

福祉医療費（連記式）明細書の光ディスク等を使用
した電子請求（電子レセプトの請求）について

（第1版）

群馬県国民健康保険団体連合会

改訂履歴

版数	日 付	改 訂 内 容
第 1 版	平成 21 年 7 月 1 日	・ 初版

－ 目次 －

1. 福祉医療費（連記式）電子レセプトの請求について	
1.1 インターフェース仕様書に基づく電子レセプトの請求方法について	P.1
1.2 福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェアを利用した 請求方法について	P.1
1.3 電子レセプトの請求手続き	P.2
1.4 電子レセプトの請求方法	P.2
1.5 電子レセプト請求の注意点	P.2
1.6 電子レセプト以外の方法による福祉医療費の請求について	P.2
2. 福祉医療費（連記式）電子レセプト請求の流れ	
2.1 福祉医療費（連記式）電子レセプト請求フロー	P.3
3. 福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェアサンプル画面	
3.1 メニュー画面イメージ	P.4
3.2 請求データ作成画面イメージ	P.4
3.3 請求データ検索画面イメージ	P.5
4. 福祉医療費（連記式）電子レセプト請求の手続き等について	
4.1 確認試験実施の手順	P.6
4.2 本請求のための手順	P.6
4.3 光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求について	P.6

別添

「福祉医療費（連記式）電子レセプトインターフェース仕様書」

お問い合わせについて

- 福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェア及びインターフェースについて
情報管理課（０２７－２９０－１３３４）
- 電子レセプトの請求手続き等について
審査管理課（０２７－２９０－１３６５）
審査第一課・第二課（０２７－２９０－１３３８）

1. 福祉医療費（連記式）電子レセプトの請求について

平成21年9月請求分から、福祉医療費【連記式】明細書（以下、「連記式明細書」という。）の請求について、様式変更が行われます。

併せて従来の紙ベースでの請求に加え、光ディスク等（CD-R、FD、MO）を使用した福祉医療費（連記式）電子レセプト（以下、「電子レセプト」という。）の請求が可能となります。

群馬県国民健康保険団体連合会（以下、「連合会」という。）では電子レセプトの請求を行うため、二通りの方法（「インターフェース仕様に基づく電子レセプトの請求方法」「福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェアを利用した請求方法」）を用意いたしますので、保険医療機関等の実情に応じたいずれかの方法で請求することができます。電子レセプトの請求方法の概略につきましては、以下のとおりとなります。

なお、連記式明細書様式変更に係わる請求事務の変更点につきましては、「ぐんま国保連情報（2009. 6月号外）」及び、連合会ホームページ「医療機関の皆様へ」にあります6月10日付『福祉医療費（連記式）明細書等様式変更等及び診療報酬請求総括表等の廃止について』を御参照願います。

（連合会ホームページアドレス：<http://www.gunmakokuho.or.jp>）

1.1. インターフェース仕様に基づく電子レセプトの請求方法について

福祉医療費（連記式）請求に係る電子レセプトのインターフェースは、別添「福祉医療費（連記式）電子レセプトインターフェース仕様書」となります。

仕様書と同じフォーマットにより電子レセプトを作成の上、光ディスク等電子媒体に記録し、連合会へ御提出ください。

なお、電子レセプト作成に係るレセプトコンピュータの対応等につきましては、御使用のレセプトコンピュータの業者と調整をお願いいたします。

1.2. 福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェアを利用した請求方法について （操作手順書と併せて8月中旬配布予定）

連記式明細書による紙ベースでの請求に代替する手段として、電子レセプトを作成するための簡易ソフトウェア「福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェア」を提供いたします。

本ソフトウェアで入力した請求データを電子媒体に記録の上、提出していただくことで連記式明細書の提出が不要となります。

なお、本ソフトウェアは保険医療機関等で導入しているレセプトコンピュータと連動することはできません。

また、入力内容から福祉請求額等の自動計算は行いませんので、お手数ですが請求内容の全てを入力していただきます。

本ソフトウェアのサンプル画面は、4～5ページ「3. 福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェアサンプル画面」になります。

