

【プログラム仕様書】

|     |            |         |              |          |           |
|-----|------------|---------|--------------|----------|-----------|
| No. | 44-03      | サブシステム名 | 大分県プログラム     | コンポーネント名 | 総括表・公費請求書 |
| ID  | SEIKYU4401 | 帳票名称    | 乳幼児医療費助成金請求書 | Ver      | 2.02      |

《処理概要》

1. 『乳幼児医療費助成金請求書』を印刷する。

《修正履歴》

|     | 作成日付       | 作業者 | 記述            |
|-----|------------|-----|---------------|
| 初版  | 2008/04/16 | 吉川  | 新規作成          |
| 第二版 | 2008/10/09 | 吉川  | 一部負担金の内容を修正   |
| 第三版 | 2009/07/03 | 吉川  | 市町村名の内容修正     |
| 第四版 | 2010/10/12 | 吉川  | 帳票様式の変更に伴う修正  |
| 第五版 | 2011/02/01 | 吉川  | 適用区分欄の内容修正    |
| 第六版 | 2011/03/14 | 吉川  | 一部自己負担額の内容を修正 |
| 第七版 | 2011/06/21 | 吉川  | 一部自己負担額の内容を修正 |
| 第八版 | 2011/10/12 | 吉川  | 一部自己負担額の内容を修正 |
| 第九版 | 2015/01/30 | 吉川  | 平成27年1月改正対応   |
| 第十版 | 2015/10/14 | 吉川  | 自己負担額欄の内容を修正  |

## 【プログラム仕様書】

|     |            |         |              |          |           |
|-----|------------|---------|--------------|----------|-----------|
| No. | 44-03      | サブシステム名 | 大分県プログラム     | コンポーネント名 | 総括表・公費請求書 |
| ID  | SEIKYU4401 | 帳票名称    | 乳幼児医療費助成金請求書 | Ver      | 2.02      |

## 《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_hknjainf | I   | 保険者情報     |        |     |    |
| tbl_hkncombi | I   | 保険組合せ  | tbl_kohsky   | I   | 地方公費請求    |        |     |    |
| tbl_syunou   | I   | 収納     | tbl_btpara   | I   | ハッチ連係パラメタ |        |     |    |
| tbl_seikyu   | I   | 請求管理   |              |     |           |        |     |    |
| 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 |              |     |           |        |     |    |

## 《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  |    |
| RECEERR                   | エラーファイル名 | 37 |    |

【プログラム仕様書】

|     |            |         |              |          |           |
|-----|------------|---------|--------------|----------|-----------|
| No. | 44-03      | サブシステム名 | 大分県プログラム     | コンポーネント名 | 総括表・公費請求書 |
| ID  | SEIKYU4401 | 帳票名称    | 乳幼児医療費助成金請求書 | Ver      | 2.02      |

《プロジェクト一覧》

| プロジェクト ID       | Type | 説明            | 備考                 |
|-----------------|------|---------------|--------------------|
| SEIKYU4401. CBL | CBL  | プログラム         |                    |
| SC4401. red     | red  | 帳票レイアウト (1 頁) | A4 ヨコ (要 INC ファイル) |
| SC4401. INC     | INC  | INC ファイル      |                    |
| SEI4401. INC    | INC  | INC ファイル      |                    |
| seikyu4401. sh  | sh   | プログラム起動シェル    |                    |

【プログラム仕様書】

|     |            |         |              |          |           |
|-----|------------|---------|--------------|----------|-----------|
| No. | 44-03      | サブシステム名 | 大分県プログラム     | コンポーネント名 | 総括表・公費請求書 |
| ID  | SEIKYU4401 | 帳票名称    | 乳幼児医療費助成金請求書 | Ver      | 2.02      |

■ 帳票レイアウト

平成22年10月分 子ども医療費助成金請求書

大分市市町村長 殿

|           |
|-----------|
| 公費負担番号    |
| 834440010 |

下記のとおり請求します。

平成22年11月 5日

|          |               |        |
|----------|---------------|--------|
| 医療機関等コード | 1 2 3 4 5 6 7 | (7桁番号) |
|----------|---------------|--------|

