

母子及び父子家庭等医療費助成事業
(自動償還) 事務取扱マニュアル

【医療機関 (医科・歯科・調剤)】

平成 28 年 9 月

沖縄県青少年・子ども家庭課

目 次

1	母子及び父子家庭等医療費助成事業の概要	1
2	母子及び父子家庭等医療費助成事業「自動償還」制度導入に伴う 医療機関等の事務について	2
3	自動償還方式の事務処理方法	5
4	沖縄県国民健康保険団体連合会への報告方法	7
5	各種様式関係	
	母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格証	8
	母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細報告書	9
	母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書	11
	母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書	15
6	参考資料	
	母子及び父子家庭等医療費助成事業自動償還実施予定市町村一覧	17
	関係機関連絡先	18

母子及び父子家庭等医療費助成事業の概要

1 制度の趣旨

母子家庭や父子家庭等に対し、医療費の一部を助成することにより、生活の安定と自立を促進し、もって母子家庭等の福祉の増進を図ることを目的とする。

2 実施主体 市町村

3 助成の方法

母子家庭や父子家庭の保護者と児童などが医療費に要した健康保険等の自己負担分を市町村が助成し、県は市町村が助成した経費の2分の1以内の額を市町村へ補助する。

4 制度の経過

- ・平成6年度から県の単独補助事業として母子家庭及び父子家庭等を対象に助成制度を開始した。平成10年度までに全市町村で実施。
- ・平成19年10月から、入院に係る自己負担額（入院1日につき700円、市町村民税非課税の場合は、入院1日につき300円）を廃止。

5 制度の概要

対象者	母子家庭の母と児童 父子家庭の父と児童 養育者が養育する父母のない児童	助成対象	医療保険各法の適用を受ける医療費の自己負担金（高額療養費等は控除）
所得制限	児童扶養手当所得制限額（一部支給）に準ずる	一部負担金	通院→医療機関毎月1,000円／人当たり 入院→なし
給付方法	償還払い→自動償還へ移行	補助率	県 1/2 市町村 1/2

6 沖縄県母子及び父子家庭等医療費助成事業の自動償還制度移行について

- ・母子及び父子家庭等医療費助成対象者が県内医療機関等で受診した場合、自己負担金を医療機関等へ支払い、その後、診療データが医療機関等から沖縄県国民健康保険団体連合会を経由し市町村へ送られ、受給者が市町村へ申請手続きを行わなくても、助成対象者（保護者）へ自動的に医療費が助成される制度。
- ・全ての保険診療医療費（入院・通院）が対象となる。
- ・市町村は、対象者へ「受給資格者証（自動償還）」（県内統一様式）を配布。

**母子及び父子家庭等医療費助成「自動償還」制度導入に伴う
医療機関等の事務について**

1 医療機関における事務の内容について

(1) 受給資格者証（自動償還）の確認

母子及び父子家庭等医療費助成制度の受給資格者であることを窓口で確認をお願いします。

受給資格者証は、県内統一の仕様になります（色：若草色）

(2) 診療等に係る一部負担金の徴収

対象の母子家庭等の父母とその児童が受けた保険適用となる医療費について、従来どおり、保険負担割合に基づき、3割等の一部負担金（自己負担金）を徴収されるようお願いします。

(3) 「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細報告書」（第1号様式）及び「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」（第1号様式（別紙））の作成

月毎に作成し、期限までに沖縄県国民健康保険団体連合会へ持参、または送付等により提出するようお願いします。

【提出期限】	紙での報告	毎月 10 日まで
	電子媒体での報告	毎月 15 日まで
	オンラインでの報告	毎月 15 日まで

※提出期限が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとします。

※提出期限を過ぎた場合は、翌月の受付扱いとなります。

【電子データで報告する場合】

- ・上記明細書を電子データで報告する場合は、レセコン等のシステム改修が必要となります。
- ・「自己負担額支払明細データレコード仕様」に基づき、作成をお願いします。
- ・自己負担額支払明細書作成要領については、沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページに掲載しています。<http://www.okikoku.or.jp/ashoukan/>

「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」の報告対象について

- ① 保険適用の診療分のみの報告となります。
- ② 報告時点において、同一診療月の診療に係る自己負担額が全額支払い済の場合に国民健康保険団体連合会へ報告対象とします。

- ③ 未払いがある場合は国民健康保険団体連合会への報告はせずに、領収書による市町村窓口での償還払い(自動償還ではない)になりますので、保護者へ申し添えをお願いします。
- ④ 未払いにより報告できなかったものについては、医療機関において全額支払いが済んだことが確認でき、かつ、医療機関において報告可能な場合は月遅れ分として報告することができます。

※「支払い」とは、入院時の場合は自己負担支払額と食事療養費の両方を指しており、いずれかに未払いがある場合は報告の対象としません。

(4) 母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書の作成について

上記(3)提出後に受給資格者の負担すべき医療費について過不足が発生し、その精算を行った場合は、その都度、該当市町村あて「母子及び父子家庭等医療費等返戻等差額発生報告書」(第2号様式)の提出をお願いします。

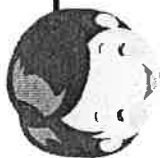
→ 3号様式

※自己負担額に変更がある場合のみ提出してください。

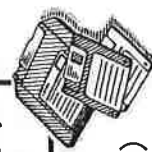
※市町村の連絡先については、事務取扱マニュアル(本書)の参考資料「関係機関連絡先」をご参照ください。

2 事務手数料について

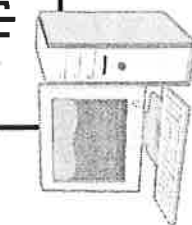
- (1) 母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書の作成に要する事務手数料として、診療報酬明細書または調剤報酬明細書ごとに1件(レセ)当たり16円(消費税相当額及び地方消費税相当額を含む。)を交付します。
- (2) 事務手数料の交付は毎月、沖縄県国民健康保険団体連合会を通して、診療報酬の口座へ振り込みます。



受給者



医療機関



市町村

⑧データ取込
償還分入力
助成額算定

⑦自己負担額一覧データ送付

⑩手数料請求(国保連分：毎月 / 医療機関分：毎月)

⑪手数料支払(国保連分：毎月 / 医療機関分：毎月)

①受給者証交付申請

②認定・受給者証交付

⑨助成金の振込

⑤自己負担額支払明細の提出

⑫手数料支払

★エラー分等の返戻

◎問い合わせ確認&非該当返戻報告書の送付(随時)
◎返戻等差額発生報告書の送付(随時)

③受診(受給者証提示・自己負担額支払)

④自己負担額受領・領収書発行

保険医療機関等における自動償還方式の事務処理方法

① 母子及び父子家庭等医療費助成制度の受給資格者であることを「受給者資格証（自動償還）」で確認する。



② 国保・社保等による一部負担金を窓口で徴収する。



③ 窓口で徴収した一部負担金を「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」に転記（入力）する。



④ ③で作成した「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」を国保連合会に提出する。



⑤ 「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」報告後に自己負担額に変更が生じた場合は、市町村に報告する。

① 母子及び父子家庭等医療の受給資格を確認する。

【保険証との突合確認】

国保・社保等保険証と母子及び父子家庭等医療の受給者証との照合を行い、氏名や生年月日等により同一人物であることを確認します。

【有効期限の確認】

診療を受けようとする日が、受給資格者証に記載の資格対象期間内であることを確認します。

「保険証」と「受給資格証」との双方を確認してください。確認してください。利用者の方には、「受給資格者証」は診療の都度提示するようお願いをしていますので、窓口での確認について御協力をお願いします。

市町村により対象年齢が異なる場合があります。受給資格者証には資格対象期間を明記してあります。資格対象期間を過ぎている場合は、利用することができません。

② 診療等に係る一部負担金を窓口にて徴収する。

【自己負担額の窓口徴収】

対象者が受けた保険適用となる医療費について、国保・社保等の規定による負担割合に基づき、一部負担金（自己負担額）を徴収します。

これまでと同様、保険負担割合の3割等の一部負担金を利用者に支払ってもらいます。自動償還方式は、償還払いの一つですので、利用者の方にいったんお支払いしていただいた後に、助成を行います。

③ 母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書を作成する。

【窓口で徴収した自己負担額の記録】

月毎の集計額を「母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書」に記載するため、窓口徴収した自己負担額をその都度記録します。

保険適用外診療は助成対象外です。

【母子及び父子家庭等医療費自己負担明細書の記載】

(手作業による場合)

記録しておいた窓口徴収の自己負担額を診療月で累計し、受給者に関する他の基本情報とあわせて、明細書に転記します。

【母子及び父子家庭等医療費自己負担明細書の作成】

(入力ソフト、レセコンによる場合)

報告用データは、沖縄県国民健康保険団体連合会の示しているデータレコード仕様に従って提出をお願いします。

データレコード仕様及び入力ソフトによる作成方法については、沖縄県国民健康保険団体連合会から提供されるマニュアルをご覧ください。

④ ③で作成した『明細書』を提出(報告)する。

【母子及び父子家庭等医療費自己負担明細書の提出】

作成した母子及び父子家庭等医療費自己負担明細書を、診療月の翌月の10日(電子媒体での提出については、診療月の翌月の15日)までに沖縄県国民健康保険団体連合会に提出します。

医療機関番号は、レセプト作成で使用しているものと同じです。

提出の期限を過ぎると、次回(翌月)の受付扱いになります。受付扱いになります。

また、受給者への助成金振込も遅れますので、ご注意ください。

⑤ 自己負担額等に変更が生じた場合は、市町村へ報告する。

【差額発生報告書の提出】

④の母子及び父子家庭等医療費自己負担額支払明細書を提出後に自己負担額等に変更が生じた場合は、差額発生報告書を作成して、対象の受給者の居住する市町村に提出します。

通常の事務は④までで終わりです。自己負担額等に変更が生じた場合は、市町村への報告をお願いします。

医療機関から沖縄県国民健康保険団体連合会への報告方法について

方法	医療機関の状況	処理を行うための 機器等の条件	自己負担額支払明細情報 作成方法	報告媒体	ファイル名	報告方法
1	カルテ レセプト レセコン パソコン	・特になし	・定められた様式(紙)またはExcelファイルへ自己負担額支払明細情報を記載する(Excelファイルで作成した場合は、紙へ出力する。) ・利用者の情報は、カルテ、レセプト等から入手する。	定められた様式(紙)	—	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (支払明細報告書を添付) 報告期限: 毎月10日
2	カルテ レセプト レセコン パソコン	・パソコンが必要 ・入カソフトのインストールが必要(沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページから無料でダウンロードできる。)	・パソコンへインストールした入カソフトを用いて、自己負担額支払明細情報を入力後、報告データを出力する。 ・利用者の情報は、カルテ、レセプト等から入力する。	各種電子媒体 【CD-R、DVD-R、MO、FD、USBメモリ】	【電子媒体で報告の場合】 報告年月日(6桁) + ' ' + 医療機関番号(10桁) + ' ' + 出力日付(8桁) [yyyyymmdd] 例) 201611_471999999_20160601.csv ・報告年月: 平成28年6月 ・医療機関番号: 471999999 ・出力日付: 平成28年6月1日	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (支払明細報告書を添付) 報告期限: 毎月15日
3	カルテ レセプト レセコン	・レセコンが必要 ・レセコン提供元によるシステム改修が必要。	・レセコンから自己負担額支払明細情報の報告データを出力する。	各種電子媒体 【CD-R、DVD-R、MO、FD、USBメモリ】	同上	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (支払明細報告書を添付) 報告期限: 毎月15日
4	カルテ レセプト レセコン パソコン	・インターネットへ接続できるパソコンが必要。	・レセコンから自己負担額支払明細情報の報告データを作成。 ・手入力	—	同上	報告先: 沖縄県国民健康保険団体連合会 (オンラインシステムへ接続し対象データを報告) 報告期限: 毎月15日

母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格者証(様式)

- 母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格者証(自動償還)は、対象者の方へ市町村より発行します。
- 受給資格者証の様式については、県内統一の仕様になります(色:若草色)。
- 医療機関等の窓口において、「受給資格者証」の確認をお願いします。

【表】

33	〇〇市母子及び父子家庭等医療費助成金受給資格者証 (自動償還)						13cm
24	事業番号	02	受給者番号				
13.25	対象者	フリガナ			続柄	性別	
21		氏名					
21		生年月日					
13.25	受給者	フリガナ			性別		
21		氏名					
21		住所					
25	加入保険	被保険者氏名					
25		保険者名称					
21	資格取得日						
18	資格対象期間	外 来	平成	年	月	日	から
18			平成	年	月	日	まで
18		入 院	平成	年	月	日	から
18			平成	年	月	日	まで
21	平成 年 月 日						
39	〇〇市長 印						
370.5							
9.2cm							

