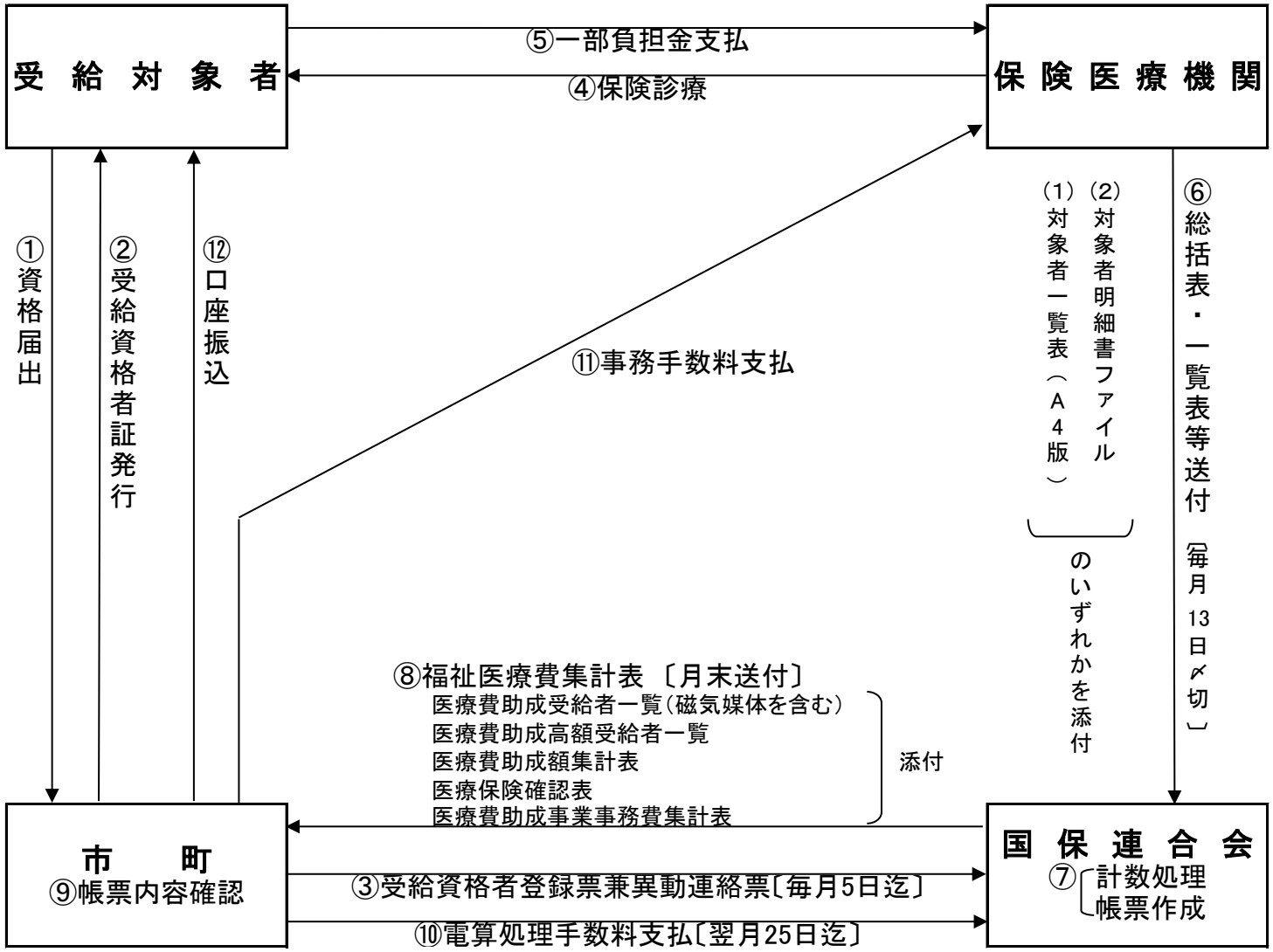
医療費助成事業申請書類作成要領

（保険医療機関版）

福井県国民健康保険団体連合会

福祉医療費助成事業フローチャート



※県外の保険医療機関を受診した場合は、受給対象者が市町窓口へ直接申請を行うことにより償還が行われます。

はじめに

医療費助成事業にかかる申請書等の提出方法については、医療機関等のご都合に合わせて下表①～③から選択してください。

また、提出方法より必要な提出書類が異なりますので、ご注意ください。

提出方法	総括表 （紙）	明細書	
		一覧表 （紙）	明細書ファイル （磁気データ）
①紙媒体	○	○	－
②磁気媒体（CD・FD）	○	－	○
③オンライン　※	－	－	○

