ※1	印		
被保険者の住所	〒　　－		
電　話　番　号			
療養を受けた被扶養者の氏名 ※2		被保険者との続柄	

※ 受診時に加入されていた健康保険の保険者が国民健康保険の場合は、※1 に世帯主（国保組合の場合は組合員）の氏名、※2 に世帯主以外に療養を受けた被保険者の氏名をご記入ください。

※ 受診時に加入されていた健康保険について、お持ちの健康保険被保険者証等を確認のうえ、ご記入ください。
（○○国保が受診時にご加入されていた健康保険の保険者に療養費を支給申請する際に必要な情報となります。）

保険者名称		保険者番号									
被保険者証記号		被保険者証番号									

- 内容に誤りがある場合、本人に返送するか、電話等による確認を行い、訂正します。
- 記載内容の訂正は、振替元保険者の取扱い（訂正印等）により適切に対応してください。

※ 保険者番号、証記号・番号等の記入がない場合、以降の処理が行えません。

・署名、捺印の有無を確認します。（協会けんぽが振替先保険者である場合、本人自筆の署名をもって捺印は省略可能）
・結婚等で氏名が受診時と異なる場合は、現在の氏名を記載します。

住所・電話番号は現時点の情報を記載
（電話を所有していない場合は記載不要）

療養を受けた者が世帯主（被保険者）本人の場合は記載不要

保険者番号、被保険者証記号・番号の有無を確認します。

処理手順⑤【 ５．受領、内容確認－２ 】

○ 申請書についても同意書と同様に捺印の有無、必要事項の記載漏れ、記載誤りを確認します。

➢ 申請書の記載に誤りがある場合は、申請者本人に訂正の依頼を行ってください。

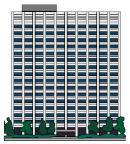
必要事項の記載漏れ、記載誤りを確認し、必要に応じて被保険者へ確認の上、訂正します。

- 署名、捺印の有無を確認します。（協会けんぽが振替先保険者である場合、本人自筆の署名をもって捺印は省略可能）
- 結婚等で氏名が受診時と異なる場合は、現在の氏名を記載します。

処理手順⑥【 ６．資格確認 】

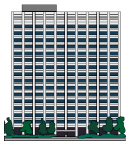
○ 「資格確認一覧表」により、調整対象者の資格保持等の状況について照会します。作成した「資格確認一覧表」は、連合会を介して該当の振替先保険者へ送付します。（**※資格確認は必ず行ってください。事前に資格確認されていない場合は、支給申請できません。**）

○ なお、療養費等請求権の消滅時効の完成が近く、緊急を要すると判断される場合に限り、この方法に依らず文書等で保険者間で直接確認することができます。



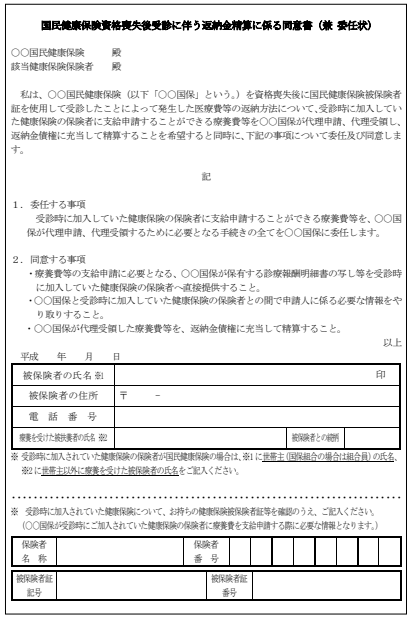
国保保険者

照会・回答（緊急時）



振替先保険者

国保連合会



国民健康保険資格喪失後受診に伴う返納金精算に係る同意書（兼 委任状）

○○国民健康保険　　殿
該当健康保険保険者　　殿

私は、○○国民健康保険（以下「○○国保」という。）を資格喪失後に国民健康保険被保険者証を使用して受診したことによって発生した医療費等の返納方法について、受診時に加入していた健康保険の保険者に支給申請することができる療養費等を○○国保が代理申請、代理受領し、返納金債権に充当して精算することを希望すると同時に、下記の事項について委任及び同意します。

記

1．委任する事項
受診時に加入していた健康保険の保険者に支給申請することができる療養費等を、○○国保が代理申請、代理受領するために必要となる手続きの全てを○○国保に委任します。

2．同意する事項
・療養費等の支給申請に必要となる、○○国保が保有する診療報酬明細書の写し等を受診時に加入していた健康保険の保険者へ直接提供すること。
・○○国保と受診時に加入していた健康保険の保険者との間で申請人に係る必要な情報をやり取りすること。
・○○国保が代理受領した療養費等を、返納金債権に充当して精算すること。

以上

平成　年　月　日

被保険者の氏名 ※1	印		
被保険者の住所	〒　－		
電話番号			
療養を受けた被扶養者の氏名 ※2		被保険者との続柄	

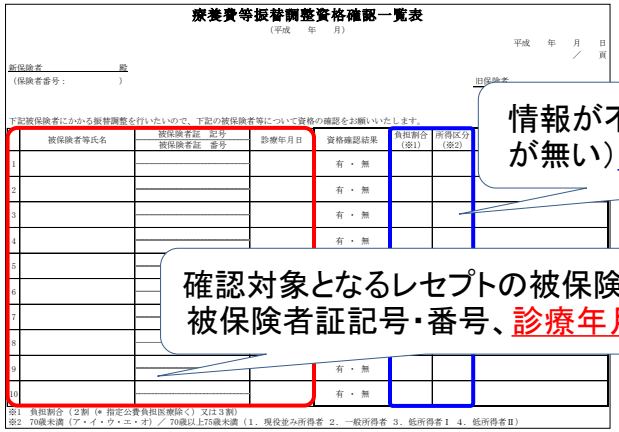
※ 受診時に加入されていた健康保険の保険者が国民健康保険の場合は、※1に世帯主（国保組合の場合は組合員）の氏名、※2に世帯主以外に療養を受けた被保険者の氏名をご記入ください。

※ 受診時に加入されていた健康保険について、お持ちの健康保険被保険者証等を確認のうえ、ご記入ください。
（○○国保が受診時にご加入されていた健康保険の保険者に療養費を支給申請する際に必要な情報となります。）

保険者名称		保険者番号	
被保険者証記号		被保険者証番号	

同意書の記載内容を振替先保険者に確認

照会



療養費等振替調整資格確認一覧表
（平成　年　月）

平成　年　月　日
／　頁

新保険者　　殿
（保険者番号：　　）

旧保険者

下記被保険者にかかる振替調整を行いたいので、下記の被保険者等について資格の確認をお願いいたします。

	被保険者等氏名	被保険者証　記号 被保険者証　番号	診療年月日	資格確認結果	負担割合（※1）	所得区分（※2）
1				有・無		
2				有・無		
3				有・無		
4				有・無		
5						
6						
7						
8						
9				有・無		
10				有・無		

※1　負担割合（２割（＊ 指定公費負担医療除く）又は３割）
※2　70歳未満（ア・イ・ウ・エ・オ）／ 70歳以上75歳未満（1．現役並み所得者 2．一般所得者 3．低所得者Ⅰ 4．低所得者Ⅱ）