※資格対象期間は、市町村の助成対象年齢により異なります。

平成 年 月 日

医療費助成自己負担額支払報告書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関等番号		
県番号	点区分	医療機関コード
47		

医療機関名称

印

電話番号

住所

医療費助成自己負担額支払明細書を次のとおり報告します。

事業 番号	診療年月	平成 年 月			
報告件数・自己負担額金額計（自動償還）					
1	こども医療費	999,999	件	99,999,999,999	円
2	母子及び父子家庭等医療費	999,999	件	99,999,999,999	円
			件		円

※診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。

平成 年 月 日

医療費助成自己負担額支払報告書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関番号 8桁を記載

点区分を記載
1: 医科、3: 歯科、4: 調剤

医療機関番号		医療機関等番号
県番号	点区分	医療機関コード
47		

医療機関名称

印

電話番号

住所

診療年月を記載

医療費助成自己負担額支払明細書を次のとおり報告します。

事業番号	診療年月	平成	年	月
報告件数・自己負担額金額計（自動償還）				
1	こども医療費	999,999	件	99,999,999,999 円
2	母子及び父子家庭等医療費	999,999	件	99,999,999,999 円
事業番号毎に、今回報告する件数を記載 ※月遅れ分も含める。		事業番号毎に、今回報告する金額を記載 ※月遅れ分も含める。		円

※診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。

平成 年 月分

醫療費助成自己負擔額支払明細書

沖繩県国民健康保険団体連合会 殿

機 関 区 分	機 関 口 数
1：医療機関	
2：施術機関	

下記のとおり送付する

三
民
年
歲
平

医療機関所在地：
医療機関名称：
開設者：
電話：

[illegible]

※の二に、明治二十六年、其年、日本、朝鮮、韓国、民衆、保護、條約、締結、に、提、し、る。

①事業：子ども自動償還「1」、母子家庭等自動償還「2」

②種別：国保「1」 社保「2」

③性別：男「1」、女「2」、その他「3」

④生年月日：昭和「3」、平成「4」

⑤区分：入院「1」、入院外「2」

⑥割合：受給者自己負担割合の「1」「2」「3」を記入する。

※請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

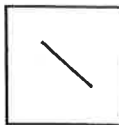
⑦診療年月：取扱月分のときは記入しなくてもよいが、月遅れのときは記入する。

⑧実日数：実際に診療のあった日数を記入する。

⑨合計点数：レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。

⑩自己負担支払額：受給者が窓口で支払った額（保険給付分のみ）を記入する。

(頁/総枚数)



医疗费自己負擔額支払明細書(薬局用)

平成 年 月分

沖繩県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関所在地：

下記のとおり返付する

機関区分

機関区分

開設者：

田 氏 年 表

機 関 区 分	機 関 口 一 二
1 : 医 療 機 関	
2 : 施 衛 機 関	

[illegible]

⑦診療年月：取扱月分のときは記入しなくてもよいが、月遅れのときは記入する。

⑧実日数：実際に診療のあった日数を記入する。

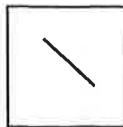
⑨合計点数：レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。

⑩自己負担支払額：受給者が窓口で支払った額（保険給付分のみ）を記入する。

⑥割合：受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。

※請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

(頁/総枚数)



医療費助成自己負担額支払明細書

平成 年 月 日 診療年月を記入

社保・国保に関わらず、沖縄県
国民健康保険団体連合会に提
出する

沖縄県国民健康保険団体連合会

医療機関所在地：
医療機関名称：
開設者：
電話：

下記のとおり送付する

機関区分	機関コード
1：医療機関	
2：施術機関	

明細書(送付日)を記載

該当番号を○で囲む

①事業	②種別	③性別	④生年月日	⑤区分	⑥割合	⑦診療年月	⑧実日数	⑨合計点数(点)	⑩自己負担支払額(円)	⑪食事療養費(円)	備考
1	1	男	平成25年4月2日生まれ	1	2	1	1	1	1	1	1
2	2	女	平成25年4月2日生まれ	2	3	2	2	2	2	2	2
3	3	男	平成25年4月2日生まれ	3	4	3	3	3	3	3	3
4	4	女	平成25年4月2日生まれ	4	5	4	4	4	4	4	4
5	5	男	平成25年4月2日生まれ	5	6	5	5	5	5	5	5
6	6	女	平成25年4月2日生まれ	6	7	6	6	6	6	6	6
7	7	男	平成25年4月2日生まれ	7	8	7	7	7	7	7	7
8	8	女	平成25年4月2日生まれ	8	9	8	8	8	8	8	8
9	9	男	平成25年4月2日生まれ	9	10	9	9	9	9	9	9
10	10	女	平成25年4月2日生まれ	10	11	10	10	10	10	10	10
11	11	男	平成25年4月2日生まれ	11	12	11	11	11	11	11	11
12	12	女	平成25年4月2日生まれ	12	13	12	12	12	12	12	12
13	13	男	平成25年4月2日生まれ	13	14	13	13	13	13	13	13
14	14	女	平成25年4月2日生まれ	14	15	14	14	14	14	14	14
15	15	男	平成25年4月2日生まれ	15	16	15	15	15	15	15	15
16	16	女	平成25年4月2日生まれ	16	17	16	16	16	16	16	16
17	17	男	平成25年4月2日生まれ	17	18	17	17	17	17	17	17
18	18	女	平成25年4月2日生まれ	18	19	18	18	18	18	18	18
19	19	男	平成25年4月2日生まれ	19	20	19	19	19	19	19	19
20	20	女	平成25年4月2日生まれ	20	21	20	20	20	20	20	20
21	21	男	平成25年4月2日生まれ	21	22	21	21	21	21	21	21
22	22	女	平成25年4月2日生まれ	22	23	22	22	22	22	22	22
23	23	男	平成25年4月2日生まれ	23	24	23	23	23	23	23	23
24	24	女	平成25年4月2日生まれ	24	25	24	24	24	24	24	24
25	25	男	平成25年4月2日生まれ	25	26	25	25	25	25	25	25
26	26	女	平成25年4月2日生まれ	26	27	26	26	26	26	26	26
27	27	男	平成25年4月2日生まれ	27	28	27	27	27	27	27	27
28	28	女	平成25年4月2日生まれ	28	29	28	28	28	28	28	28
29	29	男	平成25年4月2日生まれ	29	30	29	29	29	29	29	29
30	30	女	平成25年4月2日生まれ	30	31	30	30	30	30	30	30
31	31	男	平成25年4月2日生まれ	31	32	31	31	31	31	31	31
32	32	女	平成25年4月2日生まれ	32	33	32	32	32	32	32	32
33	33	男	平成25年4月2日生まれ	33	34	33	33	33	33	33	33
34	34	女	平成25年4月2日生まれ	34	35	34	34	34	34	34	34
35	35	男	平成25年4月2日生まれ	35	36	35	35	35	35	35	35
36	36	女	平成25年4月2日生まれ	36	37	36	36	36	36	36	36
37	37	男	平成25年4月2日生まれ	37	38	37	37	37	37	37	37
38	38	女	平成25年4月2日生まれ	38	39	38	38	38	38	38	38
39	39	男	平成25年4月2日生まれ	39	40	39	39	39	39	39	39
40	40	女	平成25年4月2日生まれ	40	41	40	40	40	40	40	40
41	41	男	平成25年4月2日生まれ	41	42	41	41	41	41	41	41
42	42	女	平成25年4月2日生まれ	42	43	42	42	42	42	42	42
43	43	男	平成25年4月2日生まれ	43	44	43	43	43	43	43	43
44	44	女	平成25年4月2日生まれ	44	45	44	44	44	44	44	44
45	45	男	平成25年4月2日生まれ	45	46	45	45	45	45	45	45
46	46	女	平成25年4月2日生まれ	46	47	46	46	46	46	46	46
47	47	男	平成25年4月2日生まれ	47	48	47	47	47	47	47	47
48	48	女	平成25年4月2日生まれ	48	49	48	48	48	48	48	48
49	49	男	平成25年4月2日生まれ	49	50	49	49	49	49	49	49
50	50	女	平成25年4月2日生まれ	50	51	50	50	50	50	50	50
51	51	男	平成25年4月2日生まれ	51	52	51	51	51	51	51	51
52	52	女	平成25年4月2日生まれ	52	53	52	52	52	52	52	52
53	53	男	平成25年4月2日生まれ	53	54	53	53	53	53	53	53
54	54	女	平成25年4月2日生まれ	54	55	54	54	54	54	54	54
55	55	男	平成25年4月2日生まれ	55	56	55	55	55	55	55	55
56	56	女	平成25年4月2日生まれ	56	57	56	56	56	56	56	56
57	57	男	平成25年4月2日生まれ	57	58	57	57	57	57	57	57
58	58	女	平成25年4月2日生まれ	58	59	58	58	58	58	58	58
59	59	男	平成25年4月2日生まれ	59	60	59	59	59	59	59	59
60	60	女	平成25年4月2日生まれ	60	61	60	60	60	60	60	60
61	61	男	平成25年4月2日生まれ	61	62	61	61	61	61	61	61
62	62	女	平成25年4月2日生まれ	62	63	62	62	62	62	62	62
63	63	男	平成25年4月2日生まれ	63	64	63	63	63	63	63	63
64	64	女	平成25年4月2日生まれ	64	65	64	64	64	64	64	64
65	65	男	平成25年4月2日生まれ	65	66	65	65	65	65	65	65
66	66	女	平成25年4月2日生まれ	66	67	66	66	66	66	66	66
67	67	男	平成25年4月2日生まれ	67	68	67	67	67	67	67	67
68	68	女	平成25年4月2日生まれ	68	69	68	68	68	68	68	68
69	69	男	平成25年4月2日生まれ	69	70	69	69	69	69	69	69
70	70	女	平成25年4月2日生まれ	70	71	70	70	70	70	70	70
71	71	男	平成25年4月2日生まれ	71	72	71	71	71	71	71	71
72	72	女	平成25年4月2日生まれ	72	73	72	72	72	72	72	72
73	73	男	平成25年4月2日生まれ	73	74	73	73	73	73	73	73
74	74	女	平成25年4月2日生まれ	74	75	74	74	74	74	74	74
75	75	男	平成25年4月2日生まれ	75	76	75	75	75	75	75	75
76	76	女	平成25年4月2日生まれ	76	77	76	76	76	76	76	76
77	77	男	平成25年4月2日生まれ	77	78	77	77	77	77	77	77
78	78	女	平成25年4月2日生まれ	78	79	78	78	78	78	78	78
79	79	男	平成25年4月2日生まれ	79	80	79	79	79	79	79	79
80	80	女	平成25年4月2日生まれ	80	81	80	80	80	80	80	80
81	81	男	平成25年4月2日生まれ	81	82	81	81	81	81	81	81
82	82	女	平成25年4月2日生まれ	82	83	82	82	82	82	82	82
83	83	男	平成25年4月2日生まれ	83	84	83	83	83	83	83	83
84	84	女	平成25年4月2日生まれ	84	85	84	84	84	84	84	84
85	85	男	平成25年4月2日生まれ	85	86	85	85	85	85	85	85
86	86	女	平成25年4月2日生まれ	86	87	86	86	86	86	86	86
87	87	男	平成25年4月2日生まれ	87	88	87	87	87	87	87	87
88	88	女	平成25年4月2日生まれ	88	89	88	88	88	88	88	88
89	89	男	平成25年4月2日生まれ	89	90	89	89	89	89	89	89
90	90	女	平成25年4月2日生まれ	90	91	90	90	90	90	90	90
91	91	男	平成25年4月2日生まれ	91	92	91	91	91	91	91	91
92	92	女	平成25年4月2日生まれ	92	93	92	92	92	92	92	92
93	93	男	平成25年4月2日生まれ	93	94	93	93	93	93	93	93
94	94	女	平成25年4月2日生まれ	94	95	94	94	94	94	94	94
95	95	男	平成25年4月2日生まれ	95	96	95	95	95	95	95	95
96	96	女	平成25年4月2日生まれ	96	97	96	96	96	96	96	96
97	97	男	平成25年4月2日生まれ	97	98	97	97	97	97	97	97
98	98	女	平成25年4月2日生まれ	98	99	98	98	98	98	98	98
99	99	男	平成25年4月2日生まれ	99	100	99	99	99	99	99	99
100	100	女	平成25年4月2日生まれ	100	101	100	100	100	100	100	100
101	101	男	平成25年4月2日生まれ	101	102	101	101	101	101	101	101
102	102	女	平成25年4月2日生まれ	102	103	102	102	102	102	102	102
103	103	男	平成25年4月2日生まれ	103	104	103	103	103	103	103	103
104	104	女	平成25年4月2日生まれ	104	105	104	104	104	104	104	104
105	105	男	平成25年4月2日生まれ	105	106	105	105	105	105	105	105
106	106	女	平成25年4月2日生まれ	106	107	106	106	106	106	106	106
107	107	男	平成25年4月2日生まれ	107	108	107	107	107	107	107	107
108	108	女	平成25年4月2日生まれ	108	109	108	108	108	108	108	108
109	109	男	平成25年4月2日生まれ	109	110	109	109	109	109	109	109
110	110	女	平成25年4月2日生まれ	110	111	110	110	110	110	110	110
111	111	男	平成25年4月2日生まれ	111	112	111	111	111	111	111	111
112	112	女	平成25年4月2日生まれ	112	113	112	112	112	112	112	112
113	113	男	平成25年4月2日生まれ	113	114	113	113	113	113	113	113
114	114	女	平成25年4月2日生まれ	114	115	114	114	114	114	114	114
115	115	男	平成25年4月2日生まれ	115	116	115	115	115	115	115	115
116	116	女	平成25年4月2日生まれ	116	117	116	116	116	116	116	116
117	117	男	平成25年4月2日生まれ	117	118	117	117	117	117	117	117
118	118	女	平成25年4月2日生まれ	118	119	118	118	118	118	118	118
119	119	男	平成25年4月2日生まれ	119	120	119	119	119	119	119	119
120	120	女	平成25年4月2日生まれ	120	121	120	120	120	120	120	120
121	121	男	平成25年4月2日生まれ	121	122	121	121	121	121	121	121
122	122	女	平成25年4月2日生まれ	122	123	122	122	122	122	122	122
123	123	男	平成25年4月2日生まれ	123	124	123	123	123	123	123	123
124	124	女	平成25年4月2日生まれ</								

