別紙1

# 小児慢性特定疾病医療給付事務に関する 登録項目一覧

| （1）本人に関する情報 | |
|---|---|
| 1 | 受給者番号 |
| 2 | 疾患群 |
| 3 | 同意書提出有無 |
| 4 | 身障階級 |
| 5 | 障害年金等級 |
| 6 | 氏名 |
| 7 | ふりがな |
| 8 | 性別 |
| 9 | 生年月日 |
| 10 | 出生県コード |
| 11 | 初診日 |
| 12 | 身長 |
| 13 | 訪問要否 |
| 14 | 郵便番号 |
| 15 | 県コード |
| 16 | 市町村コード |
| 17 | 町 |
| 18 | 番地 |
| 19 | 方書 |
| 20 | 電話番号 |
| 21 | 保健所コード |
| 22 | 受付保健所コード |
| 23 | 社会活動状況コード |
| 24 | 日常生活状況コード |
| 25 | 職業 |
| 26 | 小児慢性特定疾病手帳有無 |
| 27 | 小児慢性特定疾病手帳番号 |
| 28 | 小児慢性特定疾病手帳交付日 |
| 29 | 保険種別コード |
| 30 | 保険者コード |
| 31 | 保険者名称 |
| 32 | 被保険者証記号番号 |
| 33 | 被保険者氏名 |
| 34 | 被保険者かな |
| 35 | 健保適用区分 |
| 36 | 保険者への照会同意有無 |
| 37 | 低額所得証明書類添付の有無 |
| 38 | 階層区分 |
| 39 | 減算区分 |
| 40 | 入院負担額 |
| 41 | 通院負担額 |
| 42 | 生計中心者氏名 |
| 43 | 生計中心者かな |

| （2）保護者情報 | |
|---|---|
| 51 | 受給者番号 |
| 52 | 氏名 |
| 53 | ふりがな |
| 54 | 続柄 |
| 55 | 性別 |
| 56 | 生年月日 |
| 57 | 郵便番号 |
| 58 | 県コード |
| 59 | 市町村コード |
| 60 | 町 |
| 61 | 番地 |
| 62 | 方書 |
| 63 | 電話番号 |
| 64 | 職業 |

| （3）交付暦情報 | |
|---|---|
| 71 | 受給者番号 |
| 72 | 申請区分 |
| 73 | 申請番号 |
| 74 | 申請日 |
| 75 | 申請者区分 |
| 76 | 重症区分 |
| 77 | 重症基準 |
| 78 | 重症申請の添付書類区分 |
| 79 | 未就学区分 |
| 80 | 入通院区分 |
| 81 | 受診医療機関 |
| 82 | 診療科 |
| 83 | 主治医 |
| 84 | 主疾病 |
| 85 | 副疾病 |
| 86 | 対象基準 |
| 87 | 成長ホルモン治療の有無 |
| 88 | 交付日 |
| 89 | 交付区分 |
| 90 | 承認区分 |

| （4）医療費請求情報 | |
|---|---|
| 101 | 審査機関 |
| 102 | 受給者番号 |
| 103 | 一般過誤区分 |
| 104 | 請求種目 |
| 105 | 入外区分 |
| 106 | 給付割合 |
| 107 | 診療日数/食事回数 |
| 108 | 総医療費 |
| 109 | 公費負担額 |
| 110 | 自己負担額 |
| 111 | 請求者 |
| 112 | 医療機関名称 |
| 113 | 保険者番号 |
| 114 | 診療年月 |
| 115 | 実施機関 |

【紙面のみ】

| | |
|---|---|
| 116 | 本人個人番号 |
| 117 | 保護者個人番号 |
| 118 | 支給認定基準世帯員氏名 |
| 119 | 支給認定基準世帯員続柄 |
| 120 | 支給認定基準世帯員個人番号 |