

(別添 1) PMH 登録時の設定内容

障害者福祉システム

PMH登録時の設定内容【改定履歴】

版数	改定日	主な改定理由
第3.0版	令和6年3月29日	新規作成
第4.0版	令和6年8月30日	・「【PMH】0703_基本設計書_ファイル設計書_医療費助成対象者情報登録用ファイル_Ver0.13」の反映 ・全国意見照会のご意見の反映 ※変更点は紫色文字
第4.1版	令和7年1月31日	・「【PMH】0703_ファイル設計書_医療費助成対象者情報登録用ファイル_Ver.1.2」及び「【PMH】0703_ファイル設計書_医療費助成対象者差分履歴情報登録用ファイル_Ver.1.2」の反映 ※PMH設計書が大幅に見直されたため、変更点は示していません
第5.0版	令和7年8月29日	・「療養介護医療・肢体不自由児通所医療(全件)」及び「療養介護医療・肢体不自由児通所医療(差分)」を追加 ・自立支援医療向け表記から療養介護医療・肢体不自由児通所医療を追加したことに伴う各種表記の変更
第5.1版	令和8年1月30日	・PMH仕様書の変更に伴い、「【PMH】0703_ファイル設計書_医療費助成対象者情報登録用ファイル_Ver.2.0」及び「【PMH】0703_ファイル設計書_医療費助成対象者差分履歴情報登録用ファイル_Ver.2.0」を反映 ・「療養介護医療・肢体不自由児通所医療(全件)」及び「療養介護医療・肢体不自由児通所医療(差分)」の値を設定する自己負担上限額種別を変更 ※変更点は紫色文字
第6.0版	令和8年8月31日	・PMH仕様書の変更に伴い、「【PMH】0703_ファイル設計書_医療費助成対象者情報登録用ファイル_Ver.3.0」及び「【PMH】0703_ファイル設計書_医療費助成対象者差分履歴情報登録用ファイル_Ver.3.0」を反映(自立支援医療設定内容、療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容に変更はありません) ※変更点は紫色文字

PMH登録時の設定内容（自立支援医療：全件連携）

- ・当資料は、「【PMH】0703 ファイル設計書 医療費助成対象者情報登録用ファイル Ver.3.0（令和 8 年 7 月15日）」を元に作成しています。
- ・当資料は、PMHのファイル設計書を元に作成していますが、CSV形式又はJSON形式のAPI連携又はファイル出力における各連携項目に対する自立支援医療の設定内容として記載しています。
- ・全件連携時は、送信時点又は将来有効な受給者証のデータ（有効期間が有効、かつ廃止されていないデータ）を設定する必要があります。
- ・医療費助成対象者情報登録を利用する場合は、医療費助成対象者差分履歴情報登録を併用することはできません。
- ・なお、障害者福祉システム標準仕様書【第6.0版】に反映しているPMHのファイル設計書及びAPI設計書は令和 8 年 7 月15日の最新版ですが、実際にPMHへ連携する際はデジタル庁が公表している最新のPMH仕様書に対応する必要があります。

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	固定/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
1	機関別受給者証種別ID	○		50	string	可変	半角英数のみ	・自治体システムの中で受給者証の種類を一意に特定しているIDに相当するものを記載する。（エクセル等の管理のためシステム的なIDを持たない場合は、新たに採番する。） ・半角英数字(50)/可変長 (例) G123L 等		パラメタ等により、更生医療、育成医療、精神通院医療を自治体ごとに一意に特定できるIDを設定する
2	機関別受給者証ID ※v1.0にて削除	○		50	string	可変		自治体システム内で受給者証のデータ管理用IDを記載する。 ■バリデーション 半角英数のみ	・自治体システムの中で受給者証のデータを一意に特定するIDに相当するものを記載する。 ・同一の受給者証においても、現在有効なデータと未来有効となるデータの2種類を保持しているなど、受給者証としては1つだがデータ管理としては複数となるケースは、その分だけIDを付番する。	
3	個人番号（マイナンバー）	○		12	string	固定	半角数字のみ			個人番号（マイナンバー）を設定する
4	氏名	○		100	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づく「氏名漢字」を設定する（受給者証の券面で通称名等が印字された場合も同様）
5	氏名カナ	○		100	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づくフリガナを設定する
6	住所	○		500	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づく住所を設定する
7	生年月日	○		10	date	固定	YYYY-MM-DD	生年月日を記載する。生年月日不詳の場合"1900-01-01"を記載する。		個人番号（マイナンバー）と紐づく生年月日を左記の書式に従い設定する
8	性別	○		1	string	固定	●コード値 0:不明 1:男 2:女	性別を記載する。		一律、“0”を設定する
9	不開示フラグ	○		-	boolean	固定	true/false	・対象者の情報を不開示にするかを表す。 ・DVフラグ（支援措置区分）に代わるフラグで、より広い意味での活用を想定したフラグとする。 ・支援措置区分以外に不開示にする対象者を医療費助成システム上に管理していない場合、支援措置区分を連携してください（ 中間サーバの不開示フラグとの同期まで求めているものではありません ）。 ●設定値 false:開示 true:不開示		項目説明を参考に設定する なお、当該項目を設定するために、機能ID：0221400 管理項目「不開示フラグ」を定めている
10	公費負担者番号	○		8	string	固定	半角数字のみ	受給者証の公費負担者番号を記載する。	・国公費の公費負担者番号に準拠して8桁としている。 ・採番されていない、もしくは8桁以外の番号を使用している場合は8桁として新たに採番する。 ※新たに採番する場合、公費負担者番号の採番ルールは国公費の公費負担者番号にならない、法別番号 2 桁、都道府県番号 2 桁、実施機関番号 3 桁、検証番号 1 桁、計 8 桁の算用数字を組み合わせたものとすることが考えられます。（下記URLも参照ください） https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/t_p0305-1az_0004.pdf https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001421607.pdf_P15	受給者証の券面の公費負担者番号を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
11	受給者証名	◎		100	string	可変		PMHに連携する制度に該当する受給者証の名称を記載する。 (PMHにデータを登録する医療費助成の名称 (●●受給者証) を記載する。)	・受給者証名称が無い場合は、受給者証が判別できる名称を記載する。 ・連携データの「受給者証名」は、マスタ登録のための申請書の「受給者証名」と一致する必要はない。	機関別受給者証種別IDに紐づく名称を設定する
12	公費受給者番号	△		30	string	可変	半角数字のみ	受給者証の受給者番号を記載する。	国が定めた医療費助成制度の受給者番号は7桁であるが、地方単独の医療費助成制度の受給者番号はその限りではないため、項目長を30とする。 紙の受給者証に記載している桁数に合わせて値を設定すること。 【例】システムでは"12345"で管理している場合でも、紙の受給者証には前0を補填して"0012345"として出力している場合 → 連携する値は"0012345"とする	・受給者証の券面の受給者番号を設定する ・受給者番号が異なる複数の受給者証を保持する対象者の場合は受給者番号毎にレコードを作成する
13	区分			20	string	可変	ア、イ、ウ、エ、オ（全角カタカナ）またはⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ（ローマ数字大文字）	※本項目はR6年度以降に新規参画するベンダは入力不要とする。 ・令和5年度版における「区分」であり、本項目は令和5年度版のみに対応している自治体システムのみを対象とする。（将来的には廃止予定） ・医療費助成の各制度で定められた区分を記載する。 ・令和5年度では難病、小児慢性で利用されている値を記載する。		一律、空白を設定する
14	所得区分	△		2	string	可変	●コード値 1:該当なし、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 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 自治体独自のコード： 英字＋英字（例: AA, AB, ..., AZ） 英字＋数字（例: A0, A1, ..., A9）	・事前に制度マスタ（所得区分）に設定した自治体所得区分を記載する。 ・制度マスタ（所得区分）の仕様・設定方法等については、「【PMH】制度関連マスタ説明資料」を参照する。	・各自治体/自治体システムベンダーにマスタ情報を事前提出いただく。	管理項目「所得区分コード」に関して以下のとおりPMHの所得区分コード値に置き換えて設定する 3:低所得Ⅰ 4:低所得Ⅱ 5:生活保護 C:市町村民税所得割世帯合計額が 235,000円以上 G:中間所得1 H:中間所得2

