

医療費助成事業  
自己負担額支払明細の作成について  
(医療機関・事務ご担当者向け)

第3. 5版



令和3年4月5日

沖縄県国民健康保険団体連合会

総務課

## 目次

|                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| 1. はじめに                               | 1  |
| 1.1. 本書の目的                            | 1  |
| 1.2. 注意事項                             | 1  |
| 2. 医療費助成事業の概要                         | 2  |
| 2.1. 自動償還に係る医療機関と国保連合会間の業務            | 2  |
| 2.2. 現物給付に係る医療機関等と国保連合会間の業務           | 3  |
| 3. 国保連合会への提出に関すること                    | 4  |
| 3.1. 提出様式                             | 4  |
| 3.2. 提出方法                             | 5  |
| 3.2.1. 紙媒体による提出について                   | 5  |
| 3.2.2. 電子媒体による提出について                  | 7  |
| 3.2.3. オンライン報告システムによる提出について           | 9  |
| 3.3. 提出先                              | 10 |
| 3.4. 提出における注意事項                       | 10 |
| 4. 自己負担額支払明細書の報告及び請求対象                | 11 |
| 4.1. 自動償還の報告対象                        | 11 |
| 4.2. 現物給付の請求対象                        | 13 |
| 5. 自己負担額支払明細書の作成方法                    | 15 |
| 6. 事務手数料等の振込                          | 16 |
| 6.1. 自動償還事務手数料の振込                     | 16 |
| 6.2. 現物給付額および事務手数料の振込                 | 16 |
| 7. 問合せ先                               | 16 |
| 参考① 第1号様式「医療費自己負担額支払明細報告兼請求書」記載例      | 17 |
| 参考② 第1号様式（別紙1）「医療費自己負担額支払明細書」記載例      | 18 |
| 参考③ 第1号様式（別紙2）「医療費自己負担額支払明細書（薬局用）」記載例 | 19 |
| 参考④ 自己負担額支払明細データレコード仕様                | 20 |
| 参考⑤ 様式1-1「オンライン報告システム新規申請書」記載例        | 23 |

改版履歴（仕様に直接関係ない誤脱字の訂正、表現の変更は断りなく行う。）

| 版数    | 改版箇所           | 改版内容／理由   | 日付         | 担当者       |
|-------|----------------|---|------------|-----------|
| 3. 0版 | 全般             | こども医療費助成現物給付開始に伴い内容追記。                                    | 2016/10/19 | 情報・介護課    |
| 3. 1版 | 参考④            | 項番 7 事業番号の設定内容の記載において、事業番号 6 の説明を母子父子→こども現物給付へ修正（記載誤りのため） | 2016/11/24 | 情報・介護課    |
| 3. 2版 | 全般             | 重度心身障がい者（児）医療費助成（自動償還）開始に伴い変更                             | 2017/9/20  | 情報・介護課    |
|       | 4. 1           | 自動償還における報告金額の記載方法について追記                                   |            |           |
|       | 4. 2           | 現物給付における請求金額の記載方法について追記                                   |            |           |
| 3. 3版 | 3              | 国保連合会への提出に関することについての構成を変更                                 | 2018/3/23  | 情報・介護課 羽地 |
| 3. 4版 | 4. 1<br>(注意事項) | 入院時生活療養費の居住費の取り扱いについて追記                                   | 2018/5/17  | 情報・介護課 羽地 |
| 3. 5版 | 全般             | 所属の変更「保険者支援課 事業係」から「総務課 企画係」<br>住所の変更「国保会館3F」から「国保会館2F」   | 2021/4/5   | 総務課 上原    |

# 1. はじめに

## 1.1. 本書の目的

本書は、沖縄県および市町村が実施する次に掲げる事業（以下「医療費助成事業」という。）において、保険医療機関および保険薬局（以下「医療機関等」という。）が作成し沖縄県国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」という。）へご報告（請求）いただく、「医療費自己負担額支払明細報告兼請求書（紙）」および「医療費自己負担額支払明細書（紙 または 電子データ）」を作成するための要領を記載しています。

- 子ども医療費助成事業（自動償還）
- 母子及び父子家庭等医療費助成事業（自動償還）
- 重度心身障がい者（児）医療費助成事業（自動償還）
- 子ども医療費助成事業（現物給付）  
（以下「医療費助成事業」という。）

（※1）市町村により開始時期が異なります。開始時期については沖縄県ホームページまたは、各市町村へご確認ください。

## 1.2. 注意事項

本資料および「医療費自己負担額支払明細書」等に関する資料は、すべて国保連合会のホームページに掲載しています。最新の情報も随時掲載しておりますので、ぜひ一度ご覧ください。

