

※グレーアウトされている項目については、廃止予定となっております。

| 項番(旧) | 項番(新) | 項目名1 | 項目名2 | 項目名3 | 項目名4 | 論理データ型 | 桁数 | 必須 | 設定値 | 項目の説明 |
|-------|-------|----------|---------|--------|----------|--------|-----|----|--|---|
| 1 | 1 | 事業名 | 正式名称 | | | 日本語 | 100 | ○ | 事業名の正式名称を入力 | 都道府県・市区町村の行っている地単公費の正式名称を入力する。 |
| 2 | 2 | | 略称 | | | 日本語 | 12 | | 事業名(略称)を入力 | 都道府県・市区町村の行っている地単公費の略称を入力する。 |
| 3 | 3 | 都道府県番号 | | | | 文字列 | 2 | ○ | 都道府県番号を入力(「01(北海道)」～「47(沖縄県)」のいずれか。) | 都道府県が登録すべき事業(都道府県単独事業)の場合は、各都道府県において、都道府県番号を入力する。 市区町村登録すべき事業(市区町村単独事業)の場合は、各市区町村において、所在する都道府県の都道府県番号を入力する。 ※ 都道府県が登録すべき事業(都道府県単独事業) 都道府県内で公費負担者番号が市区町村ごとに存在しない制度の公費、又は、都道府県内で公費負担者番号が市区町村ごとに存在するが、市区町村ごとの制度内容(マスタ入力内容)が同一の公費 ※市区町村が登録すべき事業(市区町村単独事業) 都道府県内で公費負担者番号が市区町村ごとに存在するが、市区町村ごとの制度内容(マスタ入力内容)が市区町村によって異なる公費 |
| 4 | 4 | 市区町村コード | | | | 文字列 | 6 | | 市区町村コード(全国地方公共団体コード)を入力(例:千代田区の場合「131016」) | 都道府県が登録すべき事業(都道府県単独事業)の場合は、各都道府県において、都道府県コードのみを入力することとし、市区町村コード(総務省が定める全国地方公共団体コード)は入力不可。 市区町村が登録すべき事業(市区町村単独事業)の場合は、各市区町村において、市区町村コードを入力する。 なお、共通算定モジュールにおいては、本項目が未入力であることをもって当該地単を都道府県単独事業と判断し、複数の地単の併用がある場合には、都道府県単独事業を優先して計算を行う。 |
| 5 | 5 | 分類番号 | 分類番号1 | | | 文字列 | 3 | ○ | 当該地単公費に当てはまる分類番号を入力 | 同一の政策目的を有する地単公費ごとに分類番号を入力することで、政策の分析や感染症対策、二次利用等に活用することを意図するもの。予め定められた分類番号(3桁)の中から当該地単公費に当てはまる番号を入力する。 |
| 6 | 6 | | 分類番号2 | | | 文字列 | 3 | | 001:子ども 002:ひとり親 003:感染症 004:がん 005:難病・特定疾患 006:高齢者 | |
| 7 | 7 | | 分類番号3 | | | 文字列 | 3 | | 007:妊産婦 008:寡婦 009:障害者 010:不妊治療 011:被爆 012:水俣 013:その他 | 複数の地単公費の併用がある場合における公費の適用の優先順位は、地単公費の分類ごとの政策目的に照らしたカテゴリ(第1分類、第2分類、第3分類)の優先順位と、各カテゴリの中での分類番号単位での優先順位の考え方を基本に、以下の①～⑬の順序で優先順位を整理する。 また、2つの分類番号に該当する制度の場合は、この整理に基づき、優先度の高い分類番号を分類番号1に入力する (例:「007:妊産婦」と「010:不妊治療」の両方に該当する制度の場合は、優先度の高い「010:不妊治療」を分類番号1欄に入力する) <分類番号による公費適用優先順位の整理> 【第1分類】(個人の疾病を治療する観点) ① 011:被爆 ② 003:感染症 ③ 005:難病・特定疾患 ④ 012:水俣 ⑤ 004:がん 【第2分類】(QOLの維持+経済支援の観点) ⑥ 009:障害者 ⑦ 006:高齢者 ⑧ 008:寡婦 【第3分類】(産み育ち、子どもの育成支援) ⑨ 010:不妊治療 ⑩ 007:妊産婦 ⑪ 002:ひとり親 ⑫ 001:子ども |
| 8 | 8 | 公費負担者番号 | 8桁 | | | 文字列 | 8 | | 当該地単公費の公費負担者番号(8桁固定)を入力 | 地単公費の受給者証に記載される8桁の公費負担者番号がある場合に、入力する。 |
| 10 | 9 | 事業内区分コード | | | | 数字 | 3 | ○ | 1から連番で入力。同一の公費負担者番号の制度につき行数に応じて入力する。 | 同一の公費負担者番号の地単公費につき、対象範囲・助成方法・助成内容が異なることから複数行に分けて入力する場合に、行数に合わせて、1、2、3・・・と連番で入力する。 |