※オンライン申請を開始する場合は別途手続きが必要です。本会HPの「福祉オンライン申請開始にあたって.pdf」をご確認ください。

１　医療費助成事業総括表について（以下「総括表」という。）

明細書を連合会に提出する際には当該「総括表」を添付してください。

ただし、オンラインを利用する場合は添付不要です。

（1） 記入要領

A4版の用紙(様式)を作成し、市町別・医療費助成事業別に申請書の件数を記入してください。

（2） 様式

5頁を参照してください。

（3） 項目内容説明

6頁「総括表項目別説明」を参照してください。

２　医療費助成事業対象者一覧表について（以下「一覧表」という。）

明細書を紙媒体で連合会に提出する際には、当該「一覧表」を使用してください。

（1） 記入要領

A4版の用紙（様式）を作成し、医療費助成事業対象者を市町別の事業順に記入してください。

（2） 様式

7頁を参照してください。

（3） 項目内容説明

8～9頁「一覧表項目別説明」を参照してください。

（4） 記載例

10～14頁を参照してください。

３　医療費助成事業対象者明細書ファイルについて（以下「明細書ファイル」という。）

明細書を磁気媒体またはオンラインで連合会に提出する場合は、当該 「明細書ファイル」を使用してください。

（1） 作成要領

医療費助成事業対象の受給者を対象者番号順に作成し、磁気媒体（CD・FD）またはオンラインで提出してください。

磁気媒体で送付する場合は、ファイルを暗号化していただくようお願いします。（オンラインの場合は不要）

※暗号化については国保連合会ホームページに掲載の「暗号化手順」を参照してください。

（2） 各種磁気媒体仕様および貼付ラベル

15～16頁を参照してください。

（3） ファイルレイアウト

17頁を参照してください。

（4） 項目内容説明

18～19頁「明細書ファイル項目別説明」を参照してください。

４　その他

（1）　明細書ファイルによる提出について（お願い）

適正かつ効率的な事務処理を行うため、明細書ファイル（磁気データ）による提出について、ご協力をお願いいたします。

なお、国保連合会では明細書ファイルを作成するための「医療機関向け入力プログラム」を無償で提供しております。

詳しくは本会ホームページの「各種ダウンロード」→「福祉医療費電算共同処理事業」をご覧ください。

福井県国保連合会ホームページ　http://www.fukui-kokuhoren.or.jp/

（2）　明細書ファイルの取り込みテストについて

初めて明細書ファイルによる申請を行う場合、連合会において事前に「取り込みテスト」を実施することが可能です。

テストを希望される医療機関におかれましては、申請開始の前月末までに下記担当までご連絡ください。

別途、具体的なテスト手順等についてご説明させていただきます。

【問い合わせ先】

福井県国民健康保険団体連合会　審査課　企画管理グループ（TEL　0776-57-1613）

様式第1号

医療費助成事業総括表

医療機関コード:

保険医療機関の
名称及び所在地:

令和　　年　　月　診療分

市町村コード	市町村名称	重度心身・精神障害者医療	子ども医療	母子家庭医療費	母子家庭（寡婦）	父子家庭等医療費	合計
		コード0･1･2	コード3	コード4･5	コード6･7	コード8･9	
01	福井市						
02	敦賀市						
04	小浜市						
05	大野市						
06	勝山市						
07	鯖江市						
08	あわら市						
09	越前市						
10	坂井市						
63	池田町						
74	美浜町						
77	高浜町						
79	南越前町						
80	越前町						
81	若狭町						
82	永平寺町						
83	おおい町						
	合計						

※各市町村の事業種別ごとに、当月における申請件数を記入してください。なお、一部負担金の記入は不要です。

総括表項目別説明

項目名		桁数	記入内容	備考
見出し要件欄	診療分年月	4	国保連合会連絡用に取りまとめた医療費助成事業対象者の診療分年月を記入する。	
	保険医療機関コード	7	医療費助成事業対象者一覧表の報告を行う保険医療機関のコードを記入する。	
	保険医療機関の所在地及び名称		医療費助成事業対象者一覧表の報告を行う保険医療機関の所在地及び名称を記入する。	
重度心身・精神障害者医療 コード０・１・２			国保連合会連絡用に取りまとめた医療費助成事業対象者の事業番号が０、１及び２の件数を記入する。	
子ども医療 コード３			国保連合会連絡用に取りまとめた医療費助成事業対象者の事業番号が３の件数を記入する。	
母子家庭医療費 コード４・５			国保連合会連絡用に取りまとめた医療費助成事業対象者の事業番号が４及び５の件数を記入する。	
母子家庭（寡婦） コード６・７			国保連合会連絡用に取りまとめた医療費助成事業対象者の事業番号が６及び７の件数を記入する。	
父子家庭医療費 コード８・９			国保連合会連絡用に取りまとめた医療費助成事業対象者の事業番号が８及び９の件数を記入する。	
合計			国保連合会連絡用に取りまとめた医療費助成事業対象者の合計の件数を記入する。	