1.2.1. 福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェアの特徴

- ・ 連記式明細書新様式に対応した請求データの作成が可能です。
- ・ 簡易入力チェックを行い、必要項目の漏れ、誤りを防ぎます。
- ・ 請求データの新規入力、削除、登録済みデータの訂正が可能です。
- ・ 登録済みデータについては条件を入力していただくことにより容易に検索可能です。
- ・ 一般的な電子媒体であるCD-R、FD、MOへの書き込みに対応しています。
- ・ 入力済みデータを一覧形式の帳票に出力することが可能です。

1.2.2. 福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェア稼動条件

- ・ オペレーティングシステム
Windows XP SP2 以降
- ・ コンピュータ（ノート型、デスクトップ型いずれでも可）
インストール用に 50MB 以上の空き容量
使用時に 100MB 以上の空き容量
メモリ 1 GB 以上推奨
1024×768 表示可能なディスプレイ
インストール用に CD-R 読取装置（内蔵・外付いずれでも可）
CD-R、FD、MO いずれかの書込装置（内蔵・外付いずれでも可）
A 4 印刷可能なプリンタ
- ・ その他ソフトウェア
Adobe Acrobat Reader9.0 以降

1.3. 電子レセプトの請求手続き

電子請求を行う場合はお手数ですが、手続きが必要となります。

手続き等につきましては、6 ページ「4 福祉医療費（連記式）電子レセプト請求の手続き等について」を御確認ください。

1.4. 電子レセプトの請求方法

オンラインによる請求は対応しておりません。

電子レセプトを光ディスク等（CD-R、FD、MO）の媒体に記録して期日までに連合会へ御請求ください。

なお、レセプト電算処理システムに参加して媒体で請求している医療機関等におきましては、媒体を分けて記録をお願いいたします。

受付をした媒体は返却いたしません。連合会で一定期間保管した後、適切に処分いたします。

1.5. 電子レセプト請求の注意点

- ・ 電子請求していただく場合、連記式明細書に添付している請求書及び総括表は不要となります。
- ・ 媒体提出後に追加請求がある場合、追加分のみを受け付けることはできませんので、全件を再作成し再請求していただくか、翌月以降での請求をお願いいたします。
- ・ 電子請求した電子レセプトが返戻となった場合は、連合会で「返戻レセプトリスト」及び「福祉医療費【連記式】明細書（返戻分）」を出力し返戻いたします。電子レセプトでの返戻はいたしません。
- ・ 返戻された連記式明細書（過誤も含む）の再請求は当月請求と併せて電子レセプトにて御請求ください。