「資格確認一覧表」

情報が不要の場合（高額療養費の申請予定が無い）負担割合、所得区分欄に斜線を引く

確認対象となるレセプトの被保険者等氏名、被保険者証記号・番号、診療年月日を記載

回答

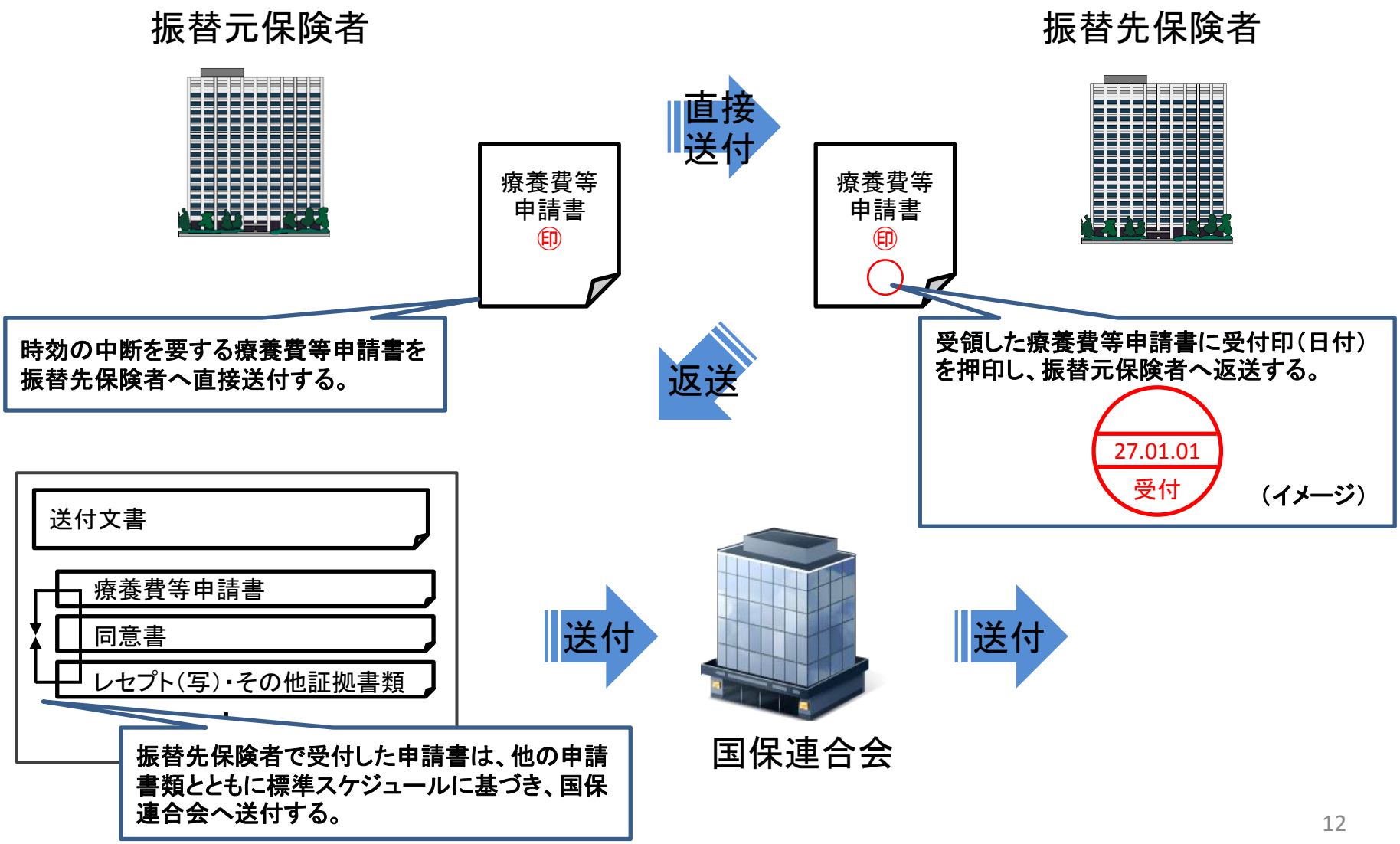
照会

照会内容を確認し回答します。

回答

処理手順⑦【 ７． 時効の中断 】※ 緊急で時効の中断が必要と判断される場合に限る

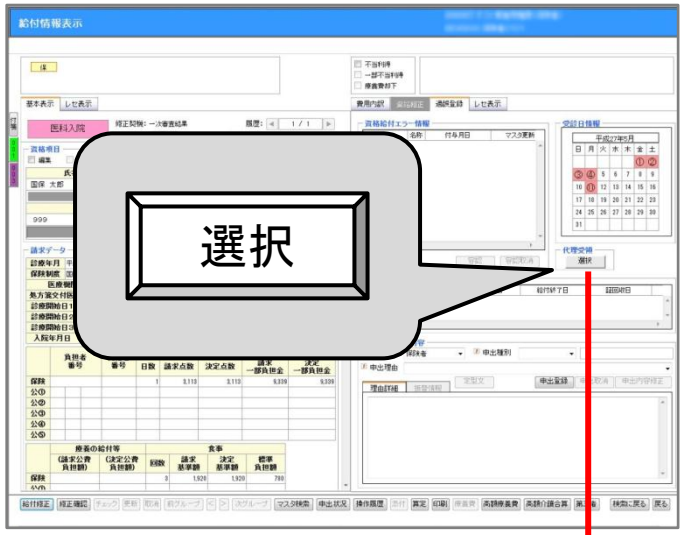
○ 療養費等請求権の消滅時効の完成が近く、緊急を要すると判断される場合に限り、被保険者より受領した療養費等申請書を振替先保険者に直接送付し、予め受付を行った上で他の提出書類とともに処理手順⑭の送付書類とともに振替先保険者へ送付します。

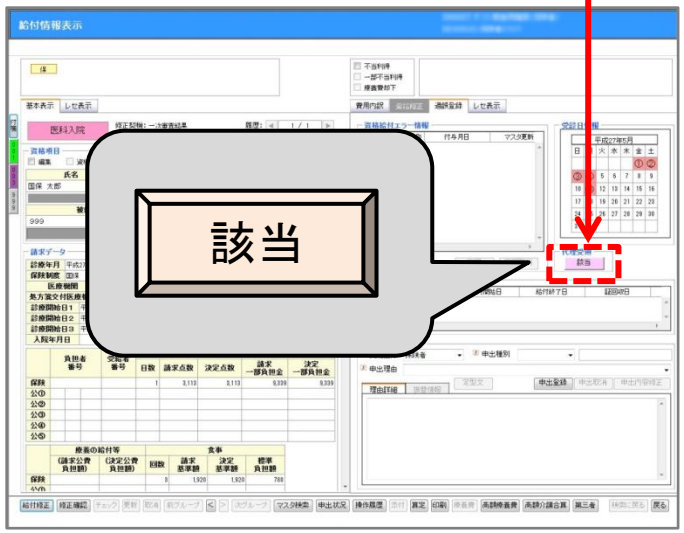


処理手順⑧【 ８． 代理選択ボタン押下 】

○ 被保険者の同意等の各種手続きが終了し、代理受領対象となったデータについて、振替元保険者にて代理受領「選択」ボタンを押下します。

※処理手順①時に色付箋登録をしておくことで、対象データの検索が容易となります。



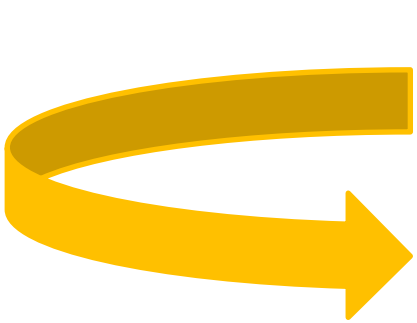


➢資格確認の結果、代理受領の対象となるデータに対して、代理受領「選択」ボタンを押してください。

➢代理受領「選択」ボタンが押され、「該当」状態のデータ全てを対象とし、国保連合会にて一括でデータを取得します。

➢国保連合会にてデータ取得後、調整の結果返却が行われるまで「該当」状態の解除、および照会以外のレセプト点検業務・保険者給付業務が行えなくなりますので、ご注意ください。

➢代理受領「選択」ボタンの押下につきましては、別添「平成30年2月以降の保険者間調整に係る業務処理日程」（保険者間調整スケジュールの「イベント①振替元保険者での代理受領対象データ選択期限」）をご確認ください。