医療費自己負担額支払明細書(薬局用)

平成 年 月 分

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

機関区分	機関コード
1: 医療機関	
2: 施術機関	

医療機関所在地:

医療機関名称:

開設者:

電話:

下記のとおり送付する

平成 年 月 日



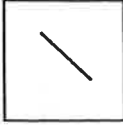
①事業	②種別	③氏名(カナ)	④生年月日 年 月 日	⑤区分	⑥割合	⑦診療年月 年 月	⑧実日数	⑨合計点数 (点)	⑩自己負担 支払額(円)	備考
病院用と同様の記載方法の場合は、病院用【記載例】を参照して下さい。										

処方箋を発行した医療機関番号を記載

- ⑦診療年月: 取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。
- ⑧実日数: 実際に診療のあった日数を記入する。
- ⑨合計点数: レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
- ⑩自己負担支払額: 受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)を記入する。

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。
①事業: こども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」
②種別: 国保「1」 社保「2」 ③性別: 男「1」 女「2」 その他「3」 ④生年月日: 昭和「3」 平成「4」 ⑤区分: 入院「1」 入院外「2」
⑥割合: 受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。
※請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

(頁/総枚数)



(案)

第3号様式

母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書

〇〇市町村長 殿

機関コード

医療機関所在地
医療機関名称
開設者
電話

下記のとおり報告します

平成 年 月 日

印

① 整理 NO.	受給者資格に関する基本情報					②前回送付の診療情報等				⑤差額発生後の診療情報等			備考 (発生理由等)
	公費番号	受給者番号	生年月日			④ 区分	合計点数 (点)	自己負担 支払額 (円)	合計点数 (点)	自己負担 支払累計額 (円)	⑥自己負担 支払額の差額		
			号	年	月							日	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

※この報告書は、各市町村長へ提出する。
※報告書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。
①「事業」欄は、母子及び父子家庭等医療費助成事業コードの「2」を記入する。
②「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国民健康保険団体連合会に提出した内容を記入する。
③「診療年月」欄は、元号を昭和は「3」、平成は「4」で記入する。
④「区分」欄は、入院は「1」、入院外は「2」を記入する。
⑤「差額発生後の診療情報等」欄は、変動後の内容を記入する。
⑥「自己負担支払額の差額」欄は、実際に医療機関等の窓口で受給者との間に生じた支払い額の差額を記入する。

(頁/総枚数)

/

こども医療費返戻等差額発生報告書 記載例

こども医療費返戻等差額発生報告書

〇〇市町村長 殿

市町村毎に別様で作成。『こども医療費返戻等差額発生報告書』は原票(紙ベース)を市町村に提供する

機関コード

医療機関番号を記載

下記のとおり報告します

作成日(送付日)を記載
平成 年 月 日

医療機関所在地

医療機関名称

開設者

電話

報告書毎に押印する

印

発生理由を簡潔に記載

整理 NO.	受給者資格に関する基本情報										②前回送付の診療情報等			⑤差額発生後の診療情報等			備考 (発生理由等)
	公費番号	受給者番号	生年月日	③診療年月	④区分	合計点数(A)	自己負担 支払額(B)	自己負担 支払累計額(C)	⑥自己負担 支払額の差額	減点	減額等により発生し変動した結果の レセプトの点数と自己負担支払額を 記載						
1	01	XXXXXX	200401	2504	1	186	560	470	△90		減点						
2						マイナスの場合、後日助成金の返還が行われる(今後交付される助成金との相殺による対応の可能性もあり)											
3						552	1650	2860	1210		窓口での保険点数計算ミス						
4						プラスの場合、後日助成金が追加交付される											
5						2854	5710	0	△5710		保険外診療						
6						こども医療は保険の自己負担を助成する制度であるためゼロに修正。窓口での調整がなくとも報告が必要											
7						27451	54900	0	△54900		受給資格が喪失していたため						
医療機関が自己負担額の誤り等に気づいた時に、市町村へ報告する帳票 市町村はこれに基づき受給者へ自動償還した額の過不足の調整を行う																	
こども医療受給者の保険診療ではないためゼロに修正。窓口での調整がなくとも報告が必要																	
既に報告済みの『自己負担額支払明細書』に計上した情報を記載 窓口調整後の情報を記載																	
33648 100940 33648 100940 0 受給者番号の照報告 前回8003204																	

※この報告書は、各市町村長へ提出する。

※報告書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も捺印する。

①「事業」欄は、こども医療費助成事業コードの「1」を記入する。

②「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国民健康保険団体連合会に提出した内容を記入する。

③「診療年月」欄は、元号を昭和は「3」、平成は「4」で記入する。

④「区分」欄は、入院は「1」、入院外は「2」を記入する。

⑤「差額発生後の診療情報等」欄は、変動後の内容を記入する。

⑥「自己負担支払額の差額」欄は、実際に医療機関等の窓口で受給者との間に生じた支払い額の差額を記入する。

(頁/総枚数)

母子及び父子家庭等医療費助成事業自動償還実施予定市町村一覧

平成28年3月31日

No	実施時期 (予定含む)		市町村	こども医療費助成対象年齢	
				通院	入院
1	平成28年度	12月	中城村	就学前	中学卒業
2			西原町	就学前	中学卒業
3	平成29年度	4月	宜野湾市	就学前	中学卒業
4			糸満市	就学前	中学卒業
5			宮古島市	就学前	中学卒業
6			恩納村	中学卒業	中学卒業
7			宜野座村	中学卒業	中学卒業
8			金武町	高校卒業	高校卒業
9			読谷村	就学前	中学卒業
10			北谷町	中学卒業	中学卒業
11		8月	うるま市	就学前	中学卒業
12		未定	国頭村	高校卒業	高校卒業
13			大宜味村	中学卒業	中学卒業
14	平成30年度	4月	那覇市	就学前	中学卒業
15			浦添市	就学前	中学卒業
16			沖縄市	就学前	中学卒業
17			豊見城市	就学前	中学卒業
18			今帰仁村	就学前	中学卒業
19		未定	久米島町	就学前	中学卒業
20	自動償還への移行を希望 するが実施時期は未定		名護市	中学卒業	中学卒業
21			東村	高校卒業	高校卒業
22			本部町	就学前	中学卒業
23			伊江村	中学卒業	中学卒業
24			嘉手納町	中学卒業	中学卒業
25			北中城村	就学前	中学卒業
26			与那原町	就学前	中学卒業
27			粟国村	就学前	中学卒業
28			竹富町	中学卒業	中学卒業
29	現行どおり償還払いを希望		石垣市	就学前	中学卒業
30			南城市	就学前	中学卒業
31			渡嘉敷村	就学前	中学卒業
32			座間味村	就学前	中学卒業
33			渡名喜村	高校卒業	高校卒業
34			南大東村	中学卒業	中学卒業
35			伊是名村	中学卒業	中学卒業
36			八重瀬町	就学前	中学卒業
37	無回答		南風原町	中学卒業	中学卒業
38			北大東村	中学卒業	中学卒業
39			伊平屋村	中学卒業	中学卒業
40			多良間村	高校卒業	高校卒業
41			与那国町	中学卒業	中学卒業

関係機関連絡先

■沖縄県母子及び父子家庭等医療費助成事業

事務取扱マニュアル・様式のダウンロード

沖縄県のホームページから

トップページ → 県の組織 → 子ども生活福祉部 → 青少年・子ども家庭課

<http://www.pref.okinawa.jp/site/kodomo/shonenkodomo/>

■沖縄県母子及び父子家庭等医療費助成事業全般に関するお問い合わせ

沖縄県子ども生活福祉部 青少年・子ども家庭課 母子福祉班

〒900-8570 沖縄県那覇市泉崎1丁目2番2号

TEL:098-866-2174 FAX:098-866-2402

■母子及び父子家庭等医療費自己負担額明細書送付先・システム関係に関するお問い合わせ

沖縄県国民健康保険団体連合会 情報・介護課 情報管理係 母子及び父子家庭等医療費助成事業担当

〒900-8559 沖縄県那覇市西3丁目14番18号(国保会館)

TEL:098-863-5724 FAX:098-867-6794

■母子及び父子家庭等医療費助成事業市町村窓口

	市町村名	課室名	電話番号	FAX番号	住所
1	那覇市	子育て応援課	098-861-6951	098-862-9669	那覇市泉崎1-1-1
2	宜野湾市	児童家庭課	098-893-4422	098-893-4450	宜野湾市字野嵩1-1-1
3	石垣市	児童家庭課	0980-82-1704	0980-82-8055	石垣市美崎町14
4	浦添市	児童家庭課	098-876-1234	098-879-7190	浦添市字安波茶1-1-1
5	名護市	子育て支援課	0980-53-1212	0980-53-7825	名護市港1-1-1
6	糸満市	児童家庭課	098-840-8131	098-840-8154	糸満市潮崎町1-1
7	沖縄市	こども家庭課	098-939-1212	098-934-3835	沖縄市仲宗根町26-1
8	豊見城市	子育て支援課	098-850-0143	098-856-7046	豊見城市字翁長854-1
9	うるま市	児童家庭課	098-973-4983	098-973-9819	うるま市みどり町1-1-1
10	宮古島市	児童家庭課	0980-73-1966	0980-73-1967	宮古島市平良字西里186
11	南城市	児童家庭課	098-946-8995	098-946-8896	南城市玉城字富里143
12	国頭村	福祉課	0980-41-2765	0980-41-2914	国頭村字辺土名121
13	大宜味村	住民福祉課	0980-44-3003	0980-44-3139	大宜味村字大兼久157
14	東村	福祉保健課	0980-43-2202	0980-43-3050	東村字平良804
15	今帰仁村	福祉保健課	0980-56-4189	0980-56-5559	今帰仁村字仲宗根219
16	本部町	福祉課	0980-47-2165	0980-47-2185	本部町字東5
17	恩納村	福祉健康課	098-966-1207	098-966-1266	恩納村字恩納2451
18	宜野座村	健康福祉課	098-968-3253	098-968-5504	宜野座村字宜野座296
19	金武町	保健福祉課	098-968-3559	098-968-6275	金武町字金武1
20	伊江村	福祉課	0980-49-3160	0980-49-2003	伊江村字東江前38
21	読谷村	こども未来課	098-982-9240	098-958-4125	読谷村字座喜味2901
22	嘉手納町	子ども家庭課	098-956-1111	098-956-8094	嘉手納町字嘉手納588
23	北谷町	子ども家庭課	098-982-7709	098-982-7715	北谷町字桑江226
24	北中城村	福祉課	098-935-2233	098-982-0345	北中城村字喜舎場426-2
25	中城村	福祉課	098-895-1738	098-895-3048	中城村字当間176
26	西原町	こども福祉課	098-945-5311	098-945-6770	西原町字嘉手納112
27	与那原町	子育て支援課	098-945-6520	098-946-4597	与那原町字上与那原16
28	南風原町	こども課	098-889-7028	098-889-7657	南風原町字兼城686
29	渡嘉敷村	民生課	098-987-2322	098-987-2560	渡嘉敷村字渡嘉敷183
30	座間味村	総務・福祉課	098-896-4045	098-987-2004	座間味村字座間味109
31	粟国村	民生課	098-988-2017	098-988-2206	粟国村字東367
32	渡名喜村	民生課	098-989-2317	098-989-2197	渡名喜村字渡名喜1917-3
33	南大東村	福祉民生課(保健センター)	09802-2-2116	09802-2-2813	南大東村字南144-1
34	北大東村	福祉衛生課	09802-3-4055	09802-3-4406	北大東村字中野218
35	伊平屋村	住民課	0980-46-2142	0980-46-2956	伊平屋村字我喜屋251
36	伊是名村	住民福祉課	0980-45-2819	0980-45-2467	伊是名村字仲田1203
37	久米島町	福祉課	098-985-7124	098-985-7120	久米島町字比嘉2870
38	八重瀬町	児童家庭課	098-998-7163	098-998-7164	八重瀬町字具志頭659
39	多良間村	住民福祉課	0980-79-2623	0980-79-2664	多良間村字仲筋99-2
40	竹富町	介護福祉課	0980-82-6191	0980-82-6199	石垣市美崎町11
41	与那国町	長寿福祉課	0980-87-3575	0980-84-8633	与那国町字与那国129