| 11 | 10 | 助成内容有効期間 | 有効開始年月日 | | | 数字 | 8 | ○ | 当該地単公費の制度が適用開始となる年月日を入力。(例:2026年12月25日の場合は、「20261225」と入力) | 開始年月日が不明の場合は、「19000101」を入力する。 ※個々の対象者に応じて異なる適用開始年月日ではない。 |
| 12 | 11 | | 有効終了年月日 | | | 数字 | 8 | ○ | 当該地単公費の制度が適用終了となる年月日を入力。(例:2026年12月25日の場合は、「20261225」と入力) | 「有効終了年月日」が未定の場合は「99991231」を入力する。 ※個々の対象者に応じて異なる適用開始年月日ではない。 |
| 13 | 12 | 対象範囲(1) | 対象者の年齢 | 年齢(以上) | 年齢基準(以上) | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:年齢要件なし 1:誕生日当日 2:誕生日の前日が属する月の月初日 3:誕生日の属する月の月初日 4:誕生日の前日が属する年度の年度初日 5:誕生日の前日 6:誕生日の翌日 7:誕生日が属する月の翌月初日 8:誕生日の前日が属する月の翌月初日 | 当該地単公費が対象者の年齢により適用可否の判定を行う場合には対象者の年齢要件を判断する設定値の基準日につき選択して入力。年齢を要件としない場合には0を選択。 |
| 14 | 13 | | | | 対象年齢(以上) | | 数字 | 3 | △ | 年齢を入力(前項目が0の場合は省略) |

| 項番(旧) | 項番(新) | 項目名1 | 項目名2 | 項目名3 | 項目名4 | 論理データ型 | 桁数 | 必須 | 設定値 | 項目の説明 |
|-------|-------|---------|--------------------|-----------|---------------|--------|----|--|---|--|
| 15 | 14 | | | 年齢(未満) | 年齢基準(未満) | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:年齢要件なし 1:誕生日当日 2:誕生日の前日が属する月末 3:誕生日の属する月の月末 4:誕生日の属する年度の年度末 5:誕生日の前日 6:誕生日の前々日 7:誕生日の前日が属する年度の年度末 | 当該地単公費が対象者の年齢により適用可否の判定を行う場合には対象者の年齢要件を判断する設定値の基準日につき選択して入力。年齢を要件としない場合には0を選択。 |
| 16 | 15 | | | 対象年齢(未満) | 数字 | 3 | △ | 年齢を入力(前項目が0の場合は省略) | 前項目にて入力した値を基準日とし、入力した年齢未満の場合に適用する。 | |
| 17 | 16 | | 入外区分 | 医科 | 入院 | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:対象外 1:対象 | 当該地単公費が、この入外区分に適用できるかどうかを入力する。 |
| 18 | 17 | | | | 外来 | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:対象外 1:対象 | 当該地単公費が、この入外区分に適用できるかどうかを入力する。 |
| | 18 | | 保険種別 | 社保 | | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:対象外 1:対象 | 当該地単公費が、助成する被保険者の保険種別を入力する。 |
| | 19 | | 国保 | | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:対象外 1:対象 | 当該地単公費が、助成する被保険者の保険種別を入力する。 | |
| | 20 | | 後期高齢 | | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:対象外 1:対象 | 当該地単公費が、助成する被保険者の保険種別を入力する。 | |
| 55 | 21 | | ひとり親等医療費助成対象者識別フラグ | | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:児童 1:監護者 | 当該地単公費がひとり親等医療費助成であり、児童・監護者のいずれかに限定した制度である場合において、いずれを対象とした制度であるかを入力する。 当該項目を要件としない制度の場合は、入力しない。 | |
