

福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務及び  
福祉医療費請求書（明細書）印刷業務仕様書

1 委託業務名

福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務及び福祉医療費請求書（明細書）印刷業務

2 委託期間

令和8年4月1日から令和9年3月31日まで

3 業務内容

(1) 福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務

こども医療費請求書、ひとり親家庭等医療費明細書及び重度障害者（児）医療費明細書（以下「請求書及び明細書」という。）の入力作業（エントリー及びベリファイ）及びデータ作成を行う。

なお、請求書及び明細書とデータのデリバリー（受領及び納品）も含む。

(2) 福祉医療費請求書（明細書）印刷業務

保険医療機関（調剤薬局）単位の静岡県単独福祉医療費助成制度請求分CSVデータからこども医療費請求書・ひとり親家庭等医療費明細書・重度障害者（児）医療費明細書を印刷するとともに、こども医療費請求書・ひとり親家庭等医療費明細書・重度障害者（児）医療費明細書の各CSVデータを作成し印刷物と併せて納品する。

なお、静岡県単独福祉医療費助成制度請求分CSVデータのデリバリー（受領及び返却）も含む。

4 送達物、納品物

(1) 福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務

送達物	入力作業 予定件数（月平均）	納品物	
① こども医療費請求書	466,000 件	こども.TXT 柔整こども.TXT	・JISコード、漢字あり ・「福祉医療助成事業システム・医療費請求書入力仕様書」 <div>別添1</div>
② ひとり親家庭等 医療費明細書	9,000 件	ひとり親.TXT 柔整ひとり親.TXT	
③ 重度障害者（児） 医療費明細書	90,000 件	重度障害.TXT 柔整重度障害.TXT	
合 計	565,000 件	（年間 6,780,000 件）	

別添 1

※入力作業予定件数（月平均）は、令和8年度の見込み件数

※送達物は1,000件を目安に「入力票」を添付して編綴する。

※入力作業予定件数（月平均）以外に必要なパンチ

ア 「入力票」 月 880 件（①500 件 ②140 件 ③240 件）

イ 「№.99 合計欄」 月 31,000 件（①15,000 件 ②4,000 件 ③12,000 件）

（「№.99 合計欄」は、医療機関ごとの公費負担者番号ごとの診療年月ごとの入外区分ごとに請求書及び明細書に記載されている集計値）

※入力項目等は、「入力媒体作成業務用\_入力票・請求書・明細書サンプル」**別添 2**

## (2) 福祉医療費請求書（明細書）印刷業務

送達物 (ファイル名)	納品物			
	① 印刷物	予定件数／月	② データ	
KENnnnnnnnn.CSV ※ n は医療機関コード	こども医療費請求書	144, 000 件	K_NY. TXT	JISコード、 漢字あり
	ひとり親家庭等医療費明細書	3, 000 件	K_BK. TXT	
	重度障害者(児)医療費明細書	27, 000 件	K_JD. TXT	
	計	174, 000 件	(年間 2, 088, 000 件)	

※保険医療機関（調剤薬局）単位のファイル（月平均 600 ファイル）を 1 枚の CD-R に記録して送達する。

※予定件数は、令和 8 年度の見込み件数

※「KENnnnnnnnn.CSV」については、「静岡県単独福祉医療費助成制度 CSV 形式による記録方法」**別添 3**

※納品物の①は、日本工業規格 A4 横型印刷 「印刷業務用\_請求書・明細書サンプル」**別添 4**  
(印刷順)

ア 制度（こども・ひとり親・重度）ごとに

イ 公費負担者番号順の

ウ 医療機関コード順で

エ 入院 → 診療年月（当月→過去月）→ 受給者番号順（昇順）

オ 通院 → 診療年月（当月→過去月）→ 受給者番号順（昇順）

※納品物の②については、「福祉医療助成事業システム・医療費請求書入力仕様書」参照

## 5 納期

### (1) 福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務

原則、送達日の翌日を 1 日目として土日祝日含めて 4 日目の指定時刻（原則 8 時 45 分）に納品する。

### (2) 福祉医療費請求書（明細書）印刷業務

原則、送達日の翌日を 1 日目として土日祝日含めて 2 日目の指定時刻（原則 8 時 45 分）に納品する。

※月次の業務日程は『福祉医療費助成事業 月次スケジュール』**別添 5**

## 6 納品場所

〒420-8558 静岡市葵区春日 2 丁目 4 番 34 号  
静岡県国保会館 1 階 保険者支援課

## 7 発注担当者

〒420-8558 静岡県葵区春日2丁目4番34号  
静岡県国民健康保険団体連合会 保険者支援課 植田  
TEL : 054-253-5595  
FAX : 054-253-5542  
E-mail : shien@shizukokuhoren.or.jp

