提出用CSVファイル、データレイアウト(レセコン業者向け)

乳幼児医療費

NO.	項目名称	最大桁数	種別	説明	例:明細書サンプル1行目	例:明細書サンプル2行目
1	データ種別	1	数字	1:乳幼児医療費	1	1
2	請求年月	5	数字	GYYMM	42010	42010
3	提出年月日	7	数字	GYYMMDD	4201101	4201101
4	保険医療機関番号	10	数字	県番号2桁＋点数表1桁＋地区2桁＋番号4桁＋検証1桁 県番号「17」固定 点数表　1:医科　3:歯科　4:調剤	1710199999	1710199999
5	市町村コード	6	数字	金沢市「172014」固定	172014	172014
6	医療証番号	10	文字	左詰め記載(前ゼロ有り)	1234500000	000098760
7	保険者番号	8	文字	左詰め記載(前ゼロ有り):注意　桁数4桁～8桁記載	06789123	543210
8	氏名	20	漢字	印字用に利用する　全角10文字(半角20文字)	ああああ　いいいいい	うううう　ええええ
9	生年月日	7	数字	GYYMMDD	4200401	4201111
10	入院・外来の別	1	数字	1:入院　　2:外来	1	2
11	割合	2	数字		2	2
12	日数	2	数字	日数は入院の時記載される。外来は日数不要。	10	
13	保険点数	6	数字		999	11
14	自己負担支払額	6	数字		1998	22
15	診療年月	5	数字	GYYMM	42009	42012

児童医療費

NO.	項目名称	最大桁数	種別	説明	例:明細書サンプル1行目	例:明細書サンプル2行目
1	データ種別	1	数字	2:児童医療	2	2
2	請求年月	5	数字	GYYMM	42010	42010
3	提出年月日	7	数字	GYYMMDD	4201101	4201101
4	保険医療機関番号	10	数字	県番号2桁＋点数表1桁＋地区2桁＋番号4桁＋検証1桁 県番号「17」固定 点数表　1:医科　3:歯科　4:調剤	1710199999	1710199999
5	市町村コード	6	数字	金沢市「172014」固定	172014	172014
6	医療証番号	10	文字	左詰め記載(前ゼロ有り)	12345	00009876
7	保険者番号	8	文字	左詰め記載(前ゼロ有り):注意　桁数4桁～8桁記載	06789123	543210
8	氏名	20	漢字	印字用に利用する　全角10文字(半角20文字)	かかか　きききき	くく　けけけけけけ
9	生年月日	7	数字	GYYMMDD	4170301	4161001
10	入院・外来の別	1	数字	1:入院　　2:外来	1	1
11	割合	2	数字		3	3
12	日数	2	数字	日数は入院の時記載される。外来は日数不要。	20	9
13	保険点数	6	数字		1234	10000
14	自己負担支払額	6	数字		3702	30000
15	診療年月	5	数字	GYYMM	42010	42010

ひとり親家庭等医療費

NO.	項目名称	最大桁数	種別	説明	例:明細書サンプル1行目	例:明細書サンプル2行目
1	データ種別	1	数字	3:ひとり親家庭等医療費	3	3
2	請求年月	5	数字	GYYMM	42010	42010
3	提出年月日	7	数字	GYYMMDD	4201101	4201101
4	保険医療機関番号	10	数字	県番号2桁＋点数表1桁＋地区2桁＋番号4桁＋検証1桁 県番号「17」固定 点数表　1:医科　3:歯科　4:調剤	1710199999	1710199999
5	市町村コード	6	数字	金沢市「172014」固定	172014	172014
6	資格証番号	7	文字	左詰め記載(前ゼロ有り)	9900000	000001
7	枝番	2	文字	記載方法を確認する必要あり:注意	01	05
8	保険者番号	8	文字	左詰め記載(前ゼロ有り):注意　桁数4桁～8桁記載	1234560	00001
9	氏名	20	漢字	印字用に利用する　全角10文字(半角20文字)	ささささしししし	すすすすす　せせせせ
10	生年月日	7	数字	GYYMMDD	4200401	4190807
11	入院・外来の別	1	数字	1:入院　　2:外来	2	1
12	割合	2	数字		3	3
13	日数	2	数字	日数は入院の時記載される。外来は日数不要。		23
14	保険点数	6	数字		222	12111
15	自己負担支払額	6	数字		666	36333
16	診療年月	5	数字	GYYMM	42010	42010

・ファイル形式はCSV形式(カンマ区切)
・ファイルは毎月各医療機関、データ種別毎に作成
・ファイル名は「請求年月+保険医療機関番号+データ種別.CSV」
SAMPLEの場合
乳幼児医療費分:4201017101999991.CSV
児童医療費分:4201017101999992.CSV
ひとり親家庭等医療費分:4201017101999993.CSV