※総括表は件数のみ集計してください。一部負担金については記載必要です。

様式第2号

医療費助成事業対象者一覧表

頁

市町村名称	市町村コード

令和　　年　　月　診療分

医療機関コード：

保険医療機関の
所在地及び名称：

C#	診療月	受給資格者番号 / 対象者氏名・生年月日	加入医療保険欄 / 保険者番号 / 被保険者証　記号・番号	本家区分	診療科	長期区分	給付割合	日数 / 食事回数	点　数 / 食事(生活)療養費金額	一部負担金 / 食事(生活)療養費負担額
			第1公費				第2公費			
			法別番号 / 日数 / 公費対象点数 / 公費対象患者負担額				法別番号 / 日数 / 公費対象点数 / 公費対象患者負担額			
			食事回数 / 食事(生活)療養費金額 / 食事(生活)療養費負担額				食事回数 / 食事(生活)療養費金額 / 食事(生活)療養費負担額			
1		1明 2大 3昭 4平 5令　年　月　日生								
1		1明 2大 3昭 4平 5令　年　月　日生								
1		1明 2大 3昭 4平 5令　年　月　日生								
1		1明 2大 3昭 4平 5令　年　月　日生								
1		1明 2大 3昭 4平 5令　年　月　日生								

C#		件　数	一　部　負　担　金	公費対象患者負担額	食事療養費標準負担額	公費負担分 食事療養費標準負担額
2	ページ計					

一覧表項目別説明

項目名		桁数	記入内容	備考
見出要件欄	市町村名称		医療費助成事業対象者の事業主体市町村名称を記入する。	
	市町村コード	2	医療費助成事業対象者の事業主体市町村のコードを記入する。	コード一覧表参照。
	診療分年月	4	国保連合会連絡用に取りまとめた医療費助成事業対象者の診療分年月を記入する。	取扱い年月
	頁	3	市町を跨いで連番を記入する。（市町ごとに1ページに戻らない）	
	医療機関コード	7	医療費助成事業対象者一覧表の報告を行う保険医療機関のコードを記入する。	
	保険医療機関の所在地及び名称		医療費助成事業対象者一覧表の報告を行う保険医療機関の所在地及び名称を記入する。	
入力区分（C#）1欄	診療月	2	医療費助成事業対象者の診療月を記入する。	実際の診療月
	受給資格者番号	9	医療費助成事業対象者受給資格者番号の事業番号欄より記入する。	コード一覧表参照。
	対象者氏名		医療費助成事業対象者の氏名を漢字で記入する。	
	加入医療保険 保険者番号	8	医療費助成事業対象者の加入保険の保険者番号を記入する。	コード一覧表参照。
	加入医療保険 被保険者証記号・番号		医療費助成事業対象者の加入保険の被保険者証記号・番号を記入する。	
	本家区分	1	レセプトの本家・入外種別コード（０～９）を記入する。	コード一覧表参照。
	診療科	2	記入は不要。	
	長期区分	1	医療費助成事業対象者が特定疾病療養費に該当する場合は１を記入し、該当しない場合は無記入とする。	
	給付割合	2	医療費助成事業対象者の加入医療保険の給付割合を記入する。	
	日数	2	診療実日数を記入する。	
	食事回数（日数欄下段）	2	食事療養費（生活療養費）対象の回数を記入する。	
	点数		医療費助成事業対象者の診療合計点数を記入する。 但し、柔整・鍼灸・訪問看護については、診療合計金額を記入する。 ※ただし、食事療養費分（生活療養費分）は含まない。	
	食事（生活）療養費金額		食事療養費（生活療養費）の合計金額を記入する。	
	一部負担金		医療費助成事業対象者が窓口で支払った医療保険給付対象の一部負担金のすべての額を記入する。 ※公費対象患者負担額、食事療養費（生活療養費）標準負担額分も含める。	
	食事（生活）療養費標準負担額		食事療養費（生活療養費）の標準負担額を記入する。	

項目名			桁数	記入内容	備考
入力区分（C#）1欄	第一公費負担医療（下段）	法別番号	2	医療費助成事業対象者が公費負担医療該当者の場合、該当第一公費の法別番号を記入する。	コード一覧表参照。
		日数	2	第一公費負担医療の対象医療日数を記入する。	
		公費対象点数		第一公費負担医療の対象点数を記入する。	
		患者負担額		第一公費負担医療の対象患者負担額を記入する。	
		食事回数	2	第一公費負担医療の対象食事回数を記入する。	
		食事（生活）療養費金額		第一公費負担医療の対象食事療養費（生活療養費）合計金額を記入する。	
		食事（生活）療養費標準負担額		第一公費負担医療の対象食事療養費（生活療養費）標準負担額を記入する。	
	第二公費負担医療欄（下段）	法別番号	2	医療費助成事業対象者が第二公費負担医療も該当する場合、該当第二公費の法別番号を記入する。	コード一覧表参照。
		日数	2	第二公費負担医療の対象医療日数を記入する。	
		公費対象点数		第二公費負担医療の対象点数を記入する。	
		患者負担額		第二公費負担医療の対象患者負担額を記入する。	
		食事回数	2	第二公費負担医療の対象食事回数を記入する。	
		食事（生活）療養費金額		第二公費負担医療の対象食事療養費（生活療養費）合計金額を記入する。	
		食事（生活）療養費標準負担額		第二公費負担医療の対象食事療養費（生活療養費）標準負担額を記入する。	
入力区分（C#）2欄	ページ計	件数	4	1ページ内に記入した件数をページ毎に記入する。	
		一部負担金	10	1ページ内に記入された一部負担金の合計金額をページ毎に記入する。	
		患者負担額	10	1ページ内に記入された公費対象患者負担額の合計金額をページ毎に記入する。	
		食事（生活）療養費標準負担額	10	1ページ内に記入された食事療養費（生活療養費）標準負担額の合計金額をページ毎に記入する。	
		公費分食事（生活）療養費標準負担額	10	1ページ内に記入された公費負担分食事療養費（生活療養費）標準負担額の合計金額をページ毎に記入する。	