母子及び父子家庭等医療費助成制度
自動償還払い方式事務の手引き
(医療機関向け Q & A)

【医療機関（医科・歯科・調剤）】

平成 28 年 9 月

沖縄県青少年・子ども家庭課

目 次

1	事前準備について	1
2	受給者資格者証の確認について	2
3	自己負担額支払明細書について	3
4	自己負担額に未納がある場合の取扱いについて	6
5	領収書の取扱いについて	8
6	手数料の支払いについて	9
7	調剤薬局における取扱いについて	10
8	その他	10

1 事前準備について

Q1-1 自動償還方式の導入に向けて、医療機関側が事前に準備しておくことはありますか。

A1-1 自己負担額支払明細書を作成する事前準備として

① 紙の帳票で作成する場合

事前に沖縄県または沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページから様式及び記入例を印刷し、記入方法を確認しておいてください。

② 沖縄県国民健康保険団体連合会の作成したソフトを利用して作成する場合

事前に沖縄県国民健康保険団体連合会のホームページから様式及び記入例を取り込んで、データの作成方法を確認しておいてください。

③ システムを使用してデータを作成する場合

レセコンシステムを管理しているシステム業者と調整を行い、自己負担額支払明細書作成要領に基づいたデータ作成ができるようにシステムの改修を行ってください。また、平成 29 年 3 月 17 日以降から沖縄県国民健康保険団体連合会にてシステム業者ごとのテストデータの受付が可能となりますので、運用テストを行ってください。

なお、システム改修費用については県、市町村からの補助はございません。

④ オンライン報告を行う場合

インターネットに接続できるパソコンを用意し、沖縄県国民健康保険団体連合会ホームページより申請書を取得、必要事項を記載の上、提出をお願いします。

Q1-2 自動償還方式の実施にあたり、医療機関窓口で患者様へお願いすることはありますか。

A1-2 受付の際に「母子及び父子家庭等医療費助成受給資格者証（若草色）をお持ちの方は、保険証と一緒に新受給資格者証も提示してください。」と声かけし、受給資格者証の内容を確認してください。

Q1-3 自動償還払いについて質問がある際は、どちらに問い合わせればよいですか。

●受給資格者証や制度に関する問い合わせ先

各市町村における母子及び父子家庭等医療費助成担当窓口

(連絡先については、母子及び父子家庭等医療費助成制度(自動償還)事務取扱マニュアルの関係機関連絡先をご参照ください。)

●自己負担額支払明細書の作成要領やシステムに関する問い合わせ先

沖縄県国民健康保険団体連合会 情報・介護課 情報管理係

母子及び父子家庭等医療費助成担当 TEL 098-863-5724

2 受給資格者証の確認について

Q2-1 受給資格者証は、どのような人に交付されるのですか。

A2-1 各市町村に住所を有し、医療保険に加入している者(世帯)で、次の者が対象になります。

- ① 母子家庭の母と児童
- ② 父子家庭の父と児童
- ③ 養育者が養育する父母のない児童

※ 対象児童は、18歳に達した以降の最初の3月末日までの間にある者が対象となります。

Q2-2 医療機関窓口にて受給資格者証を提示した場合、自己負担額の支払いはなくなるのですか。

A2-2 自動償還払いは、支払った後の払い戻しの手続きを簡素化するためのものになりますので、これまでどおり医療機関窓口での支払いは必要となります。

Q2-3 受給資格者証は毎回の提示が原則となっていますが、提示がない場合は自動償還払いの対象外として取り扱ってよいのですか。

A2-3 受給資格者証の提示がない場合は、原則自動償還払いの対象外となります。ただし、受給者から自動償還払いの申し出があり、同月内に受給資格者証の提示があった場合は、自動償還払いの対象として扱ってください。

Q2-4 受診時に受給資格者証がなく、当該月の報告が終わった後には毎回の提示が原則となっていますが、月遅れで報告することになるのですか。

A2-4 受診月内で受給資格者証の確認ができない場合は、自動償還の報告対象とはせず、市町村母子及び父子家庭等医療費助成担当窓口にて支給申請手続きを行うよう案内をお願いします。

Q2-5 受給資格者証は持っているが、健康保険証を持っていない場合はどうなりますか。

A2-5 健康保険証の提示がなく、10割負担となる場合は、自動償還の報告対象とはせず、各市町村母子及び父子家庭等医療費助成担当窓口にて支給申請手続きを行うよう案内をお願いします。

3 自己負担額支払明細書について

Q3-1 自己負担額支払明細書はどこへ提出するのですか。また、提出方法及び毎月の提出期限はあるのですか。

A3-1 自己負担額支払明細書は、加入健康保険に関係なくすべて国民健康保険団体連合会に提出してください。また、提出方法は、持参か郵送、またはオンラインでお願いします。

レセプトと同封も可能ですが、他の提出物と区別できるようお願いします。

提出期限は、紙媒体の場合は毎月10日、電子媒体（オンライン報告）の場合は毎月15日までとなっており、その日が土日祝祭日の場合はその翌日以降の最初の営業日までとなります。

Q3-2 自己負担額支払明細書を作成する方法は決まっているのですか。

A3-2 自己負担額支払明細書の作成方法については、次のような方法があります。

① 紙の帳票に直接記載する（Excel入力含む）。

- ② 国民健康保険団体連合会の作成したソフトを利用する。
- ③ 各医療機関で使用しているレセコンを、明細書を作成できるよう改修する。

Q3-3 国民健康保険団体連合会の作成したソフトを使用する場合、そのソフトはどのようにして入手することができるのですか。

A3-3 下記の国民健康保険団体連合会のホームページから入手できます。
国民健康保険団体連合会： <http://www.okikoku.or.jp/ashoukan/>

Q3-4 紙の帳票に直接記載する場合、帳票の様式は配布されるのですか。

A3-4 下記の国民健康保険団体連合会のホームページから入手できます。
国民健康保険団体連合会： <http://www.okikoku.or.jp/ashoukan/>
沖縄県：

Q3-5 自己負担額支払明細書を国民健康保険団体連合会へ報告する際は、紙でなければならないのですか。

A3-5 報告形式については、紙の帳票に直接記載した場合（Excel を含む）は、紙での提出になります。

国民健康保険団体連合会の作成したソフト及び各医療機関で使用しているレセコンから明細書を作成した場合は、電子媒体（CD-R、DVD-R、MO、FD、USBメモリ）またはオンラインでの提出をお願いします。

Q3-6 国民健康保険団体連合会へ電子媒体で報告する場合でも、紙の自己負担額支払明細書に押印したものを、別途提出しなければならないのですか。

A3-6 電子媒体で報告する場合、自己負担額支払明細書を紙で提出する必要はありませんが、自己負担額支払明細報告書については、紙での提出が必要となります。
ただし、オンライン報告では、自動で作成するため不要です。

Q3-7 国民健康保険団体連合会へ報告した内容を、医療機関で保管しておく必要があるのですか。

A3-7 各市町村または国民健康保険団体連合会から、報告内容についての問い合わせをさせていただくことがありますので、必ず保管しておいてください。
なお、その保管期間については、1年間をお願いします。

Q3-8 自己負担額支払明細書の報告を忘れてしまった場合や、記載漏れがあった場合は、どうすればよいのですか。

A3-8 自動償還払いの対象として月遅れで報告をするか、償還払いとするか受給者にご相談いただき、どちらかの方法を選んでください。
受給者のご相談が難しい場合や本人から各市町村へ問い合わせがあった場合は、市町村で調整し、本人が自動償還払いを希望したときは、市町村から受信先の医療機関へ連絡します。

Q3-9 自己負担額支払明細書の報告を忘れてしまった場合や、記載漏れがあったものについて、月遅れで報告する場合、報告の期限はあるのでしょうか。

A3-9 原則として、診療月から起算して1年以内に報告するようお願いします。

Q3-10 生活保護の受給者についても、自己負担額支払明細書の報告が必要ですか。

A3-10 生活保護の受給者については、母子及び父子家庭等医療費助成制度の対象にならないため、自己負担額支払明細書の報告は必要ありません。

Q3-11 公費負担医療制度の受給者についても、自己負担額支払明細書の報告が必要ですか。

A3-11 小児慢性特定疾患、養育医療、自立支援医療（育成医療・更生医療・精神通院）など、公費負担医療制度の自己負担額についても報告が必要です。
公費番号を記載の上、公費負担医療適用後の自己負担額を報告してください。

Q3-12 自己負担額支払明細書の報告後に過誤が発覚し、返金や追加徴収があった場合には、そのようにすればよいのですか。

A3-12 返金や追加徴収につきましては、受給者へ連絡し、直接返金や徴収等を行ってください。

その後、市町村へ「返戻等差額発生報告書」を提出してください。

Q3-13 自己負担額支払明細書の報告の際、自己負担支払額欄には、窓口で実際に徴収した金額を記載するとのことですが、保険外診療（自費分）についてはどのようになりますか。

A3-13 保険外診療（自費分）については、助成の対象外となりますので、自己負担額支払明細書の報告には含めないでください。

Q3-14 自己負担額支払明細書は、患者1人につき月1行になるのですか。

A3-14 患者1人つき、入院・外来別、診療年月ごとに1行としてください。

診療別 ok.

4 自己負担額に未納がある場合の取扱いについて

Q4-1 入院診療分などの患者へ翌月請求するものについては、自己負担額支払明細書の報告期限の時点でほとんどの患者が未納になっている。

この場合、支払が完了した時点で月遅れの報告としてよいのですか。

A4-1 支払が完了していないものについては、原則償還払いでの取り扱いとなりますので、支払完了後に市町村母子父子医療費助成窓口にて支給申請手続きを行うよう案内をお願いします。

但し、報告可能であれば自動償還での取り扱いとし、月遅れで報告出来ます。

その場合は、保護者へ申し添えをお願いします。

Q4-2 同月で外来診療分は全額支払われ、入院診療分が未納となっている場合はどのように報告すればよいのですか。

A4-2 入院のみ未納がある場合は、外来分だけを報告し、入院については報告の対象外としてください。この場合、入院分については、支払完了後に市町村母子及び父子家庭等医療費助成担当窓口にて支給申請手続きを行うよう案内をお願いします。但し、報告が可能であれば自動償還での取り扱いとし、月遅れで報告することができます。その場合は、受給者へ申し添えをお願いします。

Q4-3 自己負担額の支払いが全額ではなく、一部だけ支払われた場合は、支払われた分についてのみ報告するのですか。

A4-3 同月内で完納とならない分については、自己負担額支払明細書の報告には含めないでください。この場合、全額支払い完了後に市町村母子及び父子家庭等医療費助成担当窓口にて支給申請手続きを行うよう案内をお願いします。但し、報告が可能であれば自動償還での取り扱いとし、月遅れで報告することができます。その場合は、受給者へ申し添えをお願いします。