| 26 | 22_1 | 対象範囲(2) | 経済状況 | 所得区分 | | 文字列 | 2 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 1:要件としない 2:低所得 3:低所得 I 4:低所得 II 5:生活保護 6:一般 7:現役並み 8:現役並み I 9:現役並み II A:現役並み III B:市町村民税所得割世帯合計額が235,000円未満 C:市町村民税所得割世帯合計額が235,000円以上 D:市町村民税所得割非課税世帯 E:市町村民税所得割世帯合計額が564,000円以下 F:市町村民税所得割世帯合計額が564,000円超の場合 G:中間所得1 H:中間所得2 I:一般所得1 J:一般所得2 K:上位所得市町村民税 A0-ZZ:所得区分名称(独自定義分) | 当該地単公費における対象者又は対象者が属する世帯が、特定の所得区分であることを要件とするかどうか、要件とする場合には該当する所得区分の選択肢を入力する。 なお、2～Kは標準的な所得区分名称として設定している。 1～Kの設定値に該当しない基準を設けている場合はA0～ZZを選択し、次項目にてその内容を入力。 |
| | 22_2 | | | | 所得区分名称(独自定義分) | 文字列 | 30 | △ | 前項目でA0-ZZを選択した場合に所得区分を日本語で入力 | 前項目でA0-ZZを入力した場合にのみ入力。 受給者証に所得区分の記載がある場合はその内容を、ない場合は適切な所得区分名称を入力。PMH導入後にPMHと地単公費マスタの連携を想定しているため、PMHに登録する所得区分名称と同一の入力内容となるよう、入力する。 |
| | 23_1 | 患者の状態 | | 高額かつ長期 | 文字列 | 1 | | 0:非該当 1:該当 | 当該地単公費における対象者について、患者の状態が当該項目に該当することを要件とするかどうかを入力する。 当該項目を要件としない制度の場合は、入力しない。 | |
| | 23_2 | | | 重症患者認定 | 文字列 | 1 | | 0:非該当 1:該当 | 当該地単公費における対象者について、患者の状態が当該項目に該当することを要件とするかどうかを入力する。 当該項目を要件としない制度の場合は、入力しない。 | |
| | 23_3 | | | 重度かつ継続 | 文字列 | 1 | | 0:非該当 1:該当 | 当該地単公費における対象者について、患者の状態が当該項目に該当することを要件とするかどうかを入力する。 当該項目を要件としない制度の場合は、入力しない。 | |
| | 23_4 | | | 人工呼吸器等装着者 | 文字列 | 1 | | 0:非該当 1:該当 | 当該地単公費における対象者について、患者の状態が当該項目に該当することを要件とするかどうかを入力する。 当該項目を要件としない制度の場合は、入力しない。 | |
| 29 | 24 | | 就学状況 | | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:要件としない 1:未就学である 2:就学している(小学校)または未就学である 3:就学している(中学校)(小学校)または未就学である 4:就学している(高校)(中学校)(小学校)または未就学である 5:就学している(大学など)(高校)(中学校)(小学校) | 当該地単公費における対象者が、該当の就学状況であることを要件とするかどうかを入力する。 なお、設定値の「未就学」は小学校入学前の子どもを指している。 | |
| 30 | 25 | | 多子世帯 | 設定 | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:要件としない 1:要件とする | 当該地単公費における対象者について、多子世帯であることを要件とするかどうかを入力する。 | |
| 31 | 26 | | | 子ども人数 | 以上 | 数字 | 2 | △ | 要件とする子どもの人数を入力する | 前項目で1を選択し、かつ子どもの人数を要件とする場合に、該当する人数の数字を入力する。 |
| 32 | 27 | | | 人目 | | 数字 | 2 | △ | 要件とする出生順位を入力する(項番26が0の場合は省略) | 項番25で1を選択し、かつ子どもの出生順位を要件とする場合に、該当する出生順位の数字を入力する。 第〇子以降の子どもに対して助成を行う場合は、当該項目に入力する。 |

| 項番(旧) | 項番(新) | 項目名1 | 項目名2 | 項目名3 | 項目名4 | 論理データ型 | 桁数 | 必須 | 設定値 | 項目の説明 |
|-------|-------|---------------|----------------------|------------------|---------------|--------|----|----|---|--|
| 33 | 28 | | 対象範囲(2)複数選択フラグ | | | 文字列 | 1 | △ | 以下、いずれかを選択して入力 0:AND 1:OR 2:混在 | 対象範囲(2)で設定した項目が複数ある場合、それら複数項目がAND条件なのか、OR条件なのか、AND条件とOR条件が混在するのを入力する。 |
| 34 | 29 | | 対象範囲(2)AND条件となる項目の項番 | | | 文字列 | 35 | △ | 前項目が「2」の場合、AND条件となる項目の項番をコロン(:)で区切って入力 | 対象範囲(2)の設定項目間でAND条件とOR条件が混在する場合、AND条件となる項目の項番を入力する。 |
