

福祉医療費(社保分)電子請求用ファイルレイアウト(参考資料)

福祉医療費支給申請・請求明細書

令和 年 1 月診療分

1. 社 会 保 険 第 1 号 被 保 者	2. 国 保 組 合 2. 老 人	3. 国 保 組 合 3. 退 家	4. 退 家	5. 退 家	6. 退 家	7. 退 家	8. 退 家	9. 退 家	10. 退 家
------------------------	-------------------	-------------------	--------	--------	--------	--------	--------	--------	---------

保 険 者 番 号	被 保 者 証 記 号・番 号
市 町 村 番 号	老 人 医 療 受 給 者 番 号
公 費 負 担 者 番 号	公 費 負 担 医 療 受 給 者 番 号

患 者 氏 名	性 別	生 年 月 日	明・大・昭・平・和 年 月 日
---------	-----	---------	-----------------

1 入 院 日 間	2 外 来 日 間
診 療 日 数	診 療 日 数

傷 病 名 及 び 期 間	* 高額療養費 (21,000円以上) に該当する時のみ記入ください	特 定 疾 病 等
---------------	------------------------------------	-----------

診 療 報 酬 請 求 明 細 内 訳	総 診 療 報 酬 点 数				点	
	他 法 公 費 種 別、 自 己 負 担 月 額、 及 び 負 担 額	精 神	結 核	更 生	自 己 負 担 月 額	円
		1	2	3		
		育 成	特 疾	そ の 他		
	4	5	6	公 費 負 担 額	円	
請 求 金 額				円		

請 求 年 月 日 令和 年 月 日

医療機関コード番号	診療科コード*
2	3

医療機関等
所在地

乳 診

氏 名

備 考

・・・ 種別欄 2. 国保 3. 退家 4. 退家 は、月遅れ分請求時(平成15年6月診療以前分)の使用となります。

・・・ 特定疾病等に該当する場合、下記のとおり記入して下さい。

「02長 → 02」
「26区ア → 26」

「16長 → 16」
「27区イ → 27」

「28区ウ → 28」

「29区エ → 29」

「30区オ → 30」

・・・ 請求金額に少数点以下が発生する場合は、少数点第1位の位を切り下げて円の位まで記入して下さい。

診療科コード*欄・・・旧総合病院は、診療科コード番号を記入して下さい。

＊・・・「セプト」の特記事項欄に記入の「31多ア」「32多イ」「33多ウ」「34多エ」「35多オ」は「31」「32」「33」「34」「35」と備考欄に記入して下さい。

番号	検査	項目	タイプ	文字数	必須	備考
1		診療月	半角	6	○	YYYYMM
2		医療機関番号	半角	10	○	
3		診療科コード	半角	2	△	
4		保険種別	数値	1	○	1/社保 2/国保 3/国保組合
5		保険区分	数値	1	○	1/一般 2/老人 3/退本 4/退家
6		前期高齢者	数値	1	△	7/8
7		一部負担割合	数値	1	○	2/3
8		保険者番号	数値	8	○	
9		被保険者証記号	全半角	20	○	
10		被保険者証番号	全半角	20	○	
11		市町村番号	数値	8	×	Null
12		老人医療受給者番号	数値	8	×	Null
13		公費負担者番号	数値	8	○	
14		公費負担医療受給者番号	数値	7	○	
15		患者氏名	全半角	50	○	
16		性別	数値	1	○	1/男 2/女
17		生年月日	半角	8	○	YYYYMMDD
18		入院診療日数	数値	2	△	#18又は#21のどちらかのみ必須
19		入院診療開始日	数値	8	△	YYYYMMDD #18が入力された場合必須
20		入院診療終了日	数値	8	△	YYYYMMDD #18が入力された場合必須
21		外来診療日数	数値	2	△	#18又は#21のどちらかのみ必須
22	1	福祉医療日1日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	2	福祉医療日2日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	3	福祉医療日3日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	4	福祉医療日4日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	5	福祉医療日5日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	6	福祉医療日6日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	7	福祉医療日7日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	8	福祉医療日8日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	9	福祉医療日9日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	10	福祉医療日10日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	11	福祉医療日11日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	12	福祉医療日12日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	13	福祉医療日13日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	14	福祉医療日14日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	15	福祉医療日15日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	16	福祉医療日16日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	17	福祉医療日17日	半角	1	△	0/非該当 1/該当