国保連合会

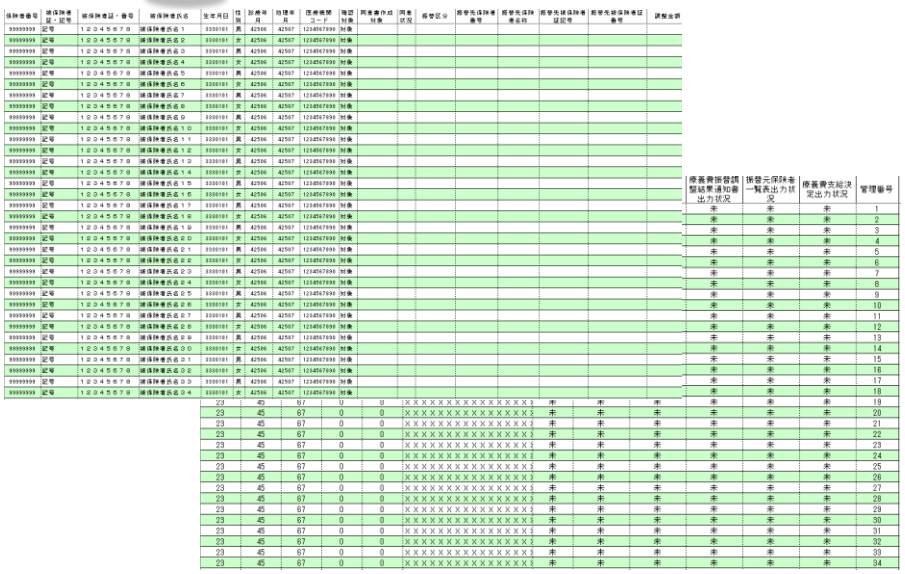
（【 対象データ作成、送付 】）

○ 国保連合会にて、振替対象データを作成し、振替元保険者に送付します。

国保連合会

送付

振替調整
対象データ
ファイル



保険者番号	被保険者証・記号	被保険者証・番号	被保険者氏名	生年月日	性別	診療年月	処理年月	医療機関コード	確認対象	同意書作成対象	同意状況	振替区分	振替先保険者番号	振替先保険者名称	振替先被保険者証記号	振替先被保険者証番号	調整金額	療養費振替調整結果通知書出力状況	振替元保険者一覧表出力状況	療養費支給決定出力状況	管理番号
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	1
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	2
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名３	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	3
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名４	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	4
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名５	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	5
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名６	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	6
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名７	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	7
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名８	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	8
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名９	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	9
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１０	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	10
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１１	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	11
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１２	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	12
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１３	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	13
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１４	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	14
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１５	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	15
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１６	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	16
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１７	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	17
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１８	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	18
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名１９	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	19
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２０	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	20
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２１	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	21
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２２	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	22
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２３	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	23
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２４	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	24
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２５	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	25
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２６	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	26
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２７	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	27
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２８	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	28
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名２９	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	29
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名３０	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	30
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名３１	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	31
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名３２	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	32
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名３３	3300101	男	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	33
99999999	記号	1 2 3 4 5 6 7 8	被保険者氏名３４	3300101	女	42506	42507	1234567890	対象									未	未	未	34
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						
						23	45	67	0	0	XXXXXXXXXXXXXXX		未	未	未						

・福岡県独自システム内の
保険者問い合わせ要望支援システム
受信ファイル一覧より、保険者間調整のカテゴリを
選択し、受信する

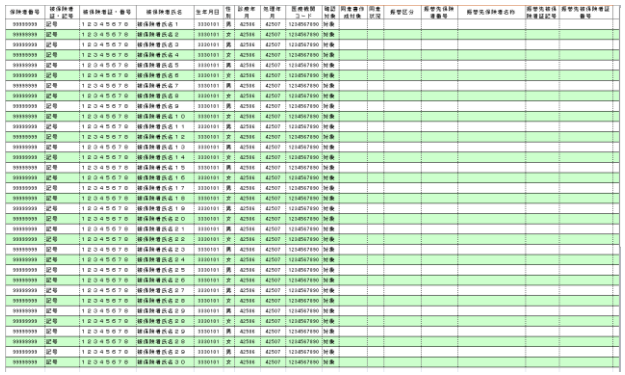
・ Excelブック(*.xlsx)形式
・ ファイル名「保険者番号_YYYYMMDD.xlsx」
※ YYYYYMMDD：処理年月日(西暦)

処理手順⑨【 ９． 受領、対象データ確認 】－１

○ 振替調整の対象レセプトに間違いないか、保険者サービス系システム（保険者給付）でレセプト及び資格情報等を参照し、確認します。

○ 振替調整の対象レセプトに間違いない場合は、振替調整対象データ（Excelファイル）の「同意書作成対象」欄を「対象」に変更します。

振替調整
対象データ
ファイル



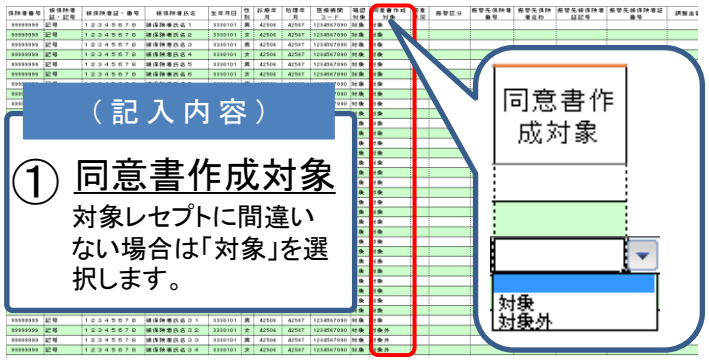
参照

保険者サービス系システム（保険者給付）

レセプト、同意書及び資格情報等を参照し、振替対象に間違いないか確認する。

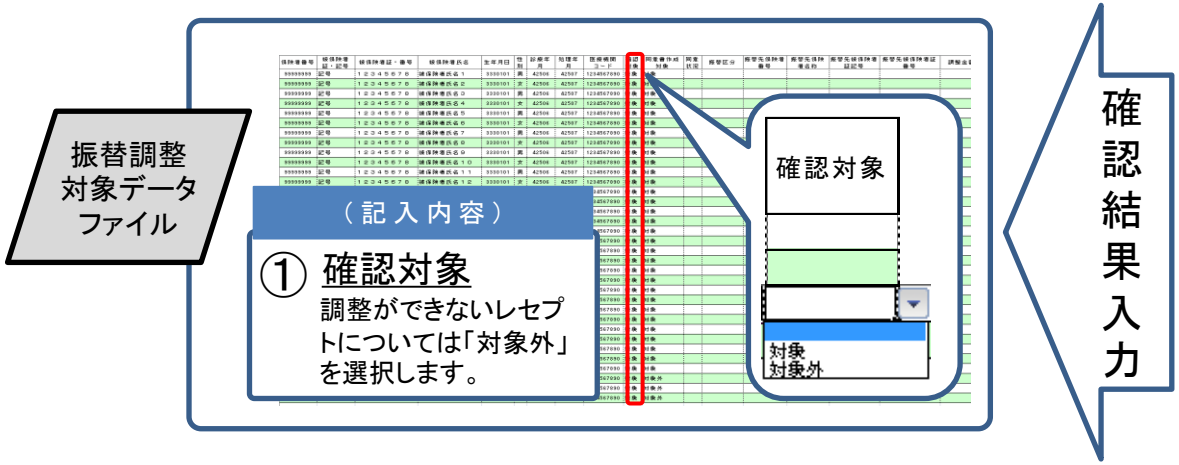
確認結果入力

振替調整
対象データ
ファイル

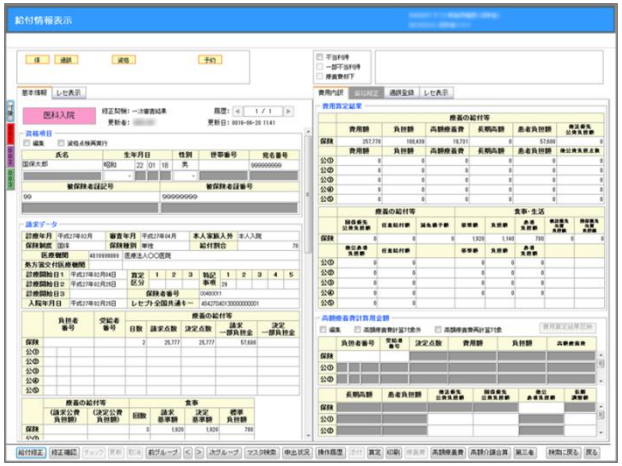


処理手順⑨【 ９． 受領、対象データ確認 】－２

○ 抽出した対象データのうち、何らかの理由により調整が不可となったレセプトについては、振替調整対象データ（Excelファイル）の「確認対象」欄を「対象外」に変更します。



保険者サービス系システム（保険者給付）



※振替調整対象データファイルに抽出したレセプトについては、保険者サービス系システムから過誤申出等が行えないようシステム上制限がかかります。

再度過誤申出等を行える状態に戻すためには、振替調整対象データの「同意状況」を「拒否」（次頁のとおり）にして、連合会にて結果反映処理を行う必要があります。（既に振替先保険者に送付済である場合、振替先保険者でも同様の更新を行う必要があります。）

なお、振替先保険者で「調整結果」を「返戻」にして、連合会にて結果反映処理を行った場合も、再度過誤申出を行える状態となります。

処理手順⑩【 １０．振替先保険者情報等登録 】－１

○ 振替調整対象データの振替先保険者情報等を更新します。

保険者番号	被保険者証・記号	被保険者証・番号	被保険者氏名	生年月日	性別	診療年月	処理年月	医療機関コード	確認対象	同意書作成対象	① 同意状況	② 振替区分	③ 振替先保険者番号	振替先保険者名称	振替先被保険者証記号	振替先被保険者証番号
99999999	記号	１２３４５６７８	被保険者氏名１	3330101	男	42506	42507	1234567890	対象	対象	同意					
99999999	記号	１２３４５６７８	被保険者氏名２	3330101	女	42506	42507	1234567890	対象	対象	同意					
99999999	記号	１２３４５６７８	被保険者氏名３	3330101	男	42506	42507	1234567890	対象	対象	同意					
99999						42506	42			対象	同意					
99999						42506	4				同意					
9999						42506	4			象	同意					
9999						42506	4			対象	同意					
9999						42506	4			対象	同意					
9999						42506	4			対象	同意					
9999						42506	4			対象	同意					
9999						42506	42507	1234567890	対象	対象	意					

