

別添 3－2 （事業所システム用）

XXXXXXXXXXXX 御中

令和 7 年 X 月 X X 日

国民健康保険中央会

障害者総合支援給付審査支払等システム接続試験実施連絡書

ご依頼のありました接続試験の実施については、下記スケジュールにより行います。

記

- | | |
|-----------------|---|
| 1. 試験実施期間（※1） | 令和 7 年 1 0 月 6 日 ～ 令和 7 年 1 1 月 7 日 |
| 2. 試験結果等の送付予定期間 | 令和 7 年 1 0 月 1 0 日 ～ 令和 7 年 1 1 月 7 日 |
| 3. ベンダ番号（※2） | J**** |
| 4. URL | https://testwww.e-seikyuu.jp/ |
| 5. ログインID | 「表 1. 事業所番号等一覧」をご覧ください。 |
| 6. パスワード | 「表 1. 事業所番号等一覧」をご覧ください。 |
| 7. 使用可能な事業所番号等 | 「表 1. 事業所番号等一覧」をご覧ください。 |

- ※1 上り試験データは期限内の各営業日、10:00～18:00の間に送信してください。
また、実施可能なスケジュールは、「表 2. 接続試験実施スケジュール」をご覧ください。
- ※2 国保中央会との間で送受信する電子メールの主題、本文及びファイル名などにて使用します。

－ 以上 －

表 1. 事業所番号等一覧

No.	事業所番号	事業所名	ログインID	パスワード	特記（事業所区分）
1	1310101xxx	主たる事業所 1 0 1 0 1 X X X	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	総合支援法（指定事業所）（GH・相談支援事業所を除く）
2	1310102xxx	主たる事業所 1 0 1 0 2 X X X	XXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXX	総合支援法（指定事業所）（GH・相談支援事業所を除く）

「資料 1ー2. 障害者総合支援給付審査支払等システムの初期台帳環境情報」の事業所台帳（基本）、事業所台帳（サービス）
 受給者台帳（基本情報）、受給者台帳（支給決定情報）の各種データ内に含まれる「xxx(XXX)」部分を、ペンド番号の下3桁数字に
 置き換えた結果を基に、試験データを作成してください。

【置換の凡例】

【置換前】

事業所番号	主たる事業所名称
1310101xxx	主たる事業所 1 0 1 0 1 X X X

【置換後】

事業所番号	事業所名
1310101xxx	主たる事業所 1 0 1 0 1 X X X

表2. 接続試験実施スケジュール

	令和7年																														
	10月																														
	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31					
	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金	土	日	月	火	水	木	金					
受付	■	■	■	■	■				■	■	■	■			■	■	■	■	■			■	■	■	■	■					
処理	■	■	■	■	■				■	■	■	■			■	■	■	■	■			■	■	■	■	■					
結果送付					■				■	■	■	■			■	■	■	■	■			■	■	■	■	■					

	令和7年						
	11月						
	1	2	3	4	5	6	7
	土	日	月	火	水	木	金
受付				■	■	■	■
処理				■	■	■	■
結果送付				■	■	■	■