様式第2号

医療費助成事業対象者一覧表

通し番号を記入
市町毎にリセットしない

1 頁

提出年月-1月を記入

市町村名称	市町村コード
福　井　市	01

コードを記入

平成 30 年 4 月 診療分

医療機関コード： 99-99999

保険医療機関の所在地及び名称： 〒910-XXXX 福井県〇〇市〇〇町1-1 〇〇病院

C#	診療月	受給資格者番号 / 対象者氏名・生年月日	加入医療保険欄 保険者番号 / 被保険者証 記号・番号	本家区分	診療科	長期区分	給付割合	日数 / 食事回数	点数 / 食事(生活)療養費金額	一部負担金 / 食事(生活)療養費負担額
		第1公費 法別番号 / 日数 / 食事回数	公費対象点数 / 食事(生活)療養費金額	公費対象患者負担額 / 食事(生活)療養費負担額			第2公費 法別番号 / 日数 / 食事回数	公費対象点数 / 食事(生活)療養費金額	公費対象患者負担額 / 食事(生活)療養費負担額	
1	4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 / 1明 2大 3昭 4平 10 年 1月 1日生 / 福　井　一　郎	39189999 / 01234567	8			9	3	1, 600	1, 600
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生								
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生								
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生								
1		1明 2大 3昭 4平 年 月								

一部負担金を記入

総請求点数を記入
※柔整・鍼灸は金額で記入

診療実日数（調剤は回数）を記入

加入保険の給付割合を記入

特定疾病療養費に該当する場合のみ

診療科コードは記入不要

レセプトの「本人・家族」区分を記入

加入保険の保険者番号、証記号番号を記入

公費負担医療該当の場合に法別番号及び公費対象点数等を記入

受給資格者番号（対象者番号）の下９桁を記入

対象者氏名・生年月日を記入

診療月を記入

【ポイント】
・市町ごとに改ページし、事業コードの昇順に記入してください。
・月遅れ分と当月分を別頁にする必要はありません。
・具体的な記載例については次頁以降をご参照ください。
・鍼灸・柔整の場合、点数欄は金額での記載になります。

ページ毎の集計を記入

C#		件数	一部負担金	公費対象患者負担額	食事療養費標準負担額	公費負担分食事療養費標準負担額
2	ページ計	1	1, 600			

様式第2号

医療費助成事業対象者一覧表

市町村名称	市町村コード
敦　賀　市	02

平成 30 年　4 月 診療分

医療機関コード： 02-10001

保険医療機関の所在地及び名称： 〒914-XXXX 福井県敦賀市〇〇1丁目1番地 敦賀〇〇クリニック

C#	診療月	受給資格者番号 / 対象者氏名・生年月日	加入医療保険欄 保険者番号 / 被保険者証 記号・番号	本家区分	診療科	長期区分	給付割合	日数 / 食事回数	点数 / 食事(生活)療養費金額	一部負担金 / 食事(生活)療養費負担額
		第1公費 法別番号 / 日数 / 食事回数	公費対象点数 / 食事(生活)療養費金額	公費対象患者負担額 / 食事(生活)療養費負担額			第2公費 法別番号	日数 / 食事回数	公費対象点数 / 食事(生活)療養費金額	公費対象患者負担額 / 食事(生活)療養費負担額
1	5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1明 2大 (3昭) 4平 20 年 1 月 1 日生 敦　賀　次　郎	1 8 0 0 2 6 井敦123－456	2			7	3	1, 600	4, 800
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生								
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生								
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生								

公費負担医療の法別番号等を記入
（該当しない場合は記入しない）

※この記入例は以下の受給者によるものです。

- 受給者氏名　敦賀次郎
- 生年月日　昭和20年1月1日
- 受給者番号　02123456789
- 保険者番号　180026（敦賀市国保）
- 保険証記号番号　井敦123-456
- 給付割合　7割
- 診療科　なし（総合病院以外）
- 診療実日数　3日