## 8 再委託

受託者は、第三者に対し委託業務の全部又は一部の実施を委託し、又は請け負わせてはならない。ただし、あらかじめ委託者の書面による承認を受けた場合は、この限りではない。

## 9 支払方法

業務委託料は、作業件数に応じて月ごと支払うものとし、業務ごとに契約単価に作業件数を乗じた額を算出し、それを合算して得た額とする。ただし、乗じた額に1円未満の端数があるときは、その端数を切り捨てるものとする。なお、消費税及び地方消費税算定の際の税率は、業務を実施した月において法律上有効な税率とする。

## 10 その他

- (1) 納品物に誤りがあったときは、受託者の負担で再作成し、委託者の指示に従って納品する。
- (2) 納品物の著作権は、すべて静岡県国民健康保険団体連合会に帰属する。
- (3) 送達物に異常があり、入力作業などに支障が出る恐れがあるときは、速やかに委託者に連絡し、指示を受けること。
- (4) 送達、返却及び納品方法
  - ア 請求書及び明細書等の送達、返却、入力作業等（保管場所も含む）のセキュリティやデータの管理体制には万全の措置を講ずること。
  - イ 請求書及び明細書等については、送達時と同じ状態で返却すること。
  - ウ 請求書及び明細書等の送達、返却にあたっては、鍵付のカバンまたは箱等を使用すること。
  - エ 納品物はUSBメモリ等に記録し、納品場所の指定のコンピュータに格納すること。また、格納後、USBメモリ等に記録された納品物は、納品場所において完全消去すること。
  - オ 鍵付のカバンまたは箱、USBメモリ等は受託者が用意すること。
- (5) データ等の処分については、受託者側からバックアップファイル削除実施表（証明書）等をデータ廃棄証拠書類として提出すること。
- (6) 受託者がデータ作成時に使用した機器を廃棄、リース返却等する場合は、機器内部の記憶装置からすべての情報を消去のうえ、物理的破壊等により復元不可能

- な状態にする措置を行うとともに破壊したことを証明する書類を提出すること。
- (7) 仕様書に定めのない事項、又は入力媒体作成作業中において不明な点は、その都度担当者の指示を受けること。
  - (8) 委託者は、受託者に対し業務の執行について随時報告を求め、又は作業場所に立ち入り、その状況を検査できるものとする。
  - (9) 実際の作業件数が予定件数に届かない場合の保証は行わない。
  - (10) 受託者は、令和8年4月1日から本仕様書に定めた業務を行える体制を整えること。なお、本業務を遂行する者の変更等により業務レベル低下と作業遅延が生じないように努めること。
  - (11) 当該契約については、静岡県国民健康保険団体連合会の令和8年度当初予算成立および理事会の承認を条件とする。

福祉医療費助成事業システム・医療費請求書入力仕様書

別添 1

ファイル形式	CSV 固定長 150バイト		
ファイル名	「福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務」	こども.TXT	こども医療費請求書
		柔整こども.TXT	
		母子家庭.TXT	ひとり親家庭等医療費明細書
		柔整母子家庭.TXT	
		重度障害.TXT	重度障害者(児)医療費明細書
		柔整重度障害.TXT	
	「福祉医療費請求書(明細書)印刷業務」	K_NY.TXT	こども医療費請求書
		K_BK.TXT	ひとり親家庭等医療費明細書
		K_JD.TXT	重度障害者(児)医療費明細書

<タイプ>  
 ・数字 … N  
 ・英字 … A  
 ・カナ … K  
 ・漢字 … X

ヘッダーレコード									
レベル	項番	位置		タイプ	桁数	項目名	桁不足	無記入	備考
		開始	終了						
	1	1	2	N	2	カードNO			こども:「80」、ひとり親:「60」、重度:「70」
	2	3	5	N	3	バッチ番号		ブランク【付箋要】	【パンチ】ブランクの場合は、前後の束を確認して、同じ番号を入力【付箋要】 【データ】医科701→702→703・・・、歯科801→802→803、調剤901→902→903・・・ 概ね1000件で変更する。
	3	6	13	N	8	市町村番号			【データ】KENnnnnnnnn.CSVの「データ・レコード」からデータを取得してセットする。
						簿冊			
	4	14	16	N	3				【データ】医科101→102→103・・・、歯科301→302→303、調剤401→402→403・・・ ①カードNO単位で付番 ②市町村番号が変わった場合または、一市町村番号で概ね1000件で変更 ③医科・歯科・調剤の別でカードNO80→60→70の順に連番
	5	17	19	N	3	レセプト件数	前ゼロ		【パンチ】桁オーバーは、入るところまでパンチ 【データ】999
	6	20	22	N	3	入院件数			SPACE ※未使用項目
	7	23	25	N	3	通院件数			SPACE ※未使用項目
	8	26	150	A・N	125	予備			SPACE
・備考欄は、「福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務」の際の注意点を表しているが、「福祉医療費請求書(明細書)印刷業務」の際の注意点が別にあるときは、 「福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務」の注意点→【パンチ】、「福祉医療費請求書(明細書)印刷業務」の注意点→【データ】と区別して標記している。 ・備考欄のSPACEは両業務共通事項									

