

医療費助成事業
自己負担額支払明細の作成について
(医療機関・事務ご担当者向け)

第3. 2版



平成29年9月20日

沖縄県国民健康保険団体連合会

情報・介護課

目次

1. はじめに	1
1.1. 本書の目的	1
1.2. 注意事項	1
2. 医療費助成事業の概要	2
2.1. 自動償還に係る医療機関と国保連合会間の業務	2
2.2. 現物給付に係る医療機関と国保連合会間の業務	3
3. 国保連合会への提出に関すること	4
(1) 提出様式（オンライン報告）	4
(2) 提出様式（電子データおよび紙）	4
(3) 提出期限	6
(4) 提出方法	7
4. 自己負担額支払明細書の報告及び請求対象	8
4.1. 自動償還の報告対象	8
4.2. 現物給付の請求対象	10
5. 自己負担額支払明細書の作成方法	12
6. 事務手数料等の振込	13
6.1. 自動償還事務手数料の振込	13
6.2. 現物給付額および事務手数料の振込	13
7. 問合せ先	13
参考① 第1号様式「医療費自己負担額支払明細報告兼請求書」記載例	14
参考② 第1号様式（別紙1）「医療費自己負担額支払明細書」記載例	15
参考③ 第1号様式（別紙2）「医療費自己負担額支払明細書（薬局用）」記載例	16
参考④ 自己負担額支払明細データレコード仕様	17
参考⑤ 電子媒体へ貼り付けるラベル例	20

改版履歴（仕様に直接関係ない誤脱字の訂正、表現の変更は断りなく行う。）

版数	改版箇所	改版内容／理由	日付	担当者
3. 0版	全般	こども医療費助成現物給付開始に伴い内容追記。	2010/10/19	情報・介護課
3. 1版	参考④	項番 7 事業番号の設定内容の記載において、事業番号 6 の説明を母子父子→こども現物給付へ修正（記載誤りのため）	2016/11/24	情報・介護課
3. 2版	全般	重度心身障がい者（児）医療費助成（自動償還）開始に伴い変更	2017/9/20	情報・介護課
	4. 1	自動償還における報告金額の記載方法について追記		
	4. 2	現物給付における請求金額の記載方法について追記		

1. はじめに

1.1. 本書の目的

本書は、沖縄県および市町村が実施する次に掲げる事業（以下「医療費助成事業」という。）において、保険医療機関および保険薬局（以下「医療機関」という。）が作成し沖縄県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）へご報告（請求）いただく、「医療費自己負担額支払明細報告兼請求書（紙）」および「医療費自己負担額支払明細書（紙 または 電子データ）」を作成するための要領を記載しています。

- こども医療費助成事業（自動償還）
- 母子及び父子家庭等医療費助成事業（自動償還）
- 重度心身障がい者（児）医療費助成事業（自動償還）
- こども医療費助成事業（現物給付）
（以下「医療費助成事業」という。）

（※1）市町村により開始時期が異なります。（開始時期については沖縄県ホームページまたは、各市町村へご確認ください。）

1.2. 注意事項

本資料および「医療費自己負担額支払明細書」等に関する資料は、すべて国保連合会のホームページに掲載しています。最新の情報も随時掲載しておりますので、ぜひ一度ご覧ください。

