

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、評価したい内容を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 企画係までお願ひいたします。

「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。

令和 年 月 日

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 剂						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 一 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。

自己負担額支払明細書 確認試験結果報告書

保険医療機関	4719999999
〒 999-9999 ○○○市 ○○町9-999 ○○○○○○○○○○○○○○○○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	

沖縄県国民健康保険団体連合会
令和03年04月01日 作成

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	9999999

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