<タイプ>

- ・数字 ... N
- ・英字 ... A
- ・カナ ... K
- ・漢字 ... X

明細レコード									
レベル	項番	位置		タイプ	桁数	項目名	桁不足	無記入	備考
		開始	終了						
	1	1	2	N	2	カードNO			SPACE
	2	3	4	N	2	診療年	前ゼロ	ブランク【付箋要】	和暦 ※西暦は和暦に直して【付箋要】
	3	5	6	N	2	診療月	前ゼロ	ブランク【付箋要】	
	4	7	16	N・K	10	医療機関CD	前ゼロ		【パンチ】桁オーバーは、入るところまでパンチ【付箋要】 柔整分の場合、協→キ 契→ケ に変換してパンチ ハイフン、カンマは、パンチしない 【データ】KENnnnnnnnn.CSVの「ヘッダー・レコード」からデータを取得してセットする。
	5	17	17	N	1	入外区分		ブランク【付箋要】	ブランクの場合は「2」【付箋要】
	6	18	19	N	2	NO	前ゼロ		「1」、「2」、「4」、「6」以外はブランク【付箋要】 【パンチ】1ページ全て無記入の場合は、ページ毎「01」から連番にてパンチ 「01～90」は、記入どおりパンチ 「91～100」→「01～10」「101～190」→「01～90」「191～200」→「01～10」置き換えてパンチ 【データ】「00」
	7	20	29	N	10	受給者NO	前ブランク	ブランク【付箋要】	桁オーバーは ブランク【付箋要】 数字の間のブランクは、詰めてパンチ 数字の間にハイフンやカンマがあった場合は、ブランク【付箋要】 付箋にて入力指示があった場合でも、記載どおりパンチ
	8	30	45	X	16	受給者氏名		ブランク【付箋要】	姓と名の間に1スペース挿入 桁オーバーは、入るところまでのパンチ(カタカナ、アルファベットも記載どおりパンチし、入るところまでパンチ) 漢字が見当たらない場合は、ブランク【付箋要】 氏名が不明瞭のものは、読めるところだけパンチ【付箋要】 備考欄に受給者氏名の記載があった場合はパンチ【付箋要】
	9	46	47	N	2	生年	前ゼロ	ブランク【付箋要】	ありえない 年 = ブランク【付箋要】
	10	48	49	N	2	生月	前ゼロ	ブランク【付箋要】	ありえない 月 = ブランク【付箋要】
	11	50	51	N	2	生日	前ゼロ	ブランク【付箋要】	ありえない 日 = ブランク【付箋要】
	12	52	52	N	1	一部負担割合	前ゼロ	ブランク【付箋要】	桁オーバー及び「1」、「2」、「3」以外は、ブランク【付箋要】
	13	53	57	N	5	診療日数・処方箋回数	前ゼロ		0は「0」でパンチ
	14	58	65	N	8	保険総点数	前ゼロ	ブランク【付箋要】	0は「0」でパンチ
	15	66	73	N	8	窓口徴収額	前ゼロ	ブランク	0は「0」でパンチ、マイナス表記は「999999999」でパンチ【付箋要】
	16	74	81	N	8	入院時食事療養費・基準額	前ゼロ		0は「0」でパンチ
	17	82	89	N	8	入院時食事療養費・標準負担額	前ゼロ		0は「0」でパンチ
	18	90	97	N	8	薬剤一部負担金		ブランク	SPACE ※未使用項目
	19	98	105	N	8	公費負担者番号			入力票の公費負担者番号と違っていても記載どおりパンチ
	20	106	150	A・N	45	予備		ブランク	SPACE

- ・備考欄は、「福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務」の際の注意点を表しているが、「福祉医療費請求書(明細書)印刷業務」の際の注意点が別にあるときは、「福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務」の注意点→【パンチ】、「福祉医療費請求書(明細書)印刷業務」の注意点→【データ】と区別して表記している。
- ・項番9～17は、記載どおりにパンチ
- ・「明細レコード」の診療年月、医療機関CD、入外区分のいずれかが変わった場合、または、子ども医療費請求書等の「NO99合計」欄のどこか一か所でも数字の記載があった場合に「合計レコード」を作成する。
- ・「福祉医療費請求書(明細書)印刷業務」では、各項目で特に指定のない場合は、KENnnnnnnnn.CSVの「データ・レコード」からデータを取得してセットする。
- ・備考欄のSPACEは両業務共通事項

