

【プログラム仕様書】

No.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

《処理概要》

- 『重度心身障害児者医療費請求書』を印刷する。

《修正履歴》

	作成日付	作業者	記述
初版	2010/06/03	吉川	新規作成
第二版	2017/02/14	萩野	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、パラメタ追加

【プログラム仕様書】

No.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

《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	バッチ関係パラメータ			
tbl_syunou	I	収納	tbl_prgoption	I	プログラムオプション			
tbl_prtkanri	0	印刷管理						
tbl_prtdata	0	印刷用データ						
tbl_jobkanri	0	ジョブ管理						
tbl_syskanri	I	システム管理						
tbl_hknjainf	I	保険者情報						
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-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-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.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

《オブジェクト一覧》

オブジェクト ID	Type	説明	備考
SEIKYU3011. CBL	CBL	プログラム	
SEIKYU3012. CBL	CBL	プログラム	印刷用
KOUZASUB. CBL	CBL	プログラム	口座情報取得用
SC3011. red	red	帳票レイアウト (1 頁)	A4 罫 (要 INC ファイル)
SC3011012. red	red	帳票レイアウト (1 頁)	A4 罫 (要 INC ファイル) 、紀の川市用レイアウト
SC3011029. red	red	帳票レイアウト (1 頁)	A4 罫 (要 INC ファイル) 、日高町用レイアウト
SC3011037. red	red	帳票レイアウト (1 頁)	A4 罫 (要 INC ファイル) 、印南町用レイアウト
SC3011. INC	INC	INC ファイル	
SEI3003. INC	INC	INC ファイル	
YUSEN. INI	INI	INI ファイル	優先保険者番号設定ファイル
seikyu3011. sh	sh	プログラム起動シェル	

【プログラム仕様書】

No.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

■ 帳票レイアウト

変更 コード番号を変更した場合は、変更を○で囲んでください。

新規

初めて請求する場合は、新規を○で囲んでください。

医療機関
コード番号

12-3456-7

身

重度心身障害児者医療費請求書

和歌山市長 様

平成22年 5月26日

医療機関等の所在地及び名称 東京都文京区本駒込2-28-16

開設者氏名

医療法人 オルカ医院
オルカ

電話番号

03-3946-0001

平成22年 5月分の重度心身障害児者医療費を下記のとおり請求します。

印

1

受給者番号	受給者氏名	保険者番号	01300011	*本人・家族 (自己負担割合) 3割・2割・(割)	診療月	*入歯・ 外調	入院日数	総点数 × 割 合	270 点	810 円	薬剤一部負担金	0 円	合計金額	810 円
555555	和歌山 テスト	おおおお 55555			05 月		0 日							
受給者番号	受給者氏名	保険者番号		*本人・家族 (自己負担割合) 3割・2割・(割)	診療月	*入歯・ 外調	入院日数	総点数 × 割 合	点	円	薬剤一部負担金	円	合計金額	円
受給者番号	受給者氏名	保険者番号		*本人・家族 (自己負担割合) 3割・2割・(割)	診療月	*入歯・ 外調	入院日数	総点数 × 割 合	点	円	薬剤一部負担金	円	合計金額	円
受給者番号	受給者氏名	保険者番号		*本人・家族 (自己負担割合) 3割・2割・(割)	診療月	*入歯・ 外調	入院日数	総点数 × 割 合	点	円	薬剤一部負担金	円	合計金額	円
受給者番号	受給者氏名	保険者番号		*本人・家族 (自己負担割合) 3割・2割・(割)	診療月	*入歯・ 外調	入院日数	総点数 × 割 合	点	円	薬剤一部負担金	円	合計金額	円
受給者番号	受給者氏名	保険者番号		*本人・家族 (自己負担割合) 3割・2割・(割)	診療月	*入歯・ 外調	入院日数	総点数 × 割 合	点	円	薬剤一部負担金	円	合計金額	円

(1)

- *印の欄は、該当するものを○で囲んでください。
- 他の公費負担を受けている場合は、自己負担がある場合のみ請求していただけます。
- 薬剤一部負担金の有無にかかわらず、合計金額も必ず記入してください。

この請求書は、医療福祉室福祉医療班へ提出してください。

この口座は、

- 今までどおりの口座である。
- 今回から変更する新規の口座である。
(該当する番号を○で囲んでください。)

振込指定銀行	普通・ 当座	預金口座番号	口座名義人
銀行	店		

【プログラム仕様書】

No.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

■ 帳票レイアウト（紀の川市用）

入院 調剤	外○来 その他	歯科	医療機関 コード番号	1 2 - 3 4 5 6 - 7 0
----------	------------	----	---------------	---------------------