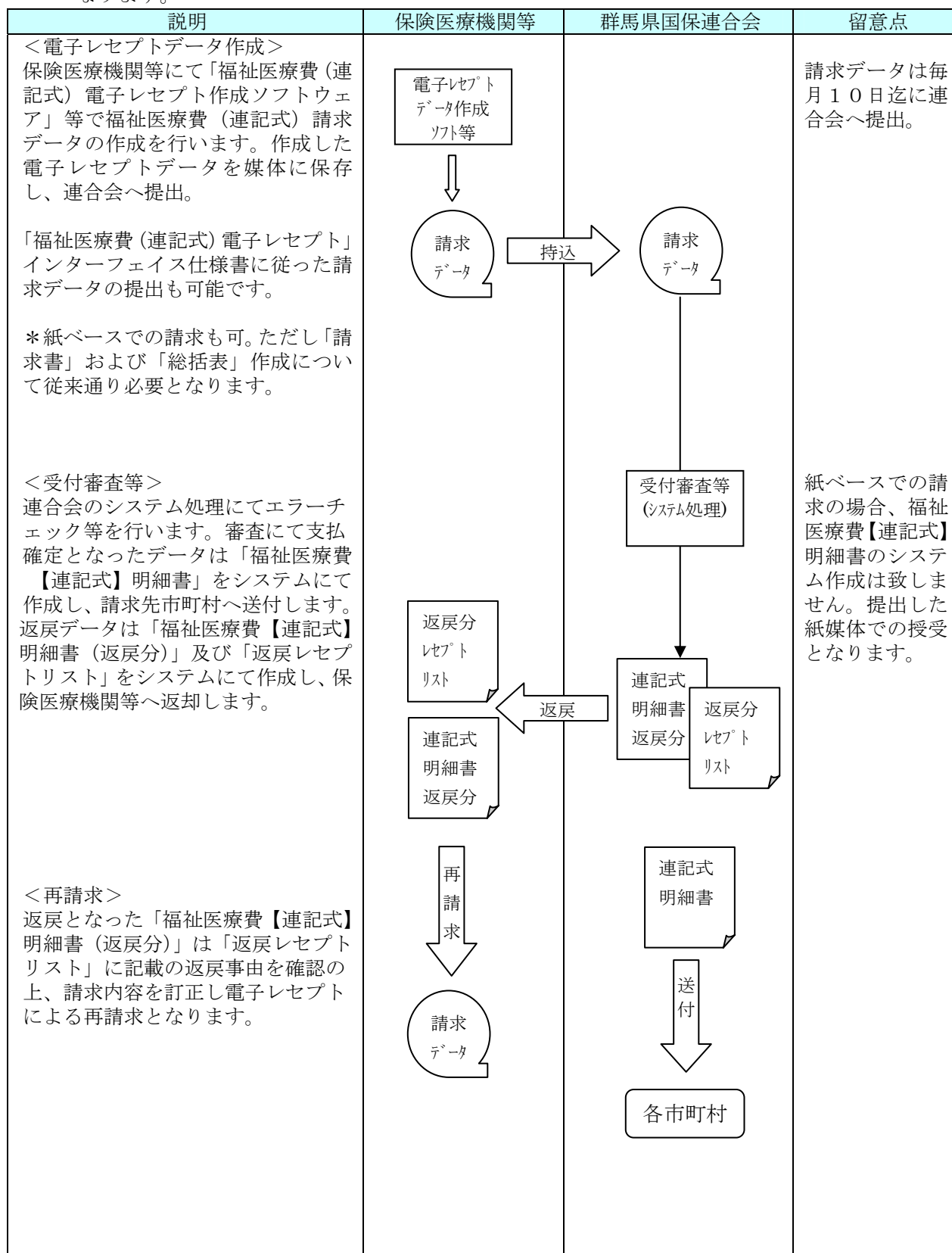
1.6. 電子レセプト以外の方法による福祉医療費（連記式）の請求について

福祉医療費（連記式）明細書の請求に関しましては、様式変更以降についても従来の紙ベースによる請求も可能です。また、新様式使用開始後は、原則旧様式での請求は行えません。旧様式での請求は平成 20 年 3 月診療分以前の老人医療及び 70 歳以上 1 割の請求のみ可能です。

2. 福祉医療費（連記式）電子レセプト請求の流れ

2.1. 福祉医療費（連記式）電子レセプト請求フロー

福祉医療費（連記式）電子レセプトによる請求データに関する通常の流れは、以下のとおりとなります。



3. 福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェアサンプル画面

連合会より提供する「福祉医療費（連記式）電子レセプト作成ソフトウェア」のサンプル画面となります。

なお、サンプル画面は開発中画面となりますので、リリースバージョンと異なる場合があります。

3.1. メニュー画面

福祉医療費電子レセプト作成業務 - ソフトウェアメニュー (GWMA010)

