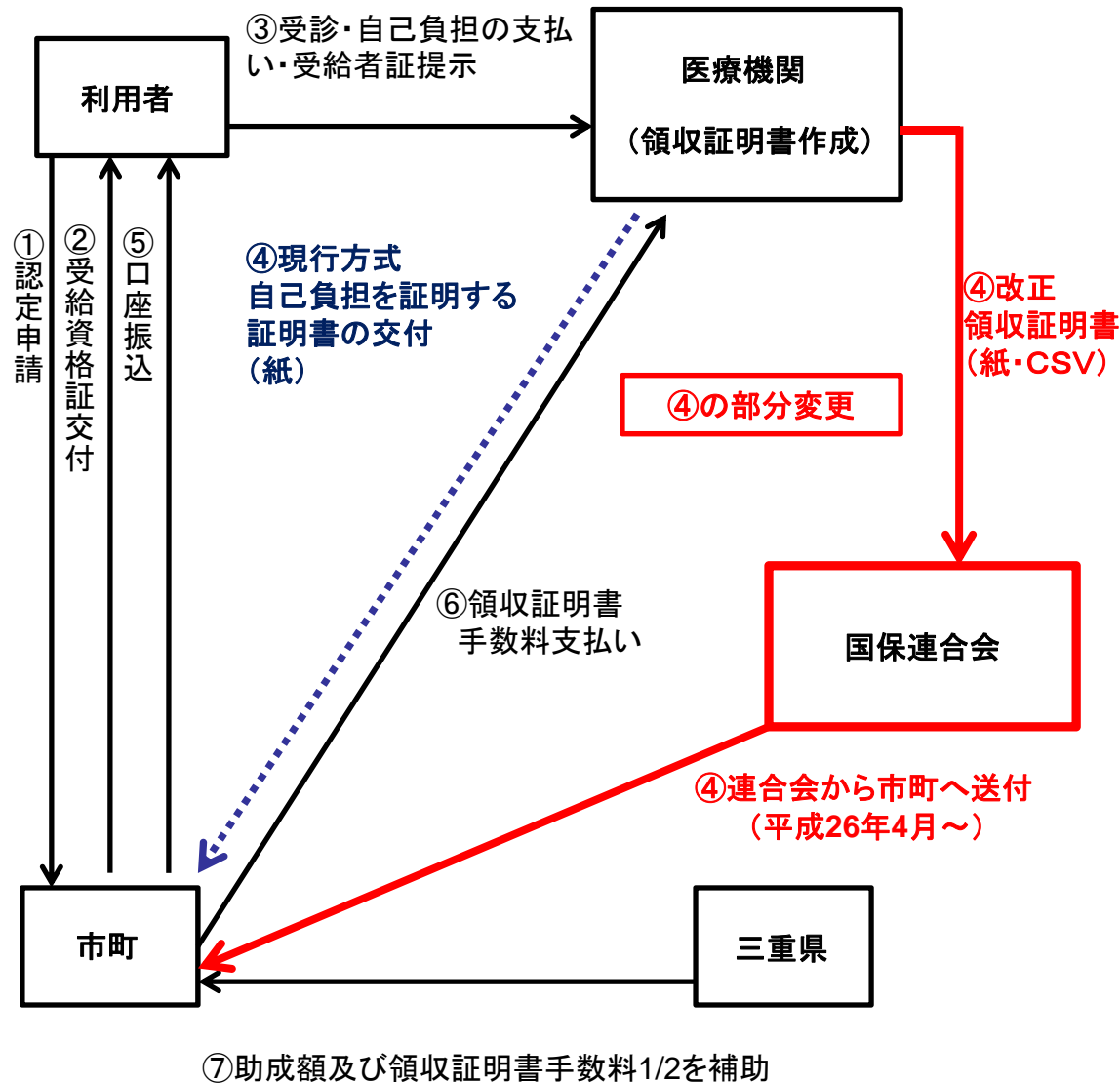


福祉医療費助成事務に係る
医療機関等ベンダ説明会

平成25年6月27日

三重県国民健康保険団体連合会

○福祉医療費助成制度の手続きの概要



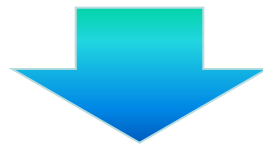
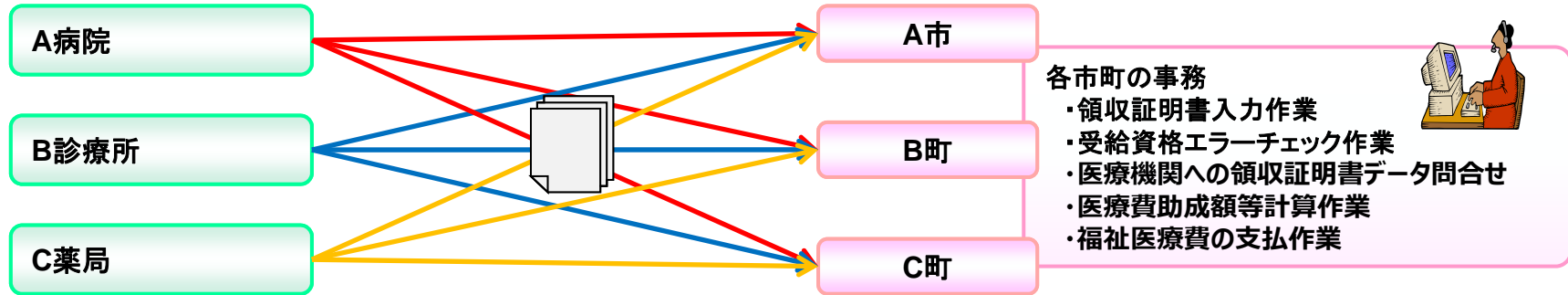
- ①② 利用者は、市町へ受給資格認定申請を行い、市町から受給資格証の交付を受ける。
- ③ 利用者は、医療機関を受診した場合、受給資格証を提示し、一部負担金を納付する。(提示することにより、利用者から福祉医療費の申請があったものとみなされる。)
- ④(現行) 医療機関は、自己負担額を証明する領収証明書(紙ベース)を市町へ送付する。
(改正)医療機関は、自己負担額を証明する領収証明書(紙ベース・データ(CSV形式))を国保連合会へ送付する。国保連合会から市町へデータを送付する。
- ⑤ 市町は、領収証明書に基づいて自己負担額分を受給者の口座に助成費として振り込む。
- ⑥ 市町は、領収証明書発行手数料を医療機関に支払う。
- ⑦ 県は助成額及び領収証明手数料の1/2を市町に補助する。

