

【プログラム仕様書】

No.	12-03	サブシステム名	千葉県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU1203	帳票名称	母(父)子家庭医療費請求書	ver	4.01

《処理概要》

1. 『母(父)家庭医療費請求書』を印刷する。

《修正履歴》

	作成日付	作業者	記述
初版	2008/01/08	吉川	新規作成
第二版	2008/08/20	吉川	帳票様式の変更
第三版	2016/07/14	門間	対象公費をプログラムオプションから取得するように修正
第四版	2017/11/09	萩野	パラメタ追加、備考欄のプログラムオプション説明を削除し「対象公費」へ移動、 明細の「KOUZA. INI で設定された…」を「プログラムのオプションの KOUZA で…」に修正
第五版	2019/11/11	門間	帳票様式の変更、備考欄の記載追加

【プログラム仕様書】

No.	12-03	サブシステム名	千葉県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU1203	帳票名称	母(父)子家庭医療費請求書	ver	4.01

《テーブル一覧》

テーブルID	I/O	説明	テーブルID	I/O	説明	テーブルID	I/O	説明
tbl_ptinf	I	患者情報	tbl_btpara	I	バッチ関係パラメタ			
tbl_hkncombi	I	保険組み合わせ	tbl_prtoption	I	プログラムオプション			
tbl_syunou	I	収納						
tbl_prtkanri	O	印刷管理						
tbl_prtdata	O	印刷用データ						
tbl_jobkanri	O	ジョブ管理						
tbl_syskanri	I	システム管理						
tbl_kohsky	I	地方公費請求						

《パラメータ一覧》

パラメータ名	説明	桁数	備考
LNK-PRTKANRI-RENUM	連番	4	
LNK-PRTKANRI-TBL-KEY	KEY	8	
LNK-PRTKANRI-TBL-GROUP	グループ	14	
LNK-PRTKANRI-SHORI-RENUM	処理内連番	4	
LNK-PRTKANRI-SRYYM	診療年月	6	
LNK-PRTKANRI-SKYMD	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	オペレータID	16	
LNK-PRTKANRI-PRTNM	プリンタ名	16	
WRK-PARA-JOBID	ジョブID	7	
WRK-PARA-SHELLID	シェルID	8	
WRK-PARA-HOSPNUM	医療機関番号	2	
WRK-PARA-SYORIFLG	処理フラグ	1	
WRK-PARA-STSRYYM	開始診療年月	6	医療機関コード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	医療機関コード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	

【プログラム仕様書】

No.	12-03	サブシステム名	千葉県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU1203	帳票名称	母(父)子家庭医療費請求書	ver	4.01

《オブジェクト一覧》

オブジェクト ID	Type	説明	備考
SEIKYU01203. CBL	CBL	プログラム	
SC1203. red	red	帳票レイアウト (1 頁)	A4 30 (要 INC ファイル)
SC1204. red	red	帳票レイアウト (1 頁)	A4 30 (要 INC ファイル)
SC1203. INC	INC	INC ファイル	
SC1204. INC	INC	INC ファイル	
SEI1203. INC	INC	INC ファイル	
KOUZA. INI	INI	INI ファイル	口座情報設定ファイル
seikyu1203. sh	sh	プログラム起動シェル	

【プログラム仕様書】

No.	12-03	サブシステム名	千葉県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU1203	帳票名称	母(父)子家庭医療費請求書	ver	4.01

■ 帳票レイアウト

船 橋 市 長 あて

管理番号： 9999

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費の助成について
下記により請求します。

医療機関住所 東京都文京区本駒込 2-28-16
電話番号 03-3946-0001
医療機関名称 医療法人 オルカ医院
及び氏名 オルカ 印

令和 1 年 1 1 月 診療分 (医 科 外 来 用)

1

区分	受給者証番号 (7ケタ)	受給者の氏名	診療報酬明細書 による総医療点数	保険負担割合	通院回数	受給者負担金 200円×回数	備 考
1	1234567	千葉 太郎	1,432 点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	2 回	1,430 円	公費併用。別紙あり。 公費外 288点。
2			点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	回	円	
3			点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	回	円	
4			点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	回	円	
5			点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	回	円	
6			点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	回	円	
7			点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	回	円	
8			点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	回	円	
9			点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	回	円	
10			点	1 割 ・ 2 割 ・ 3 割	回	円	
計			1,432 点		2 回	1,430 円	

注 1 人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、区分ごとに請求書を記入してください。
1 人の受給者で複数月分のご請求がある場合は、診療月毎の請求書にご記入ください。

口座変更	※振込口座の変更を希望される場合のみご記入ください			名 義 人 (フ リ ガ ナ)
金 融 機 関 名	支 店 名 (支店コード3ケタ)	口 座 番 号		
テスト銀行	テスト支店 支 店 (999)	1234567890 普通・当座		テスト 太郎