保険医療機関等の所在地及び名称・開設者氏名

東京都文京区本駒込2-28-16

医療法人 オルカ医院

オルカ

印

1

| NO  | 受給資格者番号 |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 氏名       |   | 生年月日 |   |   |    | 性別                | 社保<br>国保               | 入院・外来・歯科<br>調剤・その他 | 給付<br>割合 | 日<br>数              | 法定点数<br>(基準額)        | 一部負担額<br>(A) | 自己負担額<br>(B) | 子ども医療費一部自己負担金      |                      | 市町村<br>負担額<br>(A)+(B)-(C) | 診療<br>年月 | 保険者番号<br>又は<br>保険者名 | 適用<br>区分 | 備考 |
|-----|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------|---|------|---|---|----|-------------------|------------------------|--------------------|----------|---------------------|----------------------|--------------|--------------|--------------------|----------------------|---------------------------|----------|---------------------|----------|----|
|     |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |      |   |   |    |                   |                        |                    |          |                     |                      |              |              | 日<br>数             | 一部自己負担額<br>(C)       |                           |          |                     |          |    |
| 1   | 1       | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 乳幼児 テスト  | H | 1    | 5 | 5 | 5  | ①・2<br>男・女<br>社・国 | ①・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 | 3                  | 31       | 57,577 <sup>円</sup> | 150,758 <sup>円</sup> | <sup>円</sup> | 14           | 7,000 <sup>円</sup> | 143,758 <sup>円</sup> |                           | 大分市      | A                   |          |    |
| 2   | 2       | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 乳幼児 テスト2 | H | 1    | 5 | 5 | 5  | ①・2<br>男・女<br>社・国 | ①・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 | 3                  | 31       | 57,577              | 83,188               |              | 14           | 7,000              | 76,188               |                           | 大分市      | B                   |          |    |
| 3   | 3       | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 3 | 乳幼児 テスト3 | H | 1    | 5 | 5 | 5  | ①・2<br>男・女<br>社・国 | ①・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 | 3                  | 31       | 57,577              | 35,400               |              | 14           | 7,000              | 28,400               |                           | 大分市      | C                   |          |    |
| 4   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 5   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 6   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 7   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 8   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 9   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 10  |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 11  |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 12  |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 13  |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 14  |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 15  |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          | H |      |   |   |    | 1・2<br>男・女<br>社・国 | 1・2・3・4・5<br>入・外・歯・調・他 |                    |          |                     |                      |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 小 計 |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |      |   |   | 93 | 172,731           | 269,346                |                    | 42       | 21,000              | 248,346              |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |
| 合 計 |         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |          |   |      |   |   | 93 | 172,731           | 269,346                |                    | 42       | 21,000              | 248,346              |              |              |                    |                      |                           |          |                     |          |    |

(注) 自立支援医療(育成医療)等の公費負担医療を優先適用した場合に生じる受給者自己負担額を(B)に記載する。

( 1 )

## 【プログラム仕様書】

|     |            |         |              |          |           |
|-----|------------|---------|--------------|----------|-----------|
| No. | 44-03      | サブシステム名 | 大分県プログラム     | コンポーネント名 | 総括表・公費請求書 |
| ID  | SEIKYU4401 | 帳票名称    | 乳幼児医療費助成金請求書 | Ver      | 2.02      |

## ■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          |
|---------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|--------------|
| 印刷年月    | 16   | 入力画面_印刷年月                                                                                                                                             |        |              |
| 請求年月日   | 22   | 入力画面_請求年月日                                                                                                                                            |        |              |
| 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      |
| 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       |
| 市町村名    | 30   | 公費請求テーブルの負担者番号（6～7桁）を元に保険者情報テーブルから保険者名を取得<br>以下の3市は負担者番号と保険者番号が異なるので、負担者番号を次のように置き換えて<br>保険者情報テーブルから取得する。<br>豊後大野市 36→101<br>由布市 25→102<br>国東市 17→103 | 保険者情報  | 保険者名         |
| 公費負担番号  | 16   | 公費の負担者番号                                                                                                                                              | 公費請求   | 公費一負担者番号 1～4 |

## 【プログラム仕様書】

|     |            |         |              |          |           |
|-----|------------|---------|--------------|----------|-----------|
| No. | 44-03      | サブシステム名 | 大分県プログラム     | コンポーネント名 | 総括表・公費請求書 |
| ID  | SEIKYU4401 | 帳票名称    | 乳幼児医療費助成金請求書 | Ver      | 2.02      |