（URL） <http://www.okikoku.or.jp/ashoukan>

※URLは、「沖縄県国民健康保険団体連合会ホームページ」を開き、「医療費助成事業関連」のバナーをクリックしたページです。



2. 医療費助成事業の概要

本章では、沖縄県医療費助成事業における“自動償還業務の流れ”と“現物給付業務の流れ”についてご説明いたします。

2.1. 自動償還に係る医療機関と国保連合会間の業務

図2-1は、医療費助成事業（自動償還）業務の流れについて説明したものです。

医療機関と国保連合会間の業務については、図2-1点線で囲まれた部分が対象であり、本書では、医療機関と国保連合会間の業務について記載しています。

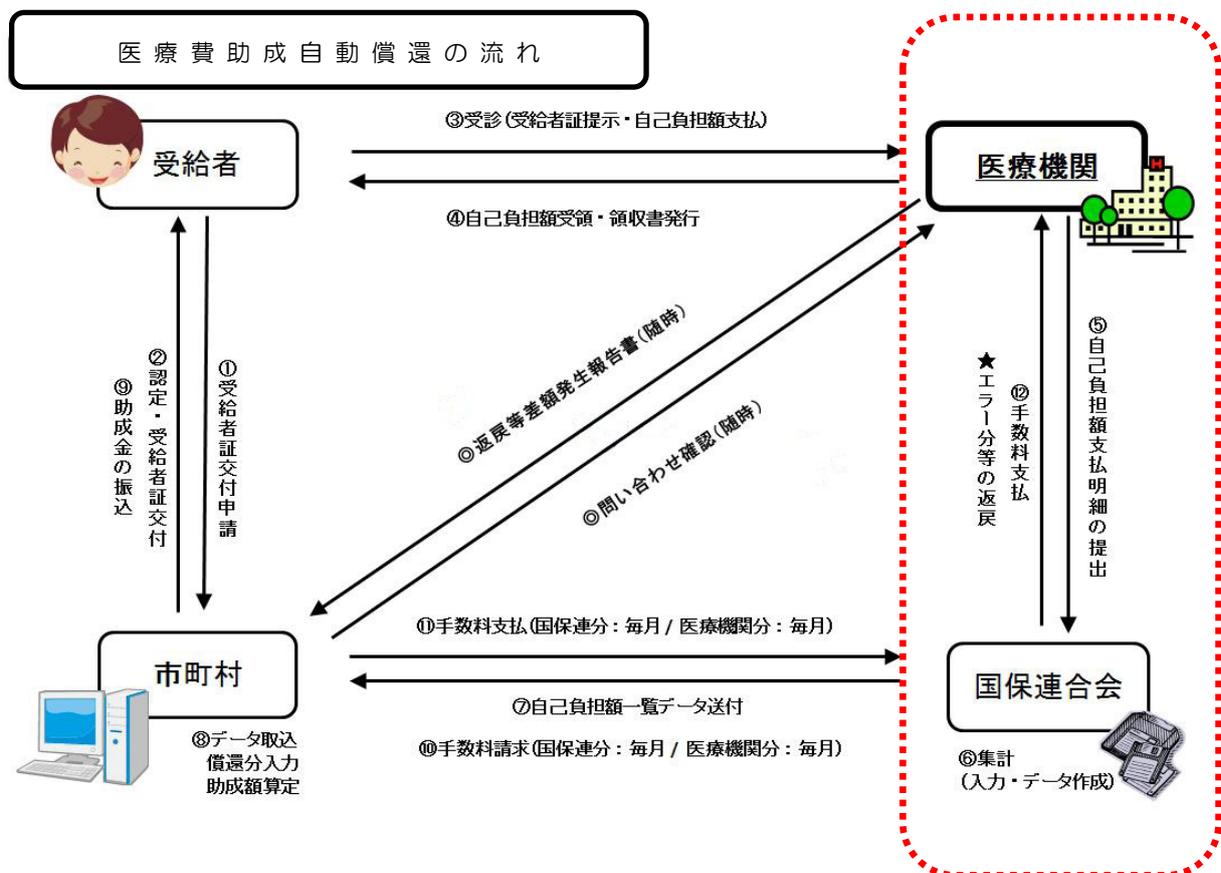


図2-1 医療費自動償還事業（自動償還）の流れ

※「返戻等差額発生通知書」については、市町村が窓口となりますので、送付方法や取扱等については、各市町村こども又は母子父子家庭医療費助成業務担当へお問い合わせください。

医療費助成事業における自動償還とは、対象者が医療機関で受診した際、自己負担額を医療機関等へ支払い、その後、自己負担額報告が医療機関から国保連合会を経由し市町村へ送られ、受給資格者が市町村窓口で申請手続きを行わなくても助成対象者へ自動的に対象額が助成される制度です。