(図 1)

【プログラム仕様書】

No.	12-03	サブシステム名	千葉県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU1203	帳票名称	母(父)子家庭医療費請求書	ver	4.01

船 橋 市 長 あて

管理番号： 9999

船橋市母子家庭、父子家庭等医療費の助成について
下記により請求します。

医療機関住所 東京都文京区本駒込2-28-16
電話番号 03-3946-0001
医療機関名称 医療法人 オルカ医院
及び氏名 オルカ 印

令和 1 年 1 1 月 診療分 (入 院 用)

2

区分	受給者証番号 (7ケタ)	受給者の氏名	診療報酬明細書 による総医療点数	保険負担割合	入院日数	受給者負担金 200円×回数	入院時食事療養費 標準負担額	備 考
1	1234567	千葉 太郎	3,626 点	1割・2割・ 3割	2日	3,620 円	2,760 円 (460 円× 6 回)	公費併用。別紙あり。 公費外 1,813点。
2			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
3			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
4			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
5			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
6			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
7			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
8			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
9			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
10			点	1割・2割・3割	日	円	(円× 回)	
計			3,626 点		2日	3,620 円	2,760 円	

注 1 人の受給者で同月内に入院と外来がある場合は、区分ごとに請求書を記入してください。
1 人の受給者で複数月分のご請求がある場合は、診療月毎の請求書にご記入ください。

口座変更	※振込口座の変更を希望される場合のみご記入ください。		
金融機関名	支店名 (支店コード3ケタ)	口座番号	名義人(フリガナ)
テスト銀行	テスト支店 (999)	1234567890 普通・当座	テスト 太郎

(図 2)

【プログラム仕様書】

No.	12-03	サブシステム名	千葉県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU1203	帳票名称	母(父)子家庭医療費請求書	ver	4.01

■印字内容

◆ヘッダ -

《帳票項目一覧》

帳票項目	バイト数	内容／条件／計算式	テーブル	項目名
印刷日付	16	入力画面_印刷日付		
医療機関住所	100	所在地	システム管理	所在地
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
電話番号	12	電話番号	システム管理	電話番号
開設者名	40	開設者名	システム管理	開設者名
管理番号	4	プログラムオプションの KANRINUM で設定している管理番号を印字する		

【プログラム仕様書】

No.	12-03	サブシステム名	千葉県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU1203	帳票名称	母(父)子家庭医療費請求書	ver	4.01

◆明細

○印字データ

帳票項目	バイト数	内容／条件／計算式	テーブル	項目名
受給者証番号	9	該当患者の受給者番号	公費請求	受給者番号
受給者の氏名	20	該当患者の漢字氏名	公費請求	漢字氏名
総医療点数	7	該当患者の合計点数	公費請求	合計点数 1～4
個人負担割合	2	該当患者の給付割合	公費請求	給付割合
外来：通院回数	3	外来の該当患者の通院回数	公費請求	
受給者負担金	6	該当患者の受給者負担金	収納	公費 1～4 計算負担金
入院：入院日数	3	入院の該当患者の実日数	公費請求	実日数 1～4
入院：食事療養費	7	標準負担額 ÷ 食事日数		
入院：標準負担額	3	該当患者の標準負担額	公費請求	標準負担額 1～4
入院：回数	2	該当患者の食事日数	公費請求	食事日数 1～4
備考	60	全国公費を併用している場合、「公費併用。別紙あり。」を印字する 分点している場合、全国公費に掛かっていない点数「公費外 xxx 点。」を印字する	収納	公費 1～4 保険番号 合計－保険点数
銀行名	20	プログラムの KOUZA で設定している銀行名を印字する		
支店名	20	プログラムの KOUZA で設定している支店名を印字する		
支店コード	3	プログラムの KOUZA で設定している支店コードを印字する		
口座番号	16	プログラムの KOUZA で設定している口座番号を印字する		
名義人	20	プログラムの KOUZA で設定している名義人を印字する		

○印字条件

上記印字データは以下の条件の元、各欄へ印字されます。

○対象公費（プログラムの標準で設定されている公費）

保険番号	法別	制度名	短縮制度名
143	43	母子家庭医療費	マル母

【プログラム仕様書】

No.	12-03	サブシステム名	千葉県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU1203	帳票名称	母(父)子家庭医療費請求書	ver	4.01

「明細行－外来」（図 1－1）

判断項目	条件	テーブル	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
外来である	2	公費請求	入外区分

「明細行－入院」（図 2－2）

判断項目	条件	テーブル	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
入院である	1	公費請求	入外区分

○備考