○領収証明書提出の流れの変更

現行

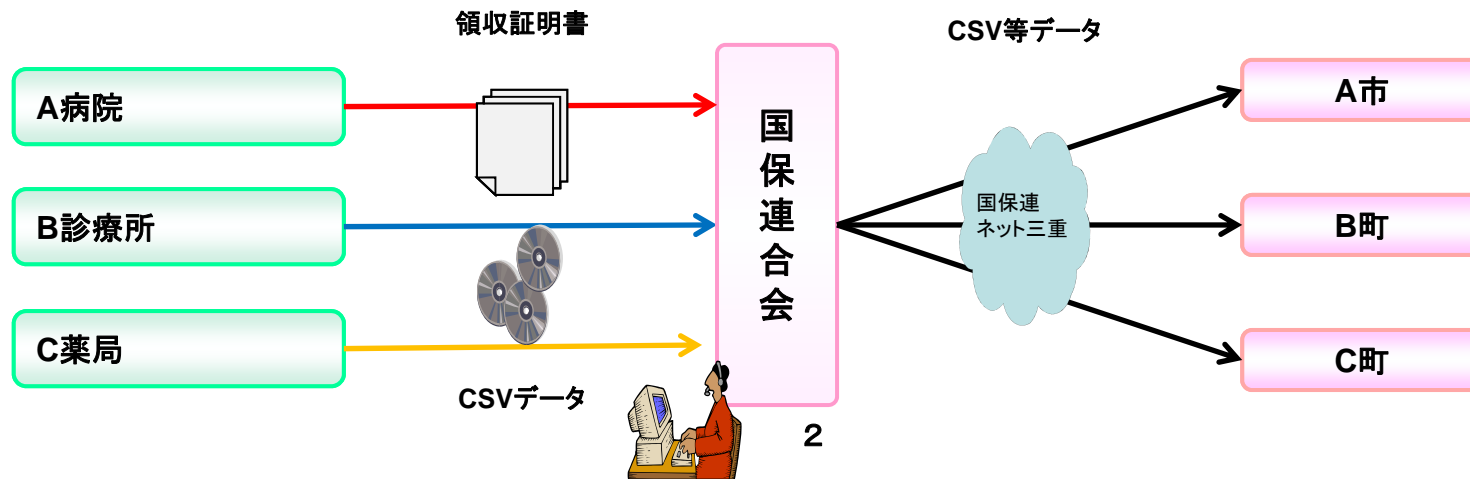
県内 約3800医療機関

県内 29市町

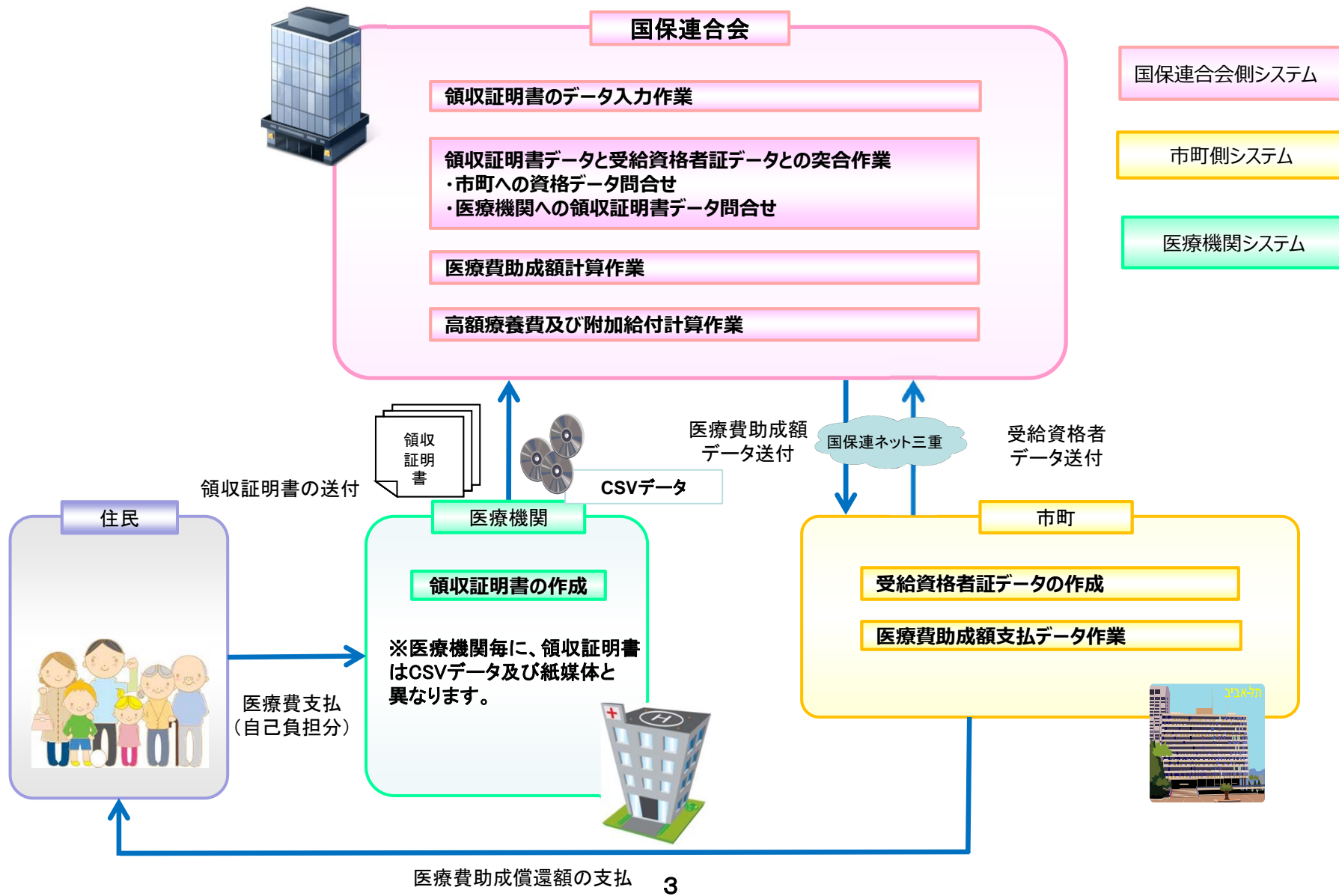


変更

共同処理実施後(平成26年4月～)







○福祉医療費助成における国保連合会受託事業の全体図



○平成26年4月提出分からの領収証明書様式の一部変更及び追加 について(資料No.1)

①福祉医療費領収証明書一部変更

・市町コード		新規追加
・生年月日		
・一部負担額		
・医療機関コード		
・助成区分(4その他、5その他)		一部変更
・一部負担割合「0」「継」		
・処方せん発行医療機関番号		記載箇所変更
・処方せん発行医療機関等名称		
・病院診療科名		削除
・病院診療科コード		

※領収証明書一覧表も上記同様に一部変更

CSVレコードフォーマット項目は、領収証明書様式と同様

②総括表等の追加

福祉医療費紙媒体総括表……紙媒体を提出する際に添付するもの

福祉医療費電子媒体送付書……電子媒体を提出する際に添付するもの

○確認試験(CSVデータテスト)(案)

①テスト名称

領収証明書CSVデータ確認試験

②テスト開始時期

平成25年11月頃から予定

③目的

電子媒体(CD-R)での提出を予定している医療機関等からの領収証明書CSVデータを受け取り、クリティカルチェックを行うことにより、電子媒体(CD-R)での提出が円滑に移行することを目的とする

④概要

医療機関からの領収証明書CSVデータのレイアウトの確認及びクリティカルチェック

⑤作業内容及び役割

医療機関等…領収証明書CSVデータの提出

国保連合会…領収証明書CSVデータの受付、内容検証、処理結果検証、エラーデータの報告

⑥提出書類(資料No.2)

電子媒体を用いた提出に係る確認試験依頼書、CD-R

⑦スケジュール

平成25年11月から平成26年3月までは順次受付

平成26年4月以降は毎月15日まで受付け、同月25日頃に確認試験結果通知を送付する

※クリティカルエラーが解消しない医療機関は、再提出をする

○確認試験の流れ(平成26年4月以降のテスト日程例)

