

《ユーザー情報登録・修正》

項目名	エラーメッセージ	修正方法
ユーザーID	入力されていない項目があります。	必須項目
パスワード	入力されていない項目があります。	必須項目
	入力されたパスワードが一致しません。	“パスワード”と“パスワード(確認用)”を同じにしてください。
パスワード(確認用)	入力されていない項目があります。	必須項目
	入力されたパスワードが一致しません。	“パスワード”と“パスワード(確認用)”を同じにしてください。
医療機関コード	入力されていない項目があります。	必須項目
	医療機関コードは数値で入力してください。	半角数字で入力してください。
	医療機関コード10桁で入力してください。	10桁で入力してください。
	医療機関コードの頭2桁は福井の県番【18】を入力してください。	頭2桁は18を入力してください。
医療機関名	入力されていない項目があります。	必須項目
医療機関住所	入力されていない項目があります。	必須項目

《受給資格者情報登録・修正》

項目名	エラーメッセージ	修正方法
受給者番号	【受給者番号】 受給者番号を入力してください。	必須項目
	【受給者番号】 数値を入力してください。	半角数字で入力してください。
	【受給者番号】 桁数が 11 桁ではありません。	11 桁で入力してください。
	【受給者番号】 市町村番号が存在しません。	頭 2 桁を有効な市町村番号にしてください。
生年月日	【生年月日】 生年月日を正しく入力してください。	必須項目
	【生年月日】 数値を入力してください。	半角数字で入力してください。
	【生年月日】 年号を確認してください。	有効な年号を入力してください。
	【生年月日】 年を確認してください。	有効な年を入力してください。
	【生年月日】 月を確認してください。	1～12 の数値を選択してください。
	【生年月日】 日を確認して下さい。	1～月末日の数値を選択してください。
保険者番号	【保険者番号】 保険者番号を入力してください。	必須項目
	【保険者番号】 数値を入力してください。	半角数字で入力してください。
	【保険者番号】 入力された保険者番号は登録できません。確認して下さい。	有効な保険者番号を入力してください。
被保険者証番号	【被保険者証 番号】 被保険者証番号を入力してください。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。

《申請書情報登録・修正》

項目名	エラーメッセージ	修正方法
※受給資格者項目は前項の《 <u>受給資格者情報</u> 》を参照してください。		
取扱年月	【取扱年月】 取扱年月を入力してください。	必須項目
	【取扱年月】 数値を入力してください。	半角数字を入力してください。
診療年月	【診療年月】 診療年月を入力してください。	必須項目
	【診療年月】 数値を入力してください。	半角数字を入力してください。
	【診療年月】 5桁で入力してください。	5桁で入力してください。
	【診療年月】 年号を確認してください。	有効な年号を入力してください。
	【診療年月】 年を確認してください。	有効な年を入力してください。
	【診療年月】 月を確認してください。	有効な月を入力してください。
	【診療年月】 取扱年月より1年以上前のデータは登録できません。	取扱年月より1年以内の年月を入力してください。
【診療年月】 取扱年月を超えるデータは登録できません。	取扱年月以前の年月を入力してください。	
給付割合	【給付割合】 給付割合は07～09を入力してください。	必須項目 07～09を選択してください。
入外区分	【入外区分】 入外区分を確認してください。	1または2を選択してください。
	【入外区分】 事業番号が0のため、入外区分は2でなければいけません。	受給資格者番号と入外区分を確認してください。
	【入外区分】 公費1法別番号が11, 20, 22, 23の場合、入外区分は1でなければいけません。	公費1法別番号と入外区分を確認してください。
	【入外区分】 公費2法別番号が11, 20, 22, 23の場合、入外区分は1でなければいけません。	公費2法別番号と入外区分を確認してください。
被保区分	【被保区分】 被保区分は1か2を入力してください。	1または2を選択してください。