（URL） <http://www.okikoku.or.jp/ashoukan>

※URLは、「沖縄県国民健康保険団体連合会ホームページ」を開き、「医療費助成事業関連」のバナーをクリックしたページです。



## 2. 医療費助成事業の概要

本章では、沖縄県医療費助成事業における“自動償還業務の流れ”と“現物給付業務の流れ”についてご説明いたします。

### 2.1. 自動償還に係る医療機関と国保連合会間の業務

図2-1は、医療費助成事業（自動償還）業務の流れについて説明したものです。

医療機関等と国保連合会間の業務については、図2-1点線で囲まれた部分の対象であり、本書では、医療機関等と国保連合会間の業務について記載しています。

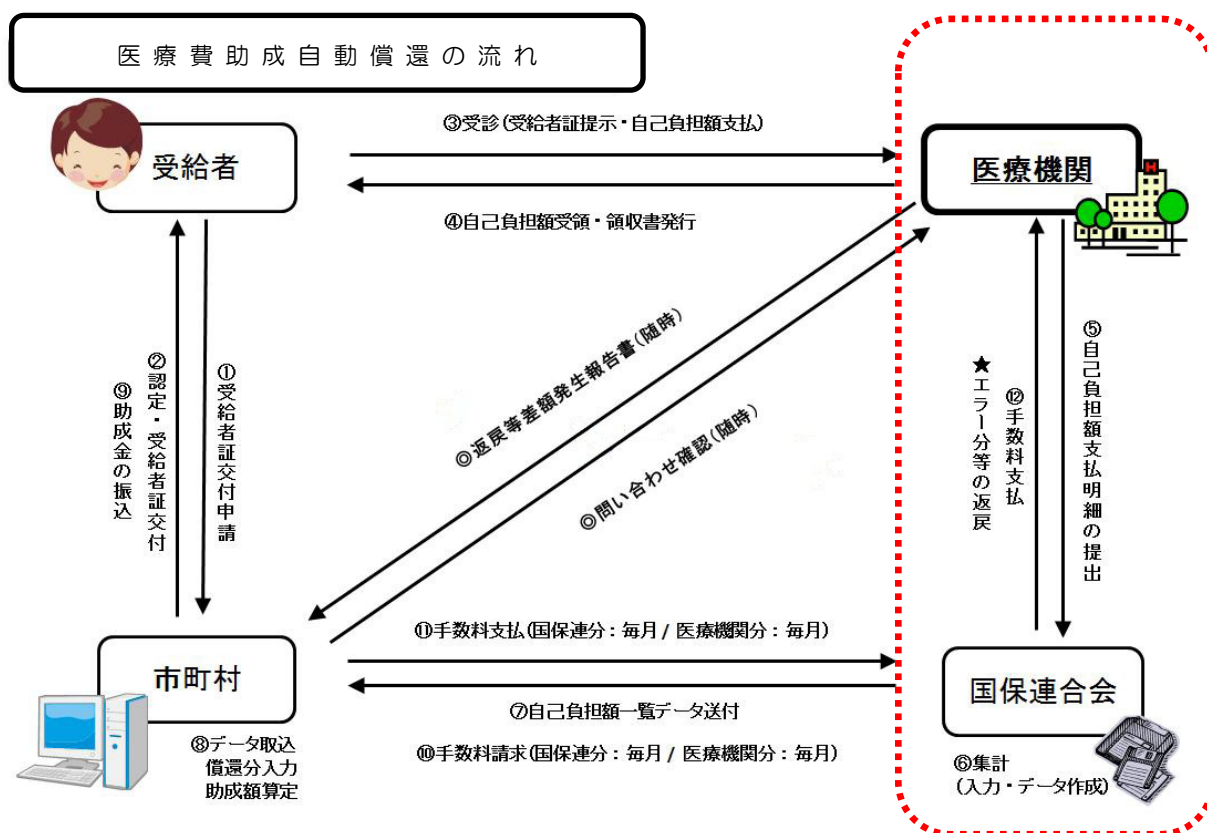


図2-1 医療費自動償還事業（自動償還）の流れ

※「返戻等差額発生通知書」については、市町村が窓口となりますので、送付方法や取扱等については、各市町村こども又は母子父子家庭医療費助成業務担当へお問い合わせください。

医療費助成事業における自動償還とは、対象者が医療機関等で受診した際、自己負担額を医療機関等へ支払い、その後、自己負担額報告が医療機関等から国保連合会を経由し市町村へ送られ、受給資格者が市町村窓口で申請手続きを行わなくても助成対象者へ自動的に対象額が助成される制度です。

## 2.2. 現物給付に係る医療機関等と国保連合会間の業務

図2-2は、医療費助成事業（現物給付）業務の流れについて説明したものです。

医療機関等と国保連合会間の業務については、図2-2点線で囲まれた部分が対象であり、本書では、医療機関等と国保連合会間の業務について記載しています。

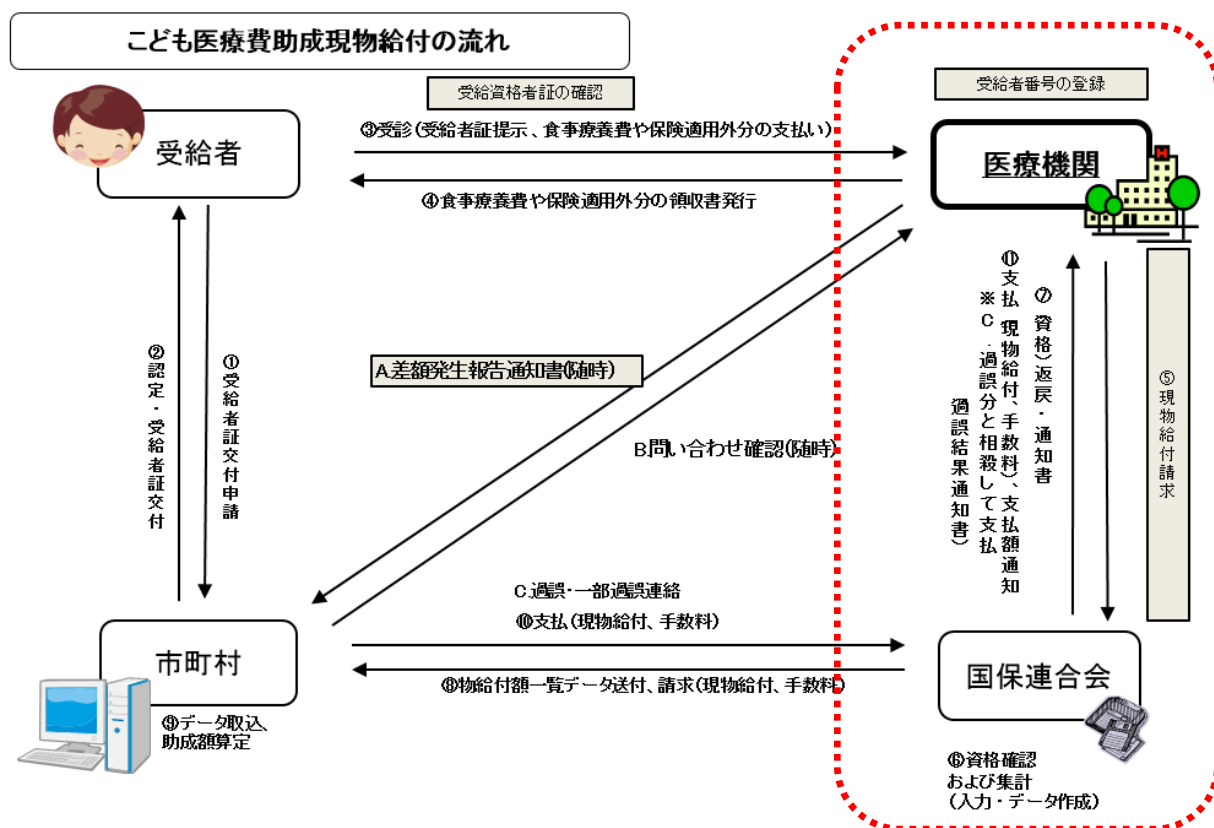


図2-2 医療費自動償還事業（現物給付）の流れ

※「返戻等差額発生通知書」については、市町村が窓口となりますので、送付方法や取扱等については、各市町村子ども医療費助成担当へお問い合わせください。

医療費助成事業における現物給付とは、対象者が医療機関等で受診した際、助成対象額（市町村負担額）は医療機関等から国保連合会を経由して市町村へ請求されるため、受給資格者が助成対象額を医療機関等へ支払うことなく対象額が助成される制度です。

### 3. 国保連合会への提出に関すること

---

本章では、医療費助成事業に係る医療機関等から国保連合会への様式の提出方法や提出期限、および注意点についてご説明いたします。

#### 3.1. 提出様式

医療機関等から国保連合会へ提出いただく様式は以下のとおりです。

- ▶ 第1号様式 医療費自己負担額支払明細報告兼請求書
- ▶ 第1号様式（別紙1） 医療費自己負担額支払明細書
- ▶ 第1号様式（別紙2） 医療費自己負担額支払明細書（薬局用）
- ▶ 医療費自己負担額支払明細書データ