Q4-4 診療月内に支払いをしていなくても、当該診療月分を報告するまでの間に支払いがあった場合は報告してもよいのですか。

A4-4 報告までの間に支払いが完了した場合は、報告の対象としてください。

Q4-5 自己負担額支払明細書の報告時点では未納となっているが、近日中に確実に徴収できる見通しがあるものについては報告に含めてよいですか。

A4-5 自己負担額支払明細書には、実際に支払った自己負担支払額を記載していただくことになっていますので、報告時点で未納のある場合は報告に含めないでください。

Q4-6 未納となっていた自己負担額が支払われ、完納となった場合は、支払われた時点で報告すればよいのですか。

A4-6 自動償還払いと通常の窓口での償還払いとの二重にならないよう、受給者とは相談の上、報告の対象とすることは可能です。

5 領収書の取り扱いについて

Q5-1 自動償還払いの対象となる場合でも、領収書はこれまで通り発行してよいのですか。

A5-1 領収書は、これまで通り発行してください。

Q5-2 自動償還払いの対象となる場合でも、領収書にその旨の押印あるいは記載しなければならないのですか。

A5-2 必須条件ではございませんが、可能な限り「自動償還済み」等の押印や記載をするなどのご協力をお願いします。

Q5-3 自動償還払いの対象となる場合に、領収書をこれまで通り発行することで、助成が重複するということはないのですか。

A5-3 国民健康保険団体連合会で作成した自動償還払いのデータと、市町村母子父子医療費助成担当窓口にて申請のあった償還払いのデータを照合し、重複がないようにします。

この場合、市町村から医療機関へ確認のお問い合わせをさせていただくことがありますので、ご協力をお願いします。

6 手数料の支払いについて

Q6-1 手数料は、どのように算定されるのですか。

A6-1 手数料は、自己負担額支払明細書 1 行につき、1 件として算定します。

なお、申請件数については、国民健康保険団体連合会から市町村へ送付された時点での件数分が手数料算定の対象となります。

Q6-2 手数料は、1 件あたりいくらになるのですか。

A6-1 手数料は、1 件につき 16 円です。

金額につきましては、沖縄県と沖縄県医師会・沖縄県薬剤師会・沖縄県歯科医師会との契約にて定めております。

Q6-3 同月内に複数回受診があった場合の一部を自動償還払いの対象とし、一部を償還払いの対象とした場合の報告手数料は、どのようになるのですか。

A6-3 市町村へ報告があったものについて、手数料は通常通り支払われます。

Q6-4 自己負担額支払明細書で報告をしたが、何らかの事情で助成金の支払いに至らなかった場合は、どのようになるのですか。

A6-4 国民健康保険団体連合会での審査後、市町村へ報告があったものについては通常通り支払います。

但し、入力不備等により国民健康保険団体連合会の審査にて対象外となったものについては、手数料算定の対象とはなりません。

Q6-5 手数料はいつ支払われるのですか。

A6-5 毎月、国民健康保険団体連合会を通して各医療機関の診療報酬の口座へお振り込みいたします。（国民健康保険団体連合会へ報告した月の翌々月末に、口座へお振り込みいたします。）。

7 調剤薬局における取り扱いについて

Q7-1 11月30日に医療期間を受診し、12月1日に調剤薬局を訪れた場合など、医療機関の受診と薬局の調剤月が異なる場合は、どのようなになるのですか。

A7-1 通常通り自動償還払いでの対象となりますが、病院を受診した月ではなく、薬局での調剤月で報告してください。

Q7-2 調剤薬局において、後発医療品を処方し、医療機関で出す処方箋の保険点数と差異がある場合、自己負担額支払明細書にはどちらを記載すればよいのですか。

A7-2 調剤薬局で実際に処方した薬剤の点数と自己負担支払額を記載してください。

8 その他

Q8-1 自動償還方式になることで、これまでの償還払いの取り扱いは、どのようなになるのですか。

A8-1 県外の医療機関等で受診される方や自動償還払いを希望しない方、または何らかの事情により自動償還払いの対象とならない場合が考えられることから、償還払いを並行して継続しますが、極力、自動償還払いでの取り扱いとなるようご協力をお願いします。

Q8-2 助成対象者の口座へ助成金が振り込まれる時期は、いつ頃になるのでしょうか。

A8-2 診療月の翌月に、自己負担額支払明細書を国民健康保険団体連合会へ提出していただくと、その翌月に国民健康保険団体連合会から市町村へデータが送付されます。

振込時期については、市町村により異なりますので、各市町村へお問い合わせいただくようお願いします。

Q8-3 高額療養費に該当する場合の手続きは、どのようなのでしょうか。

A8-3 高額療養費に該当する場合も、自己負担額支払明細書の報告対象としてください。高額療養費や家族療養附加給付金に該当する場合は、市町村より受給者へ連絡し、詳細を確認後に支給となります。

Q8-4 学校での怪我等により、学校保険を適用する場合は、どのようなになりますか。

A8-4 学校保険を適用する場合は、母子父子医療費の助成対象外となります。
自己負担額支払明細書の報告後に、学校保険の適用が判明した場合は、母子父子医療費助成担当窓口へ「返戻等差額発生報告書」にて報告してください。

医療費助成事業（自動償還）
自己負担額支払明細書作成要領
（医療機関向け）

第2.0版

平成28年8月31日

沖縄県国民健康保険団体連合会

情報・介護課

改版履歴（仕様に直接関係ない誤脱字の訂正、表現の変更は断りなく行う。）

版数	改版箇所	改版内容／理由	日付	担当者
1. 0版		初版	2013/8/7	情報・介護課 宮城
1. 1版	1.1（注1） 2.2 2.2.2 3 3（2） 3 ※	“紙（Excel 含む）”という文言を“紙”へ修正	2013/8/12	情報・介護課 宮城
	表 6-3	項番 6 保険者番号の設定内容に「また、国保の場合は法別番号を“00”として設定する。」を追加。	2013/8/12	情報・介護課 宮城
	表 6-3	項番 17 食事療養費の必須項目／調剤薬局の“○”を削除。	2013/8/12	情報・介護課 宮城
1. 2版	1.1	うるま市の自動償還の導入が10月から11月に変更となったことに伴う修正。	2013/8/20	情報・介護課 宮城
1. 3版	別表1 コード体系	(2)保険者番号 ①保険者番号の体系の“※法別番号は「別表2 コード一覧(8) 法別番号」を参照”を削除	2013/8/27	情報・介護課 宮城
1. 4版	2.3.1（1）	「(1)報告する自己負担額は、」の説明を追加。	2013/9/3	情報・介護課 宮城
	2.3.2（3）	『実際に支払った額』に“(保険給付分)”の文言を追加	2013/9/3	情報・介護課 宮城
	表 6-5	項番 16 自己負担支払額の設定内容に「保険給付分の」文言を追加	2013/9/3	情報・介護課 宮城
1. 5版	図 2-1	⑩手数料請求の医療機関分を「年1回」から「毎月」に修正。	2013/9/5	情報・介護課 宮城
		⑪手数料支払の医療機関分を「年1回」から「毎月」に修正。	2013/9/5	情報・介護課 宮城
	別紙3	注意書⑩を「窓口で支払った額」から「窓口で支払った保険適用の額」に修正。	2013/9/5	情報・介護課 宮城
	別紙4	注意書⑩に「窓口で支払った額」から「窓口で支払った保険適用の額」に修正。	2013/9/5	情報・介護課 宮城
1. 5.1版	別紙5	「氏名」の項目を削除、「生年月日」の項目を追加。	2013/9/15	情報・介護課 宮城
1. 5.2版	別表 2	(9)特記事項のコード一覧に“40”のコードを追加。	2013/9/30	情報・介護課 宮城
1. 5.3版	表 6-3	項番 14「実日数」に“調剤薬局の場合は回数”を追加。	2013/11/5	情報・介護課 宮城
	別紙4	項目名「実日数」を「回数」に変更。 注意書⑧を“処方箋の受付回数を記入する”に変更。	2013/11/5	情報・介護課 宮城
	2.2.1	(注)個人情報に「配達記録が残る等」を追加。	2013/11/5	情報・介護課 平田
	2.2.2	(注)送付の際はレセプト同様「信書」扱いとなり、「配達記録が残る等」を追加	2013/11/5	情報・介護課 平田
1. 5.4版		オンライン報告を追加	2014/11/1	情報・介護課
1. 5.5版	別表 2	P18 (8)法別番号 54を追加。 P19 (9)特記事項 26～36を追加	2015/3/5	情報・介護課 石川
2. 0版	全般	母子及び父子家庭等医療費助成自動償還開始に伴い変更。	2016/8/31	情報・介護課

目次

1.	はじめに.....	- 1 -
1.1.	本書の目的.....	- 1 -
1.2.	注意事項.....	- 1 -
2.	医療費助成事業（自動償還）に係る業務について.....	- 2 -
2.1.	医療機関と国保連合会間の業務.....	- 2 -
2.2.	自己負担額支払明細書の作成要領.....	- 3 -
2.2.1.	オンラインで報告する場合.....	- 3 -
2.2.2.	電子データで報告する場合.....	- 3 -
2.2.3.	紙で報告する場合.....	- 3 -
2.3.	自己負担額支払明細書の報告対象および報告項目.....	- 5 -
2.3.1.	報告対象.....	- 5 -
2.3.2.	報告項目.....	- 5 -
3.	報告期限.....	- 6 -
4.	報告先.....	- 7 -
4.1.	持参の場合.....	- 7 -
4.2.	送付の場合.....	- 7 -
5.	報告後の差額発生について.....	- 8 -
6.	自己負担額支払明細データ作成仕様.....	- 9 -
6.1.	電子媒体の仕様.....	- 9 -
6.2.	ファイル構成.....	- 9 -
6.3.	ファイル名の命名規則.....	- 10 -
6.4.	データ形式.....	- 10 -
6.5.	自己負担額支払明細データレコード仕様.....	- 11 -
6.5.1.	自己負担額支払明細データレコード仕様の補足.....	- 13 -
別表 1	コード体系.....	- 14 -
別表 2	コード一覧.....	- 18 -
別表 3	設定可能文字（半角）.....	- 21 -
別紙 1	電子媒体への貼付ラベル.....	- 22 -
別紙 2	第 1 号様式「医療費助成自己負担額支払明細報告書」.....	- 23 -
別紙 3	第 1 号様式（別紙 1）「医療費助成自己負担額支払明細書」.....	- 24 -
別紙 4	第 1 号様式（別紙 2）「医療費助成自己負担額支払明細書（薬局用）」.....	- 25 -
別紙 5	第 2 号様式「こども医療費返戻等差額発生報告書」.....	- 26 -
別紙 6	第 3 号様式「母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書」.....	- 27 -

1. はじめに

1.1. 本書の目的

本書は、沖縄県および市町村が実施する「こども医療費助成事業（自動償還）」ならびに「母子及び父子家庭等医療費助成事業（自動償還）」（以下「医療費助成事業（自動償還）」という。）において、保険医療機関および保険薬局（以下「医療機関」という。）が作成し沖縄県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）へ報告する、自己負担額支払明細書^{（注1）}の作成要領を記載したものである。

（注1）本書では、「自己負担額支払明細書」と記載した場合、特に断りが無い限り電子データと紙の両方を指す。

1.2. 注意事項

本書の最新版については、次の URL へ掲載する。必要に応じて随時確認すること。

（URL） <http://www.okikoku.or.jp/ashoukan>

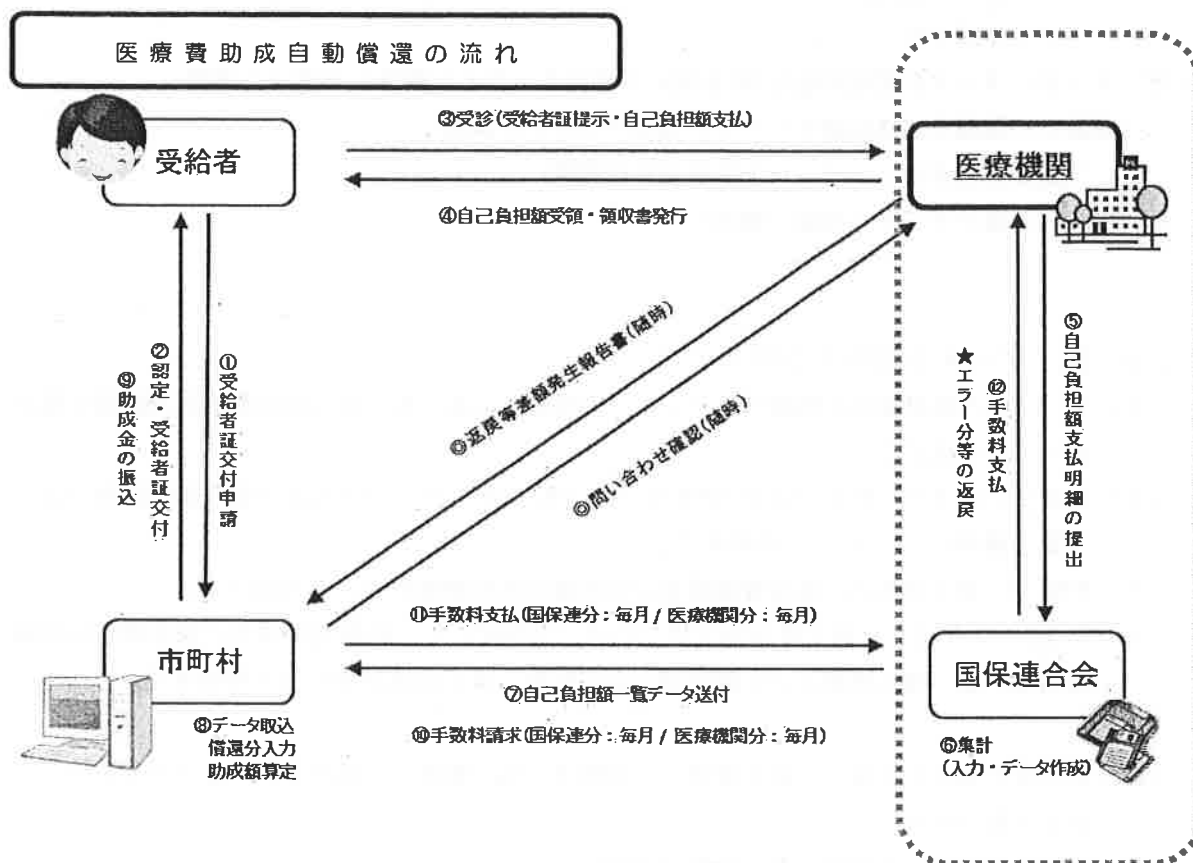
※URLは、「沖縄県国民健康保険団体連合会ホームページ」を開き、「医療費助成事業関連」のボタンをクリックしたページである。