<タイプ>

- ・数字 … N
- ・英字 … A
- ・カナ … K
- ・漢字 … X

合計レコード									
レベル	項番	位置		タイプ	桁数	項目名	桁不足	無記入	備考
		開始	終了						
	1	1	2	N	2	カードNO			SPACE
	2	3	4	N	2	診療年	前ゼロ	ブランク【付箋要】	和暦 ※西暦は和暦に直して【付箋要】
	3	5	6	N	2	診療月	前ゼロ	ブランク【付箋要】	
	4	7	16	N・K	10	医療機関CD	前ゼロ		桁オーバーは、入るところまでバンチ【付箋要】 柔整分の場合、協一キ 契一ケ に変換してバンチ ハイフン、カンマは、バンチしない ブランクの場合は「2」【付箋要】
	5	17	17	N	1	入外区分		ブランク【付箋要】	「1」、「2」、「4」、「6」以外はブランク【付箋要】
	6	18	19	N	2	NO			「99」(固定)
	7	20	29	A・N	10	予備			SPACE
	8	30	45	A・N	16	予備			SPACE
	9	46	51	N	6	件数合計	前ゼロ	ブランク【付箋要】	
	10	52	52	A・N	1	予備			SPACE
	11	53	57	N	5	診療日数・処方箋回数	前ゼロ		
	12	58	65	N	8	保険総点数	前ゼロ	ブランク【付箋要】	
	13	66	73	N	8	窓口徴収額	前ゼロ	ブランク	
	14	74	81	N	8	入院時食事療養費・基準額	前ゼロ		
	15	82	89	N	8	入院時食事療養費・標準負担額	前ゼロ		
	16	90	97	N	8	薬剤一部負担金	前ゼロ	ブランク	SPACE ※未使用項目
	17	98	105	N	8	公費負担者番号			入力票の公費負担者番号と違っていても記載どおりバンチ
	18	106	150	A・N	45	予備			SPACE

- ・備考欄の内容は、「福祉医療費助成事業システム入力媒体作成業務」の際の注意点
- ・子ども医療費請求書等の「小計欄」は、バンチしない。
- ・「明細レコード」の診療年月、医療機関CD、入外区分のいずれかが変わった場合、または、「NO99合計」欄のどこか一か所でも数字の記載がある場合は、「合計レコード」を作成する。
- ・「福祉医療費請求書(明細書)印刷業務」では、「明細レコード」からデータを取得、または、「明細レコード」の値を集計してデータセットする。
- ・備考欄のSPACEは両業務共通事項

入力媒体作成業務用\_入力票・請求書・明細書サンプル

●● 1 年 10 月分		こども医療入力票		NO. 平成 年 月 日	
--------------	--	----------	--	-----------------	--

カードNo	バッチ番号	公 費 負 担 者 番 号						簿 冊 (点数表)	担 当 者
8 0	1 0 1	8 3	2 2	0 0	1 2	1 0	1		

件 数

9 9 9

・網掛けがパンチ箇所

・数字をパンチする。

医 科

歯 科

調 剤

訪 問

柔 整

..... 1

..... 3

..... 4

..... 6

..... 6

検 孔		穿 孔	

・公費負担者毎に入力



〇〇〇市長 様

公 費 負 担 者 番 号						
8	3	2	2	〇	〇	〇

医 療 機 関 コー ド
123.456.7

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

●● 1 年 10 月分 こども医療費請求書

\*\*\*市\*\*\*町1-2-3  
〇〇クリニック  
× × × × × ×



下記のとおり請求する。 ●● 1年 11月15日

1 入院		② 通院														
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日						一部 負担 割合	診 療 日 数 日	保 険 総 点 数 点	窓 口 徴 収 額 円	入 院 時 食 事 療 養 費		備 考	
			年		月		日						基 準 額 円	標 準 負 担 額 円		
1	0123456	〇〇 〇〇〇	2	9		1		1	2	1	2,500	500				
2	0987654	△△ △△△	1	9	1	2	1	4	3	2	7,500	1,000				
3																
4																
5																
6											・網掛けがパンチ箇所 入院時食事療養費の基準額及び標準負担額は、「1入院」のときパンチ対象となり、「2通院」のときはスキップする。					
7																
8																
9																
10																
小 計			2 件							3	10,000	1,500				
99	合 計		2 件							3	10,000	1,500				

・網掛けがパンチ箇所  
入院時食事療養費の基準額及び標準負担額は、「1入院」のときパンチ対象となり、「2通院」のときはスキップする。

注) 1. 一部負担割合は「3」か「2」のどちらかを記入してください。 「3」・・・一部負担3割の保険の場合 「2」・・・一部負担割合2割の保険の場合

〇〇〇市長 様

公 費 負 担 者 番 号

8 3 2 2 〇 〇 〇 〇

薬 局 コ ー ド

234.567.8

●● 1 年 10 月分

## こども医療費請求書

保険薬局の所在地及び氏名

\*\*\*市\*\*\*町1-2-3

〇〇薬局

(印)