（記入内容）

①同意状況

被保険者からの同意状況を「同意」、「拒否」から選択します。

②振替区分

振替先保険者の振替区分を「被用者保険」、「県内国保」、「県外国保」から選択します。

③振替先保険者番号、名称、証記号・番号

振替先保険者の保険者番号、名称、被保険者証の記号・番号を記入します。

※ 調整対象外となった場合、①は「拒否」、②③は空欄とする。

※振替調整データファイル（Excel）には以下を入力しないようお願いいたします。

- **改行（Alt+Enter）**
- **「@」（半角アットマーク）**

処理手順⑩【 １０．振替先保険者情報等登録 】－２

○ 任意給付があるレセプト及び減免等がある被保険者に係るレセプトは調整可能な部分のみを調整することとしているため、「保険_任意給付額」及び「保険_減免猶予額」は「0円」とします。

○ 月の途中で資格を喪失したものについて処理を行う場合は、医療機関等への調整対象点数等の確認結果に基づき保険給付に係る各項目の金額を変更する。

振替先保険者名称	振替先被保険者証記号	振替先被保険者証番号	調整金額	調整結果	返戻理由番号	返戻理由詳細	レセプト全国共通キー	保険_負担者負担額	保険_高額療養費	保険_長期高額療養費	① 保険_任意給付額	② 保険_減免猶予額	保険_食事基準額	保険_食事負担者負担額	保険_食事患者負担額	公１_負担者番号
保険者名称	記号	１２３４５６７８	9,443	支給決定				9,443	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	3,346	支給決定				3,346	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	5,117	支給決				5,117	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	6,536	支給決				6,536	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	13,848	支給決				13,848	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	17,948	支給決				17,948	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	3,276	支給決				3,276	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	1,456	支給決				1,456	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	43,337	支給決				43,337	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	23,632	支給決				23,632	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	9,373	支給決				9,373	0	0	0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	3,227	支給決				3,227	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	17,213	支給決				17,213	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	770	支給決				770	0	0	0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	5,726	支給決				5,726	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	22,001	支給決				22,001	0	0	0	0	0	0	0	51396026
保険者名称	記号	１２３４５６７８	358,070	支給決				65,412	78,348	0	0	0	21,030	14,310	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	8,631	支給決				8,631	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	41,923	支給決定			12345678901234567908	41,923	0	0	0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	28,952	支給決定			12345678901234567909	28,952	0	0	0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	73,885	支給決定			12345678901234567910	73,885	0	0	0	0	0	0	0	51396026
保険者名称	記号	１２３４５６７８	7,021	支給決定			12345678901234567911	7,021	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	[illegible]	支給決定			12345678901234567912	21,280	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	25,837	支給決定			12345678901234567913	25,837	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	364,661	支給決							0	0	5,960	3,620	2,340	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	24,794	支給							0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	12,880	支給							0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	3,066	支給							0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	17,885	支給							0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	1,302	支給							0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	4,319	支給							0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	11,529	支給							0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	2,720	支給決						0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	105,120	支給決定			12345678901234567923	93,696	11,424	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	30,723	支給決定			12345678901234567924	30,723	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	7,420	支給決定			12345678901234567925	7,420	0	0	0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	2,058	支給決定			12345678901234567926	2,058	0	0	0	0	0	0	0	
保険者名称	記号	１２３４５６７８	15,750	支給決定			12345678901234567927	15,750	0	0	0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４５６７８	[illegible]	支給決定			12345678901234567928	88,921	0	0	0	0	0	0	0	51396018
保険者名称	記号	１２３４[illegible]	[illegible]	[illegible]			12345678901234567929	107,944	0	0	0	0	2,660	1,620	1,040	
													0	0	0	
													60,430	45,710	14,720	24396269
													0	0	0	

（記入内容）

①保険_任意給付額
任意給付額に値がある場合、「0」とする。

②保険_減免猶予額
減免猶予額に値がある場合、「0」とする。

調整金額は「保険_任意給付額」、「保険_減免猶予額」、「保険_負担者負担額」、「保険_高額療養費」等の値変更に伴い、**自動で計算される**。また、指定公費の金額は自動的に調整金額に含まれる。
※「調整金額」欄を直接更新しないでください。

「調整金額」＝「保険_負担者負担額」＋「保険_高額療養費」＋「保険_長期高額療養費」＋「保険_任意給付額」＋「保険_減免猶予額」＋「保険_食事負担者負担額」＋「公5_負担者負担額」

処理手順⑪【 １１． 振替調整対象一覧表作成 】 ※ 出産育児一時金に係る調整を行う場合に限る

○ 出産育児一時金に係る調整を行う場合は、振替調整対象データ（Excel）の作成に代わり、「出産育児一時金等振替調整対象一覧表」（Excel形式）を作成します。

出産育児一時金等振替調整対象一覧表

平成　年　月　日
③
頁

	保険者番号	保険者名称
振替元	①	②
振替先		

支給申請	件　数	件
	金　額 ④	円

支給決定	件　数	件
	金　額	円

返　戻	件　数	件
	金　額	円

	被保険者等氏名 ⑤	被保険者証　記号 被保険者証　番号	出産年月日 ⑥	支給結果	申請（決定）金額（円） ⑦	返戻理由等
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						

（記入内容）

①振替元保険者名・番号
振替元保険者の名称、番号を記入します。

②振替先保険者名・番号
振替先保険者の名称、番号を記入します。

③作成日、頁番号／全体頁
複数頁にわたる場合、頁番号と全体の頁数を記入します。

④支給申請件数、金額
支給申請を行う件数と申請金額の合計を記入します。

⑤被保険者等名、証記号・番号
支給申請を行う被保険者等の氏名と被保険者証の記号・番号を記入します。

⑥出産年月日
出産年月日を記入します。

⑦申請金額
支給申請を行う金額を記入します。

処理手順⑫【 １２．送付文書作成 】

○ 送付文書を振替先保険者宛に作成します。（振替先保険者宛の文書は省略可）

※振替先保険者宛の送付文書を省略する場合は、振替元連合会宛の送付文書（調整件数、金額等を記載）のみを送付してください。

【送付文書例】

第　　号
平成　年　月　日 ②

新保険者長　殿 ①

③
旧保険者長　印 ④

国民健康保険資格喪失後受診に伴う返納金精算に係る
療養費等の支給申請について

●●市（区町村・組合）の国民健康保険事業につきまして、平素より格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、貴健康保険加入者におかれましては●●国民健康保険（以下「●●国保」）の資格を喪失された後に●●国民健康保険被保険者証により医療機関等に受診されております。 ⑤

これにより●●国保が負担いたしました当該医療費等の返納につきましては、貴健康保険加入者より別添のとおり、貴健康保険に支給申請することができる療養費等において精算する旨の申出がございました。

つきましては、貴健康保険の加入者に代わり、療養費等の支給について下記のとおり申請いたしますので、よろしくお取り計らいくださいますようお願い申し上げます

記

１．療養費等支給申請件数・金額

・療養費　・・・・・・・・・・　件
・高額療養費　・・・・・・・・　件
・移送費　・・・・・・・・・・　件 ⑥
・出産育児一時金　・・・・・・　件
・合計　・・・・・・・・・・・　件（　⑦　円）

２．別添資料

（１）療養費／高額療養費／移送費／出産育児一時金申請書
（２）国民健康保険資格喪失後受診に伴う返納金精算に係る同意書（兼委任状）
（３）診療報酬明細書（写）等 ⑧
（４）療養費等振替調整対象データファイル（Excel形式）
（５）出産育児一時金等振替調整対象一覧表（Excel形式）