番号は、データレイアウトの番号と一致しています。○:必須、△:任意

福祉医療費(社保分)電子請求用ファイルレイアウト(参考資料)

福祉医療費支給申請・請求明細書																							
令和 年 月 診療分					1. 社 保 2. 国 保 組合		1. 一 般 3. 退 家		前期高齢者 一部負担割合														
					3. 国 保 組合		2. 老 人 4. 退 家		9 8 7 1 2 3 期														
保険者番号					被保険者証 記号・番号																		
市町村番号					老人医療 受給者番号																		
公費負担者番号					公費負担医療 受給者番号																		
患者氏名					性別		男・女		生年月日		明・大・昭・平 年 月 日												
1 診療日数()日間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日					2 外来 ()日間		22		1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31.														
傷病名及び期間					*高額療養費(21,000円以上)に該当する時のみ記入ください					特定疾病等		24											
診療報酬明細内訳					総診療報酬点数					25		点											
					他法公費種別、					精神 2 3 更生					自己負担月額		27		円				
					自己負担月額、					育成 特産 その他					公費負担額					28		円	
					及び負担額					4 5 6													
					請求金額					29					円								
請求年月日					30					令和 年 月 日													
医療機関コード番号					診療科コード*					医療機関等所在地					32								
										名 称					33								
										氏 名					34								
備考					31																		
**** 種別欄 2. 国保 3. 退家 4. 退家 は、月遅れ分請求時(平成15年6月診療以前分)の使用となります。 **** 特定疾病等に該当する場合、下記のとおり記入して下さい。 「02長 → 02」 「16長 → 16」 「26区ア → 26」 「27区イ → 27」 「28区ウ → 28」 「29区エ → 29」 「30区オ → 30」 **** 請求金額に少数点以下が発生する場合は、少数点第1位の位を切り上げて円の位まで記入して下さい。 診療科コード*欄 **** 旧総合病院は、診療科コード番号を記入して下さい。 **** レセプトの特記事項欄に記入の「31多ア」「32多イ」「33多ウ」「34多エ」「35多オ」は「31」「32」「33」「34」「35」と備考欄に記入して下さい。																							

番号	枝番	項目	タイプ	文字数	必須	備考
		18福祉医療日18日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		19福祉医療日19日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		20福祉医療日20日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		21福祉医療日21日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		22福祉医療日22日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		23福祉医療日23日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		24福祉医療日24日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		25福祉医療日25日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		26福祉医療日26日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		27福祉医療日27日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		28福祉医療日28日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		29福祉医療日29日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		30福祉医療日30日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
		31福祉医療日31日	半角	1	△	0/非該当 1/該当
23		傷病名および期間	全半角	20	△	
24	1	特定疾病等(02)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
	2	特定疾病等(16)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
	3	特定疾病等(17)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
	4	特定疾病等(18)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
	5	特定疾病等(19)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
	6	特定疾病等(26)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
	7	特定疾病等(27)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
	8	特定疾病等(28)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
	9	特定疾病等(29)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
	10	特定疾病等(30)	数値	1	△	0/非該当 1/該当
25		総診療報酬点数	数値	7	○	数値
26	1	他公費(1精神)	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	2	他公費(2結核)	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	3	他公費(3更生)	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	4	他公費(4育成)	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	5	他公費(5特産)	半角	1	△	0/非該当 1/該当
	6	他公費(6その他)	半角	1	△	0/非該当 1/該当
27		自己負担月額	数値	8	△	#26が入力された場合必須
28		公費負担額	数値	8	△	#26が入力された場合必須
29		請求金額	数値	8	○	1以上
30		請求年月日	半角	8	○	YYYYMMDD
31		備考	全半角	200	△	
32		医療機関等所在地	全半角	100	○	
33		医療機関等名称	全半角	30	○	
34		医療機関等氏名	全半角	30	○	



番号は、データレイアウトの番号と一致しています。○:必須、△:任意