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
15	追加条件	△		40	string	可変	追加条件項目コード(半角数字)と追加条件コード(半角数字)を"-"でつないだ文字列を";"区切りで記載	・所得区分以外で、医療機関等職員による医療費助成の負担金計算等に必要な各制度で定められた各種区分の情報。具体的には、以下の条件に該当する情報を記載する。 ・券面記載項目のうち、個人に紐づく情報 ・負担割合や負担額などの条件が変わる情報 ・他のレセコン転記項目、主保険の情報で判定ができないもの ・制度マスタ（所得区分以外）の仕様・設定方法等については、「【PMH】制度関連マスタ説明資料」を参照する。	各自治体/自治体システムベンダーにマスタ情報を事前提出いただく。	デジタル庁が公表している「【PMH】制度関連マスタ説明資料」及び「【別紙】PMHマスタレイアウト・仕様説明」に従い、以下のとおり設定する。 ○ PMHで管理する「重度かつ継続」項目に対応するため、管理項目「重度かつ継続コード」に関して以下のとおりPMHの追加条件値に置き換えて設定する ・4-0：非該当 ・4-1：該当 ○ PMHで管理する「境界層区分」項目に対応するため、管理項目「生保移行防止減免対象区分コード」に関して以下のとおりPMHの追加条件値に置き換えて設定する ・6-0：非該当 ・6-1：該当
16	指定医療機関情報	△		-	string	可変	数字のみ、または数字と"*"を含む10桁の文字列を";"区切りで記載	・受給者証の指定医療機関の医療機関コードを記載する。 ・個人の受給者証に紐づいた指定医療機関が存在せず、制度で指定された医療機関があるだけの場合は、入力不要とする。 ・個別の医療機関を表す場合には、厚生労働省が発行している医療機関コード(10桁)を記載する。 ・受給者証に記載されている指定医療機関が「○○市全域」等の場合には、対象となる医療機関コードのうち共通部分をコード値、共通ではない部分を「*（半角アスタリスク）」で埋めたコードを設定する。(ex.「東京都千代田区全域」の場合は、13*01*****)		受給者証の券面の指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護事業者）の医療機関コード（基本データリストのデータ項目ID：02202798）を設定する。 ※医療機関番号ではない点に注意 新規開設等により医療機関コードが不明の場合は、「オンライン資格確認を導入するための手続について（協力依頼）」（令和3年1月20日 厚生労働省保険局医療介護連携政策課、医療課）を参考に、「受付番号（保険医療機関等として指定された後に付与予定の医療機関等コード）」で対応する。
17	常に償還払い	◎		1	string	固定	●コード値 0:「常に償還払い」ではない（助成方法はその他条件によるため別途判断が必要） 1:「常に償還払い」である	・償還払いが常に発生するか否かを記載する。 ・償還払いが発生しない、もしくは助成方法についてその他条件等によるため別途判断が必要な場合は「0」を、その他条件に依らず、「常に償還払い」である場合は「1」を設定する。		一律、「0」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
18	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科歯科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。	・項番#19～#160の項目名構造は以下のように表現される。 自己負担上限額.<自己負担上限額種別>.<ラベル名> ・自己負担上限額種別は以下の13種別が存在する 医科歯科入外合算（令和7年度下期連携廃止予定） 医科歯科入院（令和7年度下期連携廃止予定） 医科歯科外来（令和7年度下期連携廃止予定） 薬局 医科入外合算 医科入院 医科外来 歯科入外合算 歯科入院 歯科外来 訪問看護 柔整 あはき	一律、空白を設定する
19	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科歯科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを記載する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
20	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
21	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
22	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担率（回）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
23	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額（日）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
24	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額（月）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
25	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額（回）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
26	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 上限回数（日）	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
27	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 上限回数（月）	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
28	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 食事療養費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり（半額） 3:患者負担あり（全額）	・医科歯科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		一律、空白を設定する
29	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 食事療養費自己負担上限額（日）	△		8	integer	可変		・医科歯科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・それ以外の場合は、本項目は入力不要である。		一律、空白を設定する
30	自己負担上限額.医科歯科入院.負担 定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科歯科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、空白を設定する
31	自己負担上限額.医科歯科入院.初診 のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科歯科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
32	自己負担上限額.医科歯科入院.負担 率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
33	自己負担上限額.医科歯科入院.負担率(月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
34	自己負担上限額.医科歯科入院.負担率(回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
35	自己負担上限額.医科歯科入院.金額(日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
36	自己負担上限額.医科歯科入院.金額(月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
37	自己負担上限額.医科歯科入院.金額(回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
38	自己負担上限額.医科歯科入院.上限回数(日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
39	自己負担上限額.医科歯科入院.上限回数(月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
40	自己負担上限額.医科歯科入院.食事療養費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科歯科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		一律、空白を設定する
41	自己負担上限額.医科歯科入院.食事療養費自己負担上限額(日)	△		8	integer	可変		・医科歯科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
42	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限	・医科歯科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を 記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公 費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を 設定する。		一律、空白を設定する
43	自己負担上限額.医科歯科外来.初診 のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・医科歯科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対 象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定 したときは、2 回目（再診時）等の取り扱いに関する条 件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記 載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載 の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名 「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
44	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 （日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに 同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
45	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 （日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに 同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
46	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 率（回）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1回あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 （日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに 同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
47	自己負担上限額.医科歯科外来.金額 （日）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの金額で定められ ている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額 （月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
48	自己負担上限額.医科歯科外来.金額 （月）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの金額で定められ ている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額 （月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
49	自己負担上限額.医科歯科外来.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
50	自己負担上限額.医科歯科外来.上限 回数（日）	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
51	自己負担上限額.医科歯科外来.上限 回数（月）	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
52	自己負担上限額.薬局.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限	・薬局以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、「1」を設定する なお、運用において、次の対応も合わせて必要となります。 自立支援医療の場合は、医科・薬局・訪問看護のようにPMHで定める自己負担上限額種別をまたいだ合算となるため、PMH地準・国公費マスタの「自己負担上限額種別またぎの合算」項目（0又は1）に"1"を設定し、かつ「PMH特記事項」項目に合算の詳細（*）を設定する。 （*）「PMH特記事項」の記載例 ・更生医療、育成医療の場合 薬局、医科入外合算、医科入院、医科外来、歯科入外合算、歯科入院、歯科外来、訪問看護をまたいで自己負担上限額が合算管理される。 ・精神通院医療の場合 薬局、医科外来、訪問看護をまたいで自己負担上限額が合算管理される。
53	自己負担上限額.薬局.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・薬局の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、「0」を設定する
54	自己負担上限額.薬局.負担率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#55と同様の内容を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
55	自己負担上限額.薬局.負担率（月）	△		3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
56	自己負担上限額.薬局.負担率（回）	△		3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#55と同様の内容を設定する
57	自己負担上限額.薬局.金額（日）	△		8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#58が“0”の場合は“0”を設定する
58	自己負担上限額.薬局.金額（月）	△		8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
59	自己負担上限額.薬局.金額（回）	△		8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#58が“0”の場合は“0”を設定する
60	自己負担上限額.薬局.上限回数（日）	△		2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
61	自己負担上限額.薬局.上限回数（月）	△		2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
62	自己負担上限額.医科入外合算.負担 定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限	・医科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を 記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公 費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を 設定する。		更生医療、育成医療の場合は“1”を設定 し、精神通院医療の場合は空白を設定す る なお、運用におけるPMH地単・国公費マス タの設定は、自己負担上限額.薬局と同 様
63	自己負担上限額.医科入外合算.初診 のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・医科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対 象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定 したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条 件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記 載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載 の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名 「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は“0”を設定 し、精神通院医療の場合は空白を設定す る
64	自己負担上限額.医科入外合算.負担 率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	#65と同様の内容を設定する
65	自己負担上限額.医科入外合算.負担 率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり 設定し、精神通院医療の場合は空白を 設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は 空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合 は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ 後の自己負担上限額」が0の場合は空 白、0以外の場合は管理項目「PMH連携 用独自上乗せ後の負担率」を設定する
66	自己負担上限額.医科入外合算.負担 率（回）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1回あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	#65と同様の内容を設定する
67	自己負担上限額.医科入外合算.金額 （日）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの金額で定められて いる場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額 (月)・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#68が“0”の場 合は“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
68	自己負担上限額.医科入外合算.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
69	自己負担上限額.医科入外合算.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#68が“0”の場合は“0”を設定する
70	自己負担上限額.医科入外合算.上限 回数(日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
71	自己負担上限額.医科入外合算.上限 回数(月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
72	自己負担上限額.医科入外合算.食事 療養費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		更生医療、育成医療の場合は“1”又は“3”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・1:患者負担なし:管理項目「食事療養標準負担額等円該当」が該当 ・3:患者負担あり(全額):上記以外
73	自己負担上限額.医科入外合算.食事 療養費自己負担上限額(日)	△		8	integer	可変		・医科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。		一律、空白を設定する
74	自己負担上限額.医科入院.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明: 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		更生医療、育成医療の場合は“1”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスクの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
75	自己負担上限額.医科入院.初診のみ 適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は“0”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
76	自己負担上限額.医科入院.負担率 (日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#77と同様の内容を設定する
77	自己負担上限額.医科入院.負担率 (月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
78	自己負担上限額.医科入院.負担率 (回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#77と同様の内容を設定する
79	自己負担上限額.医科入院.金額 (日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#80が“0”の場合は“0”を設定する
80	自己負担上限額.医科入院.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
81	自己負担上限額.医科入院.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#80が“0”の場合は“0”を設定する
82	自己負担上限額.医科入院.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
83	自己負担上限額.医科入院.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
84	自己負担上限額.医科入院.食事療養 費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		更生医療、育成医療の場合は“1”又は “3”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「食事療養 標準負担額等円該当」が該当 ・3:患者負担あり(全額)：上記以外
85	自己負担上限額.医科入院.食事療養 費自己負担上限額(円)	△		8	integer	可変		・医科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する
86	自己負担上限額.医科外来.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限	・医科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、“1”を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
87	自己負担上限額.医科外来.初診のみ 適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されて いる場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、“0”を設定する
88	自己負担上限額.医科外来.負担率 (日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#89と同様の内容を設定する
89	自己負担上限額.医科外来.負担率 (月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
90	自己負担上限額.医科外来.負担率 (回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	#89と同様の内容を設定する
91	自己負担上限額.医科外来.金額 (日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#92が“0”の場 合は“0”を設定する
92	自己負担上限額.医科外来.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	・管理項目「負担上限月額」を設定する が、高額療養費の自己負担限度額といっ た自己負担上限額に数値を示せない場 合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合 は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ 後の自己負担上限額」を設定する
93	自己負担上限額.医科外来.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#92が“0”の場 合は“0”を設定する
94	自己負担上限額.医科外来.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指 定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
95	自己負担上限額.医科外来.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指 定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
96	自己負担上限額.歯科入外合算.負担 定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限	・歯科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を 記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公 費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を 設定する。		更生医療、育成医療の場合は“1”を設定 し、精神通院医療の場合は空白を設定す る なお、運用におけるPMH地単・国公費マス タの設定は、自己負担上限額.薬局と同 様

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
97	自己負担上限額.歯科入外合算.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2 回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は“0”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する
98	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#99と同様の内容を設定する
99	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
100	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率（回）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#99と同様の内容を設定する
101	自己負担上限額.歯科入外合算.金額（日）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#102が“0”の場合は“0”を設定する
102	自己負担上限額.歯科入外合算.金額（月）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
103	自己負担上限額.歯科入外合算.金額（回）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#102が“0”の場合は“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
104	自己負担上限額.歯科入外合算.上限 回数(日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数 が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
105	自己負担上限額.歯科入外合算.上限 回数(月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数 が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
106	自己負担上限額.歯科入外合算.食事 療養費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・歯科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの 値を記載する。		更生医療、育成医療の場合は“1”又は "3"を設定し、精神通院医療の場合は空 白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「食事療養 標準負担額零円該当」が該当 ・3:患者負担あり(全額)：上記以外
107	自己負担上限額.歯科入外合算.食事 療養費自己負担上限額(日)	△		8	integer	可変		・歯科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額 で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する
108	自己負担上限額.歯科入院.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限	・歯科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載 する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公 費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を 設定する。		更生医療、育成医療の場合は“1”を設定 し、精神通院医療の場合は空白を設定す る なお、運用におけるPMH地単・国公費マス タの設定は、自己負担上限額.薬局と同 様
109	自己負担上限額.歯科入院.初診のみ 適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・歯科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象とな るかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定 したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条 件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記 載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載 の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名 「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は“0”を設定 し、精神通院医療の場合は空白を設定す る
110	自己負担上限額.歯科入院.負担率 (日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの負担率で定められてい る場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	#111と同様の内容を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
111	自己負担上限額.歯科入院.負担率 (月)	△		3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
112	自己負担上限額.歯科入院.負担率 (回)	△		3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#111と同様の内容を設定する
113	自己負担上限額.歯科入院.金額 (日)	△		8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#114が“0”の場合は“0”を設定する
114	自己負担上限額.歯科入院.金額 (月)	△		8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
115	自己負担上限額.歯科入院.金額 (回)	△		8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#114が“0”の場合は“0”を設定する
116	自己負担上限額.歯科入院.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
117	自己負担上限額.歯科入院.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
118	自己負担上限額.歯科入院.食事療養費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・歯科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		更生医療、育成医療の場合は“1”又は“3”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「食事療養標準負担額零円該当」が該当 ・3:患者負担あり(全額)：上記以外
119	自己負担上限額.歯科入院.食事療養費自己負担上限額(日)	△		8	integer	可変		・歯科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する
120	自己負担上限額.歯科外来.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・歯科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		更生医療、育成医療の場合は“1”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
121	自己負担上限額.歯科外来.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は“0”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する
122	自己負担上限額.歯科外来.負担率(日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#123と同様の内容を設定する
123	自己負担上限額.歯科外来.負担率(月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
124	自己負担上限額.歯科外来.負担率(回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#123と同様の内容を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
125	自己負担上限額.歯科外来.金額 (日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#126が“0”の場合は“0”を設定する
126	自己負担上限額.歯科外来.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
127	自己負担上限額.歯科外来.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#126が“0”の場合は“0”を設定する
128	自己負担上限額.歯科外来.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
129	自己負担上限額.歯科外来.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
130	自己負担上限額.訪問看護.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。	・訪問看護以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、“1”を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
131	自己負担上限額.訪問看護.初診のみ 適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・訪問看護の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
132	自己負担上限額.訪問看護.負担率 (日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#133と同様の内容を設定する
133	自己負担上限額.訪問看護.負担率 (月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
134	自己負担上限額.訪問看護.負担率 (回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#133と同様の内容を設定する
135	自己負担上限額.訪問看護.金額 (日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#136が“0”の場合は“0”を設定する
136	自己負担上限額.訪問看護.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	以下のとおり設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
137	自己負担上限額.訪問看護.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#136が“0”の場合は“0”を設定する
138	自己負担上限額.訪問看護.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
139	自己負担上限額.訪問看護.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
140	自己負担上限額.柔整.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・柔整以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、空白を設定する
141	自己負担上限額.柔整.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・柔整の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
142	自己負担上限額.柔整.負担率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
143	自己負担上限額.柔整.負担率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
144	自己負担上限額.柔整.負担率（回）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
145	自己負担上限額.柔整.金額（日）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
146	自己負担上限額.柔整.金額（月）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
147	自己負担上限額.柔整.金額（回）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
148	自己負担上限額.柔整.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
149	自己負担上限額.柔整.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
150	自己負担上限額.あはき.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・あはき以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		更生医療の場合は“1”を設定し、育成医療、精神通院医療の場合は空白を設定する （補足説明） 更生医療ではマッサージが認められており、医療機関にマッサージ師がなく、かつ、担当の医師の処方に基づいて指定する施術所において施術を受ける場合にのみ、その費用を支給することとなっている。この場合、施術所における保険適用の患者自己負担額は自己負担上限額管理票にて合算管理をする対象とするため、自己負担上限額.あはきに設定が必要となる。 なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
151	自己負担上限額.あはき.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・あはきの自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療の場合は“0”を設定し、育成医療、精神通院医療の場合は空白を設定する
152	自己負担上限額.あはき.負担率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#153と同様の内容を設定する
153	自己負担上限額.あはき.負担率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
154	自己負担上限額.あはき.負担率 (回)	△		3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件があはきかつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 - 負担率が10%の場合、“10”と記載する - 負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#153と同様の内容を設定する
155	自己負担上限額.あはき.金額 (日)	△		8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#156が“0”の場合は“0”を設定する
156	自己負担上限額.あはき.金額 (月)	△		8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
157	自己負担上限額.あはき.金額 (回)	△		8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件があはきかつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#156が“0”の場合は“0”を設定する
158	自己負担上限額.あはき.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
159	自己負担上限額.あはき.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
160	有効期間開始日	◎		10	date	固定	YYYY-MM-DD	・受給者証の有効期間開始日を記載する。		受給者証の券面の有効期間開始日を設定する
161	有効期間終了日	◎		10	date	固定	YYYY-MM-DD	- 受給者証の有効期間終了日を記載する。 - 終了日が存在しない場合“9999-12-31”を設定する。		受給者証の券面の有効期間終了日を設定する
162	失効日 ※v1.0にて削除	◎		10	date	固定	YYYY-MM-DD	- 明示的に受給者証のデータを失効(削除)する際に記載する。 - 差分連携のみ設定する項目。全件連携では設定不要。 - 誤って失効日を設定した場合や、失効を取り消したい場合は空白で記載する。	・現在日付より以前の日付が設定されている場合は失効されたものと見做す。	

