別紙3.　帳票一覧

業務	帳票名	内容	レイアウト
受付	受付エラー通知書	沖縄独自のチェックを行い該当データ表示	P1
エラー潰し	エラー潰しリスト	受付データの整合性チェックを行い結果を出力	P2
資格確認	受診者別支払一覧表	連合会チェックで正常データのみの一覧(PDFとEXCEL)	P3
請求	請求額内訳書	請求額の明細	P4
	受診者別支払一覧表	連合会、保険者チェックで正常データのみの一覧(確定版)	P3
	過誤調整結果通知書	過誤の明細(保険者単位)	P5
	健診機関別請求内訳書	保険者単位の健診機関毎の件数と費用明細	P6
支払	支払額通知書	振込金額の通知書	P7
	返戻一覧	返戻データの一覧表	P8
	過誤調整結果通知書	過誤の明細(健診機関単位)	P9
	突合書	金額の整合性チェック用	P10
全銀データ作成	確認書	振込件数と金額を表示	P11
全銀チェック	エラーリスト	口座誤りなどのエラーチェック	P12

受付エラー通知書

特定健診機関	保険者	受診券番号	カナ氏名 生年月日	被保険者証番号	受診日	エラー内容
XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXX NNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNN	NNXXXXXXXXXX	XXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN

令和2年05月受付　　エラー潰しリスト

40 ↓

2020年5月12日

No	特定健診機関	保険者	受診券番号 161	カナ氏名 生年月日	被保険者証番号	受診日	請求区分	単価	窓口負担	A1C	尿酸	クレア	GFR	尿潜血	採血1	採血2	採血3	採血4	血糖	随血糖	詳細健診	備考
1	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XXXXXXXX NNNNNN	XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNN	NN XXXXXXXXXX	XXXXXXXX	X	9999	999	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		NNNNNNNNNN
2	XXXXXXXXXX NNNNNNNNNN	XXXXXXXX NNNNNN	XXXXXXXXXXX XXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNN	NN XXXXXXXXXX	XXXXXXXX	X	9999	999	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X		NNNNNNNNNN
3																						
4																						
5																						
6																						
7																						
8																						
9																						
10																						
11																						
12																						
13																						
14																						
15																						

受診者別支払一覧表(40歳未満等)

NN 99 年 99 受付分 (健康診査分)

NN 年 99月 99日作成
沖縄県国民健康保険団体連合会

保険者等番号	保険者等名称
XXXXXXXX	NNNNN

受診券番号	被保険者証記号 被保険者証番号	受診者氏名 受診者住所	生年月日	健診機関名称	請求区分	受診 年	受診 月	受診 日	保険者負担金額(円)	窓口負担金額(円)
NNNNN	NN XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	NNNN

請求額内訳書(40歳未満・生保等)

NN 99 年 99月 請求分（健康診査分）

沖縄県国民健康保険団体連合会
NN 年 9 月 9 日作成

保険者等番号	XXXXXXXX
保険者等名称	NNNNNNNNN

請求内容		件数・金額	
特定健診分	件数	9,99	件
	保険者負担金額(基本的な健診)	999,99	円
	保険者負担金額(詳細な健診)	999,99	円
	保険者負担金額(その他)	999,99	円
	特定健診分計	999,99	円

特定保健指導分	件数	9,99	件
	保険者負担金額	999,99	円
	特定健診分計	999,99	円

合計	件数	9,99	件
	金額	999,99	円

過誤調整	件数	9,99	件
	金額	999,99	円

請求	件数	9,99	件
	金額	999,99	円

過誤調整結果通知書

NN 99　年 99 月取扱分

NN 99年99月99日作成
沖縄県国民健康保険団体連合会

保険者等番号	保険者等名称
XXXXXXXX	NNNNNNNNN

健診機関番号 受診券番号	健診機関等名称 受診者氏名	被保険者証記号 被保険者証番号	受診 年	受診 月	受診 日	請求区分	保険者負担金額（円）	過誤理由
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	XXXXXXXXXXXXXXXXXXX	99	99	99	X	99,999	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN
合　　計				99 件			99,999 円	