後述する提出方法によって、必要な提出様式が異なりますのでご注意ください。

- ※1. 「第1号様式 医療費自己負担額支払明細報告兼請求書」を、以下「報告書」という
- ※2. 「第1号様式（別紙1） 医療費自己負担額支払明細書」および「第1号様式（別紙2） 医療費自己負担額支払明細書（薬局用）」を、以下「明細書」という。「明細書」は、特に断りが無い場合、「第1号様式（別紙1） 医療費自己負担額支払明細書」および「第1号様式（別紙2） 医療費自己負担額支払明細書（薬局用）」の両方を指すものとする。
- ※3. 「医療費自己負担額支払明細書データ」を、以下「明細データ」という

◇ 以下の様式をご利用の医療機関等は、新しい様式への移行をお願いします。

- 「第1号様式 子ども医療費自己負担額支払明細報告書」
- 「第1号様式（別紙1） 子ども医療費自己負担額支払明細書」
- 「第1号様式（別紙2） 子ども医療費自己負担額支払明細書（薬局用）」

## 3.2. 提出方法

医療機関等から国保連合会への提出方法は以下のとおりです。医療機関等で可能な方法をご選択ください。表3-2を参考に提出様式の準備をお願いします。

| 提出方法                   | 報告書 | 明細書 | 明細データ |
|------------------------|-----|-----|-------|
| 紙媒体                    | ○   | ○   | —     |
| 電子媒体<br>(CD-R、FD、USB等) | ○   | —   | ○     |
| オンライン報告システム            | —   | —   | ○     |

表3-2. 提出方法ごとの必要書類

### 3.2.1. 紙媒体による提出について

#### ◆紙媒体で提出する際の必要様式

紙媒体で提出する場合、以下の様式が必要になります。

- 報告書
- 明細書

#### ◆紙媒体で提出する際の作成方法

##### 1. 手書き

報告書および明細書に必要な事項を記載した様式を提出します。様式のテンプレートは国保連合会ホームページよりダウンロードいただけます。手書きで様式を作成する場合、桁区切り線（手書きガイド）があるテンプレートをご利用ください。

##### 2. 国保連合会提供ツールからの印刷

国保連合会が提供している「入力用エクセルブック」または「医療費助成データ作成ツール」で様式を作成することが出来ます。国保連合会提供ツールは国保連合会ホームページよりダウンロードいただけます。

##### 3. レセコンから印刷

医療機関等でお使いのシステム提供ベンダでの対応が必要となります。対応状況や操作方法についてはシステム提供ベンダへご確認ください。



◆紙媒体で提出する際の編てつ方法

- 報告書、明細書の編てつ方法は、図3-2. 紙媒体の編てつ方法のとおりです。
- 事業番号ごとにページを分けて作成し、事業番号順（昇順）で並べてください。
- 明細書のページ数は、事業ごとではなく1ページ目からの通し番号を記載してください。
- 明細書の総ページ数は、事業ごとではなく明細書全ての総枚数を記載してください。

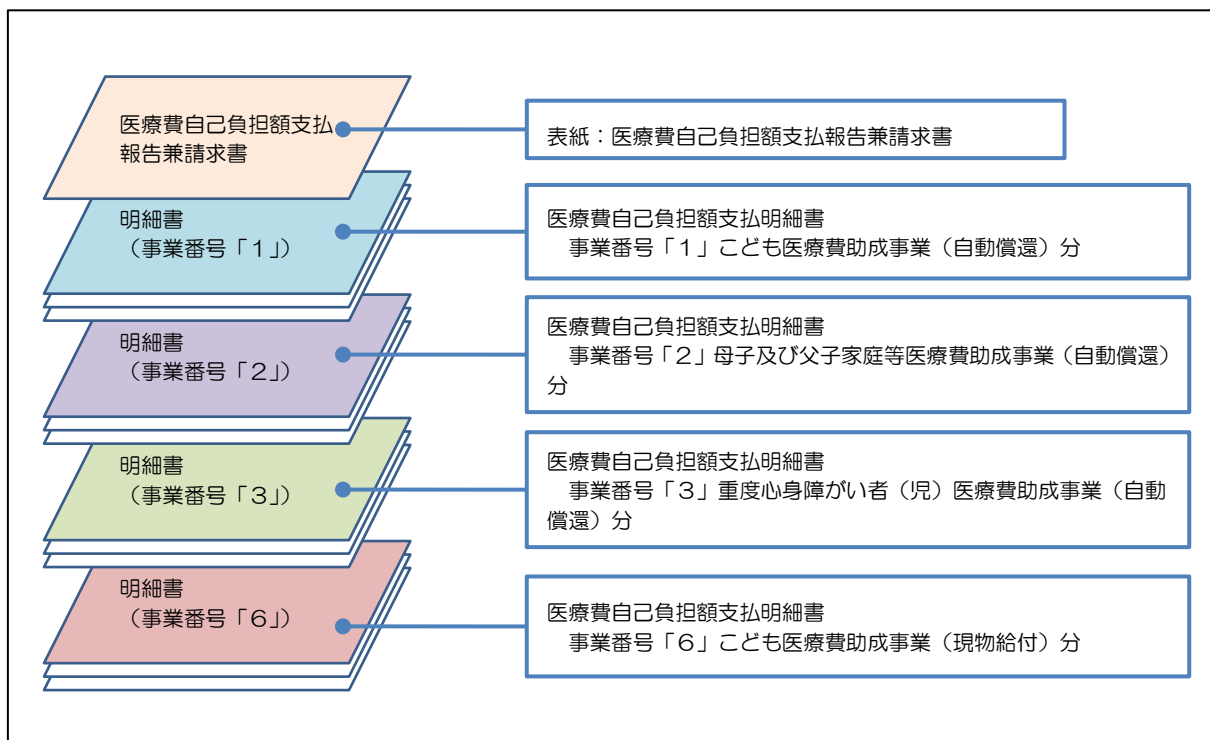


図3-2. 紙媒体の編てつ方法

◆紙媒体で提出する際の期限

毎月10日まで

※但し、10日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとなります。

◆紙媒体で提出する際の注意事項

- 印刷状態が不良の場合、再提出いただくことがあります。提出前に印刷時の汚れやかすれが無いかがご確認ください。
- 報告書、明細書は折り曲げないようお願いします。
- 用紙の綴りは黒紐、ホッチキス、クリップ等を使用し、針なしステープラー等用紙を損傷するものは使用しないでください。