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
163	受給者証券面項目（複数）	◎		1000	string	可変		・受給者証券面に記載されたすべての項目を記載する。 ・券面上に項目名がなく対応する値のみ記載がある場合は、対応する値が示す情報を判別可能な項目名（ヘッダ）を記載する。 ・受給者証券面上で構造化された情報の場合は項目名を' 'で区切り記載する。（例：指定医療機関名.病院.名称,指定医療機関名.病院.住所） ※具体例は【1】ファイルレイアウト、【3】CSVサンプルシートを参照	項目が複数ある場合は、163列目以降に必要な項目数の分だけ列を追加する。	・項目説明、備考を参考に設定する ・受給者証の裏面を含む ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、自己負担上限額.****.金額（月）の設定と同額を設定する ・機能・帳票要件や帳票詳細要件に従い、受給者証に印字された内容と同様とするため、「氏名優先区分コード」を利用し設定されている場合は、氏名は通称名等を設定する、生年月日が不詳の場合は、データ要件・連携要件の規定に従うこととなる

以上

PMH登録時の設定内容（自立支援医療：差分連携）

- 当資料は、「【PMH】0703 ファイル設計書 医療費助成対象者差分履歴情報登録用ファイル Ver.3.0（令和 8 年 7 月 15 日）」を元に作成しています。
- 当資料は、PMHのファイル設計書を元に作成していますが、CSV形式又はJSON形式のAPI連携又はファイル出力における各連携項目に対する自立支援医療設定内容として記載しています。
- 差分連携時は、「【PMH】差分履歴連携仕様について v2.0」に従い、データを設定する必要があります。
- 医療費助成対象者差分履歴情報登録を利用する場合は、医療費助成対象者情報登録を併用することはできません。
- 医療費助成対象者差分履歴情報登録において、初回の全件登録をする際は、送信時点又は将来有効な受給者証のデータ（有効期間が有効、かつ廃止されていないデータ）を設定する必要があります。
- なお、障害者福祉システム標準仕様書【第6.0版】に反映しているPMHのファイル設計書及びAPI設計書は令和 8 年 7 月 15 日の最新版ですが、実際にPMHへ連携する際はデジタル庁が公表している最新のPMH仕様書に対応する必要があります。

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
1	機関別受給者証種別ID	◎		◎	50	string	可変	半角英数のみ	・自治体システムの中で受給者証の種類を一意に特定しているIDに相当するものを記載する。（エクセル等の管理のためシステムのIDを持たない場合は、新たに採番する。） ・半角英数字(50)/可変長 (例) G123L 等		パラメタ等により、更生医療、育成医療、精神通院医療を自治体ごとに一意に特定できるIDを設定する
2	機関別受給者証ID ※v1.0にて削除	◎			50	string	可変		自治体システム内で受給者証のデータ管理用IDを記載する。 ■バリデーション 半角英数のみ	・自治体システムの中で受給者証のデータを一意に特定するIDに相当するものを記載する。 ・同一の受給者証においても、現在有効なデータと未来有効となるデータの2種類を保持しているなど、受給者証としては1つだがデータ管理としては複数となるケースは、その分だけIDを付番する。	
3	個人番号（マイナンバー）	◎		◎	12	string	固定	半角数字のみ			個人番号（マイナンバー）を設定する
4	氏名	◎			100	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づく「氏名漢字」を設定する（受給者証の券面で通称名等が印字された場合も同様）
5	氏名カナ	◎			100	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づくフリガナを設定する
6	住所	◎			500	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づく住所を設定する
7	生年月日	◎			10	date	固定	YYYY-MM-DD	生年月日を記載する。生年月日不詳の場合“1900-01-01”を記載する。		個人番号（マイナンバー）と紐づく生年月日を左記の書式に従い設定する
8	性別	◎			1	string	固定	●コード値 0:不明 1:男 2:女	性別を記載する		一律、“0”を設定する
9	不開示フラグ	◎			-	boolean	固定	true/false	・対象者の情報を不開示にするかを表す。 ・DVフラグ（支援措置区分）に代わるフラグで、より広い意味での活用を想定したフラグとする。 ・支援措置区分以外に不開示にする対象者を医療費助成システム上に管理していない場合、支援措置区分を連携してください（中間サーバの不開示フラグとの同期まで求めているものではありません）。 ●設定値 false:開示 true:不開示		項目説明を参考に設定する なお、当該項目を設定するために、機能ID：0221400 管理項目「不開示フラグ」を定めている
10	公費負担者番号	◎			8	string	固定	半角数字のみ	受給者証の公費負担者番号を記載する。	・国公費の公費負担者番号に準拠して8桁としている。 ・採番されていない、もしくは8桁以外の番号を使用している場合は8桁として新たに採番する。 ※新たに採番する場合、公費負担者番号の採番ルールは国公費の公費負担者番号にならい、法別番号 2 桁、都道府県番号 2 桁、実施機関番号 3 桁、検証番号 1 桁、計 8 桁の算用数字を組み合わせたものとすることが考えられます。（下記URLも参照ください） https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1az_0004.pdf https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001421607.pdf_P15	受給者証の券面の公費負担者番号を設定する
11	受給者証名	◎			100	string	可変		受給者証の名称を記載する。	・受給者証名称が無い場合は、受給者証が判別できる名称を記載する。 ・連携データの「受給者証名」は、マスタ登録のための申請書の「受給者証名」と一致する必要はない。	機関別受給者証種別IDに紐づく名称を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
12	公費受給者番号	△		☆	30	string	可変	半角数字のみ	受給者証の受給者番号を記載する。	国が定めた医療費助成制度の受給者番号は7桁であるが、地方単独の医療費助成制度の受給者番号はその限りではないため、項目長を30とする。 紙の受給者証に記載している桁数に合わせて値を設定すること。 【例】システムでは"12345"で管理している場合でも、紙の受給者証には前0を補填して"0012345"として出力している場合 → 連携する値は"0012345"とする	・受給者証の券面の受給者番号を設定する ・受給者番号が異なる複数の受給者証を保持する対象者の場合は受給者番号毎にレコードを作成する
13	受給者証サブキー	→	履歴一式が同じ有効証が複数存在する場合は必須	☆	30	string	可変	半角英数字および半角記号 使用可能は半角記号は以下の通り。 !"%&'()*+,-./:;<=>?_	全国地方公共団体コード、機関別受給者証種別ID、マイナンバー、公費受給者番号までのキー(履歴一式)が同じ有効証が複数存在する場合に設定する。	詳細は『【PMH】差分履歴連携仕様について』を参照する	デジタル庁が公表している『【PMH】差分履歴連携仕様について』に従い設定する なお、初回の全件登録時においても設定する
14	区分				20	string	可変	ア、イ、ウ、エ、オ(全角カタカナ)またはⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ(ローマ数字大文字)	※本項目はR6年度以降に新規参画するベンダは入力不要とする。 ・令和5年度版における「区分」であり、本項目は令和5年度版のみに対応している自治体システムのみを対象とする。(将来的には廃止予定) ・医療費助成の各制度で定められた区分を記載する。 ・令和5年度では難病、小児慢性で利用されている値を記載する。		一律、空白を設定する
15	所得区分	△			2	string	可変	●コード値 1:該当なし、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 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 自治体独自のコード: 英字+英字(例: AA, AB, ..., AZ) 英字+数字(例: A0, A1, ..., A9)	・事前に制度マスタ(所得区分)に設定した自治体所得区分を記載する。 ・制度マスタ(所得区分)の仕様・設定方法等については、『【PMH】制度関連マスタ説明資料』を参照する。	・各自治体/自治体システムベンダーにマスタ情報を事前提出いただく。	管理項目「所得区分コード」に関して以下のとおりPMHの所得区分コード値に置き換えて設定する 3:低所得Ⅰ 4:低所得Ⅱ 5:生活保護 C:市町村民税所得割世帯合計額が235,000円以上 G:中間所得1 H:中間所得2