| 35 | 30 | | 対象範囲(2)OR条件となる項目の項番 | | | 文字列 | 35 | △ | 項番29が「2」の場合、OR条件となる項目の項番をコロン(:)で区切って入力 | 対象範囲(2)の設定項目間でAND条件とOR条件が混在する場合、OR条件となる項目の項番を入力する。 |
| 36 | 31 | 助成方法 | | | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:現物給付(レセプト併用) 1:現物給付(レセプト併用)(1ヶ月の自己負担上限額超過後は償還払い) 2:現物給付(連記式) 3:現物給付(連記式)(1ヶ月の自己負担上限額超過後は償還払い) 4:償還払い | 地単公費の助成方法が、医療機関窓口での支払い時に現物給付となるか、自己負担額を支払った後に償還払いを受けるものかどうかを入力する。また、現物給付の場合、医療機関から公費負担者に地単公費分を請求する際の請求方式が、レセプト併用で請求するか、レセプトとは別様式(連記式)で請求するかを入力する。 1ヶ月自己負担上限額を超過した時の受診分から助成方法が償還払いに変更となる制度は「1」又は「3」を入力する。 ※1,3の助成方法(例):1ヶ月の自己負担上限額が2,500円の場合で、その月の1回目の受診で1,000円、2回目の受診で1,600円の自己負担が発生した場合は、1回目現物給付、2回目償還払いとなる |
| 40 | 32 | 助成条件又は自己負担条件 | 助成条件・自己負担条件指定 | 設定条件フラグ | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:助成条件を設定 1:自己負担条件を設定 | 項番32-50までの設定値について、当該地単公費の助成条件又は自己負担条件のいずれかを指定するかを入力する。 |
| 41 | 33 | | | 初診時のみ条件 | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:該当しない 1:該当する(初診時における一部負担金のみ対象) | 【助成条件の場合】項番32に「0」、本項目に「1」を入力した場合、初診時の一部負担金のみが助成対象となる。 【自己負担条件の場合】項番32に「1」、本項目に「1」を入力した場合、初診時の一部負担金のみが自己負担となる。 |
| 42 | 34 | | | 入院初回時のみ条件 | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:該当しない 1:該当する(入院初回時における一部負担金のみ対象) | 【助成条件の場合】項番32に「0」、本項目に「1」を入力した場合、入院初回時における一部負担金のみが助成対象となる。 【自己負担条件の場合】項番32に「1」、本項目に「1」を入力した場合、入院初回時における一部負担金のみが自己負担となる。 |
| | 35 | | | 連続入院条件 | 連続入院期間の条件 | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:一連の連続した入院であることを条件とする 1:単発の入退院も含める | 連続入院について、nか月間途切れることなく入院することを要件とする場合は「0」、連続するnか月にわたり入院した日があることを要件とする場合は「1」を入力する。 |
| | 36 | | | | 入院月数条件開始月 | 数字 | 3 | | 連続入院時に助成内容が変更となる月を入力する。 | 例えば入院3か月目までと4か月以降で助成内容が異なる場合は1つ目の助成内容の当該項目に「1」を2つ目の助成内容の当該項目に「4」を入力する。 |
| | 37 | | | | 入院月数条件終了月 | 数字 | 3 | | 連続入院時に助成内容が変更となる直前の月を入力する。 | 例えば入院3か月目までと4か月以降で助成内容が異なる場合は前項番に「1」を入力した上で当該項目に「3」を入力する。 なお、終了月を設定していない場合は入力しない。 |
| | 38 | | | 複数回受診条件 | 複数回受診条件回数(以上) | 数字 | 3 | | 設定条件に該当する受診回数を入力する。 | 同一月内の4回目以降の受診が助成対象となる場合、本項番に「4」を入力する。 |
| | 39 | | | | 複数回受診条件回数(以下) | 数字 | 3 | | 設定条件に該当する受診回数を入力する。 | 同一月内の受診回数3回目までが助成対象となる場合、本項番に「3」を入力し、前項番に「1」を入力する。 なお、受診回数の上限を設定していない場合は入力しない。 |
| 47 | 40 | | | 保険制度変更前の患者負担額の累計 | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:途中で保険制度が変更となった場合に、変更前保険分の患者負担額を累計しない。 1:途中で保険制度が変更となった場合に、変更前保険分の患者負担額を累計する。 | 同一医療機関における患者負担金の計算にあたり、途中で保険者が変更となった場合、患者負担上限額を判定するにあたって、同一月内の変更前保険分の患者負担額を、変更後保険分の患者負担額に累計するかどうかを入力する。 保険制度の変更前・変更後の患者負担額を累計し、現物給付で助成する場合は「1」を、償還払いで患者負担額を算定し助成を行う場合は「0」を選択する。 |