（記入内容）

①振替先保険者名
振替先保険者の名称を記入します。

②作成日等
作成日、文書管理番号を記入します。

③印
国保保険者の文書規程に基づき、公印を押印します。

④⑤振替元保険者名
振替元の国保保険者名を記入します。

⑥申請件数
給付内容別の申請件数（＝申請書の件数）を記入します。

⑦申請金額
申請（調整）金額の合計を記入します。

⑧添付書類等
支給申請に要する添付資料を記入します。
※添付する書類により記載を変更する。

処理手順⑬【 １３． レセプト出力 】－１

○ 保険者サービス系システム（保険者給付）の給付情報検索画面より、印刷対象のレセプトを検索します。

保険者サービス系システム（保険者給付）

給付情報検索

検索パターン
ユーザID　検索パターン名称　呼出　更新　削除　登録パターン名称　登録

検索範囲
レセプト状況 ☑ 保険者管理分 ☑ 連合会依頼中 ☐ 返戻済分 ☐ 保険者振替済分 ☐ 療養費却下分
特別療養費 ◉ 除く ○ 含む ○ 単独
保険者種別 ☑ 国保 ☑ 退職

基本項目
保険者番号 00 48 0011　保険者名 ○○市
レセプト全国共通キー　～
診療年月(調剤年月) 4:平成 29 10 ～
審査年月　～
被保険者証記号　～
被保険者証番号　～
世帯番号　宛名番号
生年月日　性別
氏名(カナ)
氏名(漢字)
本家区分 ☐ 本人 ☐ 未就学者 ☐ 家族 ☑ 高齢者一般 ☑ 高齢者7割給付
特例対象者 ☐ 該当

☑ レセプト
点数表 ☑ 医科 ☐ 歯科 ☐ 調剤 ☐ 訪看
入外区分 ☑ 入院 ☐ 入院外
特記事項
算定区分 ☐ 低所得1 ☐ 低所得2 ☐ 三月超
減免区分 ☐ 減額 ☐ 支払猶予 ☐ 免除
電子紙レセ種別 ☐ 電子レセ （ ☐ 紙添付資料あり ） ☐ 紙レセ

☐ 柔整その他
療養費種別 ☐ 柔整 ☐ その他

☐ 療養費
療養費種別　支給年月　～
海外療養費 ☐ 該当

状態区分　各種検索
☐ 資格修正
☐ 給付割合調整
☐ 限度額調整
☐ 食事差額調整
☐ 第三者状況区分 (☐ 該当 ☐ 非該当 ☐ 照会中 ☐ 一部該当 ☐ 該当候補 ☐ 非該当候補 ☐ 照会候補 ☐ 候補(療養費))
☐ 不当利得該当区分 (☐ 非該当 ☐ 該当 ☐ 一部該当)
☐ その他修正
☐ 高額療養費計算対象外登録
☐ 高額療養費計算用公費追加 (☐ クリティカルエラーあり ☐ ケアエラーあり ☐ エラーなし)
登録日
☐ 高額療養費計算用修正
☐ 資格点検再実行
☐ 高額療養費再計算対象登録
☐ 突合査定結果
☐ 過誤結果
☐ 再審査結果

☐ CSVデータ出力期間
◉ 一次審査結果分 審査年月　☐ 突合査定反映を除く
○ 容認済分 容認年月日　～
○ 給付修正済分 修正年月日　～
○ 過誤済分 依頼年月　～
○ 過誤済分 結果受領年月　～　☐ 突合査定反映を除く
○ 再審査済分 依頼年月　～
○ 再審査済分 結果受領年月　～　☐ 突合査定反映を除く

CSVデータ出力項目パターン
ユーザID　CSV項目設定
出力パターン名称

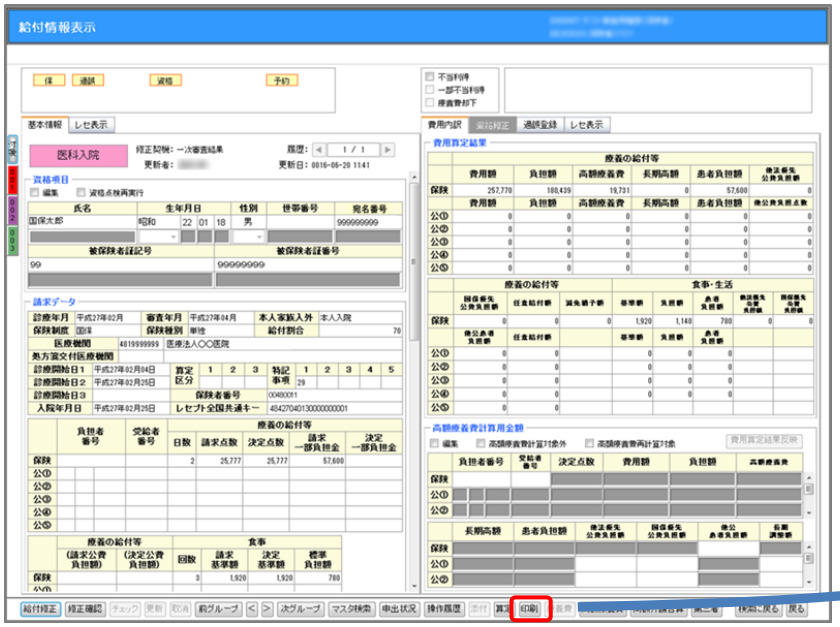
一覧表示　基本表示　取消　CSV出力　表示条件設定　戻る

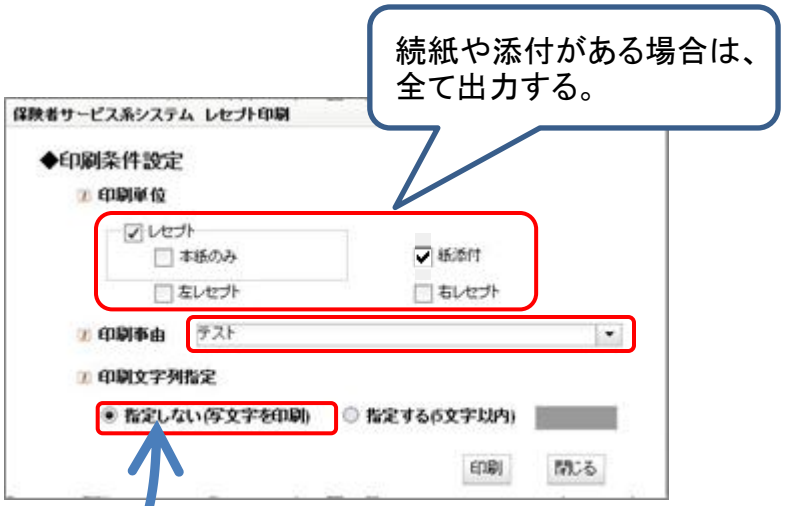
処理手順⑬【 １３． レセプト出力 】－２

○ 検索したレセプトをオンラインレセプト印刷により、レセプトの写しを印刷します。

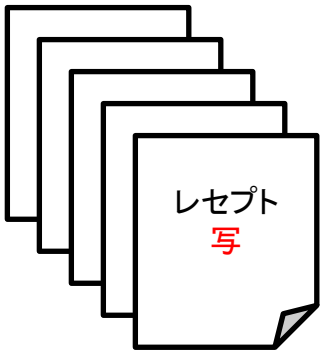
※ オンラインレセプト印刷画面では、「印刷単位」、「印刷事由」、「印刷文字列指定」を設定の上、「印刷」ボタンを押下してください。