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
16	追加条件	△			40	string	可変	追加条件項目コード(半角数字)と追加 条件コード(半角数字)を"-."をつないだ 文字列を";"区切りで記載	・所得区分以外で、医療機関等職員による医療費助成の負担金計算等に 必要な各制度で定められた各種区分の情報。具体的には、以下の条件に 該当する情報を記載する。 ・券面記載項目のうち、個人に紐づく情報 ・負担割合や負担額などの条件が変わる情報 ・他のレセコン転記項目、主保険の情報で判定ができないもの ・制度マスタ（所得区分以外）の仕様・設定方法等については、「【PMH】 制度関連マスタ説明資料」を参照する。	各自治体/自治体システムベンダーにマスタ情報を事前 提出いただく。	デジタル庁が公表している「【PMH】制度 関連マスタ説明資料」及び「【別紙】PMH マスタレイアウト・仕様説明」に従い、以下 のとおり設定する。 ○ PMHで管理する「重度かつ継続」項 目に対応するため、管理項目「重度かつ 継続コード」に関して以下のとおりPMHの 追加条件値に置き換えて設定する ・4-0：非該当 ・4-1：該当 ○ PMHで管理する「境界層区分」項目 に対応するため、管理項目「生保移行防 止減免対象区分コード」に関して以下のと おりPMHの追加条件値に置き換えて設 定する ・6-0：非該当 ・6-1：該当
17	指定医療機関情報	△			-	string	可変	数字のみ、または数字と"*"を含む10桁 の文字列を";"区切りで記載	・受給者証の指定医療機関の医療機関コードを記載する。 ・個人の受給者証に紐づいた指定医療機関が存在せず、制度で指定された 医療機関があるだけの場合は、入力不要とする。 ・個別の医療機関を表す場合には、厚生労働省が発行している医療機関 コード(10桁)を記載する。 ・受給者証に記載されている指定医療機関が「○○市全域」等の場合に は、対象となる医療機関コードのうち共通部分をコード値、共通ではない部 分を「*（半角アスタリスク）」で埋めたコードを設定する。(ex.「東京都千 代田区全域」の場合は、13*01*****)		受給者証の券面の指定医療機関（病 院・診療所、薬局、訪問看護事業者） の医療機関コード（基本データリストの データ項目ID：02202798）を設定す る。 ※医療機関番号ではない点に注意 新規開設等により医療機関コードが不明 の場合は、「オンライン資格確認を導入す るための手続について（協力依頼）」 （令和3年1月20日 厚生労働省保険 局医療介護連携政策課、医療課）を参 考に、「受付番号（保険医療機関等とし て指定された後に付与予定の医療機関 等コード）」で対応する。
18	常に償還払い	◎			1	string	固定	●コード値 0:「常に償還払い」ではない（助成方 法はその他条件によるため別途判断が 必要） 1:「常に償還払い」である	・償還払いが常に発生するか否かを記載する。 ・償還払いが発生しない、もしくは助成方法についてその他条件等によるため 別途判断が必要な場合は「0」を、その他条件に依らず、「常に償還払い」で ある場合は「1」を設定する。		一律、「0」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
19	自己負担上限額.医科歯科入外合算.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科歯科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。	・項番#19～#160の項目名構造は以下のように表現される。 自己負担上限額.<自己負担上限額種別>.<ラベル名> ・自己負担上限額種別は以下の13種別が存在する 医科歯科入外合算（令和7年度下期連携廃止予定） 医科歯科入院（令和7年度下期連携廃止予定） 医科歯科外来（令和7年度下期連携廃止予定） 薬局 医科入外合算 医科入院 医科外来 歯科入外合算 歯科入院 歯科外来 訪問看護 柔整 あはき	一律、空白を設定する
20	自己負担上限額.医科歯科入外合算.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科歯科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを記載する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
21	自己負担上限額.医科歯科入外合算.負担率（日）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
22	自己負担上限額.医科歯科入外合算.負担率（月）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
23	自己負担上限額.医科歯科入外合算.負担率（回）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
24	自己負担上限額.医科歯科入外合算.金額（日）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
25	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額(月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
26	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額(回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
27	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 上限回数(日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
28	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
29	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 食事療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科歯科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		一律、空白を設定する
30	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 食事療養費自己負担上限額(日)	△			8	integer	可変		・医科歯科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。 ・それ以外の場合は、本項目は入力不要である。		一律、空白を設定する
31	自己負担上限額.医科歯科入院.負担 定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科歯科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明: 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、空白を設定する
32	自己負担上限額.医科歯科入院.初診 のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されて いる場合は必 須、それ以外 は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科歯科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
33	自己負担上限額.医科歯科入院.負担 率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
34	自己負担上限額.医科歯科入院.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
35	自己負担上限額.医科歯科入院.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
36	自己負担上限額.医科歯科入院.金額(日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
37	自己負担上限額.医科歯科入院.金額(月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
38	自己負担上限額.医科歯科入院.金額(回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
39	自己負担上限額.医科歯科入院.上限回数(日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
40	自己負担上限額.医科歯科入院.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
41	自己負担上限額.医科歯科入院.食事療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科歯科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		一律、空白を設定する
42	自己負担上限額.医科歯科入院.食事療養費自己負担上限額(日)	△			8	integer	可変		・医科歯科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
43	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自 己負担上限	・医科歯科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を 記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公 費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限 を設定する。		一律、空白を設定する
44	自己負担上限額.医科歯科外来.初診 のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必須、それ以外は 記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・医科歯科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対 象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定 したときは、2 回目（再診時）等の取り扱いに関する 条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未 記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未 記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目 名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
45	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 率（日）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率（月）・負担率（回）の3項目全て に同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
46	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 率（月）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率（月）・負担率（回）の3項目全て に同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
47	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 率（回）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1回あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率（月）・負担率（回）の3項目全て に同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
48	自己負担上限額.医科歯科外来.金額 （日）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの金額で定められ ている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額 （月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
49	自己負担上限額.医科歯科外来.金額 （月）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの金額で定められ ている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額 （月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
50	自己負担上限額.医科歯科外来.金額 （回）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1回あたりの金額で定められ ている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額 （月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
51	自己負担上限額.医科歯科外来.上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
52	自己負担上限額.医科歯科外来.上限回数 (月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
53	自己負担上限額.薬局.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・薬局以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、「1」を設定する なお、運用において、次の対応も合わせて必要となります。 自立支援医療の場合は、医科・薬局・訪問看護のようにPMHで定める自己負担上限額種別をまたいだ合算となるため、PMH地単・国公費マスタの「自己負担上限額種別またぎの合算」項目（0又は1）に"1"を設定し、かつ「PMH特記事項」項目に合算の詳細（*）を設定する。 （*）「PMH特記事項」の記載例 ・更生医療、育成医療の場合 薬局、医科入外合算、医科入院、医科外来、歯科入外合算、歯科入院、歯科外来、訪問看護をまたいで自己負担上限額が合算管理される。 ・精神通院医療の場合 薬局、医科外来、訪問看護をまたいで自己負担上限額が合算管理される。
54	自己負担上限額.薬局.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・薬局の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、「0」を設定する
55	自己負担上限額.薬局.負担率 (日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、「10」と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#56と同様の内容を設定する
56	自己負担上限額.薬局.負担率 (月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、「10」と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は「10」を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
57	自己負担上限額.薬局.負担率 (回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#56と同様の内容を設定する
58	自己負担上限額.薬局.金額 (日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#59が"0"の場合は"0"を設定する
59	自己負担上限額.薬局.金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	以下のとおり設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
60	自己負担上限額.薬局.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#59が"0"の場合は"0"を設定する
61	自己負担上限額.薬局.上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
62	自己負担上限額.薬局.上限回数 (月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
63	自己負担上限額.医科入外合算.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明: 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		更生医療、育成医療の場合は"1"を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
64	自己負担上限額.医科入外合算.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は"0"を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
65	自己負担上限額.医科入外合算.負担率(日)	△			3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#66と同様の内容を設定する
66	自己負担上限額.医科入外合算.負担率(月)	△			3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は"10"を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
67	自己負担上限額.医科入外合算.負担率(回)	△			3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#66と同様の内容を設定する
68	自己負担上限額.医科入外合算.金額(日)	△			8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#69が"0"の場合は"0"を設定する
69	自己負担上限額.医科入外合算.金額(月)	△			8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
70	自己負担上限額.医科入外合算.金額(回)	△			8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#69が"0"の場合は"0"を設定する
71	自己負担上限額.医科入外合算.上限回数(日)	△			2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
72	自己負担上限額.医科入外合算.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
73	自己負担上限額.医科入外合算.食事療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		更生医療、育成医療の場合は“1”又は“3”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・1:患者負担なし:管理項目「食事療養標準負担額率円該当」が該当 ・3:患者負担あり(全額):上記以外
74	自己負担上限額.医科入外合算.食事療養費自己負担上限額(日)	△			8	integer	可変		・医科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。		一律、空白を設定する
75	自己負担上限額.医科入院.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明: 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		更生医療、育成医療の場合は“1”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
76	自己負担上限額.医科入院.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は“0”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する
77	自己負担上限額.医科入院.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#78と同様の内容を設定する
78	自己負担上限額.医科入院.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
79	自己負担上限額.医科入院.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#78と同様の内容を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
80	自己負担上限額.医科入院.金額 (日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#81が“0”の場合は“0”を設定する
81	自己負担上限額.医科入院.金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
82	自己負担上限額.医科入院.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#81が“0”の場合は“0”を設定する
83	自己負担上限額.医科入院.上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
84	自己負担上限額.医科入院.上限回数 (月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
85	自己負担上限額.医科入院.食事療養 費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり（半額） 3:患者負担あり（全額）	・医科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		更生医療、育成医療の場合は“1”又は“3”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「食事療養標準負担額率円該当」が該当 ・3:患者負担あり（全額）：上記以外