2.2. 現物給付に係る医療機関と国保連合会間の業務

図2-2は、医療費助成事業（現物給付）業務の流れについて説明したものです。

医療機関と国保連合会間の業務については、図2-2点線で囲まれた部分が対象であり、本書では、医療機関と国保連合会間の業務について記載しています。

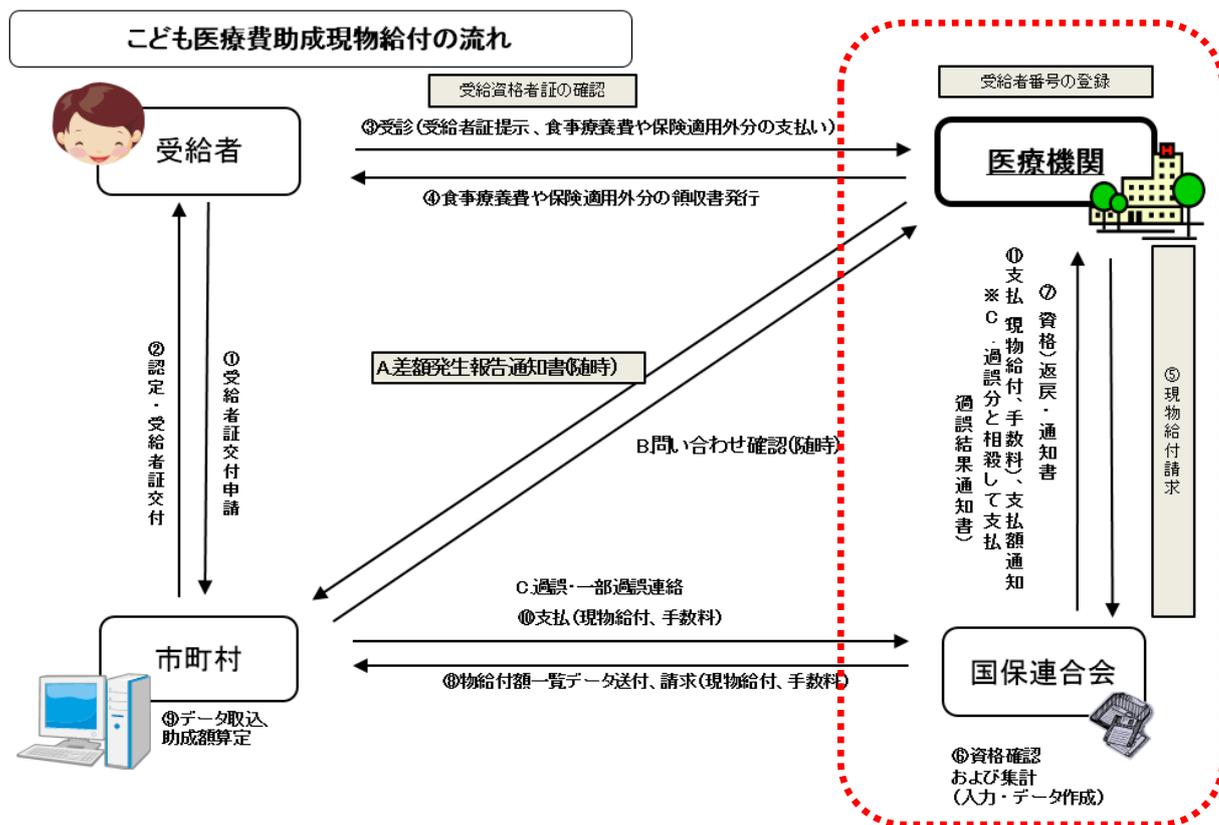


図2-2 医療費自動償還事業（現物給付）の流れ

※「返戻等差額発生通知書」については、市町村が窓口となりますので、送付方法や取扱等については、各市町村子ども医療費助成担当へお問い合わせください。

医療費助成事業における現物給付とは、対象者が医療機関で受診した際、助成対象額（市町村負担額）は医療機関から国保連合会を経由して市町村へ請求されるため、受給資格者が助成対象額を医療機関へ支払うことなく対象額が助成される制度です。

3. 国保連合会への提出に関すること

国保連合会へご報告いただく様式等については、次のとおりです。

(1) 提出様式（オンライン報告）

- ・ インターネットに接続可能なPCを使用し、オンライン報告システムへ接続
 - ・ 作成したCSVファイルを添付し報告
- ※電子データ(CSVファイル)仕様
… 17頁「参考④ 自己負担額支払明細データレコード仕様」

(2) 提出様式（電子データおよび紙）

次の①、②両方をご提出ください。

① 医療費自己負担額支払明細報告兼請求書〔第1号様式〕（紙）

- ・ 必ず紙（用紙サイズ：A4 縦）でのご提出をお願いします。
- ・ 記載要領については、14頁「参考① 第1号様式「医療費自己負担額支払明細報告兼請求書」記載例」をご確認ください。



② 医療費自己負担額支払明細書（紙 または 電子データ）

- ・ 電子データ または 紙のいずれかで作成をお願いします。
- ・ 紙の場合の記載要領については、次をご確認ください。
医科、歯科 … 15頁「参考② 第1号様式（別紙1）「医療費自己負担額支払明細書」記載例」
調剤 … 16頁「参考③ 第1号様式（別紙2）「医療費自己負担額支払明細書（薬局用）」記載例」
- ・ エクセルで作成した場合も、必ず紙へ印刷して紙でご提出ください。
- ・ 紙の場合、サイズはA4横とします。



または



- 紙の場合、編てつ方法は以下のとおりです。
 - ア)「医療費自己負担額支払報告兼請求書〔第1号様式〕」を表紙とし、
 - イ)「医療費自己負担額支払明細書〔第1号様式(別紙1)〕」(または「医療費自己負担額支払明細書(薬局用)〔第1号様式(別紙2)〕」)を、事業番号毎にページを分けて作成し、事業番号順(昇順)に並べてください。