### 3.2.2. 電子媒体による提出について

#### ◆電子媒体で提出する際の提出様式

電子媒体で提出の場合、以下の様式が必要になります。

- 報告書
- 明細データ

#### ◆電子媒体で提出する際の様式の作成方法

##### 1. 国保連合会提供ツールからの出力

国保連合会が提供している「医療費助成データ作成ツール」で様式を作成することが出来ます。国保連合会提供ツールは国保連合会ホームページよりダウンロードいただけます。

##### 2. レセコンからの出力

医療機関等でお使いのシステム提供ベンダでの対応が必要となります。対応状況や操作方法についてはシステム提供ベンダへご確認ください。

明細データは、国保連合会提供ツールまたは医療機関等でお使いのレセコン等システムから出力されるため、本書ではデータの作成方法は記載していません。

明細データ仕様・・・20頁「参考④ 自己負担額支払明細データレコード仕様」または、別冊「自己負担額支払明細書作成要領（システムベンダー向け）」をご確認ください。

#### ◆受付可能な電子媒体の種類

| 媒体                    | 寸法      | 規格                               |
|-----------------------|---------|----------------------------------|
| CD-R（コンパクトディスク）       | 12cm    | CD-R                             |
| DVD-R（デジタルバーサタイルディスク） | 12cm    | DVD-R                            |
| MO（マグネットオプティカルディスク）   | 3.5 ｲﾝﾁ | ISO/IEC13963 又は<br>ISO/IEC15041  |
| FD（フロッピーディスク）         | 3.5 ｲﾝﾁ | 2HD                              |
| USBメモリ                | —       | USB 2.0 Type A<br>USB 3.0 Type A |

#### ◆電子媒体へ格納するファイルの構成

明細データは電子媒体のルートディレクトリに格納し、ルートディレクトリに明細データ以外は格納しないこと。

◆電子媒体で提出する際のラベルの記載方法

電子媒体のラベル面には以下の内容をフェルトペン等で記載してください。

※なお、各項目のタイトル部分は省略してもよい。

- 医療機関名 . . . . . 提出を行う医療機関名を記載する。
- 医療機関等番号 . . . . . 県番号 47 から始まる 10 桁のコードを記載する。
- 診療年月 . . . . . 提出を行う診療年月を記載する。
- 作成年月日 . . . . . 電子媒体を作成した日付を記載する。

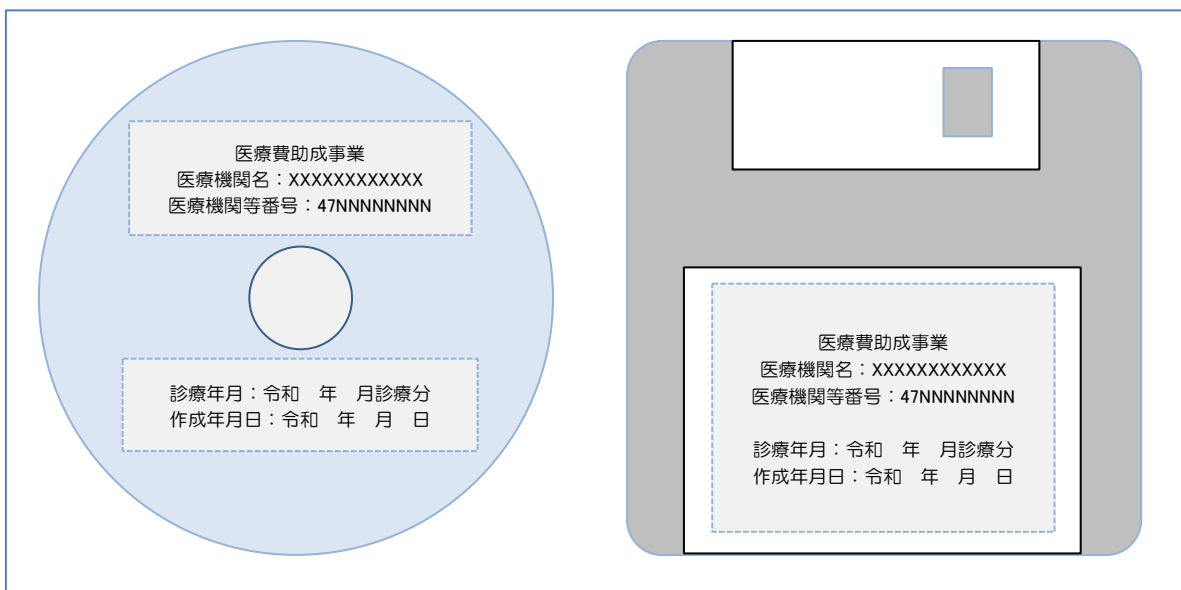


図3-2 (2). CD、FD ラベル面の記載例

◆電子媒体で提出する際の提出期限

毎月15日まで

※但し、15日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとなります。

◆電子媒体で提出する際の注意事項

- 電子媒体に異なる医療機関等のデータを記録しないでください。
- 電子媒体に正しく当月分の明細データが記録されているかご確認ください。
- 電子媒体によるエクセルファイルの受付は行っておりません。

### 3.2.3. オンライン報告システムによる提出について

#### ◆オンライン報告システムで提出する際の必要様式

オンライン報告システムで提出する場合、以下の様式が必要になります。

##### ➤ 明細データ

#### ◆オンライン報告システムで提出する際の作成方法

##### 1. 国保連合会提供ツールからの出力

国保連合会が提供している「医療費助成データ作成ツール」で様式を作成することが出来ます。国保連合会提供ツールは国保連合会ホームページよりダウンロードいただけます。

##### 2. レセコンからの出力

医療機関等でお使いのシステム提供ベンダでの対応が必要となります。対応状況や操作方法についてはシステム提供ベンダへご確認ください。

##### 3. オンライン報告システムでのデータ入力

オンライン報告システムには明細データの入力、登録機能があります。前項1、2の方法で明細データの作成が出来ない場合もオンライン報告システムで報告をすることが可能です。

#### ◆オンライン報告システムで提出する際の期限

毎月15日まで

※但し、15日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日までとなります。

#### ◆オンライン報告システムで提出する際の注意事項

- ・ インターネットに接続されたパソコンが必要です。
- ・ 事前に利用申請が必要です。23頁「参考⑤ 様式1-1「オンライン報告システム新規申請書」記載例」をご確認ください。
- ・ 利用申請書は国保連合会ホームページからダウンロードいただけます。
- ・ 利用申請後、国保連合会より送付する設定用CDでの設定後、利用可能となります。