平成 20年 10月分　　1

乳幼児医療費自己負担額支払明細書サンプル

市町コード					
1	7	2	0	1	4

石川県国民健康保険団体連合会　様

医療機関コード									
1	7	1	0	1	9	9	9	9	9

医療機関所在地、名称、開設者、電話は
国保連合会で管理している医療機関マスタより取得するため、記載がなくても結構です。
（紙媒体提出の場合は記載必要）

下記のとおり送付する。

平成　20年　11月　1日

医療機関所在地
金沢市〇〇〇〇〇〇〇
名称　〇〇医院
開設者　△△△△　△△△△　㊞
電話　999-999-9999

	医療証番号	保険者番号	氏名	生年月日 年	月	日	入院・外来の別	割合	日数	保険点数	自己負担支払額	診療年月 年	月	備考
1行目	1 2 3 4 5 0 0 0 0 0	0 6 7 8 9 1 2 3	ああああ　いいいいい	4 2 0	0 4	0 1	1	2	1 0	9 9 9	1 9 9 8	4 2 0	0 9	
2行目	0 0 0 0 9 8 7 6 0 0	5 4 3 2 1 0	うううう　えええええ	4 2 0	1 1	1 1	2	2		1 1	2 2	4 2 0	1 2	
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

①この明細書は石川県国民健康保険団体連合会に提出する。
②表別欄　医科は１、歯科は３、調剤は４の該当番号を〇で囲む。
③保険者番号欄は、左詰めで記入する。
④生年月日欄、診療年月にある”４”は、元号の平成を表す。
⑤入院・外来の別は、入院は１、外来は２を記入する。
⑥割合欄は、乳幼児自己負担割合を表す。
⑦日数欄は、入院日数を記入する。
⑧保険点数欄は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
⑨自己負担支払額欄は、受給者が窓口で支払った額を記入する。
⑩明細書が２枚以上にわたる場合は、頁/総枚数を記入する。

（頁/総枚数）
／

平成 20年 10月分　　2

児童医療費自己負担額支払明細書サンプル

市町コード					
1	7	2	0	1	4

医療機関所在地、名称、開設者、電話は国保連合会で管理している医療機関マスタより取得するため、記載がなくても結構です。（紙媒体提出の場合は記載必要）

石川県国民健康保険団体連合会　様

医療機関コード									
1	7	1	0	1	9	9	9	9	9

下記のとおり送付する。

平成　20年　11月　1日

医療機関所在地
金沢市〇〇〇〇〇〇〇
名称　〇〇医院
開設者　△△△△　△△△△　㊞
電話　999-999-9999

	医療証番号	保険者番号	氏名	生年月日 年	月	日	入院・外来の別	割合	日数	保険点数	自己負担支払額	診療年月 年	月	備考
1行目	1 2 3 4 5 6 7 8 9 0	0 1 2 3	かかか　きききき	4 1 7	0 3	0 1	1	3	2 0	1 2 3 4	3 7 0 2	4 2 0 1	0	
2行目	0 1 0 2 0 0 0 0 0 0	1 2 3 4 5 6 7 8	くく　けけけけけけ	4 1 6	1 0	0 1	1	3	0 9	1 0 0 0 0	3 0 0 0 0	4 2 0 1	0	
3														
4														
5														
6														
7														
8														
9														
10														
11														
12														

①この明細書は石川県国民健康保険団体連合会に提出する。
②表別欄　医科は１、歯科は３、調剤は４の該当番号を〇で囲む。
③保険者番号欄は、左詰めで記入する。
④生年月日欄、診療年月にある”４”は、元号の平成を表す。
⑤入院・外来の別は、入院は１、外来は２を記入する。
⑥割合欄は、児童自己負担割合を表す。
⑦日数欄は、入院日数を記入する。
⑧保険点数欄は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
⑨自己負担支払額欄は、受給者が窓口で支払った額を記入する。
⑩明細書が２枚以上にわたる場合は、頁/総枚数を記入する。

（頁/総枚数）
／

平成 20年 10月分　3　ひとり親家庭等医療費自己負担額支払明細書ｻﾝﾌﾟﾙ

市町コード					
1	7	2	0	1	4

石川県国民健康保険団体連合会　様

医療機関コード									
1	7	1	0	1	9	9	9	9	9

医療機関所在地、名称、開設者、電話は国保連合会で管理している医療機関マスタより取得するため、記載がなくても結構です。（紙媒体提出の場合は記載必要）

下記のとおり送付する。

平成　20年　11月　1日

医療機関所在地
金沢市○○○○○○○
名称　○○医院
開設者　△△△△　△△△△　㊞
電話　999-999-9999

	資格証番号	枝番	保険者番号	氏名	生年月日 年	月	日	入院・外来の別	割合	日数	保険点数	自己負担支払額	診療年月 年	月	備考
1行目	9 9 0 0 0 0 0	0 1	1 2 3 4 5 6 0	ささささしししし	4 2 0	0 4	0 1	2	3		2 2 2	6 6 6	4 2 0	1 0	
2行目	0 0 0 0 0 1 0	0 5	0 0 0 0 1	すすすすす　せせせせ	4 1 9	0 8	0 7	1	3	2 3	1 2 1 1 1	3 6 3 3 3	4 2 0	1 0	
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
11															
12															

①この明細書は石川県国民健康保険団体連合会に提出する。
②表別欄　医科は１、歯科は３、調剤は４の該当番号を○で囲む。
③保険者番号欄は、左詰めで記入する。
④生年月日欄は、元号を次の区分で表記して始める。（明治：１，大正：２，昭和：３，平成：４）
⑤入院・外来の別は、入院は１、外来は２を記入する。
⑥割合欄は、受給者自己負担割合を表す。
⑦日数欄は、入院日数を記入する。
⑧保険点数欄は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
⑨自己負担支払額欄は、受給者が窓口で支払った額を記入する。
⑩明細書が２枚以上にわたる場合は、頁/総枚数を記入する。

（頁/総枚数）
／