【プログラム仕様書】

No.	44-05	サブシステム名	宮崎県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4505	帳票名称	乳幼児医療費請求書	Ver	4.08

《処理概要》

- 『診療報酬請求書』を印刷する。

《修正履歴》

	作成日付	作業者	記述
初版	2008/05/09	吉川	新規作成
第二版	2008/10/27	吉川	対象公費番号の追加
第三版	2009/01/16	吉川	ヘッダーに「電話番号」追加
第四版	2009/02/16	吉川	備考欄修正、使用テーブル追加
第五版	2009/10/28	吉川	対象公費番号の追加（681）
第六版	2010/01/26	吉川	備考欄の内容修正
第七版	2010/06/15	吉川	対象公費を INI ファイルで持つ修正に伴う変更
第八版	2017/06/06	門間	パラメタ追加
第九版	2020/12/14	井上	保険番号 190 で患者負担がない場合は記載対象外とするように修正

【プログラム仕様書】

No.	44-05	サブシステム名	宮崎県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4505	帳票名称	乳幼児医療費請求書	Ver	4.08

《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_kohsky	I	地方公費請求			
tbl_hkncombi	I	保険組合せ	tbl_btpara	I	ハッチ連係パラメタ			
tbl_syunou	I	収納						
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						

《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.	44-05	サブシステム名	宮崎県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4505	帳票名称	乳幼児医療費請求書	Ver	4.08

《プロジェクト一覧》

プロジェクト ID	Type	説明	備考
SEIKYU4505. CBL	CBL	プログラム	
SKT4510. red	red	帳票レイアウト (1 頁)	A4 罫 (要 INC ファイル)
SKT4510. INC	INC	INC ファイル	
SEI4505. INC	INC	INC ファイル	
TAISYO4501. INC	INC	INC ファイル	
TAISYOKOHI. INI	INI	INI ファイル	対象公費番号設定ファイル
seikyu4505. sh	sh	プログラム起動シェル	

【プログラム仕様書】

No.	44-05	サブシステム名	宮崎県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4505	帳票名称	乳幼児医療費請求書	Ver	4.08

■ 帳票レイアウト

平成20年10月分診療報酬請求書 (医科)
 保険医療機関の 東京都文京区本駒込2-28-16 (宮崎県)

所在地及び名称 医療法人 オルカ医院
 電話番号 開設者氏名
 殿

印

保険者番号	4511234567	医療機関コード	表別
診療点数			医科 1

下記の通り請求する。
 平成20年10月27日

区分	療養の給付		食事療養・生活療養	
	件数	点数	回数	金額
一般	70歳以上	入院 21		
		入院外 22		
		入院		
		入院外		
		入院 23		
		入院外 24		
		入院		
		入院外		
		入院 25		
		入院外 26		
六歳	一般被保険者	入院 27		
		入院外 28		
		入院		
		入院外		
		入院 29		
		入院外 30		
		入院		
		入院外		
		入院 35		
		入院外 36		
退職者	被扶養者	入院 37		
		入院外 38		
		入院		
		入院外		
		入院 39		
		入院外 40		
		入院		
		入院外		
		入院 43		
		入院外 44	1	3,611
公費負担医療	81	入院 43	1	800
		入院外 44	2	
	2	入院		
		入院外		
	81	入院 45		
		入院外 46	1	2,539
	3	入院		
		入院外		
		入院		
		入院外		

注1.この用紙は、A列4番とすること。
 注2.※印の欄は、記入しないこと。

(図1)

【プログラム仕様書】

No.	44-05	サブシステム名	宮崎県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4505	帳票名称	乳幼児医療費請求書	Ver	4.08

■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
診療年月	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
開設者氏名	80	開設者氏名	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
保険者番号	40	公費の負担者番号から市町村番号を取得	公費請求	公費-負担者番号 1～4
保険者名	30	公費請求テーブルの負担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

【プログラム仕様書】

No.	44-05	サブシステム名	宮崎県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4505	帳票名称	乳幼児医療費請求書	Ver	4.08

◆明細

○印字データ

帳票項目	バリエーション	内容/条件/計算式	テーブル	項目名
法別番号	2	請求管理テーブルの保険番号を元に保険番号テーブルから法別番号を取得	保険番号	法別番号
給付割合	1	保険の給付割合	公費請求	給付割合
件数	5	該当公費使用患者の件数	公費請求	
日数	5	該当公費使用患者の「実日数」の合計	公費請求	公費-実日数 1~4
点数	9	該当公費使用時の「合計点数」の合計	公費請求	公費-合計点数 1~4
一部負担金	9	該当公費使用時の「負担金額」の合計。保険番号 190 は一部負担金を印字しない	公費請求	公費-負担金額 1~4
食事：件数	5	該当公費使用時の食事した人数の合計	公費請求	
食事：回数	5	該当公費使用時の「食事日数」の合計	公費請求	公費-食事日数 1~4
食事：金額	9	該当公費使用時の「食事療養費」の合計	公費請求	公費-食事療養費 1~4
食事：標準負担額	9	該当公費使用時の「標準負担額」の合計	公費請求	公費-標準負担額 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（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
181	81	乳幼児医療費	乳300
281	81	乳幼児医療費	乳負担無
381	81	乳幼児医療費	乳350
481	81	乳幼児医療費	乳500
581	81	乳幼児医療費	乳800
681	81	乳幼児医療費	乳820
195	95	重度障害者（児）医療費	重度障害
190	90	母子寡婦重心等医療費	福祉
188	88	ひとり親家庭等医療費	ひとり親

「明細行-入院」（図1-1）

判断項目	条件	テーブル	項目名
------	----	------	-----

【プログラム仕様書】

No.	44-05	サブシステム名	宮崎県プログラム	コンポーネント名	総括表・公費請求書
ID	SEIKYU4505	帳票名称	乳幼児医療費請求書	Ver	4.08
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

「明細行－入院」 (図 1－2)

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
外来である	2	公費請求	入外区分

○備考

- ・ 地方公費の助成がない場合は印字対象外とする。但し保険番号 190 は助成の有無に関わらず患者負担がある場合は記載する。