【ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ仕様書】

No.	03-09	ｻﾌﾞｼｽﾃﾑ名	岩手県ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	ｺﾝﾎﾟｰﾈﾝﾄ名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU0313	帳票名称	連名簿	Ver	2.08

≪処理概要≫

１．『連名簿』を印刷する。

≪修正履歴≫

	作成日付	作業者	記述
初版	2016/08/04	吉川	新規作成
第二版	2016/08/29	吉川	対象公費番号に 120 を追加
第三版	2017/01/16	門間	ﾊﾟﾗﾒﾀ追加

【ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ仕様書】

No.	03-09	ｻﾌﾞｼｽﾃﾑ名	岩手県ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	ｺﾝﾎﾟｰﾈﾝﾄ名	総括表･公費請求書
ID	SEIKYU0313	帳票名称	連名簿	Ver	2.08

≪ﾃｰﾌﾞﾙ一覧≫

ﾃｰﾌﾞﾙ ID	I/O	説明	ﾃｰﾌﾞﾙ ID	I/O	説明	ﾃｰﾌﾞﾙ ID	I/O	説明
tbl_ptinf	I	患者情報	tbl_seikyu	I	請求管理			
tbl_hkncombi	I	保険組合せ	tbl_btpara	I	ﾊﾞｯﾁ連携ﾊﾟﾗﾒﾀ			
tbl_syunou	I	収納	tbl_prgoption	I	ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑｵﾌﾟｼｮﾝ			
tbl_prtkanri	O	印刷管理						
tbl_prtdata	O	印刷用ﾃﾞｰﾀ						
tbl_jobkanri	O	ｼﾞｮﾌﾞ管理						
tbl_syskanri	I	ｼｽﾃﾑ管理						
tbl_kohsky	I	公費請求						

≪ﾊﾟﾗﾒｰﾀ一覧≫

ﾊﾟﾗﾒｰﾀ名	説明	桁数	備考
LNK-PRTKANRI-RENNUM	連番	4	
LNK-PRTKANRI-TBL-KEY	KEY	8	
LNK-PRTKANRI-TBL-GROUP	グループ	14	
LNK-PRTKANRI-SHORI-RENNUM	処理内連番	4	
LNK-PRTKANRI-SRYYM	診療年月	6	
LNK-PRTKANRI-SKYYMD	請求年月日	8	
LNK-PRTKANRI-SHELLID	起動ｼｪﾙ名	20	
LNK-PRTKANRI-PRIORITY	印刷順連番	4	
LNK-PRTKANRI-TERMID	端末ＩＤ	64	
LNK-PRTKANRI-OPID	ｵﾍﾟﾚｰﾀＩＤ	16	
LNK-PRTKANRI-PRTNM	ﾌﾟﾘﾝﾀ名	16	
WRK-PARA-JOBID	ｼﾞｮﾌﾞＩＤ	7	
WRK-PARA-SHELLID	ｼｪﾙＩＤ	8	
WRK-PARA-HOSPNUM	医療機関番号	2	
WRK-PARA-SYORIFLG	処理ﾌﾗｸﾞ	1	
WRK-PARA-STSRYYM	開始診療年月	6	医療機関ｺｰﾄﾞ別の処理指定時の該当診療年月の開始年月
WRK-PARA-EDSRYYM	終了診療年月	6	医療機関ｺｰﾄﾞ別の処理指定時の該当診療年月の終了年月
RECEERR	ｴﾗｰﾌｧｲﾙ名	37	

【ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ仕様書】

No.	03-09	ｻﾌﾞｼｽﾃﾑ名	岩手県ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	ｺﾝﾎﾟｰﾈﾝﾄ名	総括表･公費請求書
ID	SEIKYU0313	帳票名称	連名簿	Ver	2.08

≪ｵﾌﾞｼﾞｪｸﾄ一覧≫

ｵﾌﾞｼﾞｪｸﾄ ID	Type	説明	備考
SEIKYU0313.CBL	CBL	ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	
SC0313.red	red	帳票ﾚｲｱｳﾄ（1 頁）	A4 ﾀﾃ（要 INC ﾌｧｲﾙ）
SC0313.INC	INC	INC ﾌｧｲﾙ	
SEI0313.INC	INC	INC ﾌｧｲﾙ	
seikyu0313.sh	sh	ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ起動ｼｪﾙ	

連名簿

平成２８年　８月 請求分

医療機関	市町村
テスト１９０１医療機関名１行目あああああああああああ テスト１９０１医療機関名２行目 0 3 1 1 2 3 4 5 6 7	盛岡市 0 0 1

1

受給者証番号	0 1 1 0 2 2 2 2 2 2 2											保険者番号	0 1 0 3 0 0 1 4							
被保険者証	記号 1 2 3 4											番号 9 9 9 9								
氏名	岩手　子現物高額 1 男　4 平 25. 5. 1 生											診療年月	平成２８年　８月 1 入院							
一部負担金	78,540 円											乱力箋発行医療機関								
窓口負担額	5,000 円																			
受給者証番号	0 1 1 0 2 2 2 2 2 2 2											保険者番号	0 1 0 3 0 0 1 4							
被保険者証	記号 1 2 3 4											番号 9 9 9 9								
氏名	岩手　子現物 1 男　4 平 24. 5. 1 生											診療年月	平成２８年　８月 2 外来							
一部負担金	3,000 円											乱力箋発行医療機関								
窓口負担額	1,500 円																			
受給者証番号	0 1 1 0 3 3 3 3 3 3 3											保険者番号	0 1 0 3 0 0 1 4							
被保険者証	記号 1 2 3 4											番号 9 9 9 9								
氏名	岩手　子現物精通 2 女　4 平 25. 5. 2 生											診療年月	平成２８年　８月 2 外来							
一部負担金	10,910 円											乱力箋発行医療機関								
窓口負担額	1,500 円																			
受給者証番号	0 1 1 0 4 4 4 4 4 4 4											保険者番号	0 1 0 3 0 0 1 4							
被保険者証	記号 1 2 3 4											番号 9 9 9 9								
氏名	岩手　子現物負担無 1 男　4 平 25. 3. 1 生											診療年月	平成２８年　８月 2 外来							
一部負担金	710 円											乱力箋発行医療機関								
窓口負担額	0 円																			
受給者証番号	0 1 1 0 5 5 5 5 5 5 5											保険者番号	0 1 0 3 0 0 1 4							
被保険者証	記号 1 2 3 4											番号 9 9 9 9								
氏名	岩手　子現物多エ 2 女　4 平 24. 6. 6 生											診療年月	平成２８年　８月 1 入院							
一部負担金	44,400 円											乱力箋発行医療機関								
窓口負担額	5,000 円																			