健診等機関別請求内訳書（特定健診分）

（ NN 99年99月 委託分 ）

NN 99年 99月 99日作成

沖縄県国民健康保険団体連合会

保険者等番号	保険者等名称
XXXXXXXX	NNNNNNNNNN

健診機関番号	健診機関名称	件数	費用額（円）	保険者負担金額（円）			窓口負担金額（円）		
				基本的な健診	詳細な健診	その他	基本的な健診	詳細な健診	その他
XXXXXXXXXX	NNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	9,999	9,999,999	9,999,999	9,999,999	9,999,999	9,999,999	9,999,999	9,999,999
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			
	〃		〃			〃			

健診機関番号:　XXXXXXXXX

〒 XXX-

NNNN

特定健診情報返戻一覧表 （40歳未満処理分）

NN 99 年 99 月処理分

NN 99年99月99日作成
沖縄県国民健康保険団体連合会

特定健診・特定保健指導 機関番号	XXXXXXXXXX
特定健診・特定保健指導機関名称	NNNN

過誤調整結果通知書

NN 99 年 99 月取扱分

NN 99年99月99日作成
沖縄県国民健康保険団体連合会

健診機関番号	健診機関等名称
XXXXXXXXXX	NNNN

請求支払額突合書（40歳未満等健診費）

（ NN 99年　99 月 委託分）

NN 99年99月99日

請求支払額一覧

請求分（保険者）	件数	金額（円）	保険者負担額(円)
決定額　計	9,999	99,999,999	99,999,999
40歳未満	9,999	99,999,999	
生保	9,999	99,999,999	
後期・重複受診	9,999	99,999,999	
過誤調整額	9,999	99,999,999	99,999,999
40歳未満	9,999	99,999,999	
生保	9,999	99,999,999	
後期・重複受診	9,999	99,999,999	
確定額　計	9,999	99,999,999	99,999,999
40歳未満	9,999	99,999,999	
生保	9,999	99,999,999	
後期・重複受診	9,999	99,999,999	
請求合計	9,999	99,999,999	99,999,999

支払分（健診機関）	件数	金額（円）	支払額(円)	突合結果（請求-支払）
決定額　計	9,999	99,999,999	99,999,999	
40歳未満	9,999	99,999,999		
生保	9,999	99,999,999		
後期・重複受診	9,999	99,999,999		
過誤調整額　計	9,999	99,999,999	99,999,999	
40歳未満	9,999	99,999,999		
生保	9,999	99,999,999		
後期・重複受診	9,999	99,999,999		
確定額　計	9,999	99,999,999	99,999,999	
40歳未満	9,999	99,999,999		
生保	9,999	99,999,999		
後期・重複受診	9,999	99,999,999		
支払合計	9,999	99,999,999	99,999,999	

総合振込

振込データを送付いたします。

9999年99月99日作成

沖縄県国民健康保険団体連合会

確認	作成

1. 委託者／処理情報

委託者CD: 9999
委託者名: ｵｷﾅﾜｺｸﾎﾚﾝ
ファイル名: FDDATA 改行コード有
形式: MS-DOS(FAT)
データ長: 120バイト
振込指定日: NN99年99月99日
依頼件数: 9,999 件
依頼金額: 999,999,999円

2. 備考

全銀エラーリスト（案） 詳細は帳票設計で確定する。

特定健診機関 XXXXXXXXXX NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN	振込銀行名 NNNNNNNNNN	振込支店名 XXXXXXXXXXX	預金種別 NNNNNNNNNNN	口座番号 NNXXXXXXXXXXX	預金者名 XXXXXXXX	件数 XXXXXXXX	金額 XXXXXXXX	エラー内容 NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN NNNNNNNNNNNNNNNNNNNN