× × × × ×

下記のとおり請求する。

●● 1年11月15日

## 4 調剤

No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日				一部負担 割 合	処方箋回数 枚	保 険 総 点 数 点	備 考		
			年	月		日						
1	0123456	〇〇 〇〇〇	2	9		1		1	2	1	350	
2	0987654	△△ △△△	1	9	1	2	1	4	3	2	280	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
小 計			2 件					3	630			
99	合 計		2 件					3	630			

注) 1. 一部負担割合は「3」か「2」のどちらかを記入してください。

「3」…一部負担3割の保険の場合 「2」…一部負担割合2割の保険の場合

〇〇〇市長 様

公費負担者番号

84220000

重度障害者(児)医療費明細書の  
場合は 85220000

医療機関コード

123.456.7

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

●● 1 年 10 月分 ひとり親家庭等医療費明細書

\*\*\*市\*\*\*町1-2-3

〇〇クリニック  
×× ×××



下記のとおり請求する。

●● 1

事業名で  
「ひとり親家庭等」または「重度障害者(児)」

1 入院

② 通院

No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部 負担 割合	診 療 日 数 日	保 険 総 点 数 点	窓口徴収額 円	入院時食事療養費		備 考
			年	月	日					基準額 円	標準負担額 円	
1	123456789	〇〇 〇〇〇	5	1	3	3	1	1,200	3,600			
2	987654321	△△ △△△	1	2	0	1	1	3	2	480	1,440	
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
小 計			2 件				3	1,680	5,040			
99	合 計		2 件				3	1,680	5,040			

・網掛けがパンチ箇所  
入院時食事療養費の基準額及び標準負担額は、「1入院」のときパンチ対象となり、「2通院」のときはスキップする。

- 注) 1. 「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。
2. 「窓口徴収額」欄には、受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。  
入院時食事療養費標準負担額については、別欄(右から2列目の欄)に記入してください。
3. 更正医療等公費負担があり、所得に応じた自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「窓口徴収額」欄に記入してください。
4. 訪問看護ステーションの場合は、「保険総点数」欄には訪問看護基本療養費の金額を円単位で記入してください。

〇〇〇市長 様

公 費 負 担 者 番 号							
8	4	2	2	〇	〇	〇	〇

重度障害者(児)医療費明細書の 場合は 8522〇〇〇〇
---------------------------------

薬 局 コ ー ド
234.567.8

●● 1 年 10 月分

ひとり親家庭等医療費明細書

保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名

\*\*\*市\*\*\*町1-2-3

〇〇薬局  
×××



下記のとおり請求する。

事業名で 「ひとり親家庭等」または「重度障害者(児)」
--------------------------------

4 調剤

No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日			一部負担 割 合	処方箋回数 枚	保 険 総 点 数 点	備 考 円
			年	月	日				
1	123456789	〇〇 〇〇〇	5	1	3	3	1	320	960
2	987654321	△△ △△△	1	2	0	3	2	120	360
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
小 計			2 件				3	440	1,320
99	合 計		2 件				3	440	1,320

(注) 1.「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。  
2.重度障害者(児)医療費、母子家庭等医療費については、「備考」欄に受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。  
3.長期特定疾病等公費負担があり、法定の自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「備考」欄に記入してください。

静岡県単独福祉医療費助成制度

CSV 形式による記録方法

平成 22 年 11 月版

## 目次

I	磁気媒体での請求について	．．．．．	1
II	ファイル構成の概要	．．．．．	2
III	ヘッダー・レコードについて	．．．．．	3
IV	データ・レコードについて	．．．．．	5
	(参考) ファイル・レイアウト	．．．．．	7

## I. 磁気媒体での請求について

1. 当方法は、保険医療機関等から静岡県国民健康保険団体連合会に提出される、医療費請求書（こども医療費助成事業）及び、医療費明細書（重度障害者（児）医療費助成事業（注）、母子家庭等医療費助成事業）の提出方法について記載する。

注：重度障害者（児）医療費助成事業の受給者証に「給付制限有り」（※）の記載がある場合は、助成対象外の医療費を除く調整ができる場合に限り、磁気媒体での提出を可能とする。

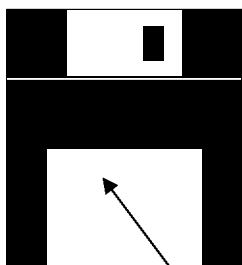
※内部障害3級及び65歳以上の新規受給者のうち入院費用が対象外とされている受給者