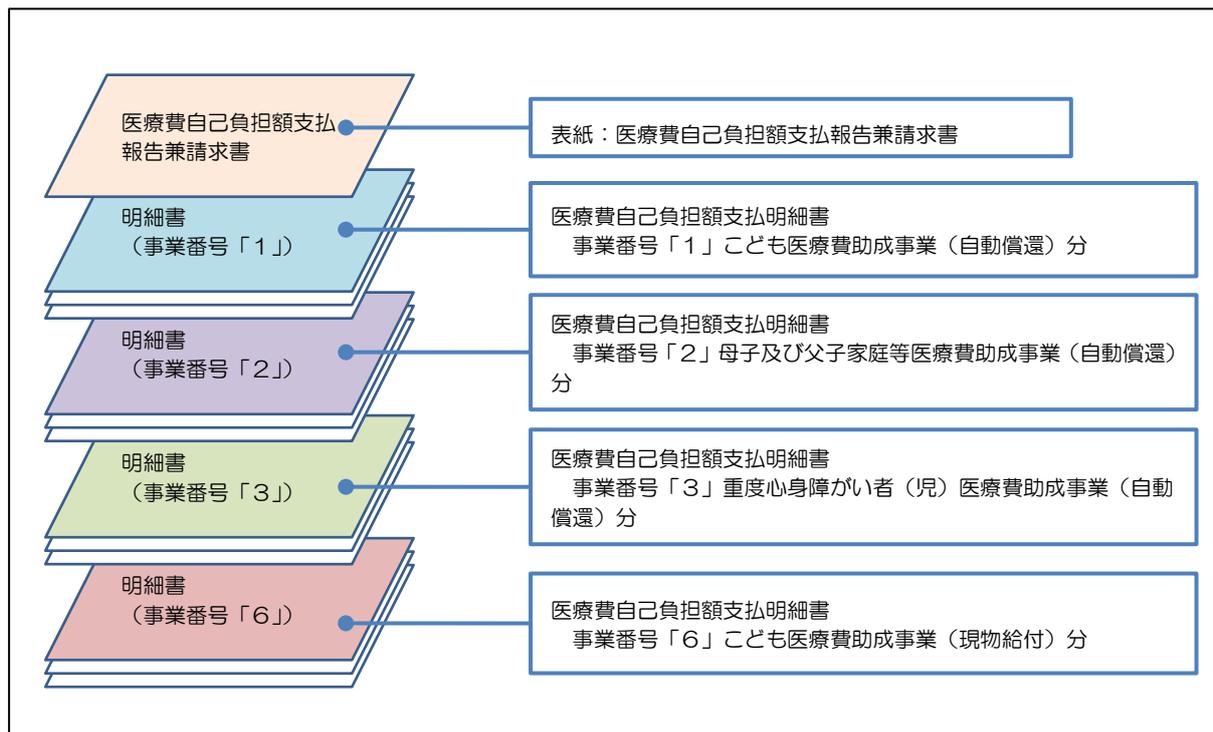


図 3-1 編てつ方法

- 電子データの作成仕様は、次に記載しておりますが、実際のデータは医療機関でお使いのレセコン等システムまたは本会提供ツールから出力されるため、本書では電子データの作成方法は記載しておりません。
電子データ仕様 … 17 頁「参考④ 自己負担額支払明細データレコード仕様」

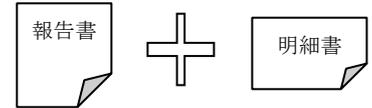
(3) 提出期限

「医療費自己負担額支払明細書」を電子データで作成するか、紙で作成するかによって提出期限が異なります。それぞれの提出期限は次のとおりです。

- 「医療費自己負担額支払明細書」を紙で提出する場合

報告期限： 毎月10日迄

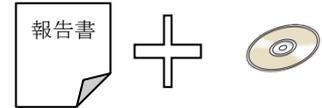
※但し、10日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとなります。



- 「医療費自己負担額支払明細書」を電子データで提出する場合

報告期限： 毎月15日迄

※但し、15日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとなります。



- 「医療費自己負担額支払明細書」をオンライン報告で提出する場合

報告期限： 毎月15日迄

※但し、15日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとなります。

(4) 提出方法

①オンライン報告の場合

オンライン報告システムに接続し、作成したCSVファイルを添付して報告してください。

②送付または持参の場合

送付または持参によりご提出いただく場合は以下のとおりです。

《送付先》

〒900-8559

沖縄県那覇市西3-14-18(国保会館)

沖縄県国民健康保険団体連合会

情報・介護課 情報管理係 医療費助成事業担当 宛て

《持参先》

沖縄県那覇市西3-14-18(国保会館) 3F

沖縄県国民健康保険団体連合会

情報・介護課 情報管理係 医療費助成事業担当

(注)会場設営期間中は国保会館2階に設けた受付会場までご持参ください。

※受付設営期間については国保連合会ホームページ(医療費助成事業関連)に掲載しておりますのでご確認ください。

(注意事項)

- 電子データ、紙いずれの場合も、提出期限迄に国保連合会へ**必着**するようお願いいたします。提出期限を過ぎた場合は、翌月の受付扱いとなりますのでご注意ください。
- 自己負担額支払明細書は個人情報を含むため、送付の際は配達記録が残る等の送付方法を推奨します。
- 明細書を紙で送付していただく場合、レセプト同様「信書」扱いとなりますので、取扱いにご注意ください。
- 送付頂きました電子媒体は返却いたしません。(ただし、連合会へ持参された場合はその場で受付後、返却いたします。)
- 送付の場合、レセプト等他の報告と同封する場合は、医療費助成事業の報告とわかるようにしてください。明細書を電子データで作成した場合は、電子媒体へ「参考⑤ 電子媒体へ貼り付けるラベル例」を参考にラベルを張り付けていただくようお願いいたします。