保険者サービス系システム（保険者給付）



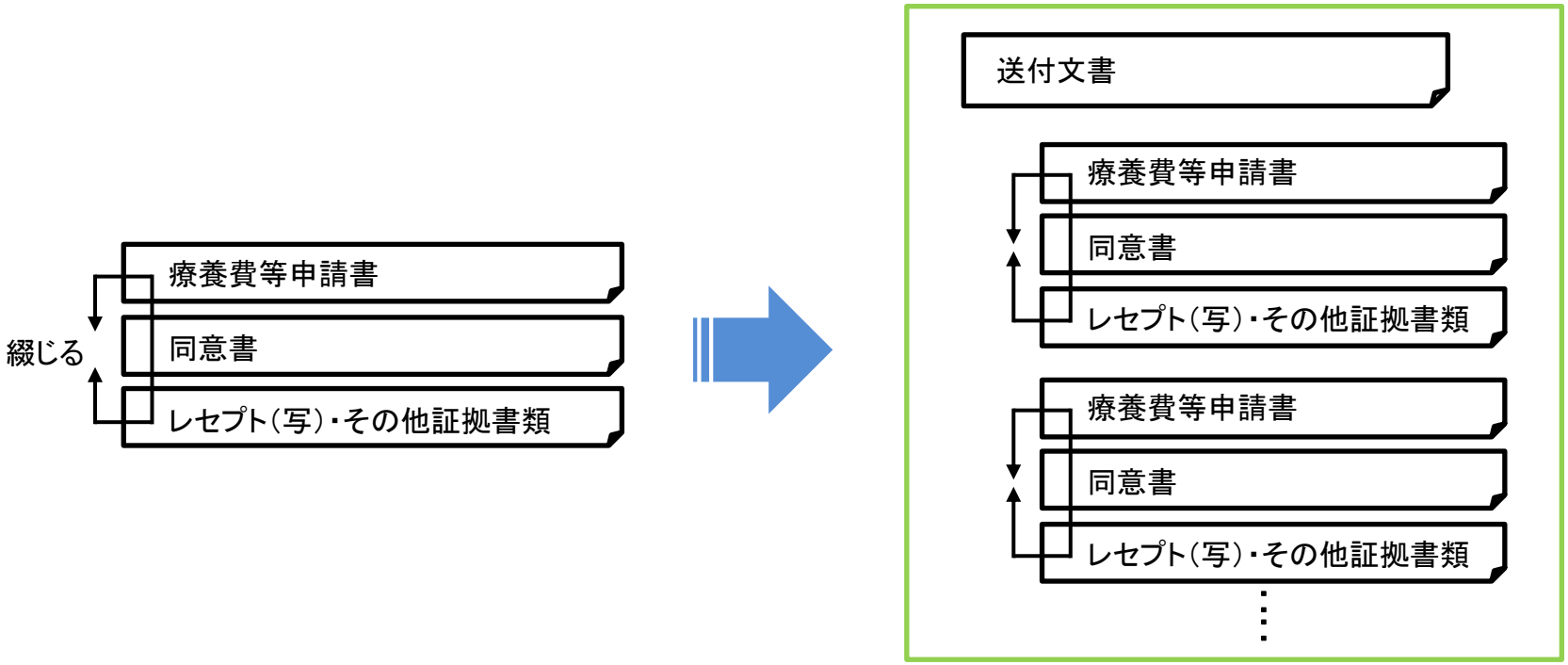


印刷



処理手順⑭【 １４． 編てつ、送付 】－１

○ 支給申請に係る書類一式を綴じ合わせ、国保連合会に送付します。
○ 同意書とレセプト（写）、その他証拠書類をホチキス留めし、送付文書と併せて一つの束にします。
（振替先が協会けんぽの場合は、支部ごとに編てつします。）



- 月の途中で資格を喪失したものについて処理を行う場合（<u>レセプト等の内容から調整対象となる診療点数等が判断できない場合</u>）は、調整対象となる点数が確認できる証明書類（※）を併せて添付してください。
- レセプトの傷病名から負傷原因を明らかにする必要がある（第三者行為や労災に係るものと疑われる可能性がある）と判断した場合や振替先保険者から求めがある場合は、併せて「負傷原因届」を添付してください。

※ 証明書類については、医療機関が発行する文書等に代えて振替元保険者が医療機関等に確認した内容を記したものを提出することは可。

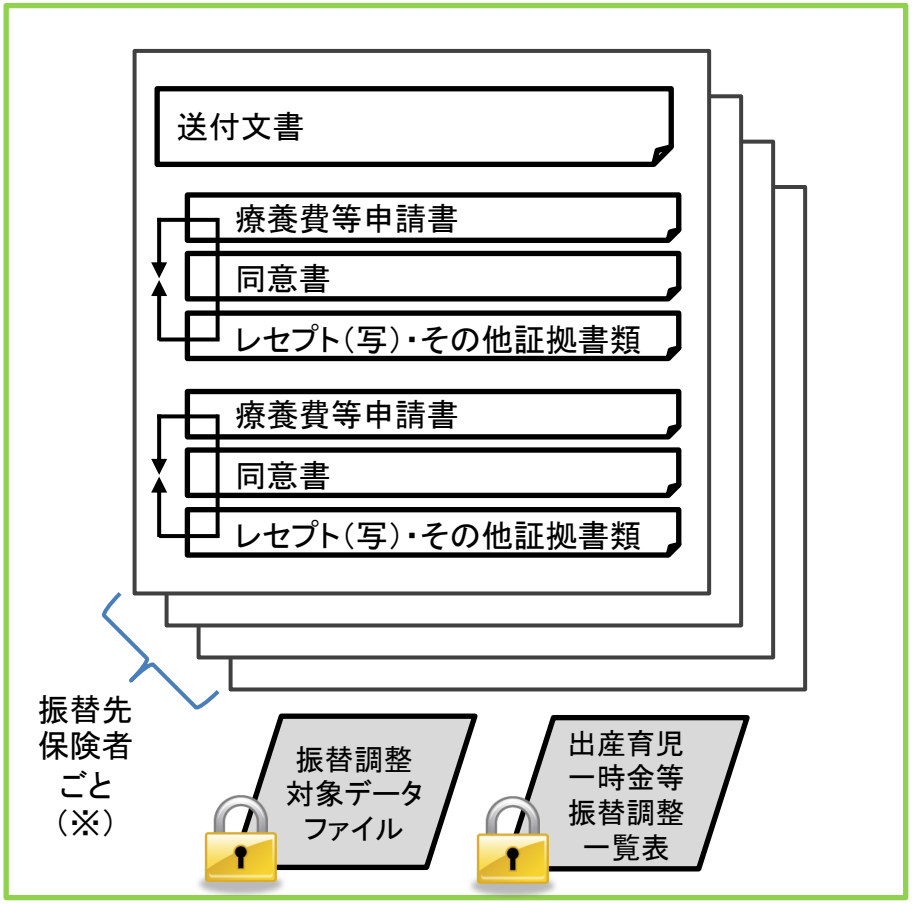
処理手順⑭【 １４．編てつ、送付 】－２

○ 振替調整対象データファイルは、個人情報の取扱いに配慮してパスワードを設定します。

○ 支給申請に係る書類一式と振替調整対象データファイルを国保連合会指定の方法で送付してください。

（※事前に資格確認されていない場合は、支給申請できません。送付前に必ず確認をしてください。）

送付する書類等



※振替先保険者が協会けんぽの場合は支部ごとに束ねる

・支給申請に係る書類一式
　郵送で送付

・振替調整対象データファイル
・出産育児一時金等振替調整一覧表
　福岡県独自システム内
　保険者問い合わせ要望支援システム
　ファイル送信機能より、保険者間調整の
　カテゴリを選択し、送信する