◆ 請求データ作成

請求年月 平成 11 年 12 月
診療年月 平成 11 年 11 月

新規登録
検索・訂正
請求データファイル作成

◆ 問い合わせ情報

お問い合わせ先
本ソフトのお問い合わせ
群馬県国民健康保険団体連合会
情報管理課
電話： 027-290-1334

請求内容のお問い合わせ
群馬県国民健康保険団体連合会
審査第一課・第二課
電話： 027-290-1338

◆ システム管理

医療機関基本情報登録

メッセージ領域

EWMA000001：医療機関コードを設定してください。

終了

2009/06/04 19:08:00

3.2. 請求データ作成画面

福祉医療費電子レセプト作成業務 - 新規登録 (GWMA100)

科別： 医科 医療機関： 0123456 帯一二三四五六七八九帯一二三四五六七八九帯一二

◆ 基本情報

請求年月 平成 11 年 12 月
* 診療年月 平成 11 年 11 月
* 請求先市町村名 前橋市
マル特 24：障害者自立支援法（療養介護医療）

* 入院区分 入院外
* 割合区分 一般3割

◆ 受給者情報

* 福祉受給資格者証番号 0123456
* 受給者氏名 あいうえおあいうえおあいうえおあいうえお
* 性別 男
* 生年月日 昭和 12 年 12 月 23 日
被保険者証記号 零一二三四五六七八九零一二三四五六七八九
被保険者証番号 零一二三四五六七八九零一二三四五六七八九

* 福祉負担者番号 01234567
公費①負担者番号 01234567
公費②負担者番号 01234567
* 医療保険者番号 01234567

◆ 請求内容

* 保険請求点数	01,234,567	食事回数	0,123	食事標準負担額	01,234,567		
* 福祉請求点数	01,234,567	福祉医療費請求額	01,234,567	福祉食事回数	0,123	福祉食事標準負担額	01,234,567
公費①請求点数	01,234,567	公費①患者負担額	01,234,567	公費①食事回数	0,123	公費①食事標準負担額	01,234,567
公費②請求点数	01,234,567	公費②患者負担額	01,234,567	公費②食事回数	0,123	公費②食事標準負担額	01,234,567

◆ 備考

備考欄設定区分 多・税 公費法番 52：小児慢性 診療科目 外科 福祉認定月日 12 月 23 日
☐ 処方箋発行機関 ☐ 高半該当 ☐ 経過 ※当該診療月途中に福祉認定（途中福祉）された場合セットしてください。

登録 クリア 戻る

メッセージ領域

EWB200002：福祉受給者資格者証番号は、半角数字で入力してください。
EWB200002：福祉受給者資格者証番号は、半角数字で入力してください。
EWB200002：福祉受給者資格者証番号は、半角数字で入力してください。
EWB200002：福祉受給者資格者証番号は、半角数字で入力してください。
EWB200002：福祉受給者資格者証番号は、半角数字で入力してください。

福祉医療費電子レシート作成業務 - 検索(GWMA200)

科別: 医科 医療機関: 0123456 等一二三四五六七八九等一二三四五六七八九等一二

◆ 検索条件

* 請求年月

平成

11

年

12

月

福祉負担者番号

01234567

～

01234567

入院区分

入院外

福祉受給資格者番号

01234567

～

01234567

マル特

24:障害者自立支援法(療養介護医療)

検索

クリア

検索結果: 2,000件

福祉負担者 番号	受給資格者 番号	受給者氏名	性別	生年月日	入院 区分	マル 特	福祉請求 点数	保険請求 点数	福祉医療費 請求額	食事 回数	食事標準 負担額	医療保険者 番号	備考
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ
0123456	0123456	あいいうえお かきくけこ	男	S 60/04/21	入院外	02	01234567	01234567	01234567	0123	01234567	01234567	あいいうえおあいいうえ おあいいうえ