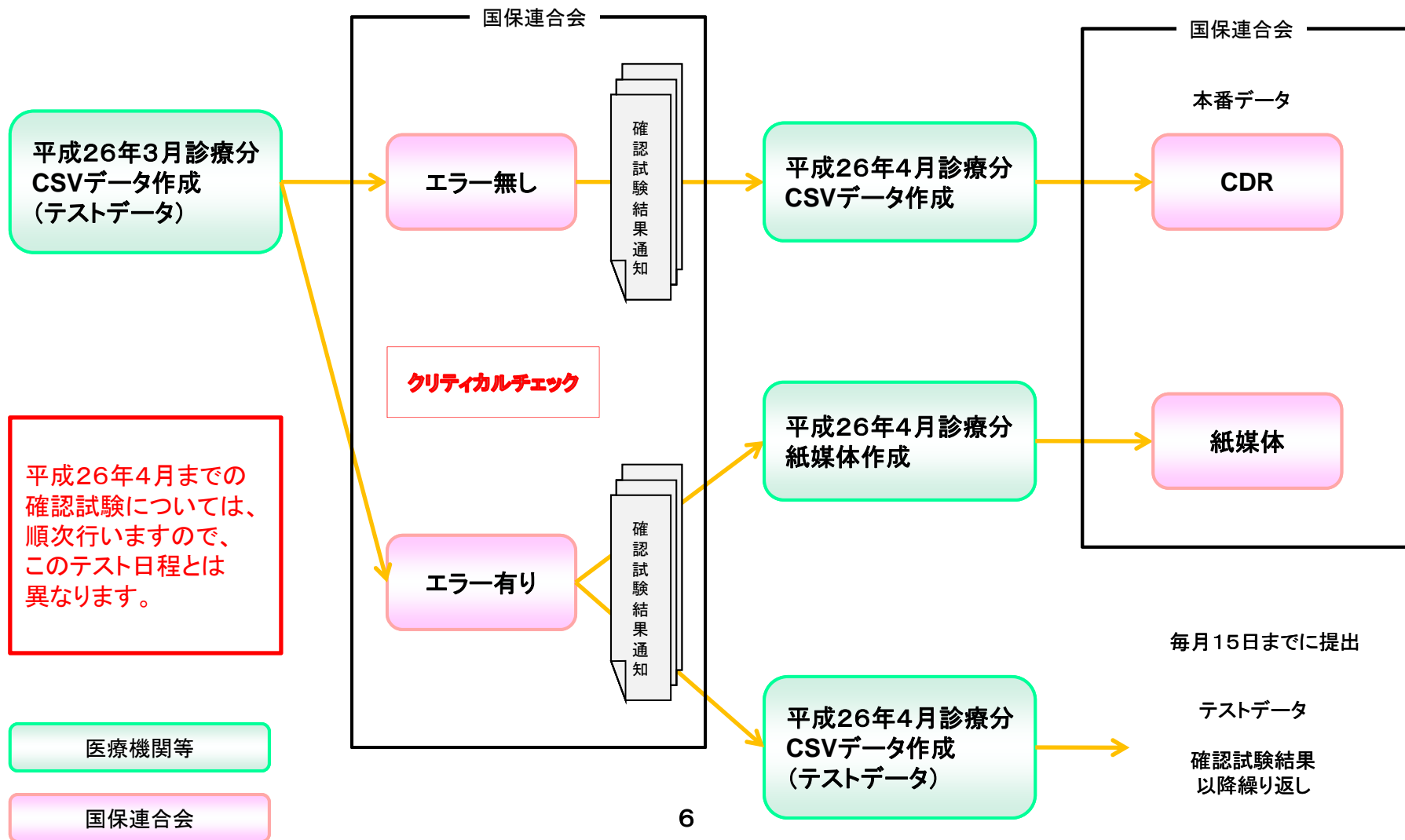
例) 平成26年5月電子媒体提出

平成26年4月15日提出分

平成26年4月20日頃

平成26年4月25日頃

平成26年5月15日までに提出



○データ抽出に関する注意事項

①データ提出しないもの

- ・ 第三者行為(損害賠償がある交通事故等)
- ・ 後期高齢者医療制度の被保険者
- ・ 障がい者(精神障害者)入院
- ・ 医療保険の一部負担金を窓口で全く徴収しない場合

②その他(データの抽出に関して)

- ・ レセプト同様月単位(入院・外来はそれぞれ1件)
- ・ マル長は99表示、調剤は提出なし
- ・ 公費マル長併用の場合は、マル長に合算
- ・ 公費の2者併用の場合は、主たる公費に合算

○仕様書について

①外部インターフェイス仕様書

領収証明書データ(医療機関等) 資料No.3

②クリティカルチェック仕様書

領収証明書データ(医療機関等) 資料No.4

赤囲み 新規追加箇所
 青囲み 変更箇所
 紫囲み 記載箇所変更
 緑囲み 削除箇所

新

福祉医療費領収証明書

市(町)長様 (福祉医療費助成申請書) 平成 年 月 日
 (申請者記入欄) 下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。

1 障がい者
 2 一人親家庭等
 3 子ども
 4 その他1 (伊勢市-寡婦、紀宝町-老人)
 5 その他2 (津市-妊産婦・精神障害者、御浜町-寡婦、紀宝町-寡婦)

氏名 _____ 市 町 コー ド _____

※該当する番号を○で囲んでください。

受給資格証番号	氏名	性別	生年	月	日
		1男・2女	1明・2大・3昭・4平		

医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)				
診療月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月	平成 年 月
一部負担割合	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割	1割・2割・3割
入院・外来区分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入院診療実日数	日	日	日	日
保険請求点数(額)	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
※1 一部負担額	円	円	円	円
公費・長区分				
公費請求点数	点	点	点	点
公費・長一部負担額	円	円	円	円
食 事 療 養	保険請求分	円	円	円
	標準負担額	円	円	円
	公費請求分	円	円	円
	公費標準負担分	円	円	円
処方せん発行区分	有・無	有・無	有・無	有・無
※2 処方せん発行医療機関番号				
※3 処方せん発行医療機関等名称				
証明書料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

医療機関コード _____ 平成 年 月 日

(調剤薬局)
 処方せん発行医療機関番号
 及び名称を1件毎に記載できるように上段に移動