86	自己負担上限額.医科入院.食事療養 費自己負担上限額（日）	△			8	integer	可変		・医科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する
87	自己負担上限額.医科外来.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、“1”を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
88	自己負担上限額.医科外来.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2 回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、“0”を設定する
89	自己負担上限額.医科外来.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#90と同様の内容を設定する
90	自己負担上限額.医科外来.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
91	自己負担上限額.医科外来.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#90と同様の内容を設定する
92	自己負担上限額.医科外来.金額(日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#93が“0”の場合は“0”を設定する
93	自己負担上限額.医科外来.金額(月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
94	自己負担上限額.医科外来.金額(回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#93が“0”の場合は“0”を設定する
95	自己負担上限額.医科外来.上限回数(日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
96	自己負担上限額.医科外来.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
97	自己負担上限額.歯科入外合算.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・歯科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		更生医療、育成医療の場合は“1”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
98	自己負担上限額.歯科入外合算.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は“0”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する
99	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#100と同様の内容を設定する
100	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
101	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#100と同様の内容を設定する
102	自己負担上限額.歯科入外合算.金額(日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#103が“0”の場合は“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
103	自己負担上限額.歯科入外合算.金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
104	自己負担上限額.歯科入外合算.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#103が“0”の場合は“0”を設定する
105	自己負担上限額.歯科入外合算.上限 回数（日）	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
106	自己負担上限額.歯科入外合算.上限 回数（月）	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
107	自己負担上限額.歯科入外合算.食事 療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり（半額） 3:患者負担あり（全額）	・歯科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		更生医療、育成医療の場合は“1”又は“3”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「食事療養標準負担額零円該当」が該当 ・3:患者負担あり（全額）：上記以外
108	自己負担上限額.歯科入外合算.食事 療養費自己負担上限額（日）	△			8	integer	可変		・歯科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する
109	自己負担上限額.歯科入院.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・歯科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		更生医療、育成医療の場合は“1”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
110	自己負担上限額.歯科入院.初診のみ 適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されて いる場合は必 須、それ以外 は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は“0”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
111	自己負担上限額.歯科入院.負担率 (日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#112と同様の内容を設定する
112	自己負担上限額.歯科入院.負担率 (月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は"10"を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
113	自己負担上限額.歯科入院.負担率 (回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#112と同様の内容を設定する
114	自己負担上限額.歯科入院.金額 (日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#115が"0"の場合は"0"を設定する
115	自己負担上限額.歯科入院.金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
116	自己負担上限額.歯科入院.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#115が"0"の場合は"0"を設定する
117	自己負担上限額.歯科入院.上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
118	自己負担上限額.歯科入院.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
119	自己負担上限額.歯科入院.食事療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・歯科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		更生医療、育成医療の場合は“1”又は“3”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「食事療養標準負担額率円該当」が該当 ・3:患者負担あり(全額)：上記以外
120	自己負担上限額.歯科入院.食事療養費自己負担上限額(日)	△			8	integer	可変		・歯科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する
121	自己負担上限額.歯科外来.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・歯科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		更生医療、育成医療の場合は“1”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
122	自己負担上限額.歯科外来.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療、育成医療の場合は“0”を設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する
123	自己負担上限額.歯科外来.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#124と同様の内容を設定する
124	自己負担上限額.歯科外来.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する
125	自己負担上限額.歯科外来.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#124と同様の内容を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
126	自己負担上限額.歯科外来.金額 (日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#127が“0”の場合は“0”を設定する
127	自己負担上限額.歯科外来.金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
128	自己負担上限額.歯科外来.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#127が“0”の場合は“0”を設定する
129	自己負担上限額.歯科外来.上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
130	自己負担上限額.歯科外来.上限回数 (月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
131	自己負担上限額.訪問看護.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・訪問看護以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、“1”を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
132	自己負担上限額.訪問看護.初診のみ 適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・訪問看護の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
133	自己負担上限額.訪問看護.負担率 (日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの負担率で定められて いる場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全て に同一の値を設定すること。	#134と同様の内容を設定する
134	自己負担上限額.訪問看護.負担率 (月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの負担率で定められて いる場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全て に同一の値を設定すること。	・管理項目「負担上限月額」が0の場合 は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合 は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ 後の自己負担上限額」が0の場合は空 白、0以外の場合は管理項目「PMH連 携用独自上乗せ後の負担率」を設定す る
135	自己負担上限額.訪問看護.負担率 (回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1回あたりの負担率で定められて いる場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全て に同一の値を設定すること。	#134と同様の内容を設定する
136	自己負担上限額.訪問看護.金額 (日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの金額で定められている 場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#137が“0”の 場合は“0”を設定する
137	自己負担上限額.訪問看護.金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの金額で定められている 場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	・管理項目「負担上限月額」を設定する が、高額療養費の自己負担限度額といっ た自己負担上限額に数値を示せない場 合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合 は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ 後の自己負担上限額」を設定する
138	自己負担上限額.訪問看護.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1回あたりの金額で定められている 場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#137が“0”の 場合は“0”を設定する
139	自己負担上限額.訪問看護.上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの適用の上限回数が 指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
140	自己負担上限額.訪問看護.上限回数 (月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの適用の上限回数が 指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
141	自己負担上限額.柔整.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・柔整以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、空白を設定する
142	自己負担上限額.柔整.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・柔整の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
143	自己負担上限額.柔整.負担率（日）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
144	自己負担上限額.柔整.負担率（月）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
145	自己負担上限額.柔整.負担率（回）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
146	自己負担上限額.柔整.金額（日）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
147	自己負担上限額.柔整.金額（月）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
148	自己負担上限額.柔整.金額（回）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
149	自己負担上限額.柔整.上限回数(日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
150	自己負担上限額.柔整.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
151	自己負担上限額.あはき.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・あはき以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		更生医療の場合は“1”を設定し、育成医療、精神通院医療の場合は空白を設定する （補足説明） 更生医療ではマッサージが認められており、医療機関にマッサージ師がなく、かつ、担当の医師の処方に基づいて指定する施術所において施術を受ける場合にのみ、その費用を支給することとなっている。この場合、施術所における保険適用の患者自己負担額は自己負担上限額管理票にて合算管理をする対象とするため、自己負担上限額.あはきに設定が必要となる。 なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
152	自己負担上限額.あはき.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・あはきの自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	更生医療の場合は“0”を設定し、育成医療、精神通院医療の場合は空白を設定する
153	自己負担上限額.あはき.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#154と同様の内容を設定する
154	自己負担上限額.あはき.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の負担率」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
155	自己負担上限額.あはき.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#154と同様の内容を設定する
156	自己負担上限額.あはき.金額(日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#157が“0”の場合は“0”を設定する
157	自己負担上限額.あはき.金額(月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	更生医療、育成医療の場合は以下のとおり設定し、精神通院医療の場合は空白を設定する ・管理項目「負担上限月額」を設定するが、高額療養費の自己負担限度額といった自己負担上限額に数値を示せない場合は空白とする ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の自己負担上限額」を設定する
158	自己負担上限額.あはき.金額(回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#157が“0”の場合は“0”を設定する
159	自己負担上限額.あはき.上限回数(日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
160	自己負担上限額.あはき.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
161	有効期間開始日	◎			10	date	固定	YYYY-MM-DD	・受給者証の有効期間開始日を記載する。		受給者証の券面の有効期間開始日を設定する
162	有効期間終了日	◎			10	date	固定	YYYY-MM-DD	・受給者証の有効期間終了日を記載する。 ・終了日が存在しない場合“9999-12-31”を設定する。		受給者証の券面の有効期間終了日を設定する
163	履歴キー	◎		◎	20	string	可変	半角英数	・履歴の新旧を判別するために自治体システムが付番する重複不可の番号を指す。 ・履歴キーは辞書順(Unicodeコードポイント順)で、より大きな値が新しい履歴を指す。	詳細は『PMH』差分履歴連携仕様について』を参照する	デジタル庁が公表している「PMH」差分履歴連携仕様について」に従い設定する なお、初回の全件登録時においても設定する
164	失効日 ※v1.0にて削除	◎			10	date	固定	YYYY-MM-DD	・明示的に受給者証のデータを失効(削除)する際に記載する。 ・差分連携のみ設定する項目。全件連携では設定不要。 ・誤って失効日を設定した場合や、失効を取り消したい場合は空白で記載する。	・現在日付より以前の日付が設定されている場合は失効されたものと見做す。	
165	削除フラグ	◎		◎	-	boolean	固定	true/false	・受給者証の情報を削除する際は“true”を設定する。 ・削除済みの受給者証の情報を有効状態に切り戻したい場合は、“false”を設定する。	詳細は『PMH』差分履歴連携仕様について』を参照する	デジタル庁が公表している「PMH」差分履歴連携仕様について」に従い設定する なお、初回の全件登録時には“false”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	自立支援医療設定内容
166	受給者証券面項目（複数）	◎			1000	string	可変		・受給者証券面に記載されたすべての項目を記載する。 ・券面上に項目名がなく対応する値のみ記載がある場合は、対応する値が 示す情報を判別可能な項目名（ヘッダ）を記載する。 ・受給者証券面上で構造化された情報の場合は項目名を'.'で区切り記載 する。（例：指定医療機関名.病院.名称,指定医療機関名.病院.住 所） ※具体例は【1】ファイルレイアウト、【3】CSVサンプルシートを参照	項目が複数ある場合は、166列目以降に必要な項目 数の分だけ列を追加する。	・項目説明、備考を参考に設定する ・受給者証の裏面を含む ・自治体独自で上乗せ支給している場合 は、自己負担上限額,*****,金額 （月）の設定と同額を設定する ・機能・帳票要件や帳票詳細要件に従 い、受給者証に印字された内容と同様と するため、「氏名優先区分コード」を利用 し設定されている場合は、氏名は通称名 等を設定する、生年月日が不詳の場合 は、データ要件・連携要件の規定に従うこ ととなる