4. 自己負担額支払明細書の報告及び請求対象

4.1. 自動償還の報告対象

次の条件をすべて満たすものが報告対象となります。

(報告対象条件)

- 保険診療（調剤）を実施した。
- 自己負担額がある。
- 受給資格者が受給資格者証を提示した。（受給資格者証の確認）
- 受給資格者証の資格対象期間に含まれている。
- 保険診療の自己負担分をすべてお支払いいただいた。（完納）
- 自動償還の実施市町村（開始年月を確認）である。

(報告項目)

自動償還では、受給資格者が医療機関窓口で実際に支払った金額を助成するため、報告する自己負担支払額は、「受給資格者が診療日ごとに医療機関の窓口で実際に支払った金額（保険給付分）」を積算した金額（月単位）となります。

(表 4-1) 自己負担支払額の比較

比較条件		点数	負担割合	金額(円)(※1)
「合計点数 * 負担割合」		639	2割	1,280
「実際に支払った額（保険給付分）」 (診療毎の積算額)	1回目	178	2割	360
	2回目	203	2割	410
	3回目	258	2割	520
	【積算額】	639	---	1,290

(※1) 上表の「金額(円)」は10円未満を四捨五入した金額としている。

自動償還の報告においては、「実際に支払った額（保険給付分）」の積算額を、報告金額とする。

(注意事項)

報告の際には次の点にご注意ください。

- 医療費助成事業は市町村ごとに償還内容（食事療養費の助成有無、一部負担金有無等）が異なりますが、医療機関では特に留意する必要はありません。報告対象条件のみ確認をお願いします。
- 自己負担額は、実際に窓口でお支払いいただいた、保険診療による医療費の自己負担分のみです。健診、予防接種、診断書料、薬の容器代、おむつ代など、保険適用外の自己負担分は報告の対象外です。
- 報告日時点で自己負担額に未払いがある場合は、「①受給資格者に市町村窓口での償還を案内する」または「②全額支払いが済んだあとに月遅れ分として報告する」のいずれかとなります。医療機関側で対応可能な方法をご選択ください。
- 基本的に同一「受給資格者番号」の診療を診療月単位で作成し、国保連合会へご報告ください。
- 自己負担額支払明細報告書および自己負担額支払明細書は、レセプトとは異なる様式（またはデータ）です。レセプトとは、別に作成していただく必要があります。
- 自己負担額支払明細書の報告は、国保・社保等加入保険に関わらず、国保連合会となります。
- 自動償還の導入時期は、市町村によって異なりますので。医療機関所在地以外の受給資格者も報告対象条件を満たしていれば報告対象となります。

4.2. 現物給付の請求対象

次の条件をすべて満たすものが請求対象となります。

(請求対象条件)

- 保険診療（調剤）を実施した。
- 市町村負担額（助成額）がある。
- 受給資格者が受給資格者証を提示した。（受給資格者証の確認）
- 受給資格者証の有効期間に含まれている。
- 入院の場合は限度額認定証の限度額内の金額。

(請求項目)

現物給付では、医療機関窓口での支払いが発生しないため請求する市町村負担額は、レセプト記載の点数と負担割合から求めた金額（月単位）となります。

(表 4-2) 市町村負担額の比較

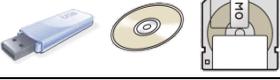
比較条件		点数	負担割合	金額(円)
「合計点数 * 負担割合」		639	2割	1,278
「実際に支払った額（保険給付分）」 (診療毎の積算額)	1回目	178	2割	360
	2回目	203	2割	410
	3回目	258	2割	520
	【積算額】	639	---	1,290

現物給付の請求においては「合計点数 * 負担割合」の金額を、請求金額とする。

(注意事項)

- 医療費助成事業は市町村ごとに助成内容（食事療養費の償還有無、一部負担金有無等）が異なりますが、医療機関では特に留意する必要はありません。請求対象条件のみ確認をお願いします。
- 基本的に同一「受給資格者番号」の診療を診療月単位で作成し、国保連合会へご報告ください。
- 保険適用外の費用（健診、予防接種、診断書料、薬の容器代、おむつ代など）は対象外です。
- また、食事療養費は現物給付の対象外ですが、一部市町村においては自動償還の対象となります。窓口で食事療養費標準負担額を徴収した場合は、その金額を現物給付請求と一緒に報告をお願いします。
- 入院時にやむを得ず限度額認定証の確認ができない場合は、自動償還払いまたは市町村窓口申請での償還払いとなります。
- 自己負担額支払明細報告書および自己負担額支払明細書は、レセプトとは異なる様式（またはデータ）です。レセプトとは、別に作成していただく必要があります。
- 自己負担額支払明細書の請求は、国保・社保等加入保険に関わらず、国保連合会となります。
- 現物給付の導入時期は、市町村によって異なります。医療機関所在地以外の受給資格者も報告対象条件を満たしていれば請求対象となります。