項目名	エラーメッセージ	修正方法
本家区分	【本人家族区分】 本人家族区分は1か2を入力してください。	1または2を選択してください。
長期区分	【長期区分】 長期区分は0か1を入力してください	0または1を選択してください。
診療科コード	【診療科コード】 診療科コードを確認してください。	有効な診療科コードを入力してください。
	【診療科コード】 診療科コードは2桁で入力してください。	2桁で入力してください。
日数	【日数】 診療実日数を入力してください。	必須項目
	【日数】 数値を入力してください。	半角数字を入力してください。
	【日数】 診療年月の日数を超過しています。	有効な日数を入力してください。
点数	【点数】 点数を入力してください。	必須項目
	【点数】 数値を入力してください。	半角数字を入力してください。
	【点数】 オールゼロは無効です。	0より大きい値を入力してください。
一部負担金	【一部負担金】 一部負担金を入力してください。	必須項目
	【一部負担金】 数値を入力してください。	半角数字を入力してください。
	【一部負担金】 オールゼロは無効です。	0より大きい値を入力してください。
第一公費負担医療－ 法別番号	【第一公費 法別番号】 法別番号が入力されていません。	第1公費負担医療項目を確認してください。
第一公費負担医療－ 日数	【第一公費 日数】 診療実日数を超過しています。	有効な日数を入力してください。
	【第一公費 日数】 診療年月の日数を超過しています。	有効な日数を入力してください。
第一公費負担医療－ 点数	【第一公費 点数】 第一公費点数が決定点数を超過しています。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
第一公費負担医療－ 患者負担額	【第一公費 患者負担額】 第一公費患者負担額＋第二公費患者負担額の金額が一部負担金を超過しています。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。

項目名	エラーメッセージ	修正方法
第二公費負担医療－ 法別番号	【第二公費 法別番号】 第一公費の項目が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【第二公費 法別番号】 法別番号が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
第二公費負担医療－ 日数	【第二公費 日数】 診療実日数を超過しています。	有効な日数を入力してください。
	【第二公費 日数】 診療年月の日数を超過しています。	有効な日数を入力してください。
第二公費負担医療－ 点数	【第二公費 点数】 第二公費点数が決定点数を超過しています。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
第二公費負担医療－ 患者負担額	【第二公費 患者負担額】 第一公費患者負担額＋第二公費患者負担額の金額が一部負担金を超過しています。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
食事（生活）療養費－ 回数	【食事 回数】 診療月の日数 * 3 の回数を超過しています。	有効な回数を入力してください。
	【食事 回数】 診療実日数 * 3 の回数を超過しています。	有効な回数を入力してください。
	【食事 回数】 医療機関コードを確認してください。点数区分は1および3でなければいけません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【食事 回数】 入外区分は1でなければいけません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
食事（生活）療養費－ 療養費	【食事 療養費】 食事回数が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【食事 療養費】 食事療養費が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【食事 療養費】 食事標準負担額が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【食事 療養費】 入外区分は1でなければいけません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
食事（生活）療養費－ 標準負担額	【食事 標準負担額】 食事回数が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【食事 標準負担額】 食事療養費を超過しています。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【食事 標準負担額】 入外区分は1でなければいけません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。

項目名	エラーメッセージ	修正方法
第一公費分食事（生活） 療養費－回数	【第一公費食事 回数】 医療機関コードを確認してください。点数区分は1および3でなければいけません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【第一公費食事 回数】 診療月の日数 * 3の回数を超えています。	有効な回数を入力してください。
	【第一公費食事 回数】 診療実日数 * 3の回数を超えています。	有効な回数を入力してください。
	【第一公費食事 回数】 入外区分は1でなければいけません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
第一公費分食事（生活） 療養費－療養費	【第一公費食事 療養費】 第一公費食事回数が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【第一公費食事 療養費】 食事療養費を超えています。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
第一公費分食事（生活） 療養費－標準負担額	【第一公費食事 標準負担額】 第一公費食事回数が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【第一公費食事 標準負担額】 第一公費食事療養費を超えています。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
第二公費分食事（生活） 療養費－回数	【第二公費食事 回数】 医療機関コードを確認してください。点数区分は1および3でなければいけません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【第二公費食事 回数】 診療月の日数 * 3の回数を超えています。	有効な回数を入力してください。
	【第二公費食事 回数】 診療実日数 * 3の回数を超えています。	有効な回数を入力してください。
	【第二公費食事 回数】 入外区分は1でなければいけません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
第二公費分食事（生活） 療養費－療養費	【第二公費食事 療養費】 第二公費食事回数が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【第二公費食事 療養費】 食事療養費を超えています。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
第二公費分食事（生活） 療養費－標準負担額	【第二公費食事 標準負担額】 第二公費食事回数が入力されていません。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。
	【第一公費食事 標準負担額】 第一公費食事療養費を超えています。	メッセージ内容を確認して、正しい内容を入力してください。