以上

PMH登録時の設定内容（療養介護医療・肢体不自由児通所医療：全件連携）

- 当資料は、「[PMH]0703 ファイル設計書 医療費助成対象者情報登録用ファイル Ver.3.0（令和 8 年 7 月15日）」を元に作成しています。
- 当資料は、PMHのファイル設計書を元に作成していますが、CSV形式又はJSON形式のAPI連携又はファイル出力における各連携項目に対する療養介護医療・肢体不自由児通所医療の設定内容として記載しています。
- 全件連携時は、送信時点又は将来有効な受給者証のデータ（有効期間が有効、かつ廃止されていないデータ）を設定する必要があります。
- 医療費助成対象者情報登録を利用する場合は、医療費助成対象者差分履歴情報登録を併用することはできません。
- なお、障害者福祉システム標準仕様書【第6.0版】に反映しているPMHのファイル設計書及びAPI設計書は令和 8 年 7 月15日の最新版ですが、実際にPMHへ連携する際はデジタル庁が公表している最新のPMH仕様書に対応する必要があります。

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	固定/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
1	機関別受給者証種別ID	○		50	string	可変	半角英数のみ	・自治体システムの中で受給者証の種類を一意に特定しているIDに相当するものを記載する。（エクセル等の管理のためシステム的なIDを持たない場合は、新たに採番する。） ・半角英数字(50)/可変長 （例）G123L 等		パラメタ等により、療養介護医療、肢体不自由児通所医療を自治体ごとに一意に特定できるIDを設定する
2	機関別受給者証ID ※v1.0にて削除	○		50	string	可変		自治体システム内で受給者証のデータ管理用IDを記載する。 ■バリデーション 半角英数のみ	・自治体システムの中で受給者証のデータを一意に特定するIDに相当するものを記載する。 ・同一の受給者証においても、現在有効なデータと未来有効となるデータの2種類を保持しているなど、受給者証としては1つだがデータ管理としては複数となるケースは、その分だけIDを付番する。	
3	個人番号（マイナンバー）	○		12	string	固定	半角数字のみ			個人番号（マイナンバー）を設定する
4	氏名	○		100	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づく「氏名漢字」を設定する（受給者証の券面で通称名等が印字された場合も同様）
5	氏名カナ	○		100	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づくフリガナを設定する
6	住所	○		500	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づく住所を設定する
7	生年月日	○		10	date	固定	YYYY-MM-DD	生年月日を記載する。生年月日不詳の場合"1900-01-01"を記載する。		個人番号（マイナンバー）と紐づく生年月日を左記の書式に従い設定する
8	性別	○		1	string	固定	●コード値 0:不明 1:男 2:女	性別を記載する。		一律、“0”を設定する
9	不開示フラグ	○		-	boolean	固定	true/false	・対象者の情報を不開示にするかを表す。 ・DVフラグ（支援措置区分）に代わるフラグで、より広い意味での活用を想定したフラグとする。 ・支援措置区分以外に不開示にする対象者を医療費助成システム上に管理していない場合、支援措置区分を連携してください（中間サーバの不開示フラグとの同期まで求めているものではありません）。 ●設定値 false:開示 true:不開示		項目説明を参考に設定する なお、当該項目を設定するために、機能ID：0221401 管理項目「不開示フラグ」を定めている
10	公費負担者番号	○		8	string	固定	半角数字のみ	受給者証の公費負担者番号を記載する。	・国公費の公費負担者番号に準拠して8桁としている。 ・採番されていない、もしくは8桁以外の番号を使用している場合は8桁として新たに採番する。 ※新たに採番する場合、公費負担者番号の採番ルールは国公費の公費負担者番号にならない、法別番号 2 桁、都道府県番号 2 桁、実施機関番号 3 桁、検証番号 1 桁、計 8 桁の算用数字を組み合わせたものとすることが考えられます。（下記URLも参照ください） https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/t_p0305-1az_0004.pdf https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001421607.pdf_P15	受給者証の券面の公費負担者番号を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
11	受給者証名	◎		100	string	可変		PMHに連携する制度に該当する受給者証の名称を記載する。 (PMHにデータを登録する医療費助成の名称 (●●受給者証) を記載する。)	・受給者証名称が無い場合は、受給者証が判別できる名称を記載する。 ・連携データの「受給者証名」は、マスタ登録のための申請書の「受給者証名」と一致する必要はない。	機関別受給者証種別IDに紐づく名称を設定する
12	公費受給者番号	△		30	string	可変	半角数字のみ	受給者証の受給者番号を記載する。	国が定めた医療費助成制度の受給者番号は7桁であるが、地方単独の医療費助成制度の受給者番号はその限りではないため、項目長を30とする。 紙の受給者証に記載している桁数に合わせて値を設定すること。 【例】システムでは"12345"で管理している場合でも、紙の受給者証には前0を補填して"0012345"として出力している場合 → 連携する値は"0012345"とする	受給者証の券面の公費受給者番号を設定する
13	区分			20	string	可変	ア、イ、ウ、エ、オ（全角カタカナ）またはⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ（ローマ数字大文字）	※本項目はR6年度以降に新規参画するベンダは入力不要とする。 ・令和5年度版における「区分」であり、本項目は令和5年度版のみに対応している自治体システムのみを対象とする。（将来的には廃止予定） ・医療費助成の各制度で定められた区分を記載する。 ・令和5年度では難病、小児慢性で利用されている値を記載する。		一律、空白を設定する
14	所得区分	△		2	string	可変	●コード値 1:該当なし、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 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 自治体独自のコード： 英字＋英字（例：AA, AB, ..., AZ） 英字＋数字（例：A0, A1, ..., A9）	・事前に制度マスタ（所得区分）に設定した自治体所得区分を記載する。 ・制度マスタ（所得区分）の仕様・設定方法等については、「[PMH]制度関連マスタ説明資料」を参照する。	・各自治体/自治体システムベンダーにマスタ情報を事前提出いただく。	管理項目「所得区分コード」に関して以下のとおりPMHの所得区分コード値に置き換えて設定する 3:低所得Ⅰ 4:低所得Ⅱ 5:生活保護 6:一般 ※ 一般Ⅰ、一般Ⅱは「6:一般」で設定する
15	追加条件	△		40	string	可変	追加条件項目コード(半角数字)と追加条件コード(半角数字)を"-"でつないだ文字列を";"区切りで記載	・所得区分以外で、医療機関等職員による医療費助成の負担金計算等に必要各制度で定められた各種区分の情報。具体的には、以下の条件に該当する情報を記載する。 ・券面記載項目のうち、個人に紐づく情報 ・負担割合や負担額などの条件が変わる情報 ・他のレセコン転記項目、主保険の情報で判定ができないもの ・制度マスタ（所得区分以外）の仕様・設定方法等については、「[PMH]制度関連マスタ説明資料」を参照する。	各自治体/自治体システムベンダーにマスタ情報を事前提出いただく。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
16	指定医療機関情報	△			- string	可変	数字のみ、または数字と"*"を含む10桁の文字列を","区切りで記載	・受給者証の指定医療機関の医療機関コードを記載する。 ・個人の受給者証に紐づいた指定医療機関が存在せず、制度で指定された医療機関があるだけの場合は、入力不要とする。 ・個別の医療機関を表す場合には、厚生労働省が発行している医療機関コード(10桁)を記載する。 ・受給者証に記載されている指定医療機関が「〇〇市全域」等の場合には、対象となる医療機関コードのうち共通部分をコード値、共通ではない部分を「* (半角アスタリスク)」で埋めたコードを設定する。(ex.「東京都千代田区全域」の場合は、13*01*****)		一律、空白を設定する
17	常に償還払い	◎		1	string	固定	●コード値 0:「常に償還払い」ではない(助成方法はその他条件によるため別途判断が必要) 1:「常に償還払い」である	・償還払いが常に発生するか否かを記載する。 ・償還払いが発生しない、もしくは助成方法についてその他条件等によるため別途判断が必要な場合は「0」を、その他条件に依らず、「常に償還払い」である場合は「1」を設定する。		一律、「0」を設定する
18	自己負担上限額.医科歯科入外合算.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科歯科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 - コード値の補足説明: 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。	・項番#19～#160の項目名構造は以下のように表現される。 自己負担上限額.<自己負担上限額種別>.<ラベル名> ・自己負担上限額種別は以下の13種別が存在する 医科歯科入外合算(令和7年度下期連携廃止予定) 医科歯科入院(令和7年度下期連携廃止予定) 医科歯科外来(令和7年度下期連携廃止予定) 薬局 医科入外合算 医科入院 医科外来 歯科入外合算 歯科入院 歯科外来 訪問看護 柔整 あはき	一律、空白を設定する
19	自己負担上限額.医科歯科入外合算.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科歯科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを記載する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
20	自己負担上限額.医科歯科入外合算.負担率(日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	- 例 ・負担率が10%の場合、「10」と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
21	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担率 (月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
22	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担率 (回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
23	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額 (日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
24	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
25	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
26	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
27	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
28	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 食事療養費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科歯科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		一律、空白を設定する
29	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 食事療養費自己負担上限額 (日)	△		8	integer	可変		・医科歯科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・それ以外の場合は、本項目は入力不要である。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
30	自己負担上限額.医科歯科入院.負担 定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限	・医科歯科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を 記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公 費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を 設定する。		一律、空白を設定する
31	自己負担上限額.医科歯科入院.初診 のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・医科歯科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対 象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定 したときは、2 回目（再診時）等の取り扱いに関する条 件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記 載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載 の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名 「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
32	自己負担上限額.医科歯科入院.負担 率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
33	自己負担上限額.医科歯科入院.負担 率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
34	自己負担上限額.医科歯科入院.負担 率（回）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1回あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
35	自己負担上限額.医科歯科入院.金額 （日）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの金額で定められ ている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額 (月)・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
36	自己負担上限額.医科歯科入院.金額 （月）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの金額で定められ ている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額 (月)・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
37	自己負担上限額.医科歯科入院.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
38	自己負担上限額.医科歯科入院.上限 回数（日）	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
39	自己負担上限額.医科歯科入院.上限 回数（月）	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
40	自己負担上限額.医科歯科入院.食事 療養費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり（半額） 3:患者負担あり（全額）	・医科歯科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		一律、空白を設定する
41	自己負担上限額.医科歯科入院.食事 療養費自己負担上限額（日）	△		8	integer	可変		・医科歯科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する
42	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限	・医科歯科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、空白を設定する
43	自己負担上限額.医科歯科外来.初診 のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されて いる場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・医科歯科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件あり」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
44	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
45	自己負担上限額.医科歯科外来.負担 率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
46	自己負担上限額.医科歯科外来.負担率(回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
47	自己負担上限額.医科歯科外来.金額(日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
48	自己負担上限額.医科歯科外来.金額(月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
49	自己負担上限額.医科歯科外来.金額(回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
50	自己負担上限額.医科歯科外来.上限回数(日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
51	自己負担上限額.医科歯科外来.上限回数(月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
52	自己負担上限額.薬局.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・薬局以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、療養介護医療については、運用において、次の対応も合わせて必要となります。 療養介護医療の場合は、医科・薬局・訪問看護のようにPMHで定める自己負担上限額種別をまたいだ合算となるため、PMH地単・国公費マスタの「自己負担上限額種別またぎの合算」項目(0又は1)に“1”を設定し、かつ「PMH特記事項」項目に合算の詳細(*)を設定する。 (*)「PMH特記事項」の記載例 薬局、医科入外合算、医科入院、医科外来、歯科入外合算、歯科入院、歯科外来、訪問看護、柔整、あはきをまたいで自己負担上限額が合算管理される。