### 3.3. 提出先

#### ①オンライン報告の場合

オンライン報告システムに接続し、作成したCSVファイルを添付して報告してください。

#### ②送付または持参の場合

送付または持参によりご提出いただく場合は以下のとおりです。

##### 《送付先》

〒900-8559

沖縄県那覇市西3-14-18（国保会館）2F

沖縄県国民健康保険団体連合会

総務課 企画係 医療費助成事業担当 宛て

##### 《持参先》

沖縄県那覇市西3-14-18（国保会館）2F

沖縄県国民健康保険団体連合会

総務課 企画係 医療費助成事業担当

(注)会場設営期間中は国保会館2階に設けた受付会場までご持参ください。

※受付設営期間については国保連合会ホームページ（医療費助成事業関連）に掲載しておりますのでご確認ください。

### 3.4. 提出における注意事項

- 電子データ、紙いずれの場合も、提出期限迄に国保連合会へ**必着**するようお願いいたします。提出期限を過ぎた場合は、翌月の受付扱いとなりますのでご注意ください。
- 自己負担額支払明細書は個人情報を含むため、送付の際は配達記録が残る等の送付方法を推奨します。
- 送付頂きました電子媒体は原則返却いたしません。（ただし、国保連合会へ持参された場合はその場で受付後、返却いたします。）
- 送付の場合、レセプト等他の報告と同封する場合は、医療費助成事業の報告とわかるようにしてください。

## 4. 自己負担額支払明細書の報告及び請求対象

### 4.1. 自動償還の報告対象

次の条件をすべて満たすものが報告対象となります。

#### (報告対象条件)

- 保険診療（調剤）を実施した。
- 自己負担額がある。
- 受給資格者が受給資格者証を提示した。（受給資格者証の確認）
- 受給資格者証の資格対象期間に含まれている。
- 保険診療の自己負担分をすべてお支払いいただいた。（完納）
- 自動償還の実施市町村（開始年月を確認）である。

#### (報告項目)

自動償還では、受給資格者が医療機関等の窓口で実際に支払った金額を助成するため、報告する自己負担支払額は、「受給資格者が診療日ごとに医療機関等の窓口で実際に支払った金額（保険給付分）」を積算した金額（月単位）となります。

(表 4-1) 自己負担支払額の比較

| 比較条件                           |       | 点数  | 負担割合 | 金額（円）(※1) |
|--------------------------------|-------|-----|------|-----------|
| 「合計点数 * 負担割合」                  |       | 639 | 2割   | 1,280     |
| 「実際に支払った額（保険給付分）」<br>（診療毎の積算額） | 1回目   | 178 | 2割   | 360       |
|                                | 2回目   | 203 | 2割   | 410       |
|                                | 3回目   | 258 | 2割   | 520       |
|                                | 【積算額】 | 639 | ---  | 1,290     |

(※1) 上表の「金額（円）」は10円未満を四捨五入した金額としている。

自動償還の報告においては、「実際に支払った額（保険給付分）」の積算額を、報告金額とする。

## (注意事項)

報告の際には次の点にご注意ください。

- 医療費助成事業は市町村ごとに償還内容（食事療養費の助成有無、一部負担金有無等）が異なりますが、医療機関等では特に留意する必要はありません。報告対象条件のみ確認をお願いします。
- 自己負担額は、実際に窓口でお支払いいただいた、保険診療による医療費の自己負担分のみです。健診、予防接種、診断書料、薬の容器代、おむつ代など、保険適用外の自己負担分は報告の対象外です。
- 入院時生活療養費の生活療養標準負担額のうち、居住費は報告の対象外です。
- 報告日時点で自己負担額に未払いがある場合は、「①受給資格者に市町村窓口での償還を案内する」または「②全額支払いが済んだあとに月遅れ分として報告する」のいずれかとなります。医療機関等で対応可能な方法をご選択ください。
- 基本的に同一「受給資格者番号」の診療を診療月単位で作成し、国保連合会へご報告ください。
- 自己負担額支払明細報告書および自己負担額支払明細書は、レセプトとは異なる様式（またはデータ）です。レセプトとは、別に作成していただく必要があります。
- 自己負担額支払明細書の報告は、国保・社保、後期等加入保険に関わらず、国保連合会となります。
- 自動償還の導入時期は市町村によって異なります。医療機関等所在地以外の受給資格者も報告対象条件を満たしていれば報告対象となります。

## 4.2. 現物給付の請求対象

次の条件をすべて満たすものが請求対象となります。

### (請求対象条件)

- 保険診療（調剤）を実施した。
- 市町村負担額（助成額）がある。
- 受給資格者が受給資格者証を提示した。（受給資格者証の確認）
- 受給資格者証の有効期間に含まれている。
- 入院の場合は限度額認定証の限度額内の金額。

### (請求項目)

現物給付では、医療機関等の窓口での支払いが発生しないため請求する市町村負担額は、レセプト記載の点数と負担割合から求めた金額（月単位）となります。

（表 4-2）市町村負担額の比較

| 比較条件                           |       | 点数  | 負担割合 | 金額（円）        |
|--------------------------------|-------|-----|------|--------------|
| 「合計点数 * 負担割合」                  |       | 639 | 2割   | <b>1,278</b> |
| 「実際に支払った額（保険給付分）」<br>（診療毎の積算額） | 1回目   | 178 | 2割   | 360          |
|                                | 2回目   | 203 | 2割   | 410          |
|                                | 3回目   | 258 | 2割   | 520          |
|                                | 【積算額】 | 639 | ---  | 1,290        |

現物給付の請求においては「合計点数 \* 負担割合」の金額を、請求金額とする。



### (注意事項)

- 医療費助成事業は市町村ごとに助成内容（食事療養費の償還有無、一部負担金有無等）が異なりますが、医療機関等では特に留意する必要はありません。請求対象条件のみ確認をお願いします。
- 基本的に同一「受給資格者番号」の診療を診療月単位で作成し、国保連合会へご報告ください。
- 保険適用外の費用（健診、予防接種、診断書料、薬の容器代、おむつ代など）は対象外です。
- 食事療養費は現物給付の対象外です。一部市町村においては自動償還の対象となります。窓口で食事療養費標準負担額を徴収した場合は、その金額を現物給付請求と一緒に報告をお願いします。
- 入院時にやむを得ず限度額認定証の確認ができない場合は、自動償還払いまたは市町村窓口申請での償還払いとなります。
- 自己負担額支払明細報告書および自己負担額支払明細書は、レセプトとは異なる様式（またはデータ）です。レセプトとは、別に作成していただく必要があります。
- 自己負担額支払明細書の請求は、国保・社保等加入保険に関わらず、国保連合会となります。
- 現物給付の導入時期は、市町村によって異なります。医療機関等所在地以外の受給資格者も報告対象条件を満たしていれば請求対象となります。