5. 自己負担額支払明細書の作成方法

項番	作成方法	作成準備	作成手段	明細書提出形式	報告媒体	報告期限(※1)	明細書作成方法(説明)
1	レセコン等のシステム	システム提供ベンダでの対応が必要	システムより出力	電子データ 	<ul style="list-style-type: none"> 報告書(紙) 明細書(電子媒体) 	毎月15日	システム提供ベンダへお問い合わせください。
2				紙 	<ul style="list-style-type: none"> 報告書(紙) 明細書(紙) 		
3	手書き、または、手入力	国保連合会ホームページより様式をダウンロードする	手書き	紙 	<ul style="list-style-type: none"> 報告書(紙) 明細書(紙) 	毎月10日	医科・歯科は、15頁「参考② 第1号様式(別紙1)」「医療費自己負担額支払明細書」記載例
4				Excel(※2)	紙 		
5	データ作成ツール、または、オンライン報告システム	国保連合会ホームページより入力ソフトをダウンロードする	入力ツール	電子データ 	<ul style="list-style-type: none"> 報告書(紙) 明細書(電子媒体) 	毎月15日	医療費助成事業ツールマニュアル(本会ホームページ)参照
6		医療費助成オンライン報告システムへの接続	システムへの入力	オンライン報告	—		

※1 報告期限の日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日が期限日となります。

※2 Excelで作成した場合も、明細書は必ず紙へ出力してご提出ください。

6. 事務手数料等の振込

6.1. 自動償還事務手数料の振込

医療機関への事務手数料については、国保連合会を通して各医療機関の診療報酬の口座へお振り込みいたします。

国保連合会へ報告した月の翌々月の20日(土日祝祭日にあたるときはその翌日以降の最初の営業日)に、口座へお振り込みいたします。

なお、処理件数、振込額については、診療(調剤)報酬等支払額決定通知書(はがき)にてお知らせいたします。

6.2. 現物給付額および事務手数料の振込

医療機関への現物給付額および事務手数料については、国保連合会を通して各医療機関の診療報酬の口座へお振り込みいたします。

国保連合会に請求した月の翌月の20日(土日祝祭日にあたるときはその翌日以降の最初の営業日)に、口座へお振り込みいたします。

なお、処理件数、振込額については、診療(調剤)報酬等支払額決定通知書(はがき)にてお知らせいたします。

7. 問合せ先

医療費自己負担額支払明細書の作成および報告についてご不明な点がございましたら、以下の問合せ先までご連絡をお願いします。

問合せ先：沖縄県国民健康保険団体連合会 情報・介護課 情報管理係 医療費助成担当
TEL：098-863-5724

医療費助成制度や受給資格者証、医療費返戻等差額発生報告書についてのお問い合わせは、受給資格者がお住まいの市町村の各医療費助成担当までお問い合わせください。

参考① 第1号様式「医療費自己負担額支払明細報告兼請求書」記載例

第1号様式

平成 29年 9月 10日

医療費自己負担額支払報告兼請求書

明細書(送付日)を記載

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医科：1
 歯科：3
 調剤薬局：4
 のいずれかを記載

医療機関等番号		
県番号	点区分	医療機関コード
47	1	1234567

医療機関名称
 電話番号
 住所

7桁の医療機関番号を記載

印

事業番号毎に、今回報告する件数を記載 ※月遅れ分も含める。

事業番号毎に、今回報告する金額を記載 ※月遅れ分も含める。

医療費自己負担額支払明細書を次のとおり報告します

事業番号	診療年	平成	年	月
報告件数・自己負担額金額計 (自動償還)				
1	こども医療費	999,999	件	99,999,999 円
2	母子及び父子家庭等医療費	999,999	件	99,999,999 円
3	重度心身障がい者(児)医療費	999,999	件	99,999,999 円
請求件数・請求金額計 (現物給付)				
6	こども医療費	999,999	件	99,999,999,999 円

※診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。

平成 年 月 分 診療年月を記入

医療費自己負担額支払明細書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

社保・国保に関わらず、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する

医療機関所在地：

医療機関名称：

開設者：

電話：

⑩自己負担額支払額は、受給者が窓口で支払った保険適用の額を記載

明細書が2枚以上にわたる場合は2枚目以降も捺印する



機関区分	機関コード
1：医療機関	下記のとおり返付する 平成 年 月 日 明細書(送付日)を記載
2：施術機関	

レセに記載する医療機関番号を記載

該当番号を○で囲む

①事業	公費番号	特記事項	受給者番号	②種別	保険者番号	氏名(カナ)	③性別	④生年月日			⑤区分	⑥割合	⑦診療年月		⑧実日数	⑨合計点数(点)	⑩自己負担支払額(円)		食事療養費(円)	備考	
								年	月	日			年	月			⑪市町村負担額	⑫市町村負担額			
						全角カタカナで記入															