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
53	自己負担上限額.薬局.初診のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・薬局の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
54	自己負担上限額.薬局.負担率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#55と同様の内容を設定する
55	自己負担上限額.薬局.負担率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
56	自己負担上限額.薬局.負担率（回）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#55と同様の内容を設定する
57	自己負担上限額.薬局.金額（日）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#58が“0”の場合は“0”を設定する
58	自己負担上限額.薬局.金額（月）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」）は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
59	自己負担上限額.薬局.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#58が“0”の場合は“0”を設定する
60	自己負担上限額.薬局.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
61	自己負担上限額.薬局.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
62	自己負担上限額.医科入外合算.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
63	自己負担上限額.医科入外合算.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
64	自己負担上限額.医科入外合算.負担率 (日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#65と同様の内容を設定する
65	自己負担上限額.医科入外合算.負担率 (月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
66	自己負担上限額.医科入外合算.負担率(回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#65と同様の内容を設定する
67	自己負担上限額.医科入外合算.金額(日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#68が“0”の場合は“0”を設定する
68	自己負担上限額.医科入外合算.金額(月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」(受給者証の「負担上限月額 療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」(療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養(生活療養)」)は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
69	自己負担上限額.医科入外合算.金額(回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#68が“0”の場合は“0”を設定する
70	自己負担上限額.医科入外合算.上限回数(日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
71	自己負担上限額.医科入外合算.上限回数(月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
72	自己負担上限額.医科入外合算.食事療養費患者負担	△		1	string	固定		●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。	療養介護医療は“1”又は“3”を設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・1:患者負担なし；管理項目「所得区分コード」が01.生活保護 ・3:患者負担あり(全額)；上記以外
73	自己負担上限額.医科入外合算.食事療養費自己負担上限額(日)	△		8	integer	可変		・医科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
74	自己負担上限額.医科入院.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
75	自己負担上限額.医科入院.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
76	自己負担上限額.医科入院.負担率(日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#77と同様の内容を設定する
77	自己負担上限額.医科入院.負担率(月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
78	自己負担上限額.医科入院.負担率(回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#77と同様の内容を設定する
79	自己負担上限額.医科入院.金額(日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#80が“0”の場合は“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
80	自己負担上限額.医科入院.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
81	自己負担上限額.医科入院.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#80が“0”の場合は“0”を設定する
82	自己負担上限額.医科入院.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
83	自己負担上限額.医科入院.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
84	自己負担上限額.医科入院.食事療養費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり（半額） 3:患者負担あり（全額）	・医科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		療養介護医療は“1”又は“3”を設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「所得区分コード」が01.生活保護 ・3:患者負担あり（全額）：上記以外
85	自己負担上限額.医科入院.食事療養費自己負担上限額（日）	△		8	integer	可変		・医科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する
86	自己負担上限額.医科外来.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、“1”を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
87	自己負担上限額.医科外来.初診のみ 適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・医科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、“0”を設定する
88	自己負担上限額.医科外来.負担率 (日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#89と同様の内容を設定する
89	自己負担上限額.医科外来.負担率 (月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	以下のとおり設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
90	自己負担上限額.医科外来.負担率 (回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#89と同様の内容を設定する
91	自己負担上限額.医科外来.金額 (日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#92が“0”の場合は“0”を設定する
92	自己負担上限額.医科外来.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	以下のとおり設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」又は「負担上限月額 肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）」）を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」）は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
93	自己負担上限額.医科外来.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#92が“0”の場合は“0”を設定する
94	自己負担上限額.医科外来.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
95	自己負担上限額.医科外来.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
96	自己負担上限額.歯科入外合算.負担 定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公 費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を 設定する。	・歯科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を 記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公 費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を 設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通 所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マス タの設定は、自己負担上限額.薬局と同 様
97	自己負担上限額.歯科入外合算.初診 のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・歯科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対 象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定 したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条 件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記 載の条件あり」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載 の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名 「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通 所医療は空白を設定する
98	自己負担上限額.歯科入外合算.負担 率(日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	#99と同様の内容を設定する
99	自己負担上限額.歯科入外合算.負担 率(月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの負担率で定めら れている場合は、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は 入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢 体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が 0の場合は空白、0以外の場合は“10”を 設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合 は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ 後の医療部分負担上限月額」が0の場合 は空白、0以外の場合は管理項目「PMH 連携用独自上乗せ後の医療部分負担 率」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
100	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率(回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#99と同様の内容を設定する
101	自己負担上限額.歯科入外合算.金額(日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#102が“0”の場合は“0”を設定する
102	自己負担上限額.歯科入外合算.金額(月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」(受給者証の「負担上限月額 療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」(療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養(生活療養)」)は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
103	自己負担上限額.歯科入外合算.金額(回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#102が“0”の場合は“0”を設定する
104	自己負担上限額.歯科入外合算.上限回数(日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
105	自己負担上限額.歯科入外合算.上限回数(月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
106	自己負担上限額.歯科入外合算.食事療養費患者負担	△		1	string	固定		●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・歯科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。	療養介護医療は“1”又は“3”を設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・1:患者負担なし；管理項目「所得区分コード」が01.生活保護 ・3:患者負担あり(全額)；上記以外
107	自己負担上限額.歯科入外合算.食事療養費自己負担上限額(日)	△		8	integer	可変		・歯科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
108	自己負担上限額.歯科入院.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・歯科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
109	自己負担上限額.歯科入院.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
110	自己負担上限額.歯科入院.負担率(日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#111と同様の内容を設定する
111	自己負担上限額.歯科入院.負担率(月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
112	自己負担上限額.歯科入院.負担率(回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#111と同様の内容を設定する
113	自己負担上限額.歯科入院.金額(日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#114が“0”の場合は“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
114	自己負担上限額.歯科入院.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
115	自己負担上限額.歯科入院.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#114が“0”の場合は“0”を設定する
116	自己負担上限額.歯科入院.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
117	自己負担上限額.歯科入院.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
118	自己負担上限額.歯科入院.食事療養 費患者負担	△		1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり（半額） 3:患者負担あり（全額）	・歯科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		療養介護医療は“1”又は“3”を設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「所得区分コード」が01.生活保護 ・3:患者負担あり（全額）：上記以外 一律、空白を設定する
119	自己負担上限額.歯科入院.食事療養 費自己負担上限額（日）	△		8	integer	可変		・歯科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		
120	自己負担上限額.歯科外来.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己 負担上限	・歯科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
121	自己負担上限額.歯科外来.初診のみ 適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2 回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
122	自己負担上限額.歯科外来.負担率 (日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	# 123と同様の内容を設定する
123	自己負担上限額.歯科外来.負担率 (月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
124	自己負担上限額.歯科外来.負担率 (回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	# 123と同様の内容を設定する
125	自己負担上限額.歯科外来.金額 (日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、# 126が“0”の場合は“0”を設定する
126	自己負担上限額.歯科外来.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」）は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
127	自己負担上限額.歯科外来.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#126が“0”の場合は“0”を設定する
128	自己負担上限額.歯科外来.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
129	自己負担上限額.歯科外来.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
130	自己負担上限額.訪問看護.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・訪問看護以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
131	自己負担上限額.訪問看護.初診のみ 適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・訪問看護の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
132	自己負担上限額.訪問看護.負担率 (日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#133と同様の内容を設定する
133	自己負担上限額.訪問看護.負担率 (月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
134	自己負担上限額.訪問看護.負担率 (回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	#133と同様の内容を設定する
135	自己負担上限額.訪問看護.金額 (日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#136が“0”の場合は“0”を設定する
136	自己負担上限額.訪問看護.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」 (受給者証の「負担上限月額 療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」(療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養(生活療養)」)は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
137	自己負担上限額.訪問看護.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#136が“0”の場合は“0”を設定する
138	自己負担上限額.訪問看護.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
139	自己負担上限額.訪問看護.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
140	自己負担上限額.柔整.負担定義	△		1	string	固定		●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
141	自己負担上限額, 柔整, 初診のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されて いる場合は必須、 それ以外は記 載不要	1	string	固定	●コード値 0: 考慮しない 1: 初診時における一部負担金のみ対象とする	・柔整の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1: 初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2 回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
142	自己負担上限額, 柔整, 負担率（日）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#143と同様の内容を設定する
143	自己負担上限額, 柔整, 負担率（月）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
144	自己負担上限額, 柔整, 負担率（回）	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#143と同様の内容を設定する
145	自己負担上限額, 柔整, 金額（日）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#146が“0”の場合は“0”を設定する
146	自己負担上限額, 柔整, 金額（月）	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
147	自己負担上限額.柔整.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#146が“0”の場合は“0”を設定する
148	自己負担上限額.柔整.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
149	自己負担上限額.柔整.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
150	自己負担上限額.あはき.負担定義	△		1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・あはき以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
151	自己負担上限額.あはき.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要	1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・あはきの自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
152	自己負担上限額.あはき.負担率 (日)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#153と同様の内容を設定する
153	自己負担上限額.あはき.負担率 (月)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
154	自己負担上限額.あはき.負担率 (回)	△		3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに 同一の値を設定すること。	#153と同様の内容を設定する
155	自己負担上限額.あはき.金額 (日)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#156が“0”の場合は“0”を設定する
156	自己負担上限額.あはき.金額 (月)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」 (受給者証の「負担上限月額 療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」(療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養(生活療養)」)は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
157	自己負担上限額.あはき.金額 (回)	△		8	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#156が“0”の場合は“0”を設定する
158	自己負担上限額.あはき.上限回数 (日)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
159	自己負担上限額.あはき.上限回数 (月)	△		2	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#163で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
160	有効期間開始日	◎		10	date	固定	YYYY-MM-DD	・受給者証の有効期間開始日を記載する。		受給者証の券面の適用期間開始日を設定する
161	有効期間終了日	◎		10	date	固定	YYYY-MM-DD	・受給者証の有効期間終了日を記載する。 ・終了日が存在しない場合“9999-12-31”を設定する。		受給者証の券面の適用期間終了日を設定する
162	失効日 ※v1.0にて削除	◎		10	date	固定	YYYY-MM-DD	・明示的に受給者証のデータを失効(削除)する際に記載する。 ・差分連携のみ設定する項目。全件連携では設定不要。 ・誤って失効日を設定した場合や、失効を取り消したい場合は空白で記載する。	・現在日付より以前の日付が設定されている場合は失効されたものと見做す。	

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
163	受給者証券面項目（複数）	◎		1000	string	可変		・受給者証券面に記載されたすべての項目を記載する。 ・券面上に項目名がなく対応する値のみ記載がある場合は、対応する値が示す情報を判別可能な項目名（ヘッダ）を記載する。 ・受給者証券面上で構造化された情報の場合は項目名を' 'で区切り記載する。（例：指定医療機関名,病院,名称,指定医療機関名,病院,住所） ※具体例は【1】ファイルレイアウト、【3】CSVサンプルシートを参照	項目が複数ある場合は、163列目以降に必要な項目数の分だけ列を追加する。	・項目説明、備考を参考に設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、自己負担上限額,*****,金額（月）の設定と同額を設定する ・機能・帳票要件や帳票詳細要件に従い、受給者証に印字された内容と同様とするため、「氏名優先区分コード」を利用し設定されている場合は、氏名は通称名等を設定する、生年月日が不詳の場合は、データ要件・連携要件の規定に従うこととなる

以上

PMH登録時の設定内容（療養介護医療・肢体不自由児通所医療：差分連携）

- 当資料は、「[PMH]0703 ファイル設計書 医療費助成対象者差分履歴情報登録用ファイル Ver.3.0（令和8年7月15日）」を元に作成しています。
- 当資料は、PMHのファイル設計書を元に作成していますが、CSV形式又はJSON形式のAPI連携又はファイル出力における各連携項目に対する療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容として記載しています。
- 差分連携時は、「[PMH]差分履歴連携仕様について v2.0」に従い、データを設定する必要があります。
- 医療費助成対象者差分履歴情報登録を利用する場合は、医療費助成対象者情報登録を併用することはできません。
- 医療費助成対象者差分履歴情報登録において、初回の全件登録をする際は、送信時点又は将来有効な受給者証のデータ（有効期間が有効、かつ廃止されていないデータ）を設定する必要があります。
- なお、障害者福祉システム標準仕様書【第6.0版】に反映しているPMHのファイル設計書及びAPI設計書は令和8年7月15日の最新版ですが、実際にPMHへ連携する際はデジタル庁が公表している最新のPMH仕様書に対応する必要があります。