| 48 | 41 | 助成・自己負担範囲(入院) | 助成・自己負担範囲詳細(入院) | | | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:全額 1:固定額 2:割合_小数(公費対象点数に対して) 3:割合_小数(公費適用前的一部負担金に対して) 4:自己負担額を除いたなお残る額 5:割合_分数(公費対象点数に対して) 6:割合_分数(公費適用前的一部負担金に対して) 7:割合_小数(自己負担額を除いたなお残る額に対して) 8:割合_分数(自己負担額を除いたなお残る額に対して) 9:なし | 当該地単公費が入院の一部負担金に対し、いくら負担するかまたははいくらが自己負担額となるかを入力する。 「1」を入力した場合は項番42に金額を、「2,3,7」を入力した場合は項番43にパーセントを、「5,6,8」を入力した場合は項番44に分子を、項番45に分母をそれぞれ入力。また、項番32で「0(助成条件を設定)」を入力した場合に入院費への助成額は無い場合または「1(自己負担条件を設定)」を入力して入院費の自己負担金額がない場合は当該項目で「9」を入力。 ※以下は項番32で「助成条件を設定」を入力した場合の例となります 例1)被保険者が若人7割、保険優先公費、かつ、当該項目が「全額」の場合は、3割分全て、地単公費が助成する。 例2)被保険者が若人7割、保険優先公費、かつ、当該項目が「固定額」(500円)の場合は、3割分のうち、500円を地単公費が助成したうえで、3割分から500円を差し引いた金額は、患者負担となる。(割合の考え方も同様。) ※「公費対象点数に対して」…地単公費の助成対象となる医療費に対して、どれだけの割合を助成するのか、または自己負担額とするのかを入力したい場合は2または5を選択してください。 ※「公費適用前的一部負担金に対して」…保険適用後の一部負担金に対して、どれだけの割合を助成するのか、または自己負担とするのかを入力したい場合は3または6を選択してください。 |
| 49 | 42 | | 助成・自己負担パターン(入院) | 固定額(入院) | | 数字 | 8 | △ | 前項目が「1」の場合、負担額を入力(円単位) | 前項目で固定額を指定した場合、固定額を入力する。 |

| 項番(旧) | 項番(新) | 項目名1 | 項目名2 | 項目名3 | 項目名4 | 論理データ型 | 桁数 | 必須 | 設定値 | 項目の説明 |
|-------|-------|----------------------|----------------|-----------------|-----------|--------|----|----|--|---|
| 50 | 43 | | | | 割合(入院) | 数字 | 3 | △ | 項番41が「2」、「3」または「7」の場合、負担割合をパーセントで入力(3割の場合、30と入力) | 項番41で割合を指定した場合、割合をパーセントで入力する。 |
| | 44 | | | | 分数(入院)：分子 | 数字 | 2 | △ | 項番41が「5」、「6」または「8」の場合、負担割合の分子を入力(3分の1の場合、1と入力) | 項番41で分数を指定した場合、分子を入力する。 |
| | 45 | | | | 分数(入院)：分母 | 数字 | 2 | △ | 項番41が「5」、「6」または「8」の場合、負担割合の分母を入力(3分の1の場合、3と入力) | 項番41で分数を指定した場合、分母を入力する。 |
| 51 | 46 | | 助成・自己負担範囲(外来) | 助成・自己負担範囲詳細(外来) | | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:全額 1:固定額 2:割合_小数(公費対象点数に対して) 3:割合_小数(公費適用前の一部負担金に対して) 4:自己負担額を除いたなお残額 5:割合_分数(公費対象点数に対して) 6:割合_分数(公費適用前の一部負担金に対して) 7:割合_小数(自己負担額を除いたなお残額に対して) 8:割合_分数(自己負担額を除いたなお残額に対して) 9:なし | 当該地単公費が、外来の一部負担金に対し、いくら負担するか、または、いくら自己負担額となるかを入力する。※例えば、被保険者が若人7割、保険優先公費、かつ、当該項目が「全額」の場合は、3割分全て、地単公費が助成する。※また、例えば、被保険者が若人7割、保険優先公費、かつ、当該項目が「固定額」(500円)の場合は、3割分のうち、500円を地単公費が助成したうえで、3割分から500円を差し引いた金額は、患者負担となる。(割合の考え方も同様。) ※「公費対象点数に対して」…地単公費の助成対象となる医療費に対して、どれだけの割合を助成するのか、または自己負担額とするのかを入力したい場合は2または5を選択してください。 ※「公費適用前の一部負担金に対して」…保険適用後の一部負担金に対して、どれだけの割合を助成するのか、または自己負担とするのかを入力したい場合は3または6を選択してください。 |