所在地〒 _____ 医療機関等 名称 _____ 開設者 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____	年 月 日 所在地〒 _____ 名称 _____ 医療機関等 開設者 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 印
---------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

※1 一部負担額欄は、高額療養費が現物給付された場合のみレセプトの一部負担金額を記入してください。
 ※2 処方せん発行医療機関番号は、保険薬局にて記入してください。
 ※3 処方せん発行医療機関等名称は、保険薬局にて記入してください。

旧

福祉医療費領収証明書

市(町)長様 (福祉医療費助成申請書)
 (申請者記入欄) 下記の医療費にかかる福祉医療費の交付を申請します。

※該当する番号を○で囲んでください。

1 障がい者
 2 一人親家庭等
 3 子ども
 4 その他

住所 _____ 氏名 _____

受給資格証番号	氏名	性別	生年	月	日
		男・女			

医療費証明書 (第三者行為及び後期高齢者医療該当者を除く)				
診療月	年 月	年 月	年 月	年 月
一部負担割合	0・1・2・3割・継	0・1・2・3割・継	0・1・2・3割・継	0・1・2・3割・継
病院診療科名	科	科	科	科
病院診療科コード				
入院・外来区分	入院・外来	入院・外来	入院・外来	入院・外来
入院診療実日数	日	日	日	日
保険請求点数(額)	(円) 点	(円) 点	(円) 点	(円) 点
公費・長区分				
公費請求点数	点	点	点	点
公費・長一部負担額	円	円	円	円
食 事 療 養	保険請求分	円	円	円
	標準負担額	円	円	円
	公費請求分	円	円	円
	公費標準負担分	円	円	円
処方せん発行区分	有・無	有・無	有・無	有・無
証明書料	円			

上記のとおり診療を行い、所定の一部負担金を領収したことを証明します。

年 月 日

処方せん発行医療機関等の名称 (この欄は保険薬局で記入) _____ 処方せん発行医療機関番号 _____	所在地〒 _____ 名称 _____ 医療機関等 開設者 _____ 氏名 _____ 電話番号 _____ 印
-------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------

※記入方法は裏面をご参照ください。

赤囲み 新規追加箇所
青囲み 変更箇所

新

医療機関等番号								
県番号	区分	地区コード	連番				CD	

領収証明書送付書

平成 年 月 日

市(町)長 様

所在地
名称
医療機関等
開設者氏名
電話

福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

送付先市町		
市町村コード		
送付月	平成 年 月	
証明書件数		件
内訳	障がい者	件
	一人親家庭等	件
	子ども	件
	※1 その他1	件
	※2 その他2	件
郵送料		円

