

医療費自己負担額支払明細書

確認試験手順書

本試験は、医療機関と国保連合会との間で行う自己負担額支払明細データの受入試験となります。

試験の手順を以下の【Step1】～【Step4】に示します。

【Step1】

「医療費助成事業_自己負担額支払明細書作成要領」に従い作成した電子データを国保連合会へ提出してください。

試験データは、評価したい内容がある程度網羅できる内容とし、30件程度を目安に作成してください。

提出方法は、本番と同様としますが、持参の場合は月～金曜日（祝日除く）の9:00～17:00に総務課 企画係までお願いいたします。

「医療費自己負担額支払明細書に係る確認試験依頼書」も合わせてご提出ください。

【Step2】

受付後は連合会にて、データをチェックします。

チェック内容は、以下となります。

- ・報告方法に不備はないか。
- ・データの内容に受付不可能な不備がないか。
- ・作成要領通りにデータが作成されているか。

【Step3】

試験結果は、「自己負担額支払明細書 確認試験結果報告書」に記載し、送付いたします。

結果に含まれる点検警告エラー内容の詳細については「医療費助成事業_国保連合会業務および報告データ仕様書」をご参照ください。

【Step4】

試験結果を確認していただき、再試験を希望される場合、【Step1】から【Step3】の手順を繰り返してください。

沖縄県国民健康保険団体連合会 御中

住 所
開設者
氏 名

医療費自己負担額支払明細書に係る確認試験依頼書

医療費自己負担額支払明細書の報告を開始するにあたり、確認試験を受けたいので次のとおり依頼します。

点 数 表 区 分	医 科・歯 科・調 剤				依頼回数			新 規・ 回目	
医 療 機 関（薬 局） コード							電話番号		
保 険 医 療 機 関（薬 局） 名									
保 険 医 療 機 関（薬 局） 所 在 地	〒								
プ ロ グ ラ ム 名 称									
ソ フ ト メ ー カ ー 名									
報 告 媒 体	CD-R		DVD-R		M O		F D		USB メモリ
報 告 件 数	件								
備 考									

- 《 作成要領 》
- 1 本依頼書は、保険医療機関（薬局）で作成する医療費自己負担額支払明細書が、作成要領に適合しているかを事前に確認したい場合、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。
 - 2 「点数表区分」欄には、医科、歯科及び調剤の別を○で囲む。
 - 3 「依頼回数」欄には、新規又は何回目の試験依頼か記入する。
 - 4 「医療機関（薬局）コード」、「電話番号」、「保険医療機関（薬局）名」及び「保険医療機関（薬局）所在地（郵便番号を含む。）」欄には、保険医療機関届で届け出た記載内容を記入する。
 - 5 レセコンを使用している場合、「プログラム名称」欄には、ソフトの名称及びシリーズ名を記入する。
 - 6 レセコンを使用している場合、「ソフトメーカー名」欄には、ソフトメーカー名を記入する。
 - 7 「報告媒体」欄には、報告する電子媒体を○で囲む。
 - 8 「報告件数」欄には、試験を受ける際の報告件数を記入する。

沖縄県国民健康保険団体連合会
令和03年04月01日 作成

保険医療機関	471999999
--------	-----------

〒 999-9999
〇〇〇市 〇〇町9-999
〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇病院

御中

医療費助成事業自己負担額 確認試験結果報告書 在中

医療費助成事業自己負担額 確認試験結果報告書

医療機関番号		
県区分	点	機関番号
47	1	99999999

事業番号
1

令和 年 月 報告分（ 月 診療分）

確認試験の結果をお知らせします。尚、リストには点検警告エラーのあったデータのみ出力されています。

受付件数： 20 件 点検警告件数： 3 件

	受給者番号	氏名	診療年月			保険	保険者番号	入外	点数	点検警告内容等
			号	年	月					
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										

年号	
CD	内容
4	平成
5	令和

保険	
CD	内容
1	国保
2	社保
3	後期

入外	
CD	内容
1	入院
2	入院外