| 52 | 47 | | | 助成・自己負担パターン(外来) | 固定額(外来) | 数字 | 8 | △ | 前項目が「1」の場合、負担額を入力 | 前項目で固定額を指定した場合、固定額を入力する。 |
| 53 | 48 | | | | 割合(外来) | 数字 | 3 | △ | 項番46が「2」、「3」または「7」の場合、負担割合をパーセントで入力(3割の場合、30と入力) | 項番46で割合を指定した場合、割合をパーセントで入力する。 |
| | 49 | | | | 分数(外来)：分子 | 数字 | 2 | △ | 項番46が「5,6,8」の場合、負担割合の分子を入力(3分の1の場合、1と入力) | 項番46で分数を指定した場合、分子を入力する。 |
| | 50 | | | | 分数(外来)：分母 | 数字 | 2 | △ | 項番46が「5,6,8」の場合、負担割合の分母を入力(3分の1の場合、3と入力) | 項番46で分数を指定した場合、分母を入力する。 |
| | 51 | 助成条件(入院時食事療養費・生活療養費) | 助成範囲(入院時食事療養費) | | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 1:対象(全額)(患者負担なし) 2:対象(半額)(患者負担あり(半額)) 3:対象外(患者負担あり(全額)) | 当該地単公費が助成する額が、入院時食事療養費の一部負担金に対し、対象が対象外であるか選択し、また、対象の場合、助成範囲が「半額」または「全額」かを選択して入力する。 |
| | 52 | | 助成範囲(入院時生活療養費) | | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:対象外 1:対象 | 当該地単公費が、入院時生活療養費に適用できるかどうかを入力する。 |
| 54 | 53 | 上限額 | 上限額識別フラグ | | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:公費負担上限額 1:自己負担上限額 | 項番57～73で設定する上限額が、公費負担上限額であるか、自己負担上限額であるかを入力する。 |

| 項番(旧) | 項番(新) | 項目名1 | 項目名2 | 項目名3 | 項目名4 | 論理データ型 | 桁数 | 必須 | 設定値 | 項目の説明 |
|-------|-------|------|----------------|------------------|------|--------|----|----|---|--|
| 56 | 54 | | 上限額入院外来合算フラグ | | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:入院分と外来分の上限額を合算しない 1:入院分と外来分の上限額を合算する | 同一医療機関における患者負担金計算において、入院分と外来分の上限額を合算するかどうかを入力する。 合算する場合は項番57～62に金額を入力せず、項番63～69に合算した金額を入力する。 |
| | 55_1 | | 多数回該当上限額変動フラグ | 入院 | | 文字列 | 1 | - | 以下、いずれかを選択して入力 0:非該当 1:該当 | 高額療養費制度とは別に、当該地単公費として、自己負担上限額における多数回該当時(※)の助成を行っているかどうかを入力する。 ※地単公費適用後の自己負担額について、過去12か月以内に3回以上、上限額に達し、4回目から「多数回」に該当し、入院分の上限額が変動する場合は「1」を選択する。 |
| | 55_2 | | | 外来 | | 文字列 | 1 | - | 以下、いずれかを選択して入力 0:非該当 1:該当 | 高額療養費制度とは別に、当該地単公費として、自己負担上限額における多数回該当時(※)の助成を行っているかどうかを入力する。 ※地単公費適用後の自己負担額について、過去12か月以内に3回以上、上限額に達し、4回目から「多数回」に該当し、外来分の上限額が変動する場合は「1」を選択する。 |
| | 56_1 | | 端数条件 | 計算単位 | | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:1000円未満 1:100円未満 2:10円未満 3:小数点以下 | 自己負担金額の計算において端数処理を行う場合、入力を行う。 項番56-1で「0」を入力し、項番56-2が「0」の場合は、999円以下が切り捨てで計算処理される。 |
| | 56_2 | | | 計算方法 | | 文字列 | 1 | | 以下、いずれかを選択して入力 0:切り捨て 1:切り上げ 2:四捨五入 | 自己負担金額の計算において端数処理を行う場合、入力を行う。 項番56-1で「0」を入力し、項番56-2が「0」の場合は、999円以下が切り捨てで計算処理される。 |