国保または社保単独の受給者の記入例

ページ毎の集計を記入

C#		件数	一部負担金	公費対象患者負担額	食事療養費標準負担額	公費負担分 食事療養費標準負担額
2	ページ計	1	4, 800			

様式第2号

医療費助成事業対象者一覧表

市町村名称	市町村コード
福　井　市	01

平成 30 年　4 月 診療分

医療機関コード： 01-10001

保険医療機関の所在地及び名称： 〒910-XXXX 福井県福井市〇〇1丁目1番地 福井県〇〇病院

C#	診療月	受給資格者番号 / 対象者氏名・生年月日	加入医療保険欄 保険者番号 / 被保険者証 記号・番号	本家区分	診療科	長期区分	給付割合	日数 / 食事回数	点数 / 食事(生活)療養費金額	一部負担金 / 食事(生活)療養費負担額	第1公費 法別番号	第1公費 日数 / 食事回数	第1公費 公費対象点数 / 食事(生活)療養費金額	第1公費 公費対象患者負担額 / 食事(生活)療養費負担額	第2公費 法別番号	第2公費 日数 / 食事回数	第2公費 公費対象点数 / 食事(生活)療養費金額	第2公費 公費対象患者負担額 / 食事(生活)療養費負担額
1	4	2 3 4 5 6 7 8 9 0 1明 2大 (3昭) 4平 10 年 1月 1日生 福 井 二 郎	180018 井福012−345−67	8	01		8	3	1,600	1,600								
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生																

一部負担金を記入

加入保険の給付割合を記入
（負担額が1割相当額でも「8」

レセプトの「本人・家族」区分を記入

公費負担医療の法別番号等を記入
（該当しない場合は記入しない）

※この記入例は以下の受給者によるものです。

- 受給者氏名　福井二郎
- 生年月日　昭和10年1月1日
- 受給者番号　01234567890
- 保険者番号　180018（福井市国保）
- 保険証記号番号　井福012-345-67
- 給付割合　8割（但し、負担金は1割相当額）
- 診療科　内科（総合病院）
- 診療実日数　3日
- 請求点数　1,600点（公費負担医療非該当）

前期高齢者の受給者の場合の記入例

ページ毎の集計を記入

C#		件数	一部負担金	公費対象患者負担額	食事療養費標準負担額	公費負担分食事療養費標準負担額
2	ページ計	1	1,600			

様式第2号

医療費助成事業対象者一覧表

市町村名称	市町村コード
越　前　市	09

平成 30 年　4 月 診療分

医療機関コード： 03-10001

保険医療機関の所在地及び名称： 〒915-XXXX 福井県越前市〇〇1丁目1番地 越前〇〇診療所

C#	診療月	受給資格者番号 / 対象者氏名・生年月日	加入医療保険欄 保険者番号 / 被保険者証 記号・番号	本家区分	診療科	長期区分	給付割合	日数 / 食事回数	点数 / 食事(生活)療養費金額	一部負担金 / 食事(生活)療養費負担額
		第1公費 法別番号 / 日数 / 食事回数	公費対象点数 / 食事(生活)療養費金額	公費対象患者負担額 / 食事(生活)療養費負担額			第2公費 法別番号	日数 / 食事回数	公費対象点数 / 食事(生活)療養費金額	公費対象患者負担額 / 食事(生活)療養費負担額
1	5	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1明 2大 (3昭) 4平 30 年 1月 1日生 越　前　三　郎	3501 福ふいま123	6			7	3	1,600	1,000
		21	3	1,600	1,000					
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生								
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生								
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生								

最終的な一部負担金を記入

公費負担医療の法別番号等を記入

※この記入例は以下の受給者によるものです。

- 受給者氏名　越前三郎
- 生年月日　昭和30年1月1日
- 受給者番号　09123456789
- 保険者番号　3501（政管健保）
- 保険証記号番号　福ふいま123
- 給付割合　7割
- 診療科　なし（総合病院以外）
- 診療実日数　3日
- 請求点数　1,600点
- 公費対象点数　1,600点（通院医療）
- 公費患者負担額　1,000円

国保または社保で公費負担医療併用の の受給者の記入例

ページ毎の集計を記入

C#		件数	一部負担金	公費対象患者負担額	食事療養費標準負担額	公費負担分 食事療養費標準負担額
2	ページ計	1	1,000	1,000		

様式第2号

医療費助成事業対象者一覧表

一連番号を記入 1 頁

診療年月（取扱年月）を記入

医療機関コード及び

市町村名称	市町村コード
福　井　市	01

平成 30 年　4 月 診療分

医療機関コード： 01-10001

保険医療機関の所在地及び名称： 〒910-XXXX 福井県福井市〇〇1丁目1番地 福井県〇〇病院

市町村名及びコードを記入

C#	診療月	受給資格者番号 / 対象者氏名・生年月日	加入医療保険欄 保険者番号 / 被保険者証 記号・番号	本家区分	診療科	長期区分	給付割合	日数 / 食事回数	点数 / 食事(生活)療養費金額	一部負担金 / 食事(生活)療養費負担額	第1公費 法別番号 / 日数 / 公費対象点数 / 公費対象患者負担額 / 食事回数 / 食事(生活)療養費金額 / 食事(生活)療養費負担額	第2公費 法別番号 / 日数 / 公費対象点数 / 公費対象患者負担額 / 食事回数 / 食事(生活)療養費金額 / 食事(生活)療養費負担額
1	4	1 2 3 4 5 6 7 8 9 1明 2大 3昭 4平 10 年 1 月 1 日生 福　井　一　郎	39182019 01234567	8	01		9	3	1,600	1,600		
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生										
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生										
1		1明 2大 3昭 4平 年 月 日生										