※1 その他1 (伊勢市-寡婦、紀宝町-老人)

※2 その他2 (津市-妊産婦・精神障害者、御浜町-寡婦、紀宝町-寡婦)

旧

医療機関等番号								
県番号	区分	地区コード	連番				CD	

領収証明書送付書

年 月 日

長 様

所在地
名称
医療機関等
開設者氏名
電話

福祉医療費助成制度の対象となる者の領収証明書を下記のとおり送付いたします。

送付先市町		
市町村コード		
送付月	年 月	
証明書件数		件
内訳	障がい者	件
	一人親家庭等	件
	子ども	件
	その他	件
		件
郵送料		円

赤囲み 新規追加箇所
 緑囲み 削除箇所

新

領 収 証 明 一 覧 表

(第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く)

市町 コード	助成 種別	受給資格 証番号	氏 名	性別	生年月日	診療 年月	一部 負担 割合	入院	入院 日数	保険請求点数	※一部負担額	公費・ 長区分	公費請求 点数(額)	公費・長 一部負担額	入院時食事療養費				処方せん 発行区分	備考			
															保険請求分	標準負担額	公費請求分	公費標準 負担分					

※一部負担額欄は、高額療養費が現物給付された場合のみレセプトの一部負担金額を記入してください。

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

平成 年 月 日

医療機関コード

所 在 地 〒

医療機関等

名 称

開 設 者 氏 名

電 話 番 号

印

旧

領 収 証 明 一 覧 表

(第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く)

市町 コード	助成 種別	受給資格 証番号	氏 名	性別	生年月日	診療 年月	一部 負担 割合	継続	病院 診療科	入院	入院 日数	保険請求点数	公費・ 長区分	公費請求 点数(額)	公費・長 一部負担額	入院時食事療養費				処方せん 発行区分	備考			
																保険請求分	標準負担額	公費請求分	公費標準 負担分					

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

医療機関等

所在地 〒

名 称

開設者氏名

印

赤囲み 新規追加箇所
緑囲み 削除箇所

新

領 収 証 明 一 覧 表

(保険薬局用)

(第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く)

市町 コード	助成 種別	受給資格証番号	氏 名	性別	生年月日	診療 年月	一部 負担 割合	入院	入院 日数	保険請求点数	※一部負担額	公費・ 長区分	公費請求 点数(額)	公費・長 一部負担額	処方せん 発行区分	処方せん発行 医療機関番号	処方せん発行 医療機関等名称	備考	

※一部負担額欄は、高額療養費が現物給付された場合のみレセプトの一部負担金額を記入してください。

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

平成 年 月 日

医療機関コード
所 在 地 〒
医療機関等 名 称
開 設 者 氏 名
電 話 番 号

印

旧

領 収 証 明 一 覧 表

(保険薬局用)

(第3者行為分・後期高齢者医療費制度被保険者分を除く)

市町 コード	助成 種別	受給資格証番号	氏 名	性別	生年月日	診療 年月	一部 負担 割合	継続	病院 診療科	入院	入院 日数	保険請求点数	公費・ 長区分	公費請求 点数(額)	公費・長 一部負担額	処方せん 発行区分	処方せん発行 医療機関番号	備考	

保険診療による一部負担金を上記のとおり領収しました。

所在地 〒
医療機関等 名 称
開 設 者 氏 名

印

平成 年 月送付分 福祉医療費紙媒体総括表

住 所 〒

三重県国民健康保険団体連合会 様

名 称

電 話 番 号

医療機関等コード	
点数表区分	医科・歯科・調剤・訪問看護
療養費区分	柔整・鍼灸・マッサージ
提出方法	領収証明書・領収証明一覧表

※該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

《内訳》

市町コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄	市町コード	市町名	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄
001	津市	件	件	053	木曾岬町	件	件
002	四日市市	件	件	056	東員町	件	件
003	伊勢市	件	件	059	菰野町	件	件
004	松阪市	件	件	061	朝日町	件	件
005	桑名市	件	件	062	川越町	件	件
007	鈴鹿市	件	件	076	多気町	件	件
008	名張市	件	件	077	明和町	件	件
009	尾鷲市	件	件	078	大台町	件	件
010	亀山市	件	件	081	玉城町	件	件
011	鳥羽市	件	件	090	度会町	件	件
012	熊野市	件	件	103	御浜町	件	件
014	いなべ市	件	件	104	紀宝町	件	件
015	志摩市	件	件	107	大紀町	件	件
016	伊賀市	件	件	108	南伊勢町	件	件
				109	紀北町	件	件
					合 計	件	件

※市町別証明件数をご記入ください。

平成 年 月送付分 福祉医療費電子媒体送付書

住 所 〒

三重県国民健康保険団体連合会 様

名 称

電話番号

医療機関等コード	
点数表区分	医科・歯科・調剤・訪問看護
療養費区分	柔整・鍼灸・マッサージ
媒体枚数	枚

※該当する点数表区分又は療養費区分及び提出方法を○で囲んでください。

《内訳》

助成種別	証明件数	決定件数 ※連合会使用欄
1. 障がい者	件	件
2. 一人親家庭等	件	件
3. 子ども	件	件
4. その他1 (※1)	件	件
5. その他2 (※2)	件	件
合 計	件	件

※助成種別証明件数をご記入ください。

※1助成種別 その他1(伊勢市一寡婦、紀宝町一老人)

※2助成種別 その他2(津市一妊産婦・精神障害者、御浜町一寡婦、紀宝町一寡婦)

(案)

平成 年 月 日

三重県国民健康保険団体連合会 御中

住 所 〒

開設者氏名

福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出に係る確認試験依頼書

福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護		
療養費区分	柔整 ・ 鍼灸 ・ マッサージ		
医療機関等コード			
医療機関等名称			
医療機関等所在地	〒		
依頼回数	新規 ・ 回目	電話番号	
プログラム名称			
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)			
見込件数	入院 ・ 件	入院外 ・ 件	
備考			