国保連合会

（例）

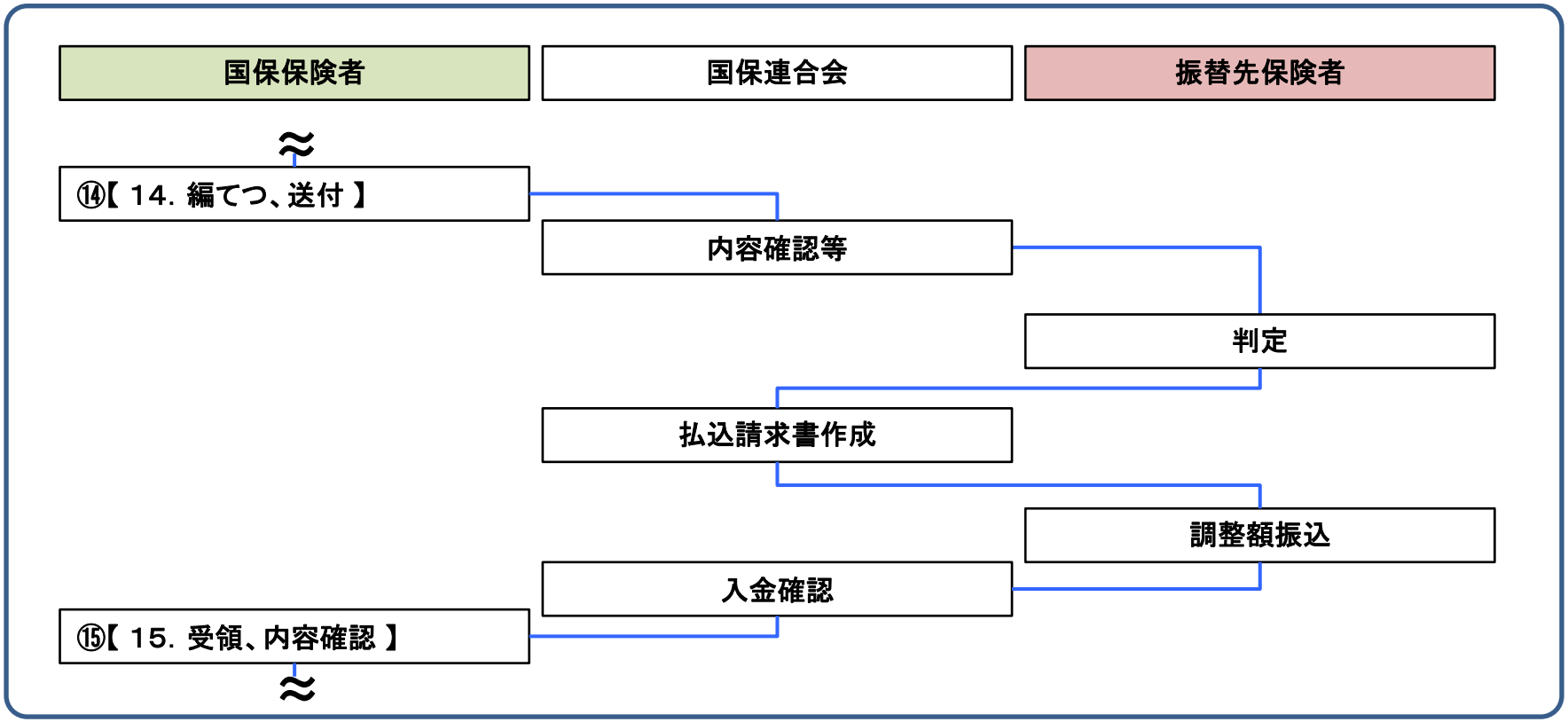
専用ネットワーク

CD-R

処理手順 ⑭ ⇒ ⑮

○ 送付した支給申請に係る書類等は国保連合会が振替先保険者へ送付します。

○ 振替先保険者では支給判定を行い、支給決定処理の結果を振替調整対象データファイル（出産育児一時金の支給決定は「出産育児一時金等振替調整一覧表」（Excel形式））により国保連合会へ送付します。

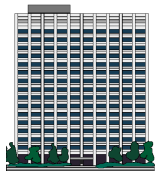


処理手順⑮【 １５． 受領、内容確認 】

○ 支給決定に係る書類一式を受領します。
○ 振替先保険者にて返戻と判定したものについては、申請書、同意書とレセプト等の証拠書類が返送されます。
返戻理由は、「療養費等支給決定一覧表」に記載されています。
○ 内容を確認し、支給決定の結果に疑義がある場合は、振替先保険者に直接確認してください。

国保連合会

送付



振替先保険者

受領する書類

- 支給額決定通知書（保険者向け）※ ㊞
- 支給額決定通知書（被保険者向け）※ ㊞
- 支給決定一覧表※
- 療養費等調整内訳書
- 療養費等申請書（返戻分）
- 同意書（返戻分）
- レセプト・その他証拠書類（返戻分）

※出産育児一時金の支給申請に対しては、「出産育児一時金等支給額決定通知書」及び「出産育児一時金等振替調整対象一覧表」が送付されます。

決定額の内訳（給付内容）が把握可能な帳票・データ等

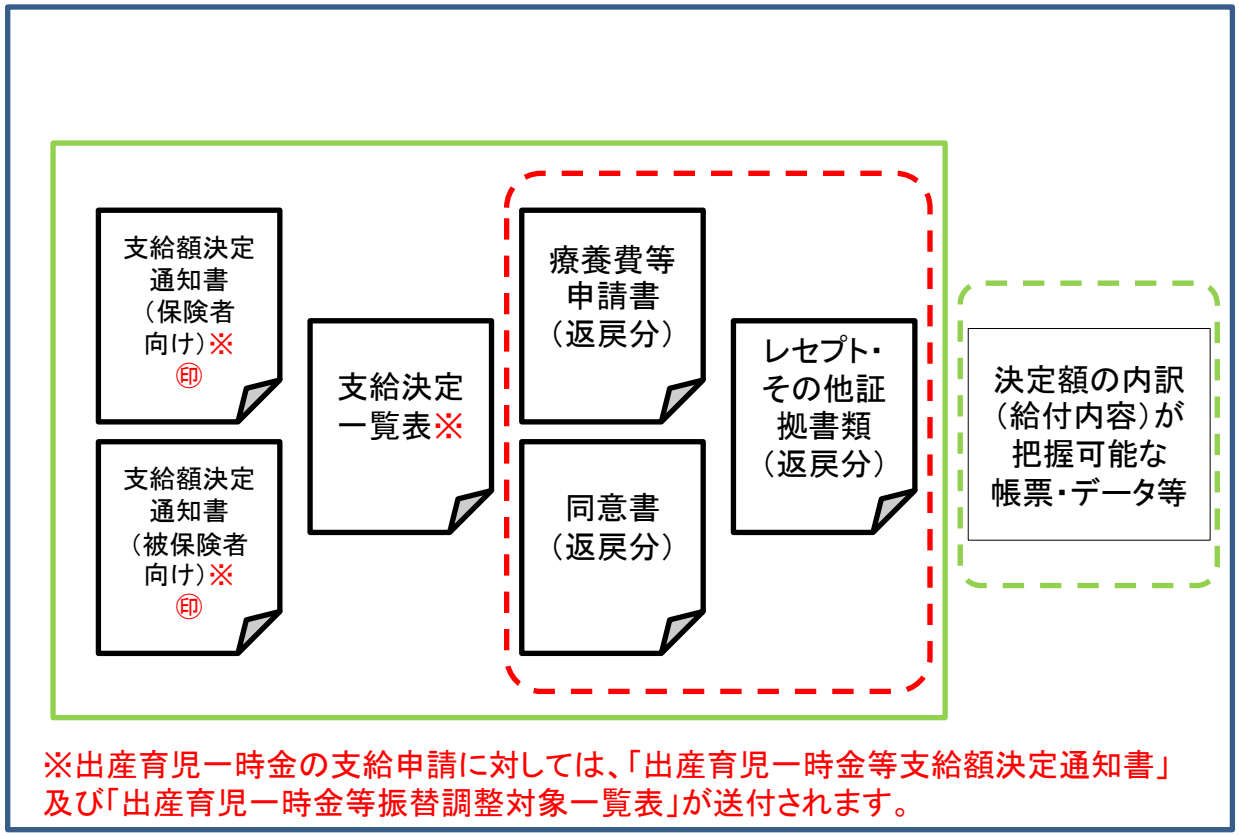
必要な場合は、振替元の連合会へ作成を依頼する。

１枚の同意書に複数枚のレセプトが添付され、その一部が返戻になる場合は、同意書単位で全てのレセプトが返戻となります。

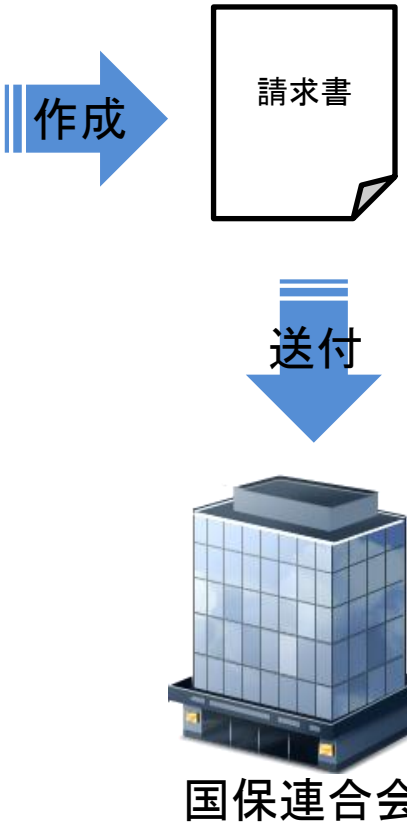
※ 支給決定分の申請書、同意書、レセプト（写）等の証拠書類は振替先保険者で保管するため、返送されません。

処理手順⑯【 １６． 支給決定額の請求 】

○ 連合会から送付された支給額決定通知書を基に連合会宛の支給決定額に係る請求書を作成します。
○ 作成した請求書は予め連合会と取り決めた日程に基づき、連合会へ送付してください。