## 5. 自己負担額支払明細書の作成方法

| 項番 | 作成方法                     | 作成準備                        | 作成手段      | 明細書提出形式   | 報告媒体  | 報告期限(※1) | 明細書作成方法(説明)                                      |
|----|--------------------------|-----------------------------|-----------|---|---|----------|--|
| 1  | レセコン等のシステム               | システム提供ベンダでの対応が必要            | システムより出力  | 電子データ<br>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>報告書(紙)</li> <li>明細書(電子媒体)</li> </ul> | 毎月15日    | システム提供ベンダへお問い合わせください。                            |
| 2  |                          |                             |           | 紙<br>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>報告書(紙)</li> <li>明細書(紙)</li> </ul>    | 毎月10日    |  |
| 3  | 手書き、または、手入力              | 国保連合会ホームページより様式をダウンロードする    | 手書き       | 紙<br>       | <ul style="list-style-type: none"> <li>報告書(紙)</li> <li>明細書(紙)</li> </ul>    | 毎月10日    | 医科・歯科は、18頁「参考② 第1号様式(別紙1)」「医療費自己負担額支払明細書」記載例     |
| 4  |                          |                             | Excel(※2) | 紙<br>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>報告書(紙)</li> <li>明細書(紙)</li> </ul>    | 毎月10日    | 調剤は、19頁「参考③ 第1号様式(別紙2)」「医療費自己負担額支払明細書(薬局用)」記載例参照 |
| 5  | データ作成ツール、または、オンライン報告システム | 国保連合会ホームページより入力ソフトをダウンロードする | 入力ツール     | 電子データ<br> | <ul style="list-style-type: none"> <li>報告書(紙)</li> <li>明細書(電子媒体)</li> </ul> | 毎月15日    | 医療費助成事業ツールマニュアル(本会ホームページ)参照                      |
| 6  |                          | 医療費助成オンライン報告システムへの接続        | システムへの入力  | オンライン報告   | —   | 毎月15日    | 医療費助成事業オンライン報告システムに関する手順書(本会ホームページ)参照            |

※1 報告期限の日が土・日・祝祭日の場合は、その翌日以降の最初の営業日が期限日となります。

※2 Excelで作成した場合も、明細書は必ず紙へ出力してご提出ください。

## 6. 事務手数料等の振込

---

### 6.1. 自動償還事務手数料の振込

医療機関等への事務手数料については、国保連合会を通して各医療機関等の診療報酬の口座へお振り込みいたします。

国保連合会へ報告した月の翌々月の20日（土日祝祭日にあたるときはその翌日以降の最初の営業日）に、口座へお振り込みいたします。

なお、処理件数、振込額については、診療（調剤）報酬等支払額決定通知書（圧着はがき）にてお知らせいたします。

### 6.2. 現物給付額および事務手数料の振込

医療機関等への現物給付額および事務手数料については、国保連合会を通して各医療機関等の診療報酬の口座へお振り込みいたします。

国保連合会に請求した月の翌月の20日（土日祝祭日にあたるときはその翌日以降の最初の営業日）に、口座へお振り込みいたします。

なお、処理件数、振込額については、診療（調剤）報酬等支払額決定通知書（圧着はがき）にてお知らせいたします。

## 7. 問合せ先

---

医療費自己負担額支払明細書の作成および報告についてご不明な点がございましたら、以下の問合せ先までご連絡をお願いします。

問合せ先：沖縄県国民健康保険団体連合会 総務課 企画係 医療費助成担当  
TEL：098-863-1903

医療費助成制度や受給資格者証、医療費返戻等差額発生報告書についてのお問い合わせは、受給資格者がお住まいの市町村の各医療費助成担当までお問い合わせください。

参考① 第1号様式「医療費自己負担額支払明細報告兼請求書」記載例

第1号様式

令和 元年 9月 10日

医療費自己負担額支払報告兼請求書

明細書(送付日)を記載

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿

医科：1  
歯科：3  
調剤薬局：4  
のいずれかを記載

医療機関等番号

| 県番号 | 点区分 | 医療機関コード |
|-----|-----|---------|
| 47  | 1   | 1234567 |

医療機関名称 印

電話番号

住所

事業番号毎に、今回報告する件数を記載 ※月遅れ分も含める。

7桁の医療機関番号を記載

事業番号毎に、今回報告する金額を記載 ※月遅れ分も含める。

医療費自己負担額支払明細書を次のとおり報告します

| 事業番号                 | 診療年            | 令和      | 年 | 月              |              |
|----------------------|----------------|---------|---|----------------|--------------|
| 報告件数・自己負担額金額計 (自動償還) |                |         |   |                |              |
| 1                    | こども医療費         | 999,999 | 件 | 99,9           | 999,999 円    |
| 2                    | 母子及び父子家庭等医療費   | 999,999 | 件 | 99,9           | 9,999,999 円  |
| 3                    | 重度心身障がい者(児)医療費 | 999,999 | 件 | 99,            | 99,999,999 円 |
| 請求件数・請求金額計 (現物給付)    |                |         |   |                |              |
| 6                    | こども医療費         | 999,999 | 件 | 99,999,999,999 | 円            |

※診療月の異なる報告についても、まとめて記載をお願いします。

第1号様式(別紙1)

令和 年 月 分 診療年月を記入

## 医療費自己負担額支払明細書

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿 社保・国保に関わらず、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する

医療機関所在地：  
医療機関名称：  
開設者：  
電話：

⑩自己負担支払額は、受給者が窓口で支払った保険適用の額を記載

明細書が2枚以上にわたる場合は2枚目を降も捺印する

下記のとおり返付する

| 機関区分    | 機関コード | 令和 年 月 日 |  | 明細書(送付日)を記載 | ③性別 | ④生年月日 | ⑤区分 | ⑥割合 | ⑦診療年月 | ⑧実日数 | ⑨合計点数(点) | ⑩自己負担支払額(円) | ⑪市町村負担額 | 食事療養費(円) | 備考 |
|---------|-------|----------|--|-------------|-----|-------|-----|-----|-------|------|----------|-------------|---------|----------|----|
| 1: 医療機関 |       |          |  |             |     |       |     |     |       |      |          |             |         |          |    |
| 2: 施術機関 |       |          |  |             |     |       |     |     |       |      |          |             |         |          |    |

①事業 公費番号 特記事項 受給者番号 ②種別 保険者番号 氏名(カナ) ③性別 ④生年月日 ⑤区分 ⑥割合 ⑦診療年月 ⑧実日数 ⑨合計点数(点) ⑩自己負担支払額(円) ⑪市町村負担額 食事療養費(円) 備考

①事業番号ごとに明細書のページを分けて記載(同一ページ内で、違う事業番号の明細を混在して記載しないこと)

②種別: 受給者資格者証にある受給者番号10桁を記載

③性別: 全角カタカナで記入

④生年月日: 生年月日の元号は次の区分で記載  
昭和:3 平成:4 令和:5

④1桁の場合は0を記載  
令和元年5月2日生まれの場合  
→5010502

⑤入外区分は入院:1、外来:2を記載

⑥一部負担割合は1割:1、2割:2、3割:3を記載

⑨合計点数は、レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記載する

⑩市町村負担額は、現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記載

⑪結核等、その他の国公費制度と併用の場合は、国制度に定める自己負担額を記載(国公費制度優先)