受給者資格者証にある受給者番号10桁を記載

保険者番号が8桁未満の場合は右詰め

④生年月日の元号は次の区分で記載
昭和：3 平成：4

④1桁の場合は0を記載
平成25年4月2日生まれの場合
→4250402

⑤入外区分は入院：1、外来：2を記

⑥一部負担割合は1割：1、2割：2、3割：3を記載

⑨合計点数は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記載する

⑪市町村負担額は、現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記載

⑫結核等、その他の国公費制度と併用の場合は、国制度に定める自己負担額を記載(国公費制度優先)

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

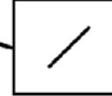
- ①事業： 子ども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、重度心身障がい者(児)自動償還「3」
子ども現物給付「6」
 - ②種別： 国保「1」 社保「2」 後期「3」 ③性別： 男「1」 女「2」 その他「3」
 - ④生年月日： 昭和「3」 平成「4」 ⑤区分： 入院「1」 入院外「2」
 - ⑥割合： 受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。
- ※請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

⑦診療年月： 取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。

- ⑧実日数： 実際に診療のあった日数を記入する。
- ⑨合計点数： レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入
- ⑩自己負担支払額： 受給者が窓口で支払った額(保険給付分の額)を記入する。
- ⑪市町村負担額： 現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

明細書が2枚以上にわたる場合は総枚数及び頁を記載

(頁/総枚数)



平成 年 月分 診療年月を記入 **医療費自己負担額支払明細書（薬局用）**

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

社保・国保に関わらず、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する

機関区分	機関コード
1：医療機関	
2：施術機関	

レセに記載する医療機関番号を記載

該当番号を○で囲む

下記のとおり送付する

平成 年 月 日

医療機関所在地：

医療機関名称：

開設者：

電話：

⑩自己負担支払額は、受給者が窓口で支払った保険適用の額を記載

明細書が2枚以上にわたる場合は2枚目以降も押印する



①事業	処方先医療機関コード	公費番号	特記事項	受給者番号	②種別	保険者番号	氏名(カナ)	③性別			④生年月日			⑤⑥区分		⑦診療年月		⑧実日数	⑨合計点数(点)	⑩自己負担支払額(円) ⑪市町村負担額	備考
								号	年	月	日	号	号	年	月						

全角カタカナで記入

⑤入外区分は入院：1、外来：2を記

⑪市町村負担額は、現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記載

④生年月日の元号は次の区分で記載
昭和：3 平成：4

⑥一部負担割合は1割：1、2割：2、3割：3を記載

⑩結核等、その他の国公費制度と併用の場合は、国制度に定める自己負担額を記載(国公費制度優先)

④1桁の場合は0を記載
平成25年4月2日生まれの場合
→4250402

⑨合計点数は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記載する

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

①事業：子ども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、重度心身障がい者(児)自動償還「3」
子ども現物給付「6」

②種別：国保「1」 社保「2」 後期「3」 ③性別：男「1」 女「2」 その他「3」

④生年月日：昭和「3」 平成「4」 ⑤区分：入院「1」 入院外「2」

⑥割合：受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。

※請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

⑦診療年月：取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。

⑧実日数：実際に診療のあった日数を記入する。

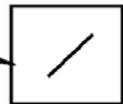
⑨合計点数：レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。

⑩自己負担支払額：受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)

⑪市町村負担額：現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

明細書が2枚以上にわたる場合は総枚数及び頁を記載

(頁/総枚数)



