

【プログラム仕様書】

No.	43-04	サブシステム名	熊本県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4313	帳票名称	障害者医療費請求書	Ver	5.11

《処理概要》

1. 『障害者(児)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	2008/04/11	吉川	新規作成
第二版	2008/10/01	吉川	医療制度改正に伴う変更
第三版	2009/11/11	吉川	対象公費番号（442）を追加
第四版	2009/12/18	吉川	備考欄記述追加
第五版	2012/01/17	吉川	備考欄記述修正
第六版	2016/12/07	吉川	パラメタ追加。最下部の「備考欄」の記述に公費の助成に関する記述追加
第七版	2019/05/10	萩野	改元対応
第八版	2021/08/20	井上	月途中保険者証、受給者証変更時、まとめて集計するよう修正
第九版	2023/01/17	土川	備考欄へ”PCR 検査費用外”等を記載するよう修正。
第十版	2023/02/07	吉川	「備考」の使用テーブル名修正
第十一版	2024/02/14	井上	1枚しかなくてもページ数欄を記載するように修正。

【プログラム仕様書】

No.	43-04	サブシステム名	熊本県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4313	帳票名称	障害者医療費請求書	Ver	5.11

《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	保険組合せ	tbl_prгоption	I	プログラムオプション			
tbl_syunou	I	収納	tbl_seikyu_main	I	請求管理			
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_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.	43-04	サブシステム名	熊本県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4313	帳票名称	障害者医療費請求書	Ver	5.11

《プロジェクト一覧》

プロジェクト ID	Type	説明	備考
SEIKYU4313. CBL	CBL	プログラム	
SC4313. red	red	帳票レイアウト (1 頁)	A4 ヨコ (要 INC ファイル)
SC4313. INC	INC	INC ファイル	
SEI4311. INC	INC	INC ファイル	
seikyu4313. sh	sh	プログラム起動シェル	

【プログラム仕様書】

No.	43-04	サブシステム名	熊本県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4313	帳票名称	障害者医療費請求書	Ver	5.11

■ 帳票レイアウト

熊本市長 様

障害者（児）医療費請求書

(熊本市提出用)

令和 6 年 2 月 14 日

医療機関番号 1 2 3 4 5 6 7

令和 6 年 2 月 14 日

東京都文京区本駒込 2-28-16 事業登録者番号: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 医療法人 オルカ医院

保険医療機関等の所在地及び名称

開 設 者 氏 名

電 話 番 号

オルカ 03-3946-0001 (印)

総合計件数 1 件

総合計点数 125 点

薬剤費定額負担額総計 円

公費負担点数総計 125 点

(上記の欄は総合計ですので、1枚目のみに記入してください。)

請 求 明 細 (1 枚中の 1 枚目)

番号	受給資格者証記号・番号	保 険 者 番 号	患 者 氏 名	区 分				総 点 数		公 費		薬 剤 費 定 額 負 担 額 (円)	診 療 科 目	以前診療分 【この請求書の該当 診療月以前の診療 の場合、その診療 年月を記入。】	備 考
01	シ B 1 1 1 1 1 1 1 1	0 1 4 3 0 0 1 6	クマモト ショウガイ 熊本 障害	入・外				1	2	5	1・2	1 2 5			
02				入・外							1・2				
03				入・外							1・2				
04				入・外							1・2				
05				入・外							1・2				
06				入・外							1・2				
07				入・外							1・2				
08				入・外							1・2				
09				入・外							1・2				
10				入・外							1・2				
計								1	2	5		1 2 5			

※この請求書は高額療養費、老人保健法に該当する場合は使えません。
※診療費内訳欄の「区分」は、入・外どちらかを○で囲み「総点数」には入院時
食事療養費は含めないでください。「結精区分」は、1・・・結核予防法 2・・・精神保健福祉法です。
※診療科目欄は、①総合病院は、すべて記入してください。②総合病院以外は、歯科診療と歯科診療に伴う調剤についてのみ診療科目「50」を記入してください。

担当者名

【プログラム仕様書】

No.	43-04	サブシステム名	熊本県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4313	帳票名称	障害者医療費請求書	Ver	5.11

■印字内容

◆ヘッダー

≪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
印刷年号	4	入力画面_印刷年月		
印刷年	4	入力画面_印刷年月		
印刷月	4	入力画面_印刷年月		
総合計件数	5	件数の総合計	公費請求	
総合計点数	9	点数の総合計	公費請求	
公費負担点数総計	9	公費負担点数の総合計	公費請求	
医療機関コード	14	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		
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
開設者名	40	開設者名	システム管理	開設者名
電話番号	15	電話番号	システム管理	電話番号
総ページ数	2	ページ合計		
ページ数	2	1からの連番		

【プログラム仕様書】

No.	43-04	サブシステム名	熊本県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4313	帳票名称	障害者医療費請求書	Ver	5.11

◆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
記号	4	患者が所持する公費の負担者番号	公費請求	公費－負担者番号 1 ～ 4
番号	14	患者が所持する公費の受給者番号	公費請求	公費－受給者番号 1 ～ 4
保険者番号	16	保険者番号	公費請求	保険者番号
カナ氏名	30	患者のカナ氏名	公費請求	カナ氏名
患者氏名	20	患者の漢字氏名	公費請求	漢字氏名
入外区分	2	該当する区分に○を印字 1：入 2：外	公費請求	入外区分
総点数	10	患者の合計点数	公費請求	合計点数 2 ～ 5
結精区分	2	収納テーブルの保険番号を元に、該当する区分に○を印字 010：1 021：2	収納	公費 1 ～ 4 保険番号
公費負担点数	10	収納テーブルから保険の合計点数を取得	収納	合計－保険点数
診療科目	2	旧総合病院且つレプト科が 00 以外の時のみ印字	システム管理 公費請求	旧総合病院フラグ レプト科
以前診療分：診療年	4	診療年月が入力された診療年月より以前の場合は、その診療年を印字	公費請求	診療年月
以前診療分：診療月	4	診療年月が入力された診療年月より以前の場合は、その診療月を印字	公費請求	診療年月
備考	32	PCR およびコロナ軽症を持っている場合、備考欄に「PCR 検査費用外」を印字	請求管理	保険番号－公費 1 ～ 4

○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

保険番号	法別	制度名	短縮制度名
142	42	重度心身障害者医療費	障害負無
242	42	重度心身障害者医療費	障害負有
342	42	重度心身障害者医療費	熊本市障
442	42	重度心身障害者医療費	熊障負無

【プログラム仕様書】

No.	43-04	サブシステム名	熊本県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4313	帳票名称	障害者医療費請求書	Ver	5.11

「明細行」（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

○備考

- ・ 公費の助成がない場合は印字対象外とする。
- ・ 月途中保険者証、受給者証変更時、まとめて集計する。