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

①事業: こども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、重度心身障がい者(児)自動償還「3」  
こども現物給付「6」

②種別: 国保「1」 社保「2」 後期「3」 ③性別: 男「1」 女「2」 その他「3」

④生年月日: 昭和「3」平成「4」令和「5」 ⑤区分: 入院「1」 入院外「2」

⑥割合: 受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。

※請求書が2枚以上にわたる場合はNoを記入し、2枚目を降も捺印する。

⑦診療年月: 取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。

⑧実日数: 実際に診療のあった日数を記入する。

⑨合計点数: レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入

⑩自己負担支払額: 受給者が窓口で支払った額(保険給付分の)

⑪市町村負担額: 現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。

明細書が2枚以上にわたる場合は総枚数及び頁を記載

(頁/総枚数)

第1号様式(別紙2)

令和 年 月 分 診療年月を記入 **医療費自己負担額支払明細書(薬局用)**

沖縄県国民健康保険団体連合会 殿 社保・国保に関わらず、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する

医療機関所在地：  
医療機関名称：  
開設者：  
電話：

下記のとおり返付する  
令和 年 月 日

| ①事業  | ④生年月日 | ⑤区分   | ⑥割合     | ⑦診療年月 | ⑧実日数    | ⑨合計点数(点) | ⑩自己負担支払額(P)  | ⑪市町村負担額 | 備考          |                 |               |         |       |       |  |
|--|-------|-------|---------|-------|---------|----------|--------------|---------|-------------|-----------------|---------------|---------|-------|-------|--|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">機関区分</th> <th style="width: 50%;">機関コード</th> </tr> <tr> <td>1: 医療機関</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2: 施術機関</td> <td></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">該当番号を○で囲む</p> | 機関区分  | 機関コード | 1: 医療機関 |       | 2: 施術機関 |          | 公費番号<br>特記事項 |         | 受給者番号<br>種別 | 保険者番号<br>氏名(カナ) | 性別<br>号 年 月 日 | 号 年 月 日 | 号 年 月 | 号 年 月 |  |
| 機関区分   | 機関コード |       |         |       |         |          |              |         |             |                 |               |         |       |       |  |
| 1: 医療機関  |       |       |         |       |         |          |              |         |             |                 |               |         |       |       |  |
| 2: 施術機関  |       |       |         |       |         |          |              |         |             |                 |               |         |       |       |  |
| ④生年月日の元号は次の区分で記載<br>昭和:3 平成:4 令和:5<br>④1桁の場合は0を記載<br>令和元年5月2日生まれの場合<br>→5010502  |       |       |         |       |         |          |              |         |             |                 |               |         |       |       |  |
| ⑤入外区分は入院:1、外来:2を記載<br>⑥一部負担割合は1割:1、2割:2、3割:3を記載  |       |       |         |       |         |          |              |         |             |                 |               |         |       |       |  |
| ⑦診療年月: 取扱月分のときは記入しなくてよいが、月遅れのときは記入する。<br>⑧実日数: 実際に診療のあった日数を記入する。<br>⑨合計点数: レセプトで請求する医療保険適用の総点数を記入する。<br>⑩自己負担支払額: 受給者が窓口で支払った額(保険給付分のみ)を記載する。<br>⑪市町村負担額: 現物給付した医療費助成額(市町村へ請求する額)を記入する。  |       |       |         |       |         |          |              |         |             |                 |               |         |       |       |  |

※この明細書は、沖縄県国民健康保険団体連合会に提出する。

①事業: こども自動償還「1」、母子及び父子家庭等自動償還「2」、重度心身障がい者(児)自動償還「3」  
 こども現物給付「6」

②種別: 国保「1」 社保「2」 後期「3」 ③性別: 男「1」 女「2」 その他「3」

④生年月日: 昭和「3」平成「4」令和「5」 ⑤区分: 入院「1」 入院外「2」

⑥割合: 受給者自己負担割合「1」「2」「3」を記入する。

(頁/総枚数)

参考④ 自己負担額支払明細データレコード仕様

(表) データレコード仕様

| 項番 | 項目名           | 属性<br>(※1) | 最大<br>文字数 | 項目<br>形式 | 必須項目     |          | 設定内容  |
|----|---------------|------------|-----------|----------|----------|----------|---|
|    |               |            |           |          | 医科<br>歯科 | 調剤<br>薬局 |   |
| 1  | 請求年月          | 数字         | 5         | 固定       | ○        | ○        | 年号区分コードを含め、数字“GYMM”の形式で設定する。<br>※年号(1桁)十年(2桁)十月(2桁)   |
| 2  | 機関区分          | 数字         | 1         | 固定       | ○        | ○        | 医療費助成事業では、“1”固定とする。   |
| 3  | 医療機関等番号       | 数字         | 10        | 固定       | ○        | ○        | 都道府県番号(2桁)＋点数表区分(1桁)＋<br>郡市区番号(2桁)＋医療機関コード(4桁)<br>＋検証番号(1桁)の10桁で設定する。   |
| 4  | 医療機関名称        | 漢字         | 30        | 可変       | ○        | ○        | 医療機関の名称を設定する。また設定可能な文字は全角文字(全角スペースも含む)のみとする。但し、改行コードの混入は不可とする。  |
| 5  | 保険種別          | 数字         | 1         | 固定       | ○        | ○        | 国保の場合は“1”、社保の場合は“2”、<br>後期の場合は“3”を設定する。   |
| 6  | 保険者番号         | 数字         | 8         | 固定       | ○        | ○        | 法別番号(2桁)＋都道府県番号(2桁)＋保<br>険者別番号(3桁)＋検証番号(1桁)の8桁<br>で設定する。<br>また、国保の場合は法別番号を“00”と<br>して設定する。                      |
| 7  | 事業番号          | 数字         | 1         | 固定       | ○        | ○        | 子ども医療費助成自動償還の場合“1”、<br>母子及び父子家庭等医療費助成自動償還<br>の場合“2”、重度心身障がい者(児)医<br>療費助成自動償還の場合“3”、子ども医<br>療費助成現物給付の場合“6”を設定する。 |
| 8  | 受給資格者番号       | 数字         | 10        | 固定       | ○        | ○        | 市町村番号(2桁)＋受給資格者番号(7桁)<br>＋検証番号(1桁)の10桁で設定する。  |
| 9  | 受給者氏名<br>(カナ) | 漢字         | 30        | 可変       | ○        | ○        | 受給者氏名をカナで設定する。また設定可能な文字種別は全角カナ(全角スペースも可)のみとする。但し、改行コードの混入は不可とする。  |
| 10 | 生年月日          | 数字         | 7         | 固定       | ○        | ○        | 年号区分コードを含め、数字<br>“GYMMDD”の形式で設定する。<br>※年号(1桁)十年(2桁)十月(2桁)十日(2桁)   |
| 11 | 性別            | 数字         | 1         | 固定       | ○        | ○        | 男の場合“1”、女の場合“2”、その他<br>の場合“3”を設定する。   |
| 12 | 入院・入院外区<br>分  | 数字         | 1         | 固定       | ○        | ○        | 入院の場合“1”、入院外の場合“2”を<br>設定する。  |
| 13 | 負担割合          | 数字         | 1         | 固定       | ○        | ○        | 自己負担割合に“1”、“2”、または“3”<br>を設定する。   |
| 14 | 実日数(回数)<br>※4 | 数字         | 2         | 可変       | ○        | ○        | 実日数(調剤薬局の場合は回数)を設定す<br>る。但し、前ゼロは除く。   |
| 15 | 合計点数          | 数字         | 10        | 可変       | ○        | ○        | 合計点数を設定する。但し、前ゼロは除く。  |