修正

削除

印刷

戻る

メッセージ領域

EWMA000002: 福祉受給資格者番号は、半角数字で入力してください。

2009/06/04 08:54:55

4. 福祉医療費（連記式）電子レセプトの請求手続き等について

4.1. 確認試験実施の手順

- 4.1.1. 確認試験を希望する場合は、「光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る確認試験依頼書」（別紙1参照）を確認試験を実施する月の前月20日までに提出してください。
- 4.1.2. 連合会から「光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る確認試験実施連絡書」（別紙2参照）を送付します。
- 4.1.3. 連合会へ「光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る確認試験実施連絡書」に基づき確認試験用電子レセプト（媒体）を提出してください。
- 4.1.4. 連合会から「光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る確認試験結果連絡書」（別紙3参照）等を送付します。
- 4.1.5. 再試験を希望する場合は、再度、連合会へ「光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る確認試験依頼書」（別紙1）を提出してください。
また、本請求に移行する場合は「4.2. 本請求のための手順」に基づき手続きをお願いします。

※平成21年9月から本請求を開始する場合は、平成21年8月20日までに確認試験依頼書（別紙1）及び確認試験用電子レセプト（媒体）を提出してください。その際、確認試験依頼書（別紙1）の備考欄に「平成21年9月本請求」と記載してください。

4.2. 本請求のための手順

- 4.2.1. 連合会へ「光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に関する届出」（別紙4参照）を電子レセプトでの請求を開始する月の前月20日までに提出してください。
- 4.2.2. 本稼働請求となります。

4.3. 光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求について

- 4.3.1. 請求に関する事項
 - 4.3.1.1. 保険医療機関等は、福祉医療費（連記式）明細書情報を記録した光ディスク等を正・副2枚作成し、正本を所要の事項を記載したラベル（別紙5参照）を貼付し、光ディスク等送付書（別紙6参照）を添付のうえ本会に所定の期日（毎月10日）までに提出してください。

4.3.1.2. 光ディスク等の提出に当たっては、破損等を防止するため、保護ケースを使用してください。

4.3.1.3. 光ディスク等の副本は、保険医療機関等で保管してください。

なお、本会に提出した正本が傷等の理由から読み取りができない場合、正本に代えて提出をお願いします。

4.3.1.4. 返戻照会に係る再請求がある場合は、当月請求分と併せて媒体で提出してください。

4.3.1.5. レセプト電算処理システムに参加して媒体で請求している保険医療機関等におきましては、媒体を分けて記録をお願いいたします。

4.3.2 保険医療機関等への連絡

4.3.2.1. 提出された光ディスク等について、読み取り不能が発生した場合は、電話にて連絡いたします。

4.3.2.2. 記載事項の不備等事務的理由により返戻が発生した場合は、連合会にて返戻リスト及び連記式明細書を出力し、紙面にて返戻いたします。

平成 年 月 日

群馬県国民健康保険団体連合会 御中

住 所
開設者
氏 名

光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る確認試験依頼書

光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求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	依頼回数	新 規・ 回目
保 険 医 療 機 関 等 コード		電話番号	
保 険 医 療 機 関 等 名			
保 険 医 療 機 関 等 所 在 地	〒		
電 子 媒 体	CD-R	F D	M O
見 込 件 数	入 院 ・	入院外 ・	
備 考			

- 《 作成要領 》
- 1 本依頼書は、保険医療機関等で作成する光ディスク等が群馬県国民健康保険団体連合会が定めたインターフェース仕様に適合しているか事前に確認したい場合に医科、歯科、調剤及び訪問別に作成し提出してください。
 - 2 本依頼書の提出期日は確認試験を実施する月の前月20日までとします。
 - 3 「点数表区分」欄には、医科、歯科、調剤及び訪問の別を○で囲んでください。
 - 4 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の確認試験依頼か記入してください。
 - 5 「保険医療機関等コード」、「電話番号」、「保険医療機関等名」及び「保険医療機関等所在地（郵便番号を含む。）」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入してください。
 - 6 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲んでください。
 - 7 「見込件数」欄には、確認試験を受ける際の見込件数を記入してください。