市単 身 心身障害児者医療費請求書

平成22年 6月24日

紀の川市 長 様

医療機関の所在地及び名称 113-0021 東京都文京区本駒込2-28-16
医療法人 オルカ医院
開設者氏名 オルカ 03-3946-0001

重度心身障害（児）者医療費を次の明細のとおり請求します。

受給者番号	受給者氏名 (生年月日)	診療月	診療 日数	保険者 番 号	保 険 者 証 記 号・番 号	自己負担割合	保 険 総点数	請 求 額	支給決定額（この欄は記入しないで下さい）
11111111	テスト 和歌山 昭和23年 5月 9日	06月	01日	300012	あああ 123	本人・家族 3割 2割（ 割）	1,414点	4,242円	円
22222222	テスト 和歌山 平成18年 1月 6日	06月	01日	300012	いいい 999	本人・家族 3割 2割（ 割）	345点	690円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割（ 割）	点	円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割（ 割）	点	円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割（ 割）	点	円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割（ 割）	点	円	円
		月	日			本人・家族 3割 2割（ 割）	点	円	円
振込指定銀行							合計 件数	2件	件
預金種別							合計 請求額	4,932円	円
口座番号									
フリガナ									
口座 名義人									

他の公費負担を受けている場合は、自己負担額がある場合のみ請求していただけます。
市町村国保加入の方の請求については、国保連合会を通じて請求お願い致します。

(図2)

【プログラム仕様書】

No.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

■ 帳票レイアウト（日高町用）

（様式第7号-3）

精神障害者医療費請求書

和歌山県日高郡
御坊市外三ヶ町 長 殿

平成22年 6月24日

113-0021
東京都文京区本駒込2-28-16
医療法人 オルカ医院
開設者氏名 オルカ

03-3946-0001

平成22年 6月分の精神障害者医療費を下記のとおり請求します。

請求金額 4,932 円

請求明細表

受給者氏名	診療月	保険診療点数	一部負担金	診療日数
テスト 和歌山	06	1,414	4,242	01
テスト 和歌山	06	345	690	01

振込指定銀行

入金口座番号

口座名義人

【プログラム仕様書】

No.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

■ 帳票レイアウト（印南町用）

和歌山県日高郡
印南町（日高郡 長 殿

平成22年 6月24日

113-0021
東京都文京区本駒込2-28-16
医療法人 オルカ医院
開設者氏名 オルカ

03-3946-0001

重度心身障害者（児）・精神障害者医療費請求書

平成22年 6月分の重度心身障害者（児）・精神障害者医療費を
下記のとおり請求します

請求金額
4,932 円

請求明細表

受給者氏名	診療月	保険診療点数	一部負担金	診療日数
テスト 和歌山	06	1,414	4,242	01
テスト 和歌山	06	345	690	01

振込指定銀行

預金口座番号

口座名義人

【プログラム仕様書】

No.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

■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
市町村名	14	負担者番号の5～7桁目を元に市町村名を取得	公費請求	公費－負担者番号 1～4
印刷年月	16	入力画面_印刷年月		
医療機関コード	40	医療機関コード	システム管理	医療機関コード
請求年月日	22	入力画面_請求年月日		
郵便番号	8	郵便番号	システム管理	郵便番号
医療機関住所	200	所在地	システム管理	所在地
医療機関名称	120	医療機関名称	システム管理	医療機関名称
開設者氏名	120	開設者氏名	システム管理	開設者氏名
電話番号	15	電話番号	システム管理	電話番号
振込指定銀行・銀行名	20	銀行名		
振込指定銀行・支店名	20	支店名		
口座種類	2	普通・当座 該当する種類に○を印字		
預金口座番号	20	口座番号		
口座名義人（カナ）	80	口座名義人（カナ）		
口座名義人	80	口座名義人		
変更区分	2	該当する変更区分に○を印字		

【プログラム仕様書】

No.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

◆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
受給者番号	20	受給資格者証番号	公費請求	公費－受給者番号 1 ～ 4
受給者氏名	14	氏名	公費請求	漢字氏名
生年月日	44	生年月日	公費請求	生年月日
保険者番号	8	保険者番号	公費請求	保険者番号
記号	20	保険者証－記号	公費請求	主保険－記号
番号	20	保険者証－番号	公費請求	主保険－番号
本人家族区分	2	該当する区分に○を印字 1：本人 2：家族	公費請求	主保険－本人家族区分
負担割合	2	該当する割合に○を印字 70：3割 80：2割 該当しない場合は「給付割合 / 10」の結果を印字	公費請求	主保険－給付割合
診療月	2	診療月	公費請求	診療年月
点数区分、入外区分	2	該当する区分に○を印字 1：入院 2：外来	公費請求	入外区分
入院日数	2	入院日数（外来の場合は空白）	公費請求	実日数 2 ～ 5
総点数	6	合計点数	公費請求	合計点数 2 ～ 5
総点数×割合	7	総点数 * 負担割合		
薬剤一部負担金	6	薬剤一部負担金（未使用）		
合計金額	7	総点数 * 給付割合 / 10	公費請求	負担金額 2 ～ 5

○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（プログラムオプションに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
183	83	重度心身障害児医療費町単独	マル身町

【プログラム仕様書】

No.	30-04	サブシステム名	和歌山県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU3011	帳票名称	重度心身障害児者医療費請求書・町単独	ver	3.01

「明細行 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
かつらぎ町ではない	負担者番号の 5~7 桁目が 018 ではない	公費請求	公費 - 負担者番号 1 ~ 4

○備考

- ・ 市町村番号、入外区分、診療年月ごとに集計する。
- ・ 市町村番号が紀の川市（012）の場合は（図 2）の帳票、日高町（029）の場合は（図 3）の帳票、印南町（037）の場合は（図 4）の帳票を使用する。