## ◆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                          |
|----------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------|
| 受給資格者番号        | 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                 |
| 氏名             | 32   | 患者の漢字氏名                                                                                                                                                                                 | 公費請求         | 漢字氏名                         |
| 生年月日           | 12   | 患者の生年月日                                                                                                                                                                                 | 公費請求         | 生年月日                         |
| 性別             | 2    | 該当する性別に○を印字<br>1：男<br>2：女                                                                                                                                                               | 公費請求         | 性別                           |
| 社保国保           | 2    | 該当する保険に○を印字<br>1：社保<br>2：国保                                                                                                                                                             | 公費請求         | 審査支払機関                       |
| 入外区分           | 2    | 該当する区分に○を印字<br>1：入<br>2：外                                                                                                                                                               | 公費請求         | 入外区分                         |
| 給付割合           | 1    | 全国公費を併用しており、一部負担金欄に記載する場合は何も記載しない                                                                                                                                                       | 公費請求         | 主保険－給付割合                     |
| 日数             | 2    | 患者の実日数。総点数と公費分点数が異なる場合は、請求管理テーブルから第1公費の実日数を印字                                                                                                                                           | 公費請求<br>請求管理 | 実日数 2～5<br>実日数－公費 1          |
| 法定点数（基準額）      | 7    | 患者の合計点数。総点数と公費分点数が異なる場合は、請求管理テーブルから取得した第1公費の合計点数と総点数を差し引いた値を印字                                                                                                                          | 公費請求<br>請求管理 | 合計点数 2～5<br>合計点数－公費 1        |
| 一部負担額（A）       | 7    | 患者の自己負担額を記載する。（収納テーブルの公費の計算負担金）<br>ただし、全国公費を併用しているかつ「全国公費点数＝地方公費点数」の場合は印字しない。<br>主保険に限度額がある場合はその額までを限度とし、長期（972）を持っている場合は10000円までを、長期上位（974）を持っている場合は20000円までを限度とする。<br>端数は1円単位を四捨五入する。 | 収納           | 主保険・公費 1～4 計算負担金、公費 1～4 保険番号 |
| 自己負担額（B）       | 7    | 全国公費を併用している場合、全国公費助成後の自己負担金を記載する。<br>端数は1円単位を四捨五入する。                                                                                                                                    | 収納           | 主保険計算負担金（円単位記録用）             |
| 子ども：日数         | 2    | 乳幼児医療に係る実日数を印字。入院は14日を限度とする。外来で183を併用している場合は4日を限度とする。外来で283を併用している場合は2日を限度とする。<br>佐伯市と姫島村で、外来かつ未就学でない場合は記載しない                                                                           | 公費請求         | 実日数 2～5                      |
| 子ども：一部自己負担額（C） | 6    | 乳幼児医療にかかる一部負担金を印字<br>姫島村（負担者番号の6～7桁目が「16」）の場合は0を記載する<br>佐伯市と姫島村で、外来かつ未就学でない場合は記載しない                                                                                                     | 公費請求         | 負担金額 2～5                     |

## 【プログラム仕様書】

|     |            |         |              |          |           |
|-----|------------|---------|--------------|----------|-----------|
| No. | 44-03      | サブシステム名 | 大分県プログラム     | コンポーネント名 | 総括表・公費請求書 |
| ID  | SEIKYU4401 | 帳票名称    | 乳幼児医療費助成金請求書 | Ver      | 2.02      |

|             |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |            |                         |
|-------------|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------------------------|
| 市町村負担額      | 7  | 市町村負担額 = (A) + (B) - (C)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |            |                         |
| 診療年月        | 4  | 患者の診療年月                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 公費請求       | 診療年月                    |
| 保険者番号又は保険者名 | 32 | 公費請求テーブルの保険者番号を元に保険者情報テーブルから保険者名を取得                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 保険者情報      | 保険者名                    |
| 適用区分        | 2  | <p>【平成 26 年 12 月まで】</p> <p>入院の場合、高額療養費の限度額適用区分を記載する</p> <p>上位所得者：A</p> <p>一般：B</p> <p>低所得者：C</p> <p>限度額認定証を持っていない場合（収納テーブルの公費一部負担金に該当患者の窓口負担金が計算されており、公費の上限額を超えている）は「D」を記載する</p> <p>【平成 27 年 1 月から】</p> <p>高額療養費の限度額適用区分を記載する</p> <p>区分ア：ア</p> <p>区分イ：イ</p> <p>区分ウ：ウ</p> <p>区分エ：エ</p> <p>区分オ：オ</p> <p>限度額認定証を持っていない場合（収納テーブルの公費一部負担金に該当患者の窓口負担金が計算されており、公費の上限額を超えている）は「カ」を記載する</p> | 公費請求<br>収納 | 在宅総合・在宅末期フラグ<br>公費一部負担金 |

## ○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 |
|------|----|--------|-------|
| 183  | 83 | 乳幼児医療費 | マル乳   |
| 283  | 83 | 乳幼児医療費 | 乳3未   |

## 「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 |

【プログラム仕様書】

|     |            |         |              |          |           |
|-----|------------|---------|--------------|----------|-----------|
| No. | 44-03      | サブシステム名 | 大分県プログラム     | コンポーネント名 | 総括表・公費請求書 |
| ID  | SEIKYU4401 | 帳票名称    | 乳幼児医療費助成金請求書 | Ver      | 2.02      |

○備考

- ・全国公費との分点があり、全国公費点数≠地方公費点数となった場合は、別々の行に分ける。