2. 保険医療機関等は、情報を記録した磁気媒体を、正・副2枚作成し、正本に所要の事項を記載したラベル（下図）を貼付又は記入のうえ、15日までに提出する。なお、副本については、後日、正本との照合が可能ならばパソコン等での保存でもよいものとする。
3. 磁気媒体の提出にあたっては、磁気汚染を防止するため、保護ケースを使用するものとする。
4. 事務処理が終了した磁気媒体は、静岡県国民健康保険団体連合会で所定の期間保管するものとする。所定の期間保管後、所定の手続きを経て廃棄する。
5. レセプト請求分とは別媒体とする。又、オンラインでの請求は対応しておりません。
6. 柔道整復は除く。

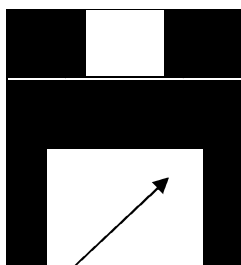
図 ラベル

静岡県単独福祉医療費助成制度請求分 CSV データ						
保険医療機関等コード						
保険医療機関等名称						
請求年月						
提出年月日						
件数	こども	件	母子	件	重度障害	件

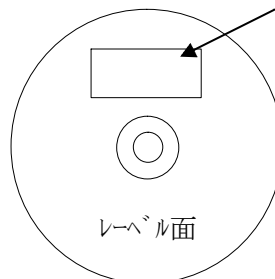
FD



MO



CD-R



レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペンなどによりラベル内容を記入願います。

## Ⅱ．ファイル構成の概要

### 1．ファイル構成

ファイルの構成は次のとおりとする。

ヘッダー1 レコード	データ レコード1	データ レコード2	データ レコード3	データ レコード4
---------------	--------------	--------------	--------------	--------------

ヘッダー2 レコード	データ レコード1	データ レコード2	データ レコード3	データ レコード4
---------------	--------------	--------------	--------------	--------------

ヘッダー3 レコード	データ レコード1	データ レコード2	データ レコード3	データ レコード4
---------------	--------------	--------------	--------------	--------------

### 2．各レコードの説明

#### (1) ヘッダー・レコード

共通項目とする。

#### (2) データ・レコード

1 請求単位データを記録したもの。

### 3．ファイル名

KEN 医療機関コード . CSV

例 KEN1234567.CSV

### 4．媒体

データの授受は磁気媒体で行う。

磁気媒体は、F D、C D、M Oのいずれかとする。

磁気媒体は医療機関へ返還しない。



### Ⅲ. ヘッダー・レコードについて

#### 1. レコード区分

0 (固定)

#### 2. 制度番号

県単独事業の制度番号を記録する

83 : こども医療費助成制度

84 : 母子家庭等医療費助成制度

85 : 重度障害者 (児) 医療費助成制度

#### 3. 医療機関コード (保険薬局コード)

医療機関コード (保険薬局コード) を記録する

#### 4. 点数表

該当保険医療機関等の点数表を記録する

医科 1

歯科 3

調剤 4

訪問看護療養費 6

#### 5. 医療機関名称-1

最大全角20文字まで

例: 医療法人社団 静岡会

#### 6. 医療機関名称-2

最大全角20文字まで

例: 富士山病院

#### 7. 開設者氏名

最大全角30文字まで

例: 静岡△太郎

#### 8. 所在地-1

最大全角20文字まで

例: 静岡県静岡市

#### 9. 所在地-2

最大全角20文字まで

例: 葵区春日2丁目4番34号

#### 10. 電話番号

最大: 12文字 (半角 ハイフン編集)

例: 054-253-5530

11. 件数

データ・レコード件数を記録する

12. 提出日

当該データを提出する年月日を記録する。

例：平成 22 年 5 月 10 日の場合                      4220510

## IV. データ・レコードについて

### 1. レコード区分

1 (固定)

### 2. 請求年月日

当該データを提出する年月を記録する。

例：平成 22 年 5 月の場合            42205

### 3. 連番

ファイル内で一意の番号

### 4. 公費負担者番号

公費負担者番号を記録する

### 5. 診療年月

当該データの診療年月を記録する

例：平成 22 年 4 月の場合            42204

### 6. 入外区分

入院                                    1

外来                                    2

調剤                                    4

### 7. 受給者番号

半角で最大 10 文字   桁不足分は右づめに記録し残りは半角スペースを記録する

例：01234567 の場合   △△01234567

### 8. 受給者氏名

最大全角 15 文字まで

### 9. 生年月日

受給者生年月日を記録する

例：平成 22 年 3 月 3 日生まれ       4220303

### 10. 一部負担割合

1 割負担                                1

2 割負担                                2

3 割負担                                3

### 11. 診療日数又は処方箋回数

診療日数又は処方箋回数を記録する

12. 保険総点数  
保険総点数が 1 2 0 0 点の場合 1200  
訪問看護は、金額を記録する
13. 窓口徴収額  
窓口徴収額を記録する
14. 入院時食事療養費 基準額  
入院時食事療養費 基準額を記録する  
入院以外の場合は NULL
15. 入院時食事療養費 標準負担額  
入院時食事療養費 標準負担額を記録する  
入院以外の場合は NULL
16. 備考  
最大全角 1 5 文字まで