《 作成要領 》

- 1 本依頼書は、医療機関等で作成する電子媒体を提出するにあたり、事前に確認したい場合、三重県国民健康保険団体連合会に医科、歯科、調剤、訪問看護、柔整、鍼灸、マッサージ別に作成し提出する。
- 2 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の15日までとする。
- 3 「点数表区分」欄には、該当する点数表を○で囲む。
- 4 「医療機関コード」欄には、都道府県番号2桁+点数表コード1桁+医療機関コード7桁を記入する。
- 5 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入する。
- 6 「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
- 7 「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名又はプログラムの作成者の氏名を記入する。
- 8 「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入する。

(案)

福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出に関する届出

平成 年 月 日

三重県国民健康保険団体連合会 御中

福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出を開始することにあたり、下記のとおり届け出ます。

住 所 〒

開設者氏名 ㊞

点数表区分	医科 ・ 歯科 ・ 調剤 ・ 訪問看護		
療養費区分	柔整 ・ 鍼灸 ・ マッサージ		
医療機関等コード			
医療機関等名称			
郵便番号	〒	電話番号	
医療機関等所在地			
提出開始・変更年月	平成 年 月提出分から		
プログラム名称			
ソフトメーカー名 (プログラムの作成者の氏名)			
備 考			

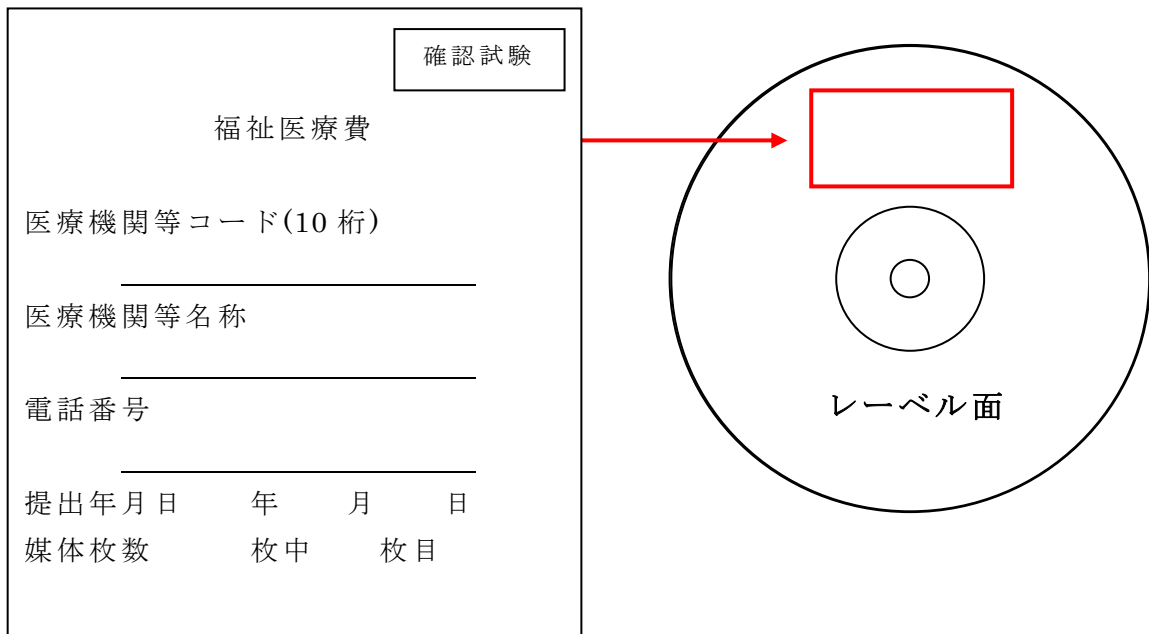
※受付印

(案)

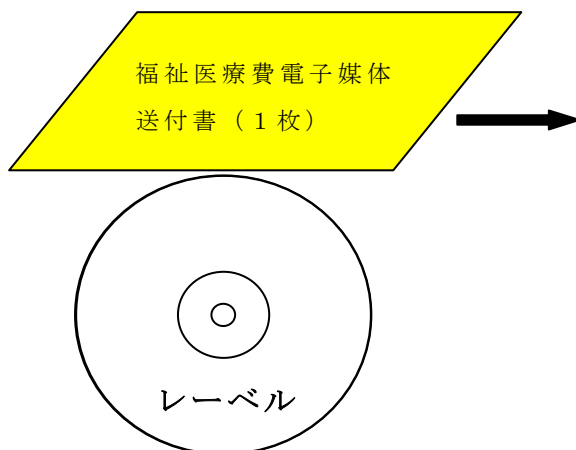
電子媒体の表記・提出方法

《CD-Rへの表記》

- ① 福祉医療費、医療機関等コード、医療機関等名称、電話番号、提出年月日及び媒体枚数を記載する。
- ② 電子媒体の表記については、レーベル面にシール等を貼付せずにフェルトペン等により記入する。
- ③ 確認試験の電子媒体提出は、「確認試験」と記載ください。



《電子媒体の提出方法》



- ① 福祉医療費電子媒体送付書については、各医療機関1枚作成する。
- ② CD-Rに①を添付して提出する。

「確認試験の場合」

- ① 福祉医療費領収証明書の電子媒体を用いた提出に係る確認試験依頼書を作成する。
- ② CD-Rに①を添付して提出する。

福祉医療費助成事務共同処理システム

外部インターフェイス仕様書

領収証明書データ（医療機関等）

作成日	2013/5/14
更新日	2013/5/24
版数	

1) インターフェイス方式概要

1) - 1 連携データの種類

No.	連携する組織	主な内容
1	医療機関等→国保連合会	・領収証明書

1) - 2 ファイル形式

データ形式	・カンマ区切りCSV形式（可変長）
文字コード	・S-JIS ※外字については「■」とする

1) - 3 ファイル名称規約

No.	ファイル日本語名	連携ファイル名称	サイクル	形式
1	領収証明書データ	FKS_XXXXXXXXX.csv	月次	CSV

※ 連携ファイル名称の“XXXXXXXXX”は医療機関コード
（都道府県番号2桁（三重県24）+点数表コード1桁+医療機関番号7桁）

1) - 4 ファイル構成

※ヘッダーレコード、トレーラーレコード、エンドレコードは不要

※改行コードあり

※各項目の設定条件

- ・特に指定のない限り、以下の形式でデータを作成する
 - a) 数字
 - ・半角の数字（0, 1, 2, …, 9）を1バイトで表す
 - ・設定する内容がない場合は、Nullとする（ゼロとNullを区別する必要がある項目に注意）
 - ・符号なし
 - b) 半角カナ
 - ・半角カナを1バイトで表す。
 - c) 漢字
 - ・漢字1文字を2バイト（全角文字）で表す
 - ・漢字シフトコードは追加しない