加入保険の給付割合を記入

レセプトの「本人・家族」区分を記入

加入保険の保険者番号、証記号番号を記入

公費負担医療の法別番号等を記入
（法別番号「27」は記載しないよう注意）

※この記入例は以下の受給者によるものです。

- 受給者氏名　福井一郎
- 生年月日　大正10年1月1日
- 受給者番号　01123456789
- 保険者番号　39182019（後期高齢者医療）
- 保険証記号番号　01234567
- 給付割合　9割
- 診療科　内科（総合病院）
- 診療実日数　3日

後期高齢者医療制度の受給者の記入例

ページ毎の集計を記入

C#		件数	一部負担金	公費対象患者負担額	食事療養費標準負担額	公費負担分食事療養費標準負担額
2	ページ計	1	1,600			

各種磁気媒体仕様について

（1） ハード仕様

コンパクトディスク（CD）仕様説明

項　目	内　容
総容量	650MB 700MB
大きさ	12cm
規格	CD-R
読み込み速度	1倍速～
書き込み速度	1倍速～
書き換え回数	ライトワンス
メディアの種類	データ用

フロッピーディスク（FD）仕様説明

項　目	内　容
総容量	1.44MB
大きさ	3.5インチ
記録密度	2HD

（2） ファイル仕様

CD、FD共通

項　目	内　容	備　考
ファイル編成	順編成	
データ属性	1バイト文字　又は　2バイト文字	
内部コード	1バイト文字　　JIS8コード 2バイト文字　　シフトJIS（漢字）	注
ファイル名	J＋保険医療機関コード（7桁）．TXT	
ファイル形式	シングルファイル／シングルボリューム	
レコード形式	改行付き固定長非ブロック化レコード ブロック長　　900バイト レコード長　　300バイト	

注　JIS第一水準、JIS第二水準以外の文字については、空白に変換される。

各種磁気媒体貼付ラベルについて

収録されている内容を明確にするため、各種磁気媒体に貼付するラベルは下記のとおりです。

（1） ラベル記入内容

ラベル欄	記入内容
ファイル名	「医療費助成受給資格者明細書」と記入してください。
ファイル識別名	J保険医療機関コード（7桁）又は J保険医療機関コード（7桁）．TXTと記入してください。
診療年月	作成されたデータの診療分の年月を記入してください。
件数	作成されたデータの件数を記入してください。
作成年月日	データを作成した年月日を記入してください。
保険医療機関名	データを作成した保険医療機関の名称を記入してください。

（2） ラベル記入例

①コンパクトディスク（CD）の場合

②フロッピーディスク（FD）の場合

※シール貼付またはマジックペン等で直接記入してください。

医療費助成事業
対象者明細書ファイル
レコードレイアウト

媒 体	ファイル編成	レコード形式	レコード長
FD	順編成	固定長	300ﾊﾞｲﾄ

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 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 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
|---|---|---|---

明細書ファイル項目別説明

項目名	カラム	桁数	形式	編集内容	備考
取扱年月	1～ 5	5	数字	当月分、月遅れ分を問わず当月分の診療年月を編集する。（連合会提出年月-1月）	年号はコード一覧表参照。
診療年月	6～ 10	5	数字	医療費助成事業対象者の診療を行なった年月を和暦で編集する。	年号はコード一覧表参照。
保険医療機関コード	11～ 20	10	数字	医療費助成事業対象者を報告する保険医療機関のコードを編集する。	
受給資格者番号	21～ 31	11	数字	医療費助成事業対象者の受給資格者番号を編集する。	
受給資格者氏名（カナ）	32～ 51	20	カナ	医療費助成事業対象者の氏名をカナで編集する。	
受給資格者氏名（漢字）	52～ 75	12	漢字	医療費助成事業対象者の氏名を漢字（全角）で編集する。	
診療科	76～ 77	2	数字	入力不要。	
保険者番号	78～ 85	8	数字	医療費助成事業対象者が加入している医療保険の保険者番号を編集する。	体系はコード一覧表参照。
保険者証・記号	86～105	10	漢字	医療費助成事業対象者が加入している医療保険の被保険者証・記号を漢字で編集する。	
保険者証・番号	106～120	15	英数字	医療費助成事業対象者が加入している医療保険の被保険者証・番号を編集する。	
性別	121～121	1	数字	医療費助成事業対象者の性別を編集する。	コード一覧表参照。
生年月日	122～128	7	数字	医療費助成事業対象者の生年月日を和暦で編集する。	年号はコード一覧表参照。
入外区分	129～129	1	数字	医療費助成事業対象者の明細書の入外区分を編集する。	コード一覧表参照。
被保区分	130～130	1	数字	医療費助成事業対象者が加入している医療保険の被保険者区分を編集する。	〃
本人・家族区分	131～131	1	数字	医療費助成事業対象者が退職医療該当者（特例退職者は含まない）の場合、退職本人か家族かの区分を編集する。	〃
長期区分	132～132	1	数字	医療費助成事業対象者が特定疾病療養費に該当の場合１を編集し、それ以外の場合はゼロを編集する。	〃
給付割合	133～134	2	数字	医療費助成事業対象者が加入している医療保険の給付割合を編集する。	
日数	135～136	2	数字	医療費助成事業対象者が受けた診療の実日数を編集する。	
点数	137～145	9	数字	医療費助成事業対象者が受けた診療の合計点数を編集する。 ただし、柔整・鍼灸・訪問看護については診療の合計金額を記入する。 ※　食事療養費分（生活療養費分）は含まない。	小数点以下１桁を含む。
一部負担金	146～153	8	数字	医療費助成事業対象者が窓口で支払った医療保険給付対象の一部負担金のすべての額を編集する。 ※　公費対象患者負担額・食事療養費（生活療養費）標準負担額を含む。	
余白	154～159	6	数字	ゼロを編集する。	