(参考) ファイル・レイアウト

ファイル名	情報説明	ファイルタイプ	文字コード
KENnnnnnnn.CSV	静岡県単独福祉医療費助成制度請求データ	CSV(Comma Separated Values)	SiftJIS

ヘッダー・レコード

No.	項 目 名	項目説明	型	桁数(最大)	備考	例
1	KBN	データ区分	NUMBER	1	0:ヘッダーレコード	0
2	SEIDO_NO	制度番号	NUMBER	2	83:こども 84:母子家庭 85:重度障害	83
3	KIKAN_CODE	医療機関コード(保険薬局コード)	NUMBER	7	前ゼロ	01234567
4	TENSU_KBN	点数表区分	NUMBER	1	1:医科 3:歯科 4:調剤 6:訪問看護	1
5	KIKAN_NAME_1	医療機関名称-1	CHAR	40	全角 20文字	医療法人社団 静岡会
6	KIKAN_NAME_2	医療機関名称-2	CHAR	40	全角 20文字	富士山病院
7	KIKAN_KAISETSUSHA	開設者氏名	CHAR	60	全角 30文字	静岡 太郎
8	KIKAN_JUSHO_1	所在地-1	CHAR	40	全角 20文字	静岡県静岡市
9	KIKAN_JUSHO_2	所在地-2	CHAR	40	全角 20文字	葵区春日2丁目4番34号
10	TEL_NO	電話番号	CHAR	12	ハイフン編集	054-253-5530
11	CNT	件数	NUMBER	6	データ・レコード件数	1234
12	TESISYUTSU_DATE	提出日	NUMBER	7		4220510

データ・レコード

No.	項 目 名	項目説明	型	桁数(最大)	備考	例
1	KBN	レコード区分	NUMBER	1	1:データレコード	1
2	SEIKYU_DATE	請求年月	NUMBER	5		42205
3	SEQ	連番	NUMBER	5	データー意連番	1
4	FUTANSHA_NO	公費負担者番号	NUMBER	8		83220012
5	SHINRYO_DATE	診療年月	NUMBER	5		42204
6	NYUGAI_KBN	入外区分	NUMBER	1	1:入院 2:外来 4:調剤	1
7	JUKYUSHA_NO	受給者番号	CHAR	10	桁不足分は前スペース	
8	JUKYUSHA_NAME	受給者氏名	CHAR	30	全角 15文字	
9	BIRTHDAY	生年月日	NUMBER	7		4220303
10	FUTANWARI	一部負担割合	NUMBER	1		2
11	SHIN_SHO_CNT	診療日数又は処方箋回数	NUMBER	3		5
12	HOKEN_TENSU	保険総点数	NUMBER	8		1234
13	CHOSHUGAKU	窓口徴収額	NUMBER	8		1234
14	KIJUNGAKU	入院時食事療養費 基準額	NUMBER	8	入院以外はNULL	1234
15	FUTANGAKU	入院時食事療養費 標準負担額	NUMBER	8	入院以外はNULL	1234
16	BIKOU	備考	CHAR	30	全角 15文字	

※1 ファイル名:KEN + 医療機関コード(保険薬局コード)

例)KEN01234567.CSV

※2 各項目の区切り文字は「,(カンマ)」

印刷業務用\_請求書・明細書サンプル

別添 4

様式 6(用紙 日本工業規格A4横型)

No. 1

長 様

公 費 負 担 者 番 号							
8	3	2	2				

医 療 機 関 コ ー ド

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

年 月分 こども医療費請求書

印

下記のとおり請求する。 年 月 日

1 入院		2 通院											
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日				一部 負担 割合	診 療 日 数 日	保 険 総 点 数 点	窓口徴収額 円	入院時食事療養費		備 考
			年	月	日	基 準 額 円					標 準 負 担 額 円		
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
小 計							件						
99	合 計						件						

注) 1. 一部負担割合は「3」か「2」のどちらかを記入してください。 「3」・・・一部負担3割の保険の場合 「2」・・・一部負担割合2割の保険の場合

長 様

公 費 負 担 者 番 号							
8	3	2	2				

薬 局 コ ー ド

年 月分 こども医療費請求書

保険薬局の所在地及び氏名



下記のとおり請求する。 年 月 日

4 調剤												
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日						一部負担 割 合	処方箋回数 枚	保 険 総 点 数 点	備 考
			年	月	日							
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
小 計			件									
99	合 計		件									

