

事 務 連 絡
令和 3 年 9 月 17 日

保険医療機関 }
保険薬局 } 御中

沖縄県国民健康保険団体連合会

医療費助成（こども医療・母子父子・重度心身障がい者）に係る医療費自己負担額支払明細書の記載について（お願い）

本会の事業運営につきましては、平素より格別のご配慮をいただき厚くお礼申し上げます。さて、本会では、『医療費自己負担額支払明細書』が紙媒体で提出された場合、システムによる文字認識処理を行いデータ化しておりますが、記載方法によって文字や数値を正しく認識できず、正しい文字や数値へ修正する作業に時間を要しております。

つきましては、『医療費自己負担額支払明細書』の記載方法について、下記のとおり、ご対応いただきますようご協力の程よろしくお願いいたします。

記

【お願い事項】

- (1) 氏名（カナ）欄は、原則 1 行で記載してください。
- (2) 点数及び金額には、カンマ（,）及び「≠」は記載しないてください。
- (3) 生年月日、診療年月が一桁の場合は、十の位に「0」を記載してください。

※ 別紙参照 【医療費自己負担額支払明細書 記載例】

【留意事項】

- (1) 記載を誤った場合は、訂正印は不要です。見え消し線等で対応してください。
- (2) 印刷した際に、印字が擦れないようにしてください。
- (3) 文字や数字が枠線に重ならないよう記載してください。
- (4) 診療年月が当月分の場合は、診療年月欄は空欄にしてください。

(例) 9月診療分を10月に請求する場合 診療年月 [] 空欄
8月診療分を10月に請求する場合 診療年月 [50308] 記載

※ 電子請求（オンライン・CD）への切り替えにより、請求業務の効率化及び郵送費用のコスト削減等の様々なメリットがございます。ぜひご検討ください。

沖縄県国民健康保険団体連合会
総務課 企画係（医療費助成担当）
TEL：098-863-1903
FAX：098-867-6758

別紙

【医療費自己負担額支払明細書 記載例】

1. 氏名 (カナ) 欄について

・原則1行で記載してください。

※ 氏名が長く、どうしても枠内に入らない場合は、2行でも可 (外国人等)

(例)	保険者番号	氏名 (カナ)	性別	生年月日
○	47×××	コクホ タロウ	1	4010101
×	47×××	コクホ タロウ	1	4010101
×	47×××	コクホ タロウ	1	4010101

2. 合計点数 (点)、自己負担支払額 (円)、食事療養費 (円) 欄について

・点数及び金額には、カンマ (,) 及び「¥」は記載しないでください。

(例)	合計点数 (点)	自己負担支払額 (円)	食事療養費
○	10000	3000	5000
×	10,000	3,000	5,000
×	10000	¥3000	¥5000

3. 生年月日、診療年月欄について

・年月日、年月が一桁の場合は、十の位に「0」を記載してください。

(例)	生年月日				区分	割合	診療年月		
	号	年	月	日			号	年	月
○	5	01	04	15	2	2	5	03	07
×	5	1	4	15	2	2	5	3	7