項目名		カラム	桁数	形式	編集内容	備考
第一公費負担医療	法別番号	160～161	2	数字	医療費助成事業対象者が公費負担医療該当の場合、該当する第一公費の法別番号を編集する。	コード一覧表参照。
	日数	162～163	2	数字	医療費助成事業対象者が公費負担医療該当の場合、第一公費負担医療実日数を編集する。	
	公費対象点数	164～172	9	数字	医療費助成事業対象者が公費負担医療該当の場合、第一公費負担医療対象の点数を編集する。	小数点以下１桁を含む。
	余白	173～178	6	数字	ゼロを編集する。	
	公費対象患者負担額	179～184	6	数字	医療費助成事業対象者が公費負担医療該当の場合、第一公費負担医療対象分の患者負担額を編集する。	
第二公費負担医療	法別番号	185～186	2	数字	医療費助成事業対象者が第二公費負担医療該当の場合、該当する第二公費の法別番号を編集する。	コード一覧表参照。
	日数	187～188	2	数字	医療費助成事業対象者が第二公費負担医療該当の場合、第二公費負担医療分実日数を編集する。	
	公費対象点数	189～197	9	数字	医療費助成事業対象者が第二公費負担医療該当の場合、第二公費負担医療対象の点数を編集する。	小数点１桁を含む。
	余白	198～203	6	数字	ゼロを編集する。	
	公費対象患者負担額	204～209	6	数字	医療費助成事業対象者が第二公費負担医療該当の場合、第二公費負担医療対象分の患者負担額を編集する.	
医療保険等食事療養費	回数	210～211	2	数字	医療費助成事業対象者の食事療養費（生活療養費）がある場合、その回数を編集する。	医療保険及び老人保健分。
	療養費	212～217	6	数字	医療費助成事業対象者の食事療養費（生活療養費）がある場合、その金額を編集する。	〃
	標準負担額	218～223	6	数字	医療費助成事業対象者の食事療養費（生活療養費）がある場合、その標準負担額を編集する。	〃
第一公費分食事療養費	回数	224～225	2	数字	医療費助成事業対象者の第一公費分食事療養費（生活療養費）がある場合、その回数を編集する。	
	療養費	226～231	6	数字	医療費助成事業対象者の第一公費分食事療養費（生活療養費）がある場合、その金額を編集する。	
	標準負担額	232～237	6	数字	医療費助成事業対象者の第一公費分食事療養費（生活療養費）がある場合、その標準負担額を編集する。	
第二公費分食事療養費	回数	238～239	2	数字	医療費助成事業対象者の第二公費分食事療養費（生活療養費）がある場合、その回数を編集する。	
	療養費	240～245	6	数字	医療費助成事業対象者の第二公費分食事療養費（生活療養費）がある場合、その金額を編集する。	
	標準負担額	246～251	6	数字	医療費助成事業対象者の第二公費分食事療養費（生活療養費）がある場合、その標準負担額を編集する。	
漢字区分		252～252	1	数字	当データに編集されている漢字コード体系のコードを編集する。	コード一覧表参照。
患者コード		253～262	10	数字	医療費助成事業対象者の患者コードを編集する。	※医療機関の任意設定
余白		263～300	38	英数字	スペースを編集する。	

医療費助成用コード一覧(1)

○市町村コード

市町村名称	コード	市町村名称	コード
福井市	01	池田町	63
敦賀市	02	美浜町	74
小浜市	04	高浜町	77
大野市	05	南越前町	79
勝山市	06	越前町	80
鯖江市	07	若狭町	81
あわら市	08	永平寺町	82
越前市	09	おおい町	83
坂井市	10		

○事業番号

事業名称		コード
重度精神障害者医療費		0
重度心身障害者（児）医療費		1 及び 2
子ども医療費		3
母子家庭等医療費	母子	4 及び 5
	寡婦	6 及び 7
父子家庭等医療費		8 及び 9

○医療費助成受給資格者番号形式

市町村コード		事業番号	個人番号							検証番号
○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○