2. 医療費助成事業（自動償還）に係る業務について

2.1. 医療機関と国保連合会間の業務

医療機関と国保連合会間の業務については、図 2-1 の点線（赤色）で囲まれた部分が対象となる。

図 2-1 医療費助成自動償還事業（自動償還）の流れ



2.2. 自己負担額支払明細書の作成要領

医療機関では、医療費助成事業（自動償還）の対象である受給者の診療があった場合、報告期限までに国保連合会へ自己負担額支払明細書を報告する。この自己負担額支払明細書の報告は「オンライン」、「電子データ」、または「紙」の3種類の報告方法があり、本章ではそれぞれの作成要領について説明する。

2.2.1. オンラインで報告する場合

- (1) 「6.5. 自己負担額支払明細データレコード仕様」に基づき、自己負担額支払明細書を電子データで作成する。
- (2) インターネットが使用可能なPCを用いて本会オンライン報告システムへ接続
※詳しい接続方法は別途オンライン報告マニュアル参照
(国保連合会ホームページ上にPDFを掲載)
- (3) 作成した電子データを登録（報告）

2.2.2. 電子データで報告する場合

- (1) 「6.5. 自己負担額支払明細データレコード仕様」に基づき、自己負担額支払明細書を電子データで作成する。
- (2) 作成した電子データを、CD-R、DVD-R、MO、FD、USBメモリいずれかの電子記録媒体（以下「電子媒体」という。）へ格納する。
- (3) 別紙2 第1号様式「医療費助成自己負担額支払明細報告書」を作成する。
- (4) 「(2)」で作成した電子媒体および「(3)」で作成した「医療費助成自己負担額支払明細報告書」を、報告期限までに国保連合会へ持参、または送付等により報告する。

(注) 送付等で報告する場合、電子媒体へ「別紙1 電子媒体への貼付ラベル」を参考にラベルを必ず貼り付けること。

(注) 送付等で報告した場合、電子媒体は返却しない。

(注) 個人情報を含むため、送付等の際は、配達記録が残る等セキュリティについて十分配慮すること。

2.2.3. 紙で報告する場合

- (1) 別紙3 第1号様式（別紙1）「医療費助成自己負担額支払明細書」（または別紙4 第1号様式（別紙2）「医療費助成自己負担額支払明細書（薬局用）」）を手書きまたは、Microsoft® Office Excel（以下「Excel」という。）で作成する。
- (2) 事業番号毎にページを分けて作成する。
- (3) Excelで作成した場合は、紙へ出力する。
- (4) 別紙2 第1号様式「医療費助成自己負担額支払明細報告書」を作成する。

(5) 「(1)」から「(3)」で作成した「医療費助成自己負担額支払明細書」、および「(4)」で作成した「医療費助成自己負担額支払明細報告書」を、報告期限までに国保連合会へ持参、または送付等により報告する。

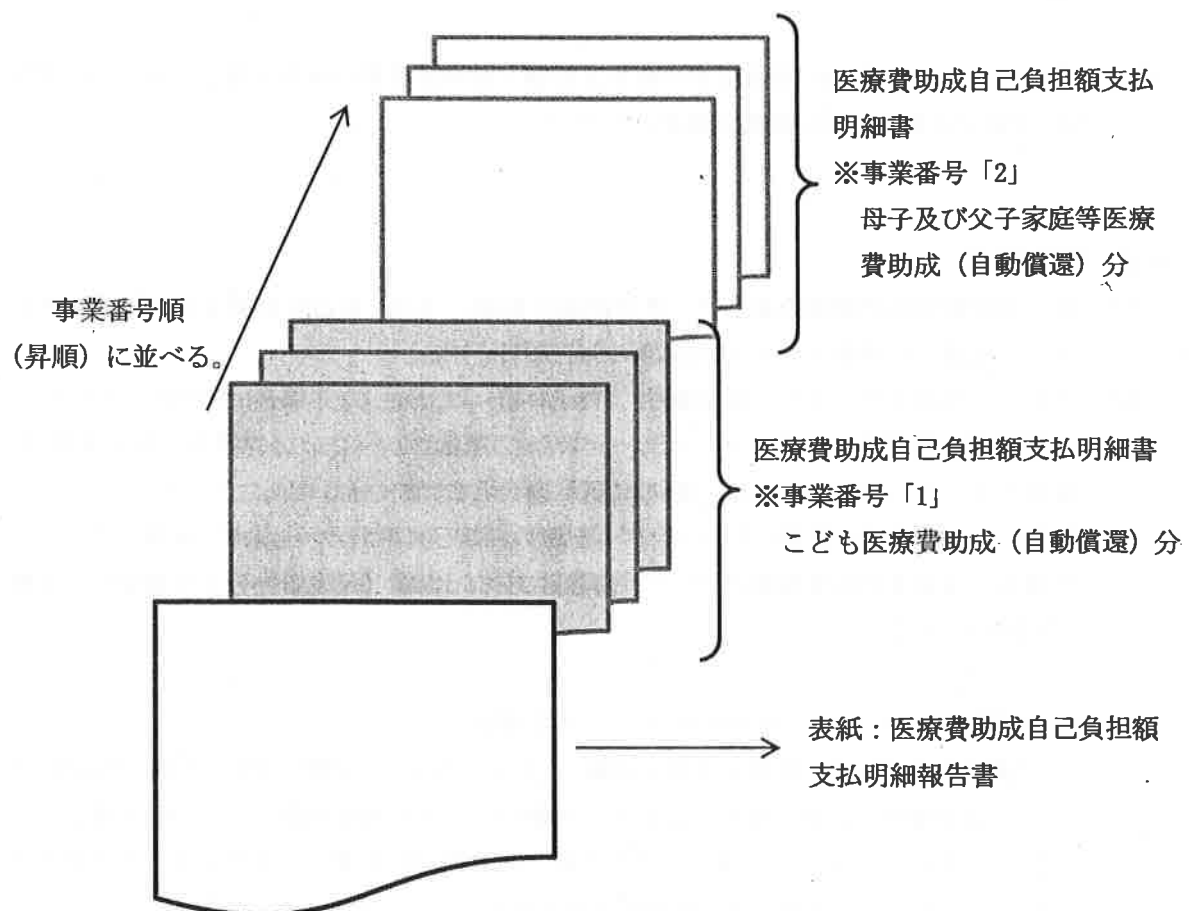
(注) 送付等の際は、レセプト同様「信書」扱いとなる為取扱いに注意し、個人情報を含むため配達記録が残る等セキュリティについて十分配慮すること。

(注) Microsoft Office は、米国 Microsoft Corporation の米国およびその他の国における登録商標または商標です。

(注) 紙の場合、サイズはA4横とする。

(注) 紙の場合、編てつ方法は以下のとおりとする。

別紙 2 第 1 号様式「医療費助成自己負担額支払明細報告書」を表紙とし、別紙 3 第 1 号様式(別紙 1)「医療費助成自己負担額支払明細書」(または別紙 4 第 1 号様式(別紙 2)「医療費助成自己負担額支払明細書(薬局用)」)は、事業番号毎にページを分けて作成し、事業番号順(昇順)に並べるものとする。



2.3. 自己負担額支払明細書の報告対象および報告項目

2.3.1. 報告対象

- (1) 報告する自己負担額は、保険診療による医療費の自己負担分のみ（以下「保険給付分」という。）とする。保険適用外負担金は含まない。

※健診・予防接種・診断書料・薬の容器代・おむつ代など、保険適用外の負担分は報告対象外とする。

- (2) 報告対象は、報告時点において同一診療月の診療に係る自己負担額が全額支払い済の場合に国保連合会への報告対象とする。

- (3) 未払いがある場合は国保連合会への報告はせず、領収書による市町村窓口での償還払い（自動償還ではない）とする。

- (4) 未払いにより報告できなかったものについては、医療機関において全額支払が済んだことが確認でき、かつ、医療機関において報告可能な場合は月遅れ分として報告することができる。

(注) 「支払い」とは、入院時の場合は自己負担支払額と食事療養費の両方を指しており、いずれかに未払いがある場合は報告の対象としない。

2.3.2. 報告項目

- (1) 自己負担額支払明細書を電子データで作成する際、「6.5. 自己負担額支払明細データレコード仕様」の項番1～23は必須の報告項目とする。

- (2) ただし、項番20～23（公費番号、特記事項）は対象となる場合に報告項目とする。

- (3) 医療機関で利用のレセプトコンピュータ等から項番20～23（公費番号、特記事項）を設定することが困難な場合は、事前に国保連合会まで問い合わせることとする。

- (4) 項番1-6-(自己負担支払額)は、レセプト記載の点数と負担割合から求めた金額ではなく、診療毎に受給者が医療機関の窓口で『実際に支払った額（保険給付分）』を積算した金額（月単位）とする。

※『実際に支払った額（保険給付分）』とする理由

「(表 2.3.2-1) 自己負担支払額の比較」に示すとおり、「実際に支払った額（保険給付分）」は診療毎の点数に負担割合を乗じた額の10円未満を四捨五入した額を積算した額（1,290円）であるが、単に「合計点数」に負担割合を乗じて算出すると丸め誤差が生じ（1,280円）、実際の自己負担額と差が発生することがある。

(表 2.3.2-1) 自己負担支払額の比較

比較条件		点数	負担割合	金額(円)(※1)
「合計点数 * 負担割合」		639	2 割	1,280
「実際に支払った額(保険給付分)」 (診療毎の積算額)	1 回目	178	2 割	360
	2 回目	203	2 割	410
	3 回目	258	2 割	520
	【積算額】	639	—	1,290

(※1) 上表の「金額(円)」は10円未満を四捨五入した金額としている。

3. 報告期限

電子データまたは紙で作成した「自己負担額支払明細書」の報告期限は次のとおりとする。

(1) 電子データおよびオンライン報告システムでの報告期限

報告期限： 毎月15日迄

※但し、15日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとする。

(2) 紙の報告期限

報告期限： 毎月10日迄

※但し、10日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとする。

※電子データ、紙いずれの場合も、送付の際は報告期限迄に国保連合会に必着とする。

※オンライン報告については、報告期限日までのアクセス分(添付ファイル報告分)とする。

※報告期限を過ぎて国保連合会へ到着した場合は、翌月の報告と合わせてご提出ください。

4. 報告先

「自己負担額支払明細書」の報告先は、次のとおりとする。(※オンライン報告を除く)

4.1. 持参の場合

沖縄県那覇市西3丁目14番18号(国保会館)3F

沖縄県国民健康保険団体連合会 情報・介護課 情報管理係

医療費助成事業担当

電話：098-863-5724

(注)

会場設営期間中は国保会館2Fに設けた受付会場までご持参ください。

※会場設営期間については事前に国保連合会ホームページにてご確認ください。

4.2. 送付の場合

郵便番号900-8559

沖縄県那覇市西3丁目14番18号(国保会館)