注) 1. 一部負担割合は「3」か「2」のどちらかを記入してください。 「3」・・・一部負担3割の保険の場合 「2」・・・一部負担割合2割の保険の場合

長 様

公 費 負 担 者 番 号

8422

医 療 機 関 コ ー ド

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

年 月分 ひとり親家庭等医療費明細書

印

下記のとおり請求する。 年 月 日

1 入院			2 通院														
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日						一部 負担 割合	診 療 日 数 日	保 険 総 点 数 点	窓口徴収額 円	入院時食事療養費				備 考
			年	月	日		基 準 額	円					標 準 負 担 額	円			
1																	
2																	
3																	
4																	
5																	
6																	
7																	
8																	
9																	
10																	
小 計									件								
99	合 計								件								

注) 1. 「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。

2. 「窓口徴収額」欄には、受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。

入院時食事療養費標準負担額については、別欄(右から2列目の欄)に記入してください。

3. 更正医療等公費負担があり、所得に応じた自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「窓口徴収額」欄に記入してください。

4. 訪問看護ステーションの場合は、「保険総点数」欄には訪問看護基本療養費の金額を円単位で記入してください。



長 様

公 費 負 担 者 番 号					
8	4	2	2		

薬 局 コ ー ド

保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名

年 月分      ひとり親家庭等医療費明細書

㊞

下記のとおり請求する。      年    月    日

4 調剤										
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日				一部負担 割 合	処方箋回数 枚	保 険 総 点 数 点	備 考 円
			年	月	日					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
小 計			件							
99	合 計		件							

(注) 1.「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。  
2.重度障害者(児)医療費、母子家庭等医療費については、「備考」欄に受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。  
3.長期特定疾病等公費負担があり、法定の自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「備考」欄に記入してください。

長 様

公 費 負 担 者 番 号					
8	5	2	2		

医 療 機 関 コ ー ド

保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名

年 月分 重度障害者(児)医療費明細書

㊞

下記のとおり請求する。 年 月 日

1 入院			2 通院												
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日						一部 負担 割合	診 療 日 数 日	保 険 総 点 数 点	窓口徴収額 円	入院時食事療養費		備 考
			年	月	日	基 準 額 円	標 準 負 担 額 円								
1															
2															
3															
4															
5															
6															
7															
8															
9															
10															
小 計									件						
99	合 計								件						

注) 1. 「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。  
2. 「窓口徴収額」欄には、受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。  
入院時食事療養費標準負担額については、別欄(右から2列目の欄)に記入してください。  
3. 更正医療等公費負担があり、所得に応じた自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「窓口徴収額」欄に記入してください。  
4. 訪問看護ステーションの場合は、「保険総点数」欄には訪問看護基本療養費の金額を円単位で記入してください。

長 様

公 費 負 担 者 番 号							
8	5	2	2				

薬 局 コ ー ド									

保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名

年 月分 重度障害者(児)医療費明細書

㊞

下記のとおり請求する。 年 月 日

4 調剤												
No.	受給者番号	受給者氏名	生年月日						一部負担 割 合	処方箋回数 枚	保 険 総 点 数 点	備 考 円
			年	月	日							
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
小 計			件									
99	合 計		件									

(注) 1.「一部負担割合」欄には、一部負担が1割の場合は「1」、2割の場合は「2」、3割の場合は「3」を記入してください。  
2.重度障害者(児)医療費、母子家庭等医療費については、「備考」欄に受給者が窓口で支払った保険診療に係る自己負担額を記入してください。  
3.長期特定疾病等公費負担があり、法定の自己負担上限額のみ窓口で徴収する場合には、当該自己負担額を「備考」欄に記入してください。

## 福祉医療費助成事業 月次スケジュール

静岡県国民健康保険団体連合会(保険者支援課)

X月1日	
～	
Y月1日	処理月により変動します。
～	
10日	診療報酬等明細書(レセプト) 提出期限
11日	各制度請求書・明細書の受付、仕訳、事務点検
12日	
13日	
14日	
15日	各制度請求書・明細書 提出期限
16日	15:00 請求書・明細書CSVデータ 送達
17日	
18日	8:45 納品(請求書・明細書CSVデータ及び請求書・明細書)
19日	16:30 請求書・明細書 送達
20日	
21日	チェックリスト、エラーリスト処理 ※18日納品分(磁気媒体請求分)
22日	
23日	8:45 納品(請求書・明細書及びCSVデータ)
24日	
25日	
26日	チェックリスト、エラーリスト処理 ※23日納品分(紙媒体請求分)
27日	
28日	赤字:「福祉医療費請求書(明細書)印刷業務」 青字:「福祉医療費助成事業システム入力媒体作成」
29日	
30日	
Z月1日	
2日	
3日	各制度請求書・明細書の再点検
4日	
5日	X月分 処理確定
6日	
7日	X月分 各制度請求書・明細書及び関係帳票を市町へ発送
～	
10日	Y月分 診療報酬等明細書(レセプト) 提出期限
～	
15日	X月分 各制度請求書・明細書 提出期限
～	