1) - 5 提供媒体について

No.	媒体種別
1	CD-R

※ CD-Rには、他のファイルを一緒に格納しないこと。

2) レコードフォーマット

No.	名称	型	項目長	バイト数	項目形式	○:必須、△:任意、×編集不要、空白:条件により必須		備考
						医科・歯科・柔整	調剤	
1	送付年月	数字	5	5	固定	○	○	コード表参照 ※1 ※2
2	点数表コード	数字	1	1	固定	○	○	コード表参照 ※3
3	医療機関コード	数字	10	10	固定	○	○	※4
4	医療機関名称	漢字	30	60	可変	○	○	全角30文字
5	市町村コード	数字	3	3	固定	○	○	コード表参照
6	助成種別	数字	1	1	固定	○	○	コード表参照 ※5
7	受給者番号	数字	10	10	可変	○	○	※6
8	患者カナ氏名	半角カナ	20	20	可変	○	○	半角20文字 ※7
9	性別	数字	1	1	固定	○	○	コード表参照
10	生年月日	数字	7	7	固定	○	○	コード表参照 ※8
11	診療年月	数字	5	5	固定	○	○	コード表参照 ※2
12	負担割合	数字	1	1	固定	○	○	コード表参照 ※9
13	入外区分	数字	1	1	固定	入院時:○	×	1:入院、Null:外来、調剤
14	入院日数	数字	2	2	可変	入院時:○	×	※10
15	保険請求点数	数字	7	7	可変	○	○	※11
16	一部負担額	数字	7	7	可変			※12
17	公費・マル長区分	数字	2	2	可変			コード表参照 ※13
18	公費請求点数	数字	7	7	可変			※14
19	公費・マル長一部負担額	数字	7	7	可変			※15 ※16
20	予備	数字	7	7	可変			Nullとする
21	入院時食事・生活療養費 保険請求分	数字	7	7	可変	入院時:○	×	※16 ※17
22	標準負担分	数字	7	7	可変	入院時:○	×	※16
23	公費請求分	数字	7	7	可変	入院時:○	×	※16 ※18 ※19
24	公費標準負担分	数字	7	7	可変	入院時:○	×	※16 ※18
25	処方せん発行区分	数字	1	1	固定		×	1:発行あり、Null:発行なし ※20
26	処方せん発行医療機関コード	数字	10	10	固定	×	○	※4 ※21
27	処方せん発行医療機関名称	漢字	30	60	可変	×	○	全角30文字 ※21

- ※1 国保連合会への送付月を設定する。(例:平成26年3月診療分を4月に送付する場合、“42604”と設定する)
- ※2 和暦の年号区分コードを含め数字“GYMM”の形式により設定する。
- ※3 点数表コードの点数表区分または療養費区分を記録する。
- ※4 都道府県番号2桁(三重県24)+点数表コード1桁+医療機関コード7桁で設定する。
- ※5 助成種別1~5のいずれかを記録する。
- ※6 ハイフンや漢字などは除外し、数字のみの編集とする。
- ※7 姓名を記録する。姓と名の間“半角スペース”を1桁記録する。
- ※8 和暦の年号区分コードを含め数字“GYMMDD”の形式により設定する。

- ※9 患者の自己負担割合を記録する。
- ※10 当該医療機関に入院していた当月の日数を記録する。
- ※11 点数表1, 3, 4の場合レセプトの療養の給付「保険」点数を点数で記録する。
その他の点数表又は療養費の場合は保険点数又は金額を記録する。
- ※12 高額療養費が現物給付された場合のみ記載する。(点数表1, 3, 4)
- ※13 公費の法別番号を記録する。
ただし、公費が複数ある場合は公費請求点数の高い方の公費法別番号を記録する。
また、高額長期疾病(マル長)と公費併用の場合はマル長を優先し99を記録する。
- ※14 公費・マル長区分がある場合に記録する。保険請求点数と同点数の場合であっても省略せずに同点数を記録する。
ただし、公費が複数ある場合は公費請求点数を合算し記録する。
- ※15 公費・マル長の患者負担額を記録する。“0”円と”(編集なし)”は区別必要。
ただし、公費が複数ある場合は公費一部負担額を合算し記録する。
- ※16 「No.13 入外区分」が”1”(入院)の場合、「No.21~24 入院時食事・生活療養費」の項目は必ず数字を編集すること。
0円の場合は0を編集する。Nullは不可。(外来分、調剤分についてはNullとする)
- ※17 入院時食事・生活療養費の金額を記載する。
- ※18 「No.17 公費・マル長区分」且つ「No.21 保険請求分」に記録がある場合、公費にかかる食事の金額を記録する。
ただし、公費が複数ある場合は公費にかかる食事の金額を合算し記録する。
- ※19 「No.21保険請求分」と同額の場合も省略せずに同金額を記録する。
- ※20 院外処方の場合のみ記録する。点数表1, 3のみ
- ※21 調剤薬局のみ記載。 処方せん発行医療機関ごとに記録する。