沖縄県国民健康保険団体連合会 情報・介護課 情報管理係

医療費助成事業担当 宛

5. 報告後の差額発生について

自己負担額支払明細書報告後に差額が発生した場合は、

別紙 5 第2号様式「こども医療費返戻等差額発生報告書」

別紙 6 第3号様式「母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書」

にて該当市町村へ報告してください。

(注) 医療機関から市町村へ報告する

別紙 5 第2号様式「こども医療費返戻等差額発生報告書」

別紙 6 第3号様式「母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書」

については、本書では取り扱いません。

6. 自己負担額支払明細データ作成仕様

6.1. 電子媒体の仕様

電子媒体は次の仕様を満たすこと。

(表 6-1) 電子媒体の種類

媒体	寸法	規格	記録コード等
CD-R (コンパクトディスク)	12cm	CD-R	Unicode (UTF-8)
DVD-R (デジタルバーサタイルディスク)	12cm	DVD-R	
MO (マグネットオプティカルディスク)	3.5 インチ	ISO/IEC13963 又は ISO/IEC15041	
FD (フロッピーディスク)	3.5 インチ	2HD	
USB メモリ	—	USB Mass Strage Class	

6.2. ファイル構成

電子データは電子媒体のルートディレクトリに格納し、ルートディレクトリに報告データ以外は格納しないこと。

6.3. ファイル名の命名規則

① ② ③
 報告年月 + ‘_’ + 医療機関等番号 + ‘_’ + 出力日付 + ‘.CSV’
 ※項目①～③を ‘_’ (アンダーバー) で連結したものに拡張子 (.CSV) を付与したものをファイル名とする。

(表 6-2) 項目説明

項番	項目名	桁数	形式
1	報告年月	6	yyyyMM ・ 国保連合会へ報告する西暦年月
2	医療機関等番号	10	・ 「別表 1 コード体系 (3) 医療機関等番号」を参照
3	出力日付	8	yyyyMMdd ・ ファイルを出力した年月日 【補足】 出力日付は yyyyMMdd (年月日) を基本としますが、任意で 時分秒を含めた yyyyMMddhhmmss (14 桁) 年月日時分秒と しても可とする。

・ファイル名の例

報告年月 : 平成28年 5月
医療機関等番号 : 4719999999
出力日付 : 平成28年 5月10日

ファイル名 : 201605_4719999999_20160510.CSV

6.4. データ形式

- ・データ形式は「CSV（カンマ区切形式）可変長」で作成すること。
- ・レコード最後は改行コード（<CR><LF>）を設定する。
- ・「6.5. 自己負担額支払明細データレコード仕様」に示す項目数を確保しカンマで区切る。

6.5. 自己負担額支払明細データレコード仕様

(表 6-3) データレコード仕様

項番	項目名	属性 (※1)	最大 文字数	項目 形式	必須項目		設定内容
					医科 歯科	調剤 薬局	
1	請求年月	数字	5	固定	○	○	年号区分コードを含め、数字“GYMM”の形式で設定する。 ※年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)
2	機関区分	数字	1	固定	○	○	医療費助成事業では、“1”固定とする。
3	医療機関等番号	数字	10	固定	○	○	都道府県番号(2桁)+点数表区分(1桁)+郡市区番号(2桁)+医療機関コード(4桁)+検証番号(1桁)の10桁で設定する。
4	医療機関名称	漢字	30	可変	○	○	医療機関の名称を設定する。また設定可能な文字は全角文字(全角スペースも含む)のみとする。但し、改行コードの混入は不可とする。
5	保険種別	数字	1	固定	○	○	国保の場合は“1”、社保の場合は“2”を設定する。
6	保険者番号	数字	8	固定	○	○	法別番号(2桁)+都道府県番号(2桁)+保険者別番号(3桁)+検証番号(1桁)の8桁で設定する。 また、国保の場合は法別番号を“00”として設定する。
7	事業番号	数字	1	固定	○	○	こども医療費助成自動償還の場合“1”、母子及び父子家庭等医療費助成自動償還の場合“2”として設定する。
8	受給資格者番号	数字	10	固定	○	○	市町村番号(2桁)+受給資格者番号(7桁)+検証番号(1桁)の10桁で設定する。
9	受給者氏名 (カナ)	漢字	30	可変	○	○	受給者氏名をカナで設定する。また設定可能な文字種別は全角カナ(全角スペースも可)のみとする。但し、改行コードの混入は不可とする。
10	生年月日	数字	7	固定	○	○	年号区分コードを含め、数字“GYMMDD”の形式で設定する。 ※年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)+日(2桁)
11	性別	数字	1	固定	○	○	男の場合“1”、女の場合“2”、その他の場合“3”を設定する。
12	入院・入院外区分	数字	1	固定	○	○	入院の場合“1”、入院外の場合“2”を設定する。
13	負担割合	数字	1	固定	○	○	自己負担割合に“1”、“2”、または“3”を設定する。
14	実日数(回数) ※4	数字	2	可変	○	○	実日数(調剤薬局の場合は回数)を設定する。但し、前ゼロは除く。
15	合計点数	数字	10	可変	○	○	合計点数を設定する。但し、前ゼロは除く。

(次項へ続く)

(次項からの続き)

項番	項目名	属性 (※1)	最大 文字数	項目 形式	必須項目		設定内容
					医科 歯科	調剤 薬局	
16	自己負担支払額	数字	10	可変	○	○	医療費助成自動償還の場合“保険給付分の自己負担支払額(実際に支払われた金額)”を設定する。但し、前ゼロは除く。
17	食事療養費	数字	10	可変	○		入院・入院外区分が入院“1”の場合で、食事療養費が発生した場合に金額(実際に支払われた金額)を設定する。その他は“0”を設定する。
18	診療年月	数字	5	固定	○	○	年号区分コードを含め、数字“GYMM”の形式で設定する。 ※年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)
19	処方箋発行 医療機関等番号	数字	10	固定 ※2		○	都道府県番号(2桁)+点数表区分(1桁) +郡市区番号(2桁)+医療機関コード(4桁)+検証番号(1桁)の10桁で設定する。
20	公費番号1	数字	2	固定 ※2			法別番号(2桁)を設定する。
21	公費番号2	数字	2	固定 ※2			法別番号(2桁)を設定する。
22	特記事項1	数字	2	固定 ※2			特記事項コード(2桁)を設定する。
23	特記事項2	数字	2	固定 ※2			特記事項コード(2桁)を設定する。
24	備考	英数 漢字	200	可変 ※2			備考を半角および全角(混在も可)で設定する。 但し、改行コードの混入は不可とする。

※1 属性については、次表「(表 6-4) 属性の説明」を参照する。

※2 設定する値が無い場合は、Null とする。

※3 設定となる項目についても必ずカンマで区切る。(カンマの数は必ず 23 個とする。)

※4 調剤薬局の場合は、処方箋の受付回数(レセプト記載の回数)を記入する。

(表 6-4) 属性の説明

属性	設定方法
数字	①可変の場合は、上位桁のゼロを除いた数字とする。 但し、有効値がゼロの場合は“0”とする。 ②設定可能文字は“0”～“9”の半角文字とする。
英数	①有効文字以降に継続する“半角スペース”を除く。 ②設定可能文字は数字、英字、記号の半角文字とする。 ※文字の詳細は「別表 3 設定可能文字(半角)」を参照。 ③設定する値をダブルクォートで囲むこと。
漢字	①有効文字以降に継続する“全角スペース”を除く。 ②設定可能な文字は漢字・カナ・数字・記号の全角文字とする。 ③ 設定する値をダブルクォートで囲むこと。

6.5.1. 自己負担額支払明細データレコード仕様の補足

(1) “GY YMMDD”形式と標記している内容は以下の通りとする。

G : 年号区分コード（「別表 2 コード一覧 (7) 年号区分」を参照）を示す。
YY : 和暦での年を示す。
MM : 月を示す。
DD : 日を示す。

(2) コード体系については以下の別表を参照する。

医療機関等番号 . . . 「別表 1 コード体系 (3) 医療機関等番号」を参照。
保険者番号 . . . 「別表 1 コード体系 (2) 保険者番号」を参照。
受給資格者番号 . . . 「別表 1 コード体系 (1) 受給資格者番号」を参照。
処方箋発行医療機関等番号 . . . 「別表 1 コード体系 (3) 医療機関等番号」を参照。

(3) コード一覧については以下の別表を参照する。

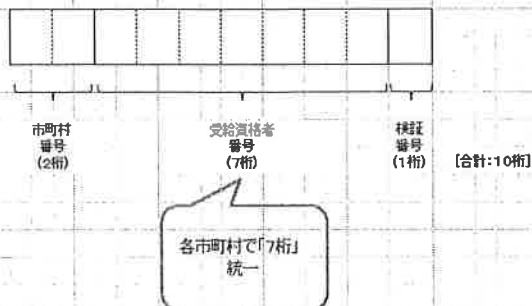
機関区分 . . . 「別表 2 コード一覧 (1) 機関区分」を参照
保険種別 . . . 「別表 2 コード一覧 (3) 保険種別」を参照
事業番号 . . . 「別表 2 コード一覧 (2) 事業番号」を参照
性別 . . . 「別表 2 コード一覧 (6) 性別」を参照
入院・入院外区分 . . . 「別表 2 コード一覧 (5) 入院・入院外区分」を参照
公費番号 1・2 . . . 「別表 2 コード一覧 (8) 法別番号」を参照
特記事項 1・2 . . . 「別表 2 コード一覧 (9) 特記事項」を参照

別表 1 コード体系

(1) 受給資格者番号

① 受給資格者番号の体系

受給資格者番号は、次のように市町村番号2桁、受給資格者番号7桁、検証番号1桁、計10桁の算用数字を組み合わせたものとする。



※ 市町村番号については、「資料名:コード一覧 4. 市町村番号」を参照。

② 検証番号の算出方法

検証番号は、次により算出した番号とする。

- (1) 市町村番号及び受給資格者番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数字の和とする。
- (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数の差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

[例1] 受給資格者番号が7桁の場合:

市町村番号		受給資格者番号							
0	1	1	2	3	4	5	6	7	※末尾の桁を起点とする
x	x	x	x	x	x	x	x	x	
2	1	2	1	2	1	2	1	2	
$0 + 1 + 2 + 2 + 6 + 4 + (1 + 0) + 6 + (1 + 4) = 27$									※算出した数字の下1桁
10		-	7	=	3	 検証番号			
【受給資格者番号】		0 1 2 3 4 5 6 7 3							※積が2桁となる場合(「」部分)は、1桁目と2桁目の数字の和とする

(2) 保険者番号

① 保険者番号の体系

保険者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。

ただし、国民健康保険(退職者医療を除く。)の保険者番号については、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号3桁、検証番号1桁、計6桁の算用数字を組み合わせたものとする。



② 検証番号の算出方法

検証番号は、次により算出した番号とする。

- (1) 法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数字の和とする。
- (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

【例1】那覇市の場合

法別番号		都道府県番号		保険者別番号			
0	0	4	7	0	0	1	※末尾の桁を起点とする
x	x	x	x	x	x	x	
2	1	2	1	2	1	2	
0 + 0 + 8 + 7 + 0 + 0 + 2 = 17							※算出した数字の下1桁
10 - 7 = 3							 検証番号
【保険者番号】 0 0 4 7 0 0 1 3							

【例2】うるま市の場合

法別番号		都道府県番号		保険者別番号			
0	0	4	7	0	0	3	※末尾の桁を起点とする
x	x	x	x	x	x	x	
2	1	2	1	2	1	2	
0 + 0 + 8 + 7 + 0 + 0 + 6 = 21							※算出した数字の下1桁
10 - 1 = 9							 検証番号
【保険者番号】 0 0 4 7 0 0 3 9							

【例3】豊見城市の場合

法別番号		都道府県番号		保険者別番号			
0	0	4	7	0	2	9	※末尾の桁を起点とする
x	x	x	x	x	x	x	
2	1	2	1	2	1	2	
0 + 0 + 8 + 7 + 0 + 2 + (1 + 8) = 26							※算出した数字の下1桁
10 - 6 = 4							 検証番号
【保険者番号】 0 0 4 7 0 2 9 4							

※積が2桁となる場合()部分は、1桁目と2桁目の数字の和とする

(3) 医療機関等番号

① 医療機関等番号の体系

医療機関等番号は、次のように都道府県番号2桁、点数表区分1桁、郡市区番号2桁、医療機関コード4桁、検証番号1桁、計10桁の算用数字を組み合わせたものとする。



★点数表区分

1:医科診療
3:歯科診療
4:調剤薬局

② 検証番号の算出方法

検証番号は、次により算出した番号とする。

- (1) 都道府県番号、点数表番号、郡市区番号及び医療機関コードの各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数字の和とする。
- (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

[例]

都道府県番号		点数表番号	郡市区番号		医療機関コード				
4	7	1	0	7	3	4	5	6	※末尾の桁を起点とする
x	x	x	x	x	x	x	x	x	
2	1	2	1	2	1	2	1	2	
8 + 7 + 2 + 0 + (1 + 4) + 3 + 8 + 5 + (1 + 2) = 41									※算出した数字の下1桁
10 - 1 = 9									 検証番号
									※積が2桁となる場合(〃部分)は、1桁目と2桁目の数字の和とする
【医療機関等番号】					4	7	1	0	7
					3	4	5	6	9