市町村合計	件数	一部負担金	窓口負担額
		円	円

※合計は最終ページに記入すること。

ページ　1／　2

（図１）

【ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ仕様書】

No.	03-09	ｻﾌﾞｼｽﾃﾑ名	岩手県ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	ｺﾝﾎﾟｰﾈﾝﾄ名	総括表･公費請求書
ID	SEIKYU0313	帳票名称	連名簿	Ver	2.08

■印字内容

◆ﾍｯﾀﾞｰ

≪帳票項目一覧≫

帳票項目	ﾊﾞｲﾄ数	内容／条件／計算式	ﾃｰﾌﾞﾙ	項目名
請求年月	16	入力画面_請求年月日の年月		
医療機関ｺｰﾄﾞ	20	「031」　＋　医療機関ｺｰﾄﾞ 7 桁	ｼｽﾃﾑ管理	医療機関ｺｰﾄﾞ
市町村名	10	市町村番号に対応した市町村名		
市町村番号	4	受給者番号の 1～2 桁目	公費請求	公費ー受給者番号１～４
医療機関名称	100	医療機関名称	ｼｽﾃﾑ管理	医療機関名称

【ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ仕様書】

No.	03-09	ｻﾌﾞｼｽﾃﾑ名	岩手県ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	ｺﾝﾎﾟｰﾈﾝﾄ名	総括表･公費請求書
ID	SEIKYU0313	帳票名称	連名簿	Ver	2.08

◆明細

○印字ﾃﾞｰﾀ

帳票項目	ﾊﾞｲﾄ数	内容／条件／計算式	ﾃｰﾌﾞﾙ	項目名
受給者証番号	22	患者の受給者番号	公費請求	公費－受給者番号
保険者番号	16	患者の保険者番号	公費請求	保険者番号
記号	20	保険者証の記号	公費請求	記号
番号	20	保険者証の番号	公費請求	番号
氏名	40	患者氏名	公費請求	漢字氏名
性別	4	患者の性別。男は「1 男」、女は「2 女」と印字	公費請求	性別
生年月日	16	患者の生年月日。（例）平成 24 年 10 月 31 日生まれは「4 平 24.10.31 生」のように表す	公費請求	生年月日
診療年月	16	診療年月	公費請求	診療年月
入外区分	6	入院は「1 入院」　外来は「2 外来」と印字	公費請求	入外区分
一部負担金	9	仮に福祉がなかったときの患者負担額	収納	主保険計算負担金
窓口負担額	9	実際の患者負担額	公費請求	公費－負担金額
処方箋発行医療機関	20	（印字無し）		

◆ﾌｯﾀｰ

帳票項目	ﾊﾞｲﾄ数	内容／条件／計算式	ﾃｰﾌﾞﾙ	項目名
市町村合計－件数	5	市町村毎の合計件数		
市町村合計－一部負担金	10	市町村毎の一部負担金合計		
市町村合計－窓口負担額	10	市町村毎の窓口負担額合計		
合計ﾍﾟｰｼﾞ数	3	合計ﾍﾟｰｼﾞ数		
ﾍﾟｰｼﾞ数	3	現在のﾍﾟｰｼﾞ数		

○印字条件

上記印字ﾃﾞｰﾀは以下の条件の元、各欄へ印字されます。

○対象公費（ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑｵﾌﾟｼｮﾝで標準で設定されている公費）

【ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ仕様書】

No.	03-09	ｻﾌﾞｼｽﾃﾑ名	岩手県ﾌﾟﾛｸﾞﾗﾑ	ｺﾝﾎﾟｰﾈﾝﾄ名	総括表･公費請求書
ID	SEIKYU0313	帳票名称	連名簿	Ver	2.08

保険番号	法別	制度名	短縮制度名
210	10	子ども医療費	マル子県
310	10	子ども医療費	マル子負無
410	10	子ども医療費	盛岡子
510	10	子ども医療費	一戸子
230	30	重度心身障害者医療費	マル障県
330	30	重度心身障害者医療費	マル障負無
430	30	重度心身障害者医療費	盛岡障
530	30	重度心身障害者医療費	一戸障
240	40	ひとり親家庭医療費	マル親県
340	40	ひとり親家庭医療費	マル親負無
440	40	ひとり親家庭医療費	盛岡親
540	40	ひとり親家庭医療費	一戸親
120	20	妊産婦医療費	マル妊県
220	20	妊産婦医療費	マル妊負無
320	20	妊産婦医療費	盛岡妊

「明細行」（図１－１）

判断項目	条件	ﾃｰﾌﾞﾙ	項目名
対象公費を持っている	対象公費参照	公費請求	保険番号－公費１～４

○備考

・現物給付の公費において、公費の助成がない場合は集計対象外。

・市町村合計は最終ﾍﾟｰｼﾞに記載する。