(次項に続く)

| 項番 | 項目名            | 属性<br>(※1) | 最大<br>文字数 | 項目<br>形式 | 必須項目     |          | 設定内容   |
|----|----------------|------------|-----------|----------|----------|----------|--|
|    |                |            |           |          | 医科<br>歯科 | 調剤<br>薬局 |  |
| 16 | 自己負担支払額・市町村負担額 | 数字         | 10        | 可変       | ○        | ○        | 医療費助成自動償還の場合“保険給付分の自己負担支払額(実際に支払われた金額)”を設定する。但し、前ゼロは除く。<br>医療費助成現物給付の場合“保険給付分の自己負担支払額(市町村が負担する金額)”を設定する。但し、前ゼロは除く。 |
| 17 | 食事療養費          | 数字         | 10        | 可変       | ○        |          | 入院・入院外区分が入院“1”の場合で、食事療養費が発生した場合に金額(実際に支払われた金額)を設定する。その他は“0”を設定する。  |
| 18 | 診療年月           | 数字         | 5         | 固定       | ○        | ○        | 年号区分コードを含め、数字“GYMM”の形式で設定する。<br>※年号(1桁)+年(2桁)+月(2桁)  |
| 19 | 処方箋発行医療機関等番号   | 数字         | 10        | 固定<br>※2 |          | ○        | 都道府県番号(2桁)+点数表区分(1桁)+郡市区番号(2桁)+医療機関コード(4桁)+検証番号(1桁)の10桁で設定する。  |
| 20 | 公費番号1          | 数字         | 2         | 固定<br>※2 |          |          | 法別番号(2桁)を設定する。   |
| 21 | 公費番号2          | 数字         | 2         | 固定<br>※2 |          |          | 法別番号(2桁)を設定する。   |
| 22 | 特記事項1          | 数字         | 2         | 固定<br>※2 |          |          | 特記事項コード(2桁)を設定する。  |
| 23 | 特記事項2          | 数字         | 2         | 固定<br>※2 |          |          | 特記事項コード(2桁)を設定する。  |
| 24 | 備考             | 英数<br>漢字   | 200       | 可変<br>※2 |          |          | 備考を半角および全角(混在も可)で設定する。<br>但し、改行コードの混入は不可とする。   |

※1 属性については、次表「(表)属性の説明」を参照する。

※2 設定する値が無い場合は、Nullとする。

※3 Null項目についても必ずカンマで区切る。(カンマの数は必ず23個とする。)

※4 調剤薬局の場合は、処方箋の受付回数(レセプト記載の回数)を記入する。



(表) 属性の説明

| 属性 | 設定方法  |
|----|---|
| 数字 | ①可変の場合は、上位桁のゼロを除いた数字とする。<br>但し、有効値がゼロの場合は“0”とする。<br>②設定可能文字は“0”～“9”の半角文字とする。      |
| 英数 | ①有効文字以降に継続する“半角スペース”を除く。<br>②設定可能文字は数字、英字、記号の半角文字とする。<br>③設定する値をダブルクォートで囲むこと。     |
| 漢字 | ①有効文字以降に継続する“全角スペース”を除く。<br>②設定可能な文字は漢字・カナ・数字・記号の全角文字とする。<br>③設定する値をダブルクォートで囲むこと。 |

参考⑤ 様式1-1 「オンライン報告システム新規申請書」記載例

様式 1-1

記載例 (新規)

受付番号

令和〇〇年〇〇月〇〇日

医療費助成事業オンライン報告システム

## 新規申請書

沖縄県国民健康保険団体連合会 理事長 殿

※医療機関番号の変更等より新規申請する場合  
については、終了申請書と一緒に提出して  
ください(過去の履歴を確認するため)

住所 沖縄県  
〇〇市 △△△丁目□□-□□

医療機関名 〇〇〇〇〇〇病院

代表者 国保 太郎

印

医療費助成事業 オンライン報告システムの利用について、下記のとおり申請いたします。

なお運用については、沖縄県国民健康保険団体連合会おきなわ医療・保健連携ネットワーク運用管理規程  
および医療費助成事業オンライン報告システム利用条件を遵守いたします。

記

|                           |                             |                          |     |     |      |      |   |   |
|---------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----|-----|------|------|---|---|
| 申請内容                      | (カナ)                        | 〇〇〇〇〇〇ピョウイン              |     |     |      |      |   |   |
|                           | 医療機関等名称                     | 〇〇〇〇〇〇病院                 |     |     |      |      |   |   |
|                           | 区分                          | 1:医科、3:歯科、4:調剤           |     |     |      |      |   |   |
|                           | 医療機関コード                     | 1                        | 9   | 9   | 9    | 9    | 9 | 9 |
|                           | (カナ)                        | コホ タロウ                   |     |     |      |      |   |   |
|                           | 開設者名または代表者名                 | 国保 太郎                    |     |     |      |      |   |   |
|                           | 郵便番号                        | 〒                        | 999 | -   | 9999 |      |   |   |
|                           | (カナ)                        | オキナワケン 〇〇シ △△△チョウメ □□-□□ |     |     |      |      |   |   |
|                           | 住所                          | 沖縄県 〇〇市 △△△丁目□□-□□       |     |     |      |      |   |   |
|                           | 電話番号                        | 098                      | -   | 888 | -    | 9999 |   |   |
| メールアドレス                   | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇@kodomoiryou.or.jp |                          |     |     |      |      |   |   |
| 使用する OS(オペレーティング・システム)    | Windows ( 8.1、10 )          |                          |     |     |      |      |   |   |
| システムベンダー (使用しているレセコンメーカー) | ORCA(日本医師会総合政策研究機構)         |                          |     |     |      |      |   |   |
| 使用している ウィルス対策ソフト          | 〇〇〇〇〇〇〇〇〇ウィルス対策ソフト          |                          |     |     |      |      |   |   |
| 理由                        | 医療費助成事業オンライン報告を開始するため       |                          |     |     |      |      |   |   |

現在使用しているレセコン名を記載

使用する PC の OS を選択

(保護用紙)