(4) 検証番号(チェックデジット)の考え方/モジュラス10方式

- ・ 検証番号(チェックデジット)を除いた部分の右端桁から、交互に2121の繰り返しで重みを付け各桁の積を加算する。
- ・ 積が2桁になる場合は独立の桁の数字に扱う。
- ・ その和を10で割り、余りを10から引いた残りをチェックデジットとする。

(計算例)チェックデジットを除いた9桁を「117223267」とした場合

1	1	7	2	2	3	2	6	7
x	x	x	x	x	x	x	x	x
2	1	2	1	2	1	2	1	2

積) $2+1+(1+4)+2+4+3+4+6+(1+4)=32$

$10-2=8$ 検証番号(チェックデジット)

別表 2 コード一覧

(1) 機関区分

コード	名称
1	医療機関(医科・歯科・調剤)
2	施術機関 ※対象外とする

(2) 事業番号

コード	名称
1	子ども医療費助成事業
2	母子及び父子家庭等医療費助成

(3) 保険種別

コード	名称
1	国民健康保険
2	社会保険

(4) 市町村番号

コード	名称	コード	名称	コード	名称	コード	名称	コード	名称
01	那覇市	12	大宜味村	25	北谷町	41	座間味村	55	南城市
03	うるま市	13	東村	26	北中城村	42	粟国村		
04	沖縄市	14	今帰仁村	27	中城村	43	渡名喜村		
05	宜野湾市	15	本部町	28	西原町	44	南大東村		
06	宮古島市	16	恩納村	29	豊見城市	45	北大東村		
07	石垣市	17	宜野座村	30	八重瀬町	46	伊平屋村		
08	浦添市	18	金武町	35	与那原町	47	伊是名村		
09	名護市	19	伊江村	37	南風原町	52	多良間村		
10	糸満市	23	読谷村	38	久米島町	53	竹富町		
11	国頭村	24	嘉手納町	40	渡嘉敷村	54	与那国町		

(5) 入院・入院外区分

コード	名称
1	入院
2	入院外

(6) 性別

コード	名称
1	男
2	女
3	その他

(7) 年号区分

コード	名称
1	明治
2	大正
3	昭和
4	平成

(8) 法別番号

コード	種別	名称	コード	種別	名称
10	公費	結核感染予防法(適正医療)	25	公費	中国残留邦人等(円滑帰国促進)
11		結核感染予防法(命令入所)	28		感染症予防法(一類感染症等)
12		生活保護法(医療扶助)	29		感染症予防法(新感染症)
13		戦傷病者特別援護法(療養給付)	30		心神喪失者等医療観察法
14		戦傷病者特別援護法(更生医療)	38		肝炎治療特別促進事業
15		障害者総合支援法(更生医療)	51		特定疾患医療費
16		障害者総合支援法(育成医療)	52		児童福祉法(小児慢性特定疾患)
17		児童福祉法(療育の給付)	53		児童福祉法(措置医療費給付)
18		原爆被害援護法(認定疾病医療)	54		難病の患者に対する医療等に関する法律
19		原爆被害援護法(一般疾病医療)	62		特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等
20		精神保健福祉法(措置入院)	66		石綿健康被害救済法
21		障害者総合支援法(精神通院医療)	79		児童福祉法(障害児施設医療)
22		麻薬取締法(入院措置)			
23		母子健康保健法(養育医療)			
24		障害者総合支援法(療養介護医療)			

(9) 特記事項

コード	名称	コード	名称	コード	名称	コード	名称
01	公	13	先進	24	多低	34	多エ
02	長	14	制超	25	出産	35	多才
03	長処	16	長2	26	区ア	36	加治
04	後保	17	上位	27	区イ	37	申出
07	老併	18	一般	28	区ウ		
08	老健	19	低所	29	区エ		
09	施	20	二割	30	区オ		
10	第三	21	高半	31	多ア		
11	薬治	22	多上	32	多イ		
12	器治	23	多一	33	多ウ		

別表 3 設定可能文字 (半角)

文字	名称	俗称
	空白	スペース、ブランク
!	感嘆符	エクスクラメーションマーク、びっくりマーク
#	番号記号	井げた、ナンバー、シャープ
\$	ドル	ダラー
%	パーセント	
&	アンパサンド	アンド
(	小カッコ	丸カッコ、開きカッコ
)	小カッコ閉じ	丸カッコ閉じ、閉じカッコ
*	乗算記号	アスタリスク、アスター、星印
+	正符号	プラス
-	負記号	マイナス、ハイフン
.	ピリオド	ドット、ポイント
/	斜線	スラッシュ、スラ
0~9	半角数字	
:	コロ	
;	セミコロ	
<	不等号(より小さい)	小なり、レスザン
=	等号(等しい)	イコール
>	不等号(より大きい)	大なり、グレーターザン
?	疑問符	クエッションマーク、はてなマーク
@	単価記号	アットマーク
A~O P~Z	半角英字	
[	大カッコ	角カッコ
¥	円記号	
]	大カッコ閉じ	角カッコ閉じ
_	アンダーライン	下線、アンダースコア、アンダーバー
a~o p~z	半角英字(小)	
{	中カッコ	波カッコ
	縦線	パイプライン、パイプ、バー、バーチカルバー
}	中カッコ閉じ	波カッコ閉じ
~	ティルデ	チルダ、チルダー、による

別紙 1 電子媒体への貼付ラベル

電子媒体へのラベルを貼り付ける際は、次の内容を記載してください。

【記入イメージ】

医療費助成事業

[報告年月]

平成27年〇〇月分

[医療機関名]

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

[医療機関等番号]

NNNNNNNNNN

[出力ファイル名]

yyyyMM_9999999999_yyyyMMdd.CSV

[出力総件数]

99,999件

第 1 号様式

平成 年 月 日

医療費助成自己負担額支払報告書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医療機関等番号		
県番号	点区分	医療機関コード
47		

医療機関名称

印

電話番号

住所

医療費助成自己負担額支払明細書を次のとおり報告します。

事業 番号	診療年月	平成	年	月
報告件数・自己負担額金額計（自動償還）				
1	こども医療費	999,999	件	99,999,999,999 円
2	母子及び父子家庭等医療費	999,999	件	99,999,999,999 円
			件	円

※診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。

醫療費助成自己負担額支払明細書

尔世益

沖繩県国民健康保険団体連合会 殿

療養区分	療養コード
1：医療機関	
2：施設療養	

医療機関所在地：
医療機関名称：
開設者：
電話：

下記のとおりに送付する

平成 年 月 日

[illegible]

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

- ①事業：こども自動演習¹⁾、母子家庭舞台自動演習²⁾
 ②性別：国保³⁾、社保⁴⁾
 ③生年月日：昭和⁵⁾、平成⁶⁾
 ④区分：入院¹⁾、入院外²⁾
 ⑤割合：受給者自己負担割合の「1」¹⁾、3²⁾を記入する。
- ※請求が2歳以上13才なる場合は年齢記入し、2歳以下は年齢不詳とする。

の診療年月：取扱月分ときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。

- ⑩実日数：実務に於いてのあった日数を記入する。
⑪合計点数：レポートで要求する区原保険適用の点数を記入する。
⑫自己負担玄頭：受給者が窓口で支払った額（保険給付分のみ）を記入する。

※I請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降は捺印する。

(裝訂數/頁)

医療費自己負担額支払明細書(薬局用)

沖繩県国民健康保険団体連合会 殿

検問区分	検問コード	
1: 医座検問		
2: 発着検問		

下記のとおり送付する
平成 年 月 日
医療機関所在地：
医療機関名称：
開設者：
電話：

[illegible]

①の除年・月：取崩し月のときは記入しなくては、月遅れのときは記入する。
②の貸日数：貸割ごとの除のあった日数を記入する。
③の合計・点数：レシートで請求する医療保険適用の総点数を記入する。
④の自己負担方式別：実給金が窓口で支払った額（保険給付分のみ）を記入する。

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体会合に提出する。

①事業：子ども自動償還「1」、母子家庭等自動償還「2」
②性別：男「1」、女「2」 その他「3」
③区分：入院「1」、入院外「2」
④割合：受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。
※請求書が2枚以上ごわった場合はNoを記入し、2枚目以降も原則する。

(頁/枚数)



第2号様式

子ども医療費返戻等差額発生報告書

〇〇市町村長 殿

機関コード

医療機関所在地
医療機関名称
開設者
電話

下記のとおり報告します

平成 年 月 日

① 診療 NO.	② 受給者資格に関する基本情報				③ 前年度分の診療情報等				④ 差額発生後の診療情報等				備 考 (発生理由等)
	公費番号	受給者番号	生年月日 年 月 日	診療年度 年 月 日	合計点数(円)	自己負担 点数(円)	合計点数(円)	自己負担 点数(円)	自己負担 点数(円)	自己負担 点数(円)	自己負担 点数(円)	自己負担 点数(円)	
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

※この報告書は、各市町村長へ提出する。

※報告書が2枚以上にわたる場合は1枚を記入し、2枚目以降も添付する。

①「事業」欄は、子ども医療費助成事業コードの「1」を記入する。

②「前年度分の診療情報等」欄は、以前に国民健康保険協会に提出した内容を記入する。

③「診療年度」欄は、元号を昭和は「9」、平成は「4」で記入する。

④「区分」欄は、入院は「1」、入院外は「2」を記入する。

⑤「差額発生後の診療情報等」欄は、変動後の内容を記入する。

⑥「自己負担支払額の差額」欄は、実際に医療機関等の窓口で受給者との間に生じた支払い額の差額を記入する。

(画/線/改数)

第3号様式

母子及び父子家庭等医療費返戻等差額発生報告書

〇〇市町村長 殿

機関コード

医療機関所在地

医療機関名称

開設者

電話

下記のとおり報告します

平成 年 月 日

① 事業 年度 No.	受給者氏名に関する基本情報				②前回送付の診療情報等				③差額発生後の診療情報等				備 考 (発生理由等)
	公費番号	受付番号	生年月日 年 月 日	④ 診療年月 年 月 日	⑤ 合計点数(e)	自己負担 支払額(f)	合計点数(a)	自己負担 支払額(b)	自己負担 支払額の差額				
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													

※この報告書は、各市町村長へ提出する。

※報告書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目以降も提出する。

①「事業年度」欄は、母子及び父子家庭等医療費返戻等事業コードの「2」を記入する。

②「前回送付の診療情報等」欄は、以前に国民健康保険団体連合会に提出した内容を入力する。

③「診療年月」欄は、元号を昭和は「1」、平成は「2」で記入する。

④「区分」欄は、入院は「1」、入院外は「2」を記入する。

⑤「自己負担支払額の診療情報等」欄は、実際の内務を記入する。

⑥「自己負担支払額の差額」欄は、実際に医療機関等の窓口で受給者との間に生じた支払い額の差額を記入する。

(裏/捺印欄)



母子及び父子家庭等医療費助成事業 自動償還への移行に係るスケジュール

資料 4

平成28年9月7日 青少年・子ども家庭課母子福祉班

作業内容	実施主体	平成27年度					平成28年度													平成29年度
		11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月	
									○ 交付申請	← 現況	→ 審査・受給証の交付	○ 変更交付						○ 実績報告	▲ 開始	
1 市町村:担当者勉強会	県																			
1 導入に当たっての課題の整理		○ 11/18	○ 12/18	○ 1/19			○ 5/12	○ 6/6、6/29												
2 情報収集・検討(現状・他県・子ども医療)		←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←		
3 制度案の確定						◎														
2 市町村:意見照会(最終意向確認)	県					←														
3 医療機関への説明																				
1 事前説明 (医師会、歯科医師会、薬剤師会)	県					○ 2/9				○ 8/30	○ 9/2									
2 医師会、歯科医師会、薬剤師会の承認	—									←	←	←	←	←	←	←	←	←		
各医療機関向けの説明会 3 (全体、地区毎、市町村毎)	県 市町村											←	←	←	←	←	←	←		
4 システム改修												←	←	←	←	←	←	←		
1 ベンダー向け説明会	県											←	←	←	←	←	←	←		
2 システム改修(各市町村)	市町村																			
3 システム改修(各医療機関)	医療 機関							← 補正			● 補正	● 補正	● 補正	←	←	←	←	←		
5 その他																				
1 受給者への広報	市町村																			
2 受給者証の切替え	市町村																			
3 事務マニュアル等の作成	県 市町村							←	←	←	←	←	←	←	←	←	←	←		
4 国保連、医師会との単価の協議	県																			
5 市町村、医療機関との集合契約	県																			

※県健康長寿課の単価を採用する。

※平成29年4月から自動償還へ移行する場合