群馬保連第 号
平成 年 月 日

確認試験実施機関 御中

群馬県国民健康保険団体連合会

光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る
確認試験実施連絡書

平成 年 月 日に御依頼のありました確認試験につきましては、次により実施いたします。

なお、御提出いただく磁気媒体の貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記されますようお願いします。

- | | | |
|---|--------------|---------------------|
| 1 | 確認試験用媒体の提出期日 | 平成 年 月 日まで |
| 2 | 確認試験用媒体の提出先 | 群馬県国民健康保険団体連合会 |
| 3 | 確認試験の実施予定日 | 平成 年 月 日 |
| 4 | 試験結果の連絡予定日 | 平成 年 月 日 |
| 5 | その他 | |

「光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に関する届出」を提出する場合は、請求を開始する月の前月 20 日までをお願いします。

群馬保連第 号
平成 年 月 日

確認試験実施機関 御中

群馬県国民健康保険団体連合会

光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る
確認試験結果連絡書

先に御依頼のありました確認試験（ 回目）の結果を下記のとおり御連絡いたします。

つきましては、「光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に関する届出」を提出する場合は、請求を開始する月の前月 20 日までにお願いします。

また、再試験を希望される場合も、再度「光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に係る確認試験依頼書」を（20 日までに）御提出ください。

なお、20 日が休日の場合は、翌日となります。

記

- | | |
|------------|---|
| 1 受付件数 | 件 |
| 2 エラー件数 | 件 |

光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求に関する届出

群馬県国民健康保険団体連合会が定める方式に従って記録した規格に適合する光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求を開始するにあたり次のとおり届け出ます。

平成 年 月 日

住所

群馬県国民健康保険団体連合会 御 中 開 設 者 氏 名 ㊞

保 険 医 療 機 関 等 コ ー ド						点数表区分	医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤 ・ 訪 問						
保 険 医 療 機 関 等 名						電話番号							
保 険 医 療 機 関 等 所 在 地						郵便番号				—			
開 始 年 月	平成 年 月請求分から										※ 受付印		
電 子 媒 体	C D - R			F D			M O						
記 録 形 式	C S V 形 式												
備 考													

作成要領

- 1 この様式は、光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求を開始しようとするとき、医科、歯科、調剤及び訪問別に作成し提出してください。
- 2 「点数表区分」欄には、医科、歯科、調剤及び訪問の別を○で囲んでください。
- 3 「保険医療機関等コード」、「保険医療機関等名」、「電話番号」、「保険医療機関等所在地」及び「郵便番号」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入してください。
- 4 「開始年月」欄には、光ディスク等を用いた福祉医療費（連記式）の請求を開始しようとするときに、当該診療（調剤）報酬の請求年月を記入してください。
- 5 「電子媒体」欄には、記録する電子媒体を○で囲んでください。

電子媒体への表記

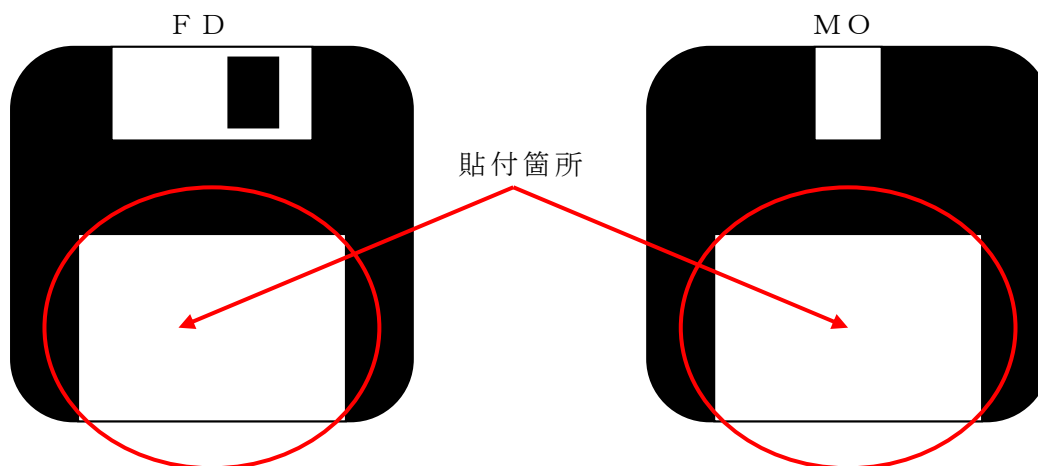
電子媒体への表記については、福祉医療費（連記式）、点数表区分、保険医療機関等コード、保険医療機関等名称、診療（調剤）月分、提出年月日及び媒体枚数（請求枚数及び当該媒体の順）を記載してください。