3) コード表

項目名称	コード	内容	
点数表コード	1	医科	
	3	歯科	
	4	調剤	
	6	訪問看護	
	7	針灸	
	8	柔整	
	9	マッサージ	
	市町村コード	001	津市
		002	四日市市
003		伊勢市	
004		松阪市	
005		桑名市	
007		鈴鹿市	
008		名張市	
009		尾鷲市	
010		亀山市	
011		鳥羽市	
012		熊野市	
014		いなべ市	
015		志摩市	
016		伊賀市	
053		木曾岬町	
056		東員町	
059		菰野町	
061		朝日町	
062		川越町	
076		多気町	
077	明和町		
078	大台町		
081	玉城町		
090	度会町		
103	御浜町		
104	紀宝町		
107	大紀町		
108	南伊勢町		
109	紀北町		
助成種別	1	障がい者医療	
	2	一人親家庭等医療	
	3	子ども医療	
	4	その他1	
	5	その他2	

項目名称	コード	内容
性別	1	男
	2	女
年号	1	明治
	2	大正
	3	昭和
	4	平成
負担割合	1	1割負担
	2	2割負担
	3	3割負担
入外区分	1	入院
	Null	外来
公費・マル長区分	10	感染症予防医療法の結核治療・適正医療(37条の2)
	11	感染症予防医療法の結核治療・入院医療(37条)
	13	戦傷病者特別援護法・療養給付
	14	戦傷病者特別援護法・更正医療
	15	更生医療(障害者総合支援法)
	16	育成医療(障害者総合支援法)
	17	療養の給付(児童福祉法)
	18	原爆・特定疾病医療(10条)
	19	原爆・一般疾病医療(18条)
	20	精神保健法・措置入院(29条)
	21	精神通院医療(障害者自立支援法)
	22	麻薬取締法等による入院措置
	23	養育医療(母子保健法)
	24	療養介護医療・基準該当医療(障害者自立支援法)
	25	中国残留邦人等の医療支援給付
	28	一類感染症等の入院(37条)
	29	新感染症等の入院(37条)
	30	心身喪失等
	38	肝炎治療特別促進事業
	51	特定疾患治療研究事業
52	小児慢性特定疾患治療研究事業	
53	措置医療(児童福祉法又は知的障害者福祉法)	
66	石綿	
79	障害児施設医療(児童福祉法)	
99	高額長期疾病に係る特定疾病療養	
処方せん発行区分	1	発行あり
	Null	発行なし

《クリティカルチェック仕様書 領収証明書データ（国保連合会 → 医療機関等）》

エラーコード	エラー区分	チェック名称	チェック詳細
9001	E	クリティカルチェック	「送付年月」桁数オーバー
9002	E		「送付年月」数値以外
9003	E		「送付年月」編集必須
9004	E		「送付年月」≠処理年月
9011	E		「点数表コード」桁数オーバー
9012	E		「点数表コード」数値以外
9013	E		「点数表コード」編集必須
9021	E		「医療機関コード」桁数オーバー
9022	E		「医療機関コード」数値以外
9023	E		「医療機関コード」編集必須
9031	E		「医療機関名称」桁数オーバー
9041	E		「市町村コード」桁数オーバー
9042	E		「市町村コード」数値以外
9043	E		「市町村コード」編集必須
9051	E		「助成種別」桁数オーバー
9052	E		「助成種別」数値以外
9053	E		「助成種別」編集必須
9061	E		「受給者番号」桁数オーバー
9062	E		「受給者番号」数値以外
9063	E		「受給者番号」編集必須
9071	E		「患者氏名（カナ）」桁数オーバー
9072	E		「患者氏名（カナ）」編集必須
9081	E		「性別」桁数オーバー
9082	E		「性別」数値以外
9083	E		「性別」編集必須
9091	E		「生年月日」桁数オーバー
9092	E		「生年月日」数値以外
9093	E		「生年月日」編集必須
9101	E		「診療年月」桁数オーバー
9102	E		「診療年月」数値以外
9103	E		「診療年月」編集必須
9111	E		「負担割合」桁数オーバー
9112	E		「負担割合」数値以外
9113	E		「負担割合」編集必須
9141	E		「入外区分」桁数オーバー
9142	E		「入外区分」数値以外
9143	E		「入外区分」編集必須
9151	E		「入院日数」桁数オーバー
9152	E		「入院日数」数値以外
9161	E		「保険請求点数」桁数オーバー
9162	E		「保険請求点数」数値以外
9163	E		「保険請求点数」編集必須
9171	E	「一部負担額」桁数オーバー	
9172	E	「一部負担額」数値以外	
9181	E	「公費・マル長区分」桁数オーバー	
9182	E	「公費・マル長区分」数値以外	
9191	E	「公費請求点数」桁数オーバー	
9192	E	「公費請求点数」数値以外	
9201	E	「公費・マル長一部負担額」桁数オーバー	
9202	E	「公費・マル長一部負担額」数値以外 ※但し、nullは可	
9211	E	「予備」桁数オーバー	
9212	E	「予備」数値以外	
9221	E	「保険請求分」桁数オーバー	
9222	E	「保険請求分」数値以外	
9231	E	「標準負担分」桁数オーバー	
9232	E	「標準負担分」数値以外 ※但し、nullは可	
9241	E	「公費請求分」桁数オーバー	
9242	E	「公費請求分」数値以外	
9251	E	「公費標準負担分」桁数オーバー	
9252	E	「公費標準負担分」数値以外	
9261	E	「処方せん発行区分」桁数オーバー	
9262	E	「処方せん発行区分」数値以外	
9271	E	「処方せん発行医療機関コード」桁数オーバー	
9272	E	「処方せん発行医療機関コード」数値以外	

エラーコード	エラー区分	チェック名称	チェック詳細
9281	E		「処方せん発行医療機関名称」桁数オーバー
9995	E		「受診医療機関番号」上3桁目〔4〕の場合、編集必須
9996	E		「入外区分」〔1〕の場合、編集必須
9997	E		項目数不一致（少）
9998	E		項目数不一致（多）
9999	E		物理エラー