参考④ 自己負担額支払明細データレコード仕様

(表) データレコード仕様

項番	項目名	属性 (※1)	最大 文字数	項目 形式	必須項目		設定内容
					医科 歯科	調剤 薬局	
1	請求年月	数字	5	固定	○	○	年号区分コードを含め、数字“GYMM”の形式で設定する。 ※年号(1桁)十年(2桁)十月(2桁)
2	機関区分	数字	1	固定	○	○	医療費助成事業では、“1”固定とする。
3	医療機関等番号	数字	10	固定	○	○	都道府県番号(2桁)＋点数表区分(1桁)＋ 郡市区番号(2桁)＋医療機関コード(4桁) ＋検証番号(1桁)の10桁で設定する。
4	医療機関名称	漢字	30	可変	○	○	医療機関の名称を設定する。また設定可能な文字は全角文字(全角スペースも含む)のみとする。但し、改行コードの混入は不可とする。
5	保険種別	数字	1	固定	○	○	国保の場合は“1”、社保の場合は“2”、 後期の場合は“3”を設定する。
6	保険者番号	数字	8	固定	○	○	法別番号(2桁)＋都道府県番号(2桁)＋保 険者別番号(3桁)＋検証番号(1桁)の8桁 で設定する。 また、国保の場合は法別番号を“00”と して設定する。
7	事業番号	数字	1	固定	○	○	子ども医療費助成自動償還の場合“1”、 母子及び父子家庭等医療費助成自動償還 の場合“2”、重度心身障がい者(児)医 療費助成自動償還の場合“3”、子ども医 療費助成現物給付の場合“6”を設定する。
8	受給資格者番号	数字	10	固定	○	○	市町村番号(2桁)＋受給資格者番号(7桁) ＋検証番号(1桁)の10桁で設定する。
9	受給者氏名 (カナ)	漢字	30	可変	○	○	受給者氏名をカナで設定する。また設定可能な文字種別は全角カナ(全角スペースも可)のみとする。但し、改行コードの混入は不可とする。
10	生年月日	数字	7	固定	○	○	年号区分コードを含め、数字 “GYMMDD”の形式で設定する。 ※年号(1桁)十年(2桁)十月(2桁)十日(2桁)
11	性別	数字	1	固定	○	○	男の場合“1”、女の場合“2”、その他 の場合“3”を設定する。
12	入院・入院外区 分	数字	1	固定	○	○	入院の場合“1”、入院外の場合“2”を 設定する。
13	負担割合	数字	1	固定	○	○	自己負担割合に“1”、“2”、または“3” を設定する。
14	実日数(回数) ※4	数字	2	可変	○	○	実日数(調剤薬局の場合は回数)を設定す る。但し、前ゼロは除く。
15	合計点数	数字	10	可変	○	○	合計点数を設定する。但し、前ゼロは除く。

(次項に続く)

項番	項目名	属性 (※1)	最大 文字数	項目 形式	必須項目		設定内容
					医科 歯科	調剤 薬局	
16	自己負担支払額・市町村負担額	数字	10	可変	○	○	医療費助成自動償還の場合“保険給付分の自己負担支払額(実際に支払われた金額)”を設定する。但し、前ゼロは除く。 医療費助成現物給付の場合“保険給付分の自己負担支払額(市町村が負担する金額)”を設定する。但し、前ゼロは除く。
17	食事療養費	数字	10	可変	○		入院・入院外区分が入院“1”の場合で、食事療養費が発生した場合に金額(実際に支払われた金額)を設定する。その他は“0”を設定する。
18	診療年月	数字	5	固定	○	○	年号区分コードを含め、数字“GYMM”の形式で設定する。 ※年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)
19	処方箋発行医療機関等番号	数字	10	固定 ※2		○	都道府県番号(2桁)+点数表区分(1桁)+郡市区番号(2桁)+医療機関コード(4桁)+検証番号(1桁)の10桁で設定する。
20	公費番号1	数字	2	固定 ※2			法別番号(2桁)を設定する。
21	公費番号2	数字	2	固定 ※2			法別番号(2桁)を設定する。
22	特記事項1	数字	2	固定 ※2			特記事項コード(2桁)を設定する。
23	特記事項2	数字	2	固定 ※2			特記事項コード(2桁)を設定する。
24	備考	英数 漢字	200	可変 ※2			備考を半角および全角(混在も可)で設定する。 但し、改行コードの混入は不可とする。

※1 属性については、次表「(表)属性の説明」を参照する。

※2 設定する値が無い場合は、Nullとする。

※3 Null項目についても必ずカンマで区切る。(カンマの数は必ず23個とする。)

※4 調剤薬局の場合は、処方箋の受付回数(レセプト記載の回数)を記入する。

(表) 属性の説明

属性	設定方法
数字	①可変の場合は、上位桁のゼロを除いた数字とする。 但し、有効値がゼロの場合は“0”とする。 ②設定可能文字は“0”～“9”の半角文字とする。
英数	①有効文字以降に継続する“半角スペース”を除く。 ②設定可能文字は数字、英字、記号の半角文字とする。 ③設定する値をダブルクォートで囲むこと。
漢字	①有効文字以降に継続する“全角スペース”を除く。 ②設定可能な文字は漢字・カナ・数字・記号の全角文字とする。 ③設定する値をダブルクォートで囲むこと。

参考⑤ 電子媒体へ貼り付けるラベル例

電子媒体へのラベルを貼り付ける際は、次の内容を記載してください。

【記入イメージ】

医療費助成事業

[報告年月]

平成 29 年 2 月分

[医療機関名]

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

[医療機関等番号]

4719999999

[出力ファイル名(※1)]

yyyyMM_9999999999_yyyyMMdd.CSV

(※1)

出力ファイル名：yyyyMM_9999999999_yyyyMMdd.CSV

(報告年月)_(医療機関等番号)_(出力年月日).CSV

例：201702_4719999999_20170231.CSV

(保護用紙)