なお、確認試験で提出する電子媒体へは、貼付ラベルの余白に「試験用」と朱記してください。

1 F D ・ M O への貼付ラベル

福祉医療費（連記式）			
医科・歯科・調剤・訪問			
保険医療機関等コード			
保険医療機関等名称			
診療（調剤）月分	年	月分	
提出年月日	年	月	日
媒体枚数	枚中	枚目	

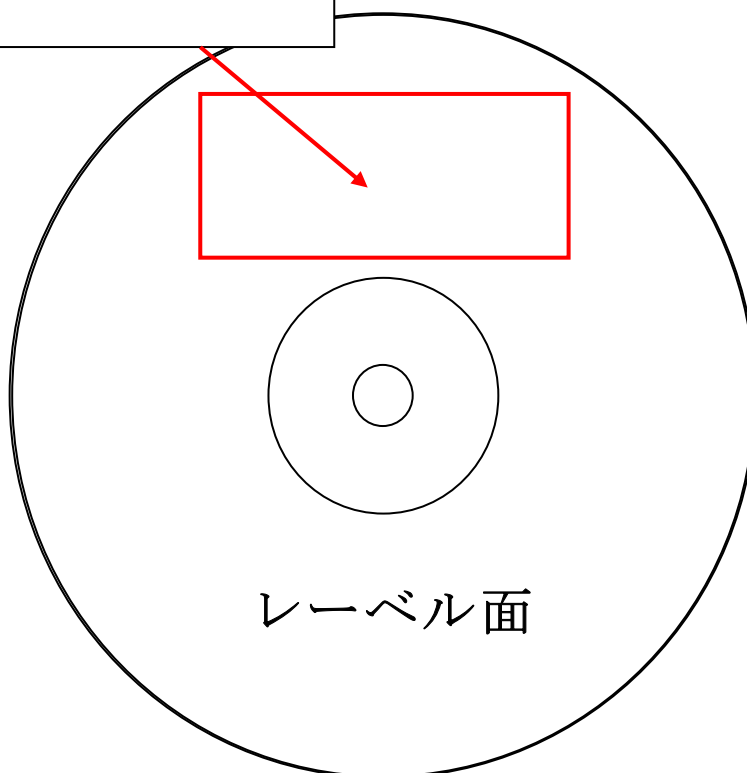
F D 及び M O へのラベルの貼付箇所



2 CD-Rへの表記

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してください。

福祉医療費（連記式）			
医科・歯科・調剤・訪問			
保険医療機関等コード			
保険医療機関等名称			
診療（調剤）月分	年	月分	
提出年月日	年	月	日
媒体枚数	枚中	枚目	



レーベル面

群馬県国民健康保険団体連合会 御中

住 所
開設者
氏 名



光ディスク等送付書・福祉医療費（連記式）

保険医療機関等コード			
保険医療機関等名称			
点数表区分	医 科 ・ 歯 科 ・ 調 剤 ・ 訪 問		
診療（調剤）月分	平成 年 月診療（調剤）分		
提出年月日	平成 年 月 日		
媒体種類	C D - R	F D	M O
媒体枚数	枚		
備 考			

※1 本送付書は、点数表区分別に作成してください。
※2 点数表区分及び媒体種類については、該当に○を付けてください。