| 59 | 57 | | 上限額(療養の給付・入院分) | 1日当たりの上限額 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・入院分の1日当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・入院分の1日当たりの上限額を入力する。 |
| | 58 | | | 入院日数条件開始日 | | 数字 | 3 | | 前項目で入力した1日当たりの上限額が適用開始となる日数を入力する。 | 1日当たりの上限額の1月当たりの適用上限日数がある場合、その適用開始日を入力。 例えば入院3日目までと4日目以降で助成内容が異なる場合は「4」を入力する。 なお、入院1日目から適用開始となる場合は「1」と入力する。 |
| | 59 | | | 入院日数条件終了日 | | 数字 | 3 | | 項番57で入力した1日当たりの上限額が変更となる直前の日数を入力する。 | 1日当たりの上限額の1月当たりの適用上限日数がある場合、その適用終了日を入力。 例えば入院3日目までと4日目以降で助成内容が異なる場合は「3」を入力する。 なお、終了日を設定していない場合は入力しない。 |
| 62 | 60 | | | 1レシート当たりの上限額 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・入院分の1レシート当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・入院分の1レシート当たりの上限額を入力する。 |
| 63 | 61 | | | 1月当たりの上限額 ※1 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・入院分の1月当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・入院分の1月当たりの上限額を入力する。 |
| | 62 | | | 1月当たりの上限額(多数回該当) | | 数字 | 8 | △ | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・入院分が多数回該当の場合(項番55-1で1を選択した場合)の1月当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・入院分が多数回該当の場合(項番55-1で1を選択した場合)の1月当たりの上限額を入力する。 |
| 65 | 63 | | 上限額(療養の給付・外来分) | 1回当たりの上限額 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分の1回当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分の1回当たりの上限額を入力する。 |
| 66 | 64 | | | 1回当たりの上限額の適用上限回数 | | 数字 | 2 | | 前項目で入力した1回当たりの上限額の適用上限回数を入力 | 前項目で入力した1回当たりの上限額の1月当たりの適用上限回数がある場合、その回数を入力する。 例) 1回当たり上限額500円を月2回までの場合、「2」を入力 |
| 67 | 65 | | | 1日当たりの上限額 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分の1日当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分の1日当たりの上限額を入力する。 |
| 68 | 66 | | | 1日当たりの上限額の適用上限日数 | | 数字 | 2 | | 前項目で入力した1日当たりの上限額の適用上限日数を入力 | 前項目で入力した1日当たりの上限額の1月当たりの適用上限日数がある場合、その日数を入力する。 例) 1日当たり上限額500円を月10日までの場合、「10」を入力 |
| 70 | 67 | | | 1レシート当たりの上限額 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分の1レシート当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分の1レシート当たりの上限額を入力する。 |
| 71 | 68 | | | 1月当たりの上限額 ※1 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分の1月当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分の1月当たりの上限額を入力する。 |