○医療保険種別及び保険者番号形式

医療保険名称		保険種別	保険者番号 管掌		都道府県		連番			検証
国民健康保険	一般	1			○	○	○	○	○	○
	退職	2	6	7	○	○	○	○	○	○
国民健康保険組合		3			○	○	3	○	○	○
全国健康保険協会管掌健康保険		4	0	1	○	○	○	○	○	○
健康保険組合		5	0	6	○	○	○	○	○	○
	（特例退職者）		6	3	○	○	○	○	○	○
共済保険組合		6	3	1	○	○	○	○	○	○
			3	2	○	○	○	○	○	○
			3	3	○	○	○	○	○	○
			3	4	○	○	○	○	○	○
			3	5	○	○	○	○	○	○
			3	6	○	○	○	○	○	○
			3	7	○	○	○	○	○	○
			7	2	○	○	○	○	○	○
			7	3	○	○	○	○	○	○
			7	4	○	○	○	○	○	○
			7	5	○	○	○	○	○	○
			7	6	○	○	○	○	○	○
			7	7	○	○	○	○	○	○
船員保険		7	0	2	○	○	○	○	○	○
日雇保険		8	0	3	○	○	○	○	○	○
			0	4	○	○	○	○	○	○
後期高齢者医療		9	3	9	○	○	○	○	○	○

○点数表区分

点数表区分	コード
医科	1
歯科	3
調剤	4
柔整	5
鍼灸	6
訪問看護	8

○入外区分

入外区分	コード
入院	1
入院外	2

※対象者明細書ファイルの場合のみ

○被保区分

被保区分	コード
本人	1
被扶養者	2

※対象者明細書ファイルの場合のみ

○長期区分（特定疾病療養費）

本人・家族区分	コード
該当	1
非該当	0

○本人・家族（退職者）区分

入外区分	コード
退職者本人	1
退職者家族	2

※対象者明細書ファイルの場合のみ

○付加給付

付加給付	コード
付加給付有り	1
付加給付無し	0

○本家区分

本人・家族区分	入・外	コード
被保険者本人	入院	1
被保険者本人	外来	2
小学校就学前8割	入院	3
小学校就学前8割	外来	4
被扶養者	入院	5
被扶養者	外来	6
後期高齢者9割	入院	7
前期高齢者8割	入院	7
後期高齢者9割	外来	8
前期高齢者8割	外来	8
高齢者7割	入院	9
高齢者7割	外来	0

※対象者一覧表の場合のみ

医療費助成用コード一覧(2)

○診療科コード（平成22年3月診療分以前の総合病院の場合のみ使用）

コード	診療科	略号	コード	診療科	略号	コード	診療科	略号	コード	診療科	略号	コード	診療科	略号
01	内科	内	14	脳神経外科	脳	27	耳鼻咽喉科	耳	50	歯科	歯			
02	精神科	精	15	呼吸器外科	吸	28	気管食道科	気	51	矯正歯科	矯			
03	神経科	経	16	心臓血管外科	心	29	理学診療科	理	52	小児歯科	コ			
04	神経内科	神	17	小児外科	児	30	放射線科	放	53	歯科口腔外科	ロ			
05	呼吸器科	呼	18	皮膚泌尿器科	ヒ	31	麻酔科	麻	60	調剤	調			
06	消化器科	消	19	皮膚科	皮				61	第１内科	1			
07	胃腸科	胃	20	泌尿器科	泌	33	心療内科	療	62	第２内科	2			
08	循環器科	循	21	性病科	性	34	アレルギー科	ア	63	第３内科	3			
09	小児科	小	22	肛門科	肛	35	リウマチ科	リ						
10	外科	外	23	産婦人科	産	36	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科	ハ	71	第一外科	一			
11	整形外科	整	24	産科	サ				72	第二外科	二			
12	形成外科	形	25	婦人科	婦				73	第三外科	三			
13	美容外科	美	26	眼科	眼									

○年　号

年号	コード 数字	コード 英字
明治	1	M
大正	2	T
昭和	3	S
平成	4	H
令和	5	R

※対象者明細書ファイルの場合のみ

○性　別

性別	コード
男	1
女	2

※対象者明細書ファイルの場合のみ

○漢字区分

漢字区分	コード
ＪＥＦコード体系（富士通漢字）	0
ＪＩＳコード体系（７８年版準拠）	1
ＪＩＳコード体系（８３年版準拠）	2

※対象者明細書ファイルの場合のみ

○法別番号

法制度名称	コード	法制度名称	コード	法制度名称	コード
結核予防法３４条（適正医療）	10	原子爆弾被爆者の医療費（認定疾病医療）	18	肝炎インターフェロン治療費	38
結核予防法３５条（命令入所）	11	原子爆弾被爆者の医療費（一般疾病医療）	19	特定疾患治療費	51
生活保護法	12	精神保健福祉法（措置入院）	20	小児慢性特定疾患治療費	52
戦傷病者特別援護法（療養の給付）	13	障害者自立支援法（通院医療）	21	児童福祉施設在所者の治療費（措置医療）	53
戦傷病者特別援護法（更生医療）	14	麻薬及び向精神取締法	22	石綿救済措置	66
障害者自立支援法（更生医療）	15	母子保健法（養育医療）	23	障害児施設医療	79
障害者自立支援法（育成医療）	16	療養介護医療	24		
児童福祉法（療育の医療）	17	特定中国残留邦人等に係る医療費	25		