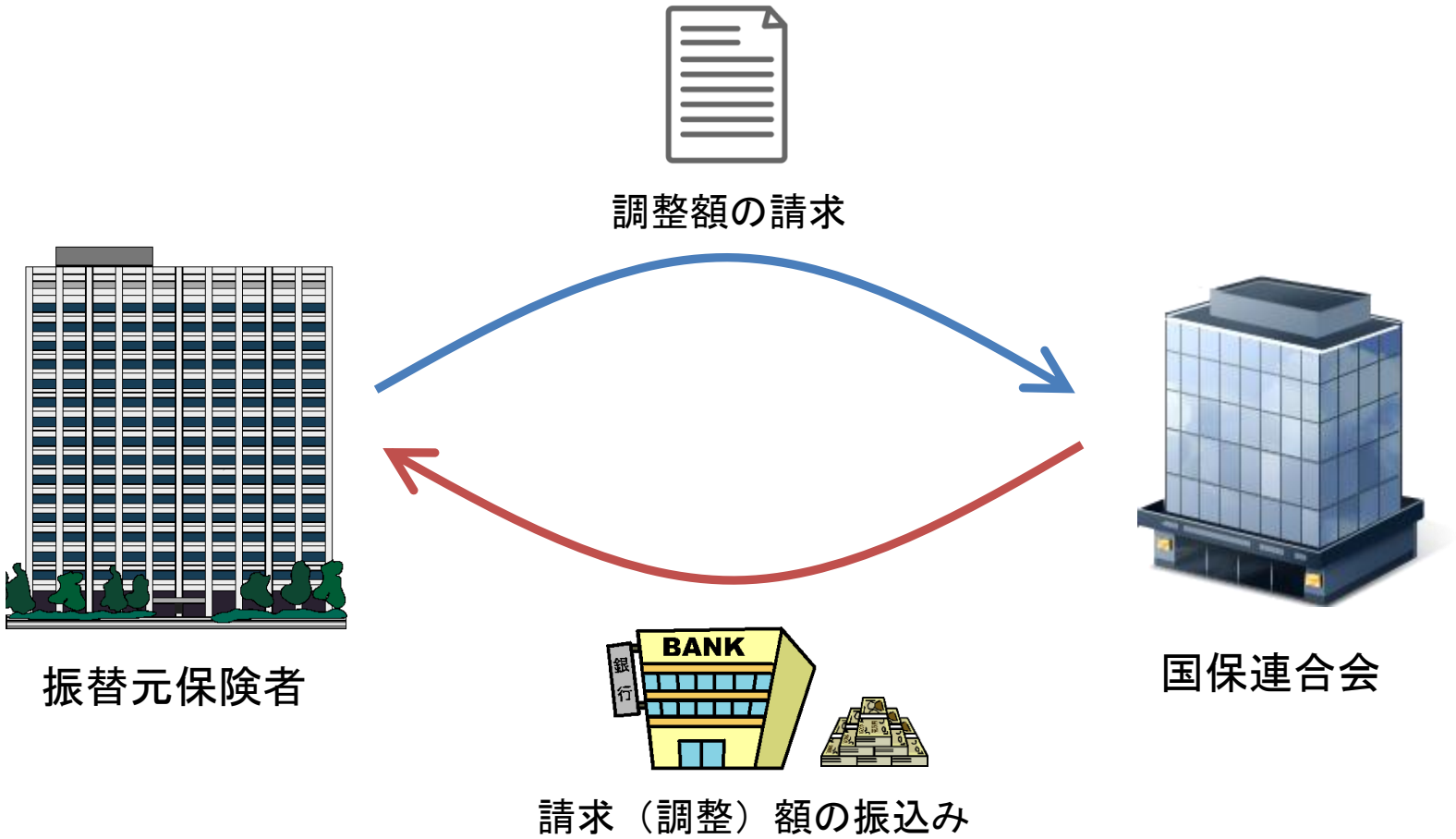


※ 請求書の様式等については、連合会と協議の上、定める。



・請求書
請求金額を確認後、口座情報等を記載し、福岡県独自システム内
保険者問い合わせ要望支援システム
ファイル送信機能より、保険者間調整のカテゴリを選択し、送信する

処理手順⑰【　１７．入金確認　】
○　国保連合会からの入金を確認します。
○　支給額決定通知書等を用いて入金額が一致するか確認します。



処理手順⑱【 １８．精算完了のお知らせ 】

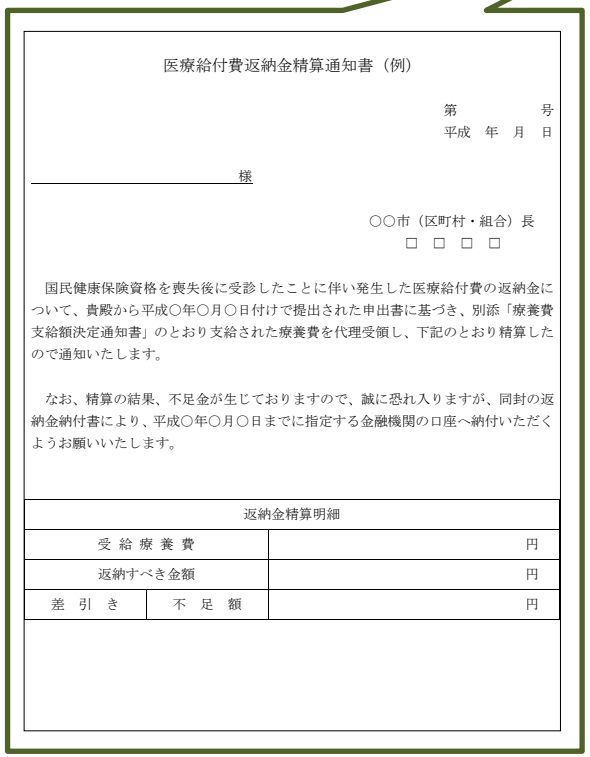
○ 被保険者に精算完了のお知らせとして次の通知書等を送付します。
　・支給額決定通知書（被保険者向け）
　・医療給付費返納金精算通知書（保険者任意の様式）

○ 保険者間調整の結果、代理受領した療養費の額が返還金の金額に満たない場合は、その差額を改めて被保険者へ請求します。

送付する通知書

医療給付費返納金精算通知書 ㊞

支給額決定通知書（被保険者向け） ㊞



医療給付費返納金精算通知書（例）

第　　号
平成　年　月　日

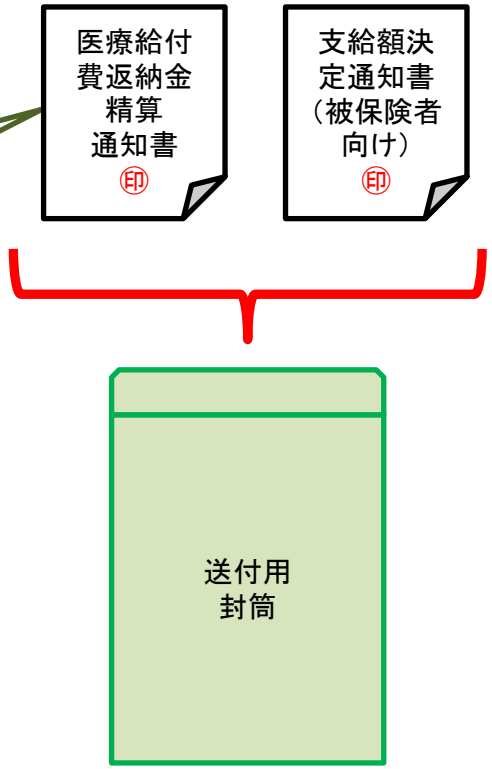
　　様

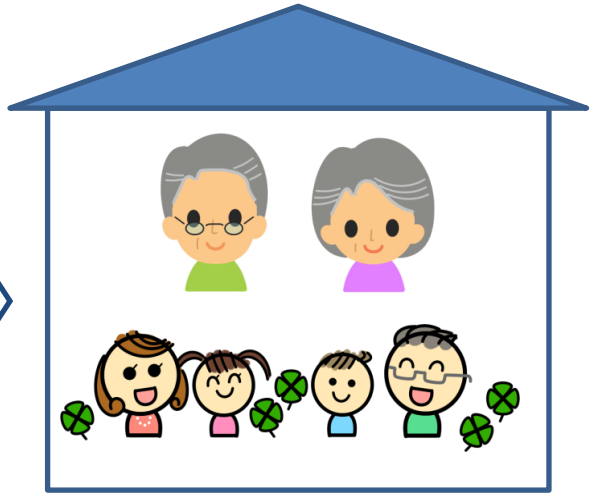
○○市（区町村・組合）長
□ □ □ □

国民健康保険資格を喪失後に受診したことに伴い発生した医療給付費の返納金について、貴殿から平成○年○月○日付けで提出された申出書に基づき、別添「療養費支給額決定通知書」のとおり支給された療養費を代理受領し、下記のとおり精算したので通知いたします。

なお、精算の結果、不足金が生じておりますので、誠に恐れ入りますが、同封の返納金納付書により、平成○年○月○日までに指定する金融機関の口座へ納付いただくようお願いいたします。

返納金精算明細		
受給療養費		円
返納すべき金額		円
差引き	不足額	円





被保険者

※保険者において上記通知書以外に送付が必要な文書等があった場合は同封します。