| | 69 | | | 1月当たりの上限額(多数回該当) | | 数字 | 8 | △ | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分が多数回該当の場合(項番55-2で1を選択した場合)の1月当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、療養の給付・外来分が多数回該当の場合(項番55-2で1を選択した場合)の1月当たりの上限額を入力する。 |
| 73 | 70 | | 上限額(入院時食事療養費) | 1日当たりの上限額 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、入院時食事療養費の1日当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、入院時食事療養費の1日当たりの上限額を入力する。 |
| 75 | 71 | | | 1月当たりの上限額 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、入院時食事療養費の1月当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、入院時食事療養費の1月当たりの上限額を入力する。 |
| 77 | 72 | | 上限額(入院時生活療養費) | 1日当たりの上限額 | | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、入院時生活療養費の1日当たりの上限額を入力(円単位) | 項番53で指定した上限額のうち、入院時生活療養費の1日当たりの上限額を入力する。 |

| 項番(旧) | 項番(新) | 項目名1 | 項目名2 | 項目名3 | 項目名4 | 論理データ型 | 桁数 | 必須 | 設定値 | 項目の説明 |
|-------|-------|-------------------|-----------|------|-----------|--------|----|----|---|---|
| 79 | 73 | | | | 1月当たりの上限額 | 数字 | 8 | | 項番53で指定した上限額のうち、入院時生活療養費の1月当たりの上限額を入力（円単位） | 項番53で指定した上限額のうち、入院時生活療養費の1月当たりの上限額を入力する。 |
| 81 | 74 | 他の公費負担医療の自己負担額の助成 | 助成有無 | | | 文字列 | 1 | ○ | 以下、いずれかを選択して入力 0:他公費（国公費・県単・地単）負担医療の自己負担額を助成しない 1:他公費（国公費※・県単・地単）負担医療の自己負担額を助成する（※選択肢2に該当するケースを除く） 2:国公費負担医療の自己負担額を助成する（公費負担者番号に国公費の法別番号を採番している場合） | 当該地単公費の助成対象として、他の公費負担医療の自己負担額を助成するかどうかを入力する。 国公費（※）・県単・地単の自己負担額を助成する地単の場合、1を選択（※2に該当するケースを除く） 国公費の自己負担額について地単で助成を行っており、かつ公費負担者番号に国公費の法別番号を採番している場合は2を選択する。 |
| 85 | 75 | | 他事業の指定(1) | | | 文字列 | 2 | | 特定の公費負担医療に対してのみ助成 | 特定の公費負担医療に対してのみ助成する場合は、その事業の |
| 86 | 76 | | 他事業の指定(2) | | | 文字列 | 2 | | する場合、その事業の制度別番号を入力。 | 制度別番号を入力する。 |
| 87 | 77 | | 他事業の指定(3) | | | 文字列 | 2 | | | 都道府県が登録すべき事業（都道府県単独事業）の自己負担額を助成する地単制度の場合、本項目に、都道府県単独事業の事業別番号を入力する。 また、国公費の自己負担額を助成する地単制度の場合、本項目に、国公費の法別番号を入力する。 |
| 93 | 78 | 公費適用優先順位 | | | | 数字 | 3 | ○ | 自都道府県と自市町村が実施主体である地単公費の適用優先順位を、1から入力 | 都道府県が入力する公費間での併用を認めているケースまたは市区町村が入力する公費間での併用を認めているケースにおいて、併用する公費の分類番号が同一である場合のみ、自治体の判断で「1」から順に優先順位を入力する。 それ以外の場合は、共通算定モジュールにおいて分類番号を用いて自動で順位を判定するため、すべて「1」を入力する。 |
| 99 | 79 | その他制度に係る参考情報 | | | | 日本語 | | | 制度に関する参考情報を記載する。 | 制度について追記したい参考情報がある場合に入力。ただし、本欄はあくまで参考情報としての位置づけであり、医療機関における患者負担計算においては利用・考慮されない。 |

※1 1月当たりの上限額に次の値を設定する場合、右に記載の計算式で求められる金額に読み替えるものとする。

- ・80100 → 80,100円 + (総医療費-267,000円) × 1%
- ・167400 → 167,400円 + (総医療費-558,000円) × 1%
- ・252600 → 252,600円 + (総医療費-842,000円) × 1%