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
1	機関別受給者証種別ID	◎		◎	50	string	可変	半角英数のみ	・自治体システムの中で受給者証の種類を一意に特定しているIDに相当するものを記載する。（エクセル等の管理のためシステム的なIDを持たない場合は、新たに採番する。） ・半角英数字(50)/可変長 (例) G123L 等		パラメタ等により、療養介護医療、肢体不自由児通所医療を自治体ごとに一意に特定できるIDを設定する
2	機関別受給者証ID ※v1.0にて削除	◎			50	string	可変		自治体システム内で受給者証のデータ管理用IDを記載する。 ■バリデーション 半角英数のみ	・自治体システムの中で受給者証のデータを一意に特定するIDに相当するものを記載する。 ・同一の受給者証においても、現在有効なデータと未来有効となるデータの2種類を保持しているなど、受給者証としては1つだがデータ管理としては複数となるケースは、その分だけIDを付番する。	
3	個人番号（マイナンバー）	◎		◎	12	string	固定	半角数字のみ			個人番号（マイナンバー）を設定する
4	氏名	◎			100	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づく「氏名漢字」を設定する（受給者証の券面で通称名等が印字された場合も同様）
5	氏名カナ	◎			100	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づくフリガナを設定する
6	住所	◎			500	string	可変				個人番号（マイナンバー）と紐づく住所を設定する
7	生年月日	◎			10	date	固定	YYYY-MM-DD	生年月日を記載する。生年月日不詳の場合“1900-01-01”を記載する。		個人番号（マイナンバー）と紐づく生年月日を左記の書式に従い設定する
8	性別	◎			1	string	固定	●コード値 0:不明 1:男 2:女	性別を記載する		一律、“0”を設定する
9	不開示フラグ	◎			-	boolean	固定	true/false	・対象者の情報を不開示にするかを表す。 ・DVフラグ（支援措置区分）に代わるフラグで、より広い意味での活用を想定したフラグとする。 ・支援措置区分以外に不開示にする対象者を医療費助成システム上に管理していない場合、支援措置区分を連携してください（中間サーバの不開示フラグとの同期まで求めているものではありません）。 ●設定値 false:開示 true:不開示		項目説明を参考に設定する なお、当該項目を設定するために、機能ID：0221401 管理項目「不開示フラグ」を定めている
10	公費負担者番号	◎			8	string	固定	半角数字のみ	受給者証の公費負担者番号を記載する。	・国公費の公費負担者番号に準拠して8桁としている。 ・採番されていない、もしくは8桁以外の番号を使用している場合は8桁として新たに採番する。 ※新たに採番する場合、公費負担者番号の採番ルールは国公費の公費負担者番号にならい、法別番号 2 桁、都道府県番号 2 桁、実施機関番号 3 桁、検証番号 1 桁、計 8 桁の算用数字を組み合わせたものとすることが考えられます。（下記URLも参照ください） https://www.mhlw.go.jp/topics/2008/03/dl/tp0305-1az_0004.pdf https://www.mhlw.go.jp/content/10906000/001421607.pdf_P15	受給者証の券面の公費負担者番号を設定する
11	受給者証名	◎			100	string	可変		受給者証の名称を記載する。	・受給者証名称が無い場合は、受給者証が判別できる名称を記載する。 ・連携データの「受給者証名」は、マスタ登録のための申請書の「受給者証名」と一致する必要はない。	機関別受給者証種別IDに紐づく名称を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
12	公費受給者番号	△		☆	30	string	可変	半角数字のみ	受給者証の受給者番号を記載する。	国が定めた医療費助成制度の受給者番号は7桁であるが、地方単独の医療費助成制度の受給者番号はその限りではないため、項目長を30とする。 紙の受給者証に記載している桁数に合わせて値を設定すること。 【例】システムでは"12345"で管理している場合でも、紙の受給者証には前 0 を補填して"0012345"として出力している場合 → 連携する値は"0012345"とする	受給者証の券面の公費受給者番号を設定する
13	受給者証サブキー	→	履歴一式が同じ有効証が複数存在する場合は必須	☆	30	string	可変	半角英数字および半角記号 使用可能は半角記号は以下の通り。 !"%&'()*+,-./:;<=>?_	全国地方公共団体コード、機関別受給者証種別ID、マイナンバー、公費受給者番号までのキー(履歴一式)が同じ有効証が複数存在する場合に設定する。	詳細は『【PMH】差分履歴連携仕様について』を参照する	デジタル庁が公表している『【PMH】差分履歴連携仕様について』に従い設定する なお、初回の全件登録時においても設定する
14	区分				20	string	可変	ア、イ、ウ、エ、オ(全角カタカナ)またはⅠ、Ⅱ、Ⅲ、Ⅳ、Ⅴ、Ⅵ(ローマ数字大文字)	※本項目はR6年度以降に新規参画するベンダは入力不要とする。 ・令和5年度版における「区分」であり、本項目は令和5年度版のみに対応している自治体システムのみを対象とする。(将来的には廃止予定) ・医療費助成の各制度で定められた区分を記載する。 ・令和5年度では難病、小児慢性で利用されている値を記載する。		一律、空白を設定する
15	所得区分	△			2	string	可変	●コード値 1:該当なし、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 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 自治体独自のコード: 英字+英字(例: AA, AB, ..., AZ) 英数字+数字(例: A0, A1, ..., A9)	・事前に制度マスタ(所得区分)に設定した自治体所得区分を記載する。 ・制度マスタ(所得区分)の仕様・設定方法等については、『【PMH】制度関連マスタ説明資料』を参照する。	・各自治体/自治体システムベンダーにマスタ情報を事前提出いただく。	管理項目「所得区分コード」に関して以下のとおりPMHの所得区分コード値に置き換えて設定する 3:低所得Ⅰ 4:低所得Ⅱ 5:生活保護 6:一般 ※一般Ⅰ、一般Ⅱは「6:一般」で設定する
16	追加条件	△			40	string	可変	追加条件項目コード(半角数字)と追加条件コード(半角数字)を"-"でつないだ文字列を";"区切りで記載	・所得区分以外で、医療機関等職員による医療費助成の負担金計算等に必要な各制度で定められた各種区分の情報。具体的には、以下の条件に該当する情報を記載する。 ・券面記載項目のうち、個人に紐づく情報 ・負担割合や負担額などの条件が変わる情報 ・他のレセコン転記項目、主保険の情報で判定ができないもの ・制度マスタ(所得区分以外)の仕様・設定方法等については、『【PMH】制度関連マスタ説明資料』を参照する。	各自治体/自治体システムベンダーにマスタ情報を事前提出いただく。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医 療設定内容
17	指定医療機関情報	△			-	string	可変	数字のみ、または数字と"*"を含む10桁 の文字列を";"区切りで記載	・受給者証の指定医療機関の医療機関コードを記載する。 ・個人の受給者証に紐づいた指定医療機関が存在せず、制度で指定された 医療機関があるだけの場合は、入力不要とする。 ・個別の医療機関を表す場合には、厚生労働省が発行している医療機関 コード(10桁)を記載する。 ・受給者証に記載されている指定医療機関が「〇〇市全域」等の場合に は、対象となる医療機関コードのうち共通部分をコード値、共通ではない部 分を「* (半角アスタリスク)」で埋めたコードを設定する。(ex.「東京都千 代田区全域」の場合は、13*01*****)		一律、空白を設定する
18	常に償還払い	◎			1	string	固定	●コード値 0:「常に償還払い」ではない(助成方 法はその他条件によるため別途判断が 必要) 1:「常に償還払い」である	・償還払いが常に発生するか否かを記載する。 ・償還払いが発生しない、もしくは助成方法についてその他条件等によるため 別途判断が必要な場合は「0」を、その他条件に依らず、「常に償還払い」で ある場合は「1」を設定する。		一律、「0」を設定する
19	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自 己負担上限	・医科歯科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの 値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公 費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限 を設定する。	・項番#19～#160の項目名構造は以下のように表現 される。 自己負担上限額.<自己負担上限額種別>.<ラベル 名> ・自己負担上限額種別は以下の13種別が存在する 医科歯科入外合算(令和7年度下期連携廃止予 定) 医科歯科入院(令和7年度下期連携廃止予定) 医科歯科外来(令和7年度下期連携廃止予定) 薬局 医科入外合算 医科入院 医科外来 歯科入外合算 歯科入院 歯科外来 訪問看護 柔整 あはき	一律、空白を設定する
20	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 初診のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されて いる場合は必 須、それ以外は 記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・医科歯科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみ が対象となるかを記載する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定 したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する 条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未 記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未 記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目 名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
21	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの負担率で 定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、「10」と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全て に同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
22	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの負担率で 定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、「10」と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全て に同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医 療設定内容
23	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 負担率 (回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 (日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全て に同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
24	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額 (日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
25	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
26	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額 (月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
27	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1日あたりの適用の上 限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
28	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 上限回数 (月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入外合算かつ1月あたりの適用の上 限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
29	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 食事療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科歯科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいず れかの値を記載する。		一律、空白を設定する
30	自己負担上限額.医科歯科入外合算. 食事療養費自己負担上限額 (日)	△			8	integer	可変		・医科歯科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が 金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・それ以外の場合は、本項目は入力不要である。		一律、空白を設定する
31	自己負担上限額.医科歯科入院.負担 定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自 己負担上限	・医科歯科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を 記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公 費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限 を設定する。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
32	自己負担上限額.医科歯科入院.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科歯科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
33	自己負担上限額.医科歯科入院.負担率（日）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
34	自己負担上限額.医科歯科入院.負担率（月）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
35	自己負担上限額.医科歯科入院.負担率（回）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
36	自己負担上限額.医科歯科入院.金額（日）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
37	自己負担上限額.医科歯科入院.金額（月）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
38	自己負担上限額.医科歯科入院.金額（回）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
39	自己負担上限額.医科歯科入院.上限回数（日）	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
40	自己負担上限額.医科歯科入院.上限回数（月）	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医 療設定内容
41	自己負担上限額.医科歯科入院.食事療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科歯科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		一律、空白を設定する
42	自己負担上限額.医科歯科入院.食事療養費自己負担上限額(日)	△			8	integer	可変		・医科歯科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。		一律、空白を設定する
43	自己負担上限額.医科歯科外来.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科歯科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明: 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、空白を設定する
44	自己負担上限額.医科歯科外来.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科歯科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、空白を設定する
45	自己負担上限額.医科歯科外来.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
46	自己負担上限額.医科歯科外来.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
47	自己負担上限額.医科歯科外来.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	一律、空白を設定する
48	自己負担上限額.医科歯科外来.金額(日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
49	自己負担上限額.医科歯科外来.金額(月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医 療設定内容
50	自己負担上限額.医科歯科外来.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1回あたりの金額で定めら れている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額 （月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	一律、空白を設定する
51	自己負担上限額.医科歯科外来.上限 回数（日）	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1日あたりの適用の上限回 数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
52	自己負担上限額.医科歯科外来.上限 回数（月）	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科歯科外来かつ1月あたりの適用の上限回 数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
53	自己負担上限額.薬局.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自 己負担上限	・薬局以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公 費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限 を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通 所医療は空白を設定する なお、療養介護医療については、運用に おいて、次の対応も合わせて必要となりま す。 療養介護医療の場合は、医科・薬局・訪 問看護のようにPMHで定める自己負担 上限額種別をまたいだ合算となるため、 PMH地単・国公費マスタの「自己負担上 限額種別またぎの合算」項目（0又は 1）に“1”を設定し、かつ「PMH特記事 項」項目に合算の詳細（*）を設定する。 （*）「PMH特記事項」の記載例 薬局、医科入外合算、医科入院、医科 外来、歯科入外合算、歯科入院、歯科 外来、訪問看護、柔整、あはきをまたいで 自己負担上限額が合算管理される。
54	自己負担上限額.薬局.初診のみ適用	→	対応する自己 負担上限額種 別の負担定義 が記載されてい る場合は必 須、それ以外は 記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象 とする	・薬局の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるか を定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定 したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する 条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未 記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未 記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目 名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通 所医療は空白を設定する
55	自己負担上限額.薬局.負担率（日）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの負担率で定められている場 合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目 は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率 （日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全て に同一の値を設定すること。	#56と同様の内容を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
56	自己負担上限額.薬局.負担率(月)	△			3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位: %)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
57	自己負担上限額.薬局.負担率(回)	△			3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位: %)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#56と同様の内容を設定する
58	自己負担上限額.薬局.金額(日)	△			8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位: 円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#59が“0”の場合は“0”を設定する
59	自己負担上限額.薬局.金額(月)	△			8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位: 円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」(受給者証の「負担上限月額 療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」(療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養(生活療養)」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
60	自己負担上限額.薬局.金額(回)	△			8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位: 円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#59が“0”の場合は“0”を設定する
61	自己負担上限額.薬局.上限回数(日)	△			2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
62	自己負担上限額.薬局.上限回数(月)	△			2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が薬局かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
63	自己負担上限額.医科入外合算.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
64	自己負担上限額.医科入外合算.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2 回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
65	自己負担上限額.医科入外合算.負担率（日）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#66と同様の内容を設定する
66	自己負担上限額.医科入外合算.負担率（月）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
67	自己負担上限額.医科入外合算.負担率（回）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#66と同様の内容を設定する
68	自己負担上限額.医科入外合算.金額（日）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#69が“0”の場合は“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
69	自己負担上限額.医科入外合算.金額(月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
70	自己負担上限額.医科入外合算.金額(回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#69が“0”の場合は“0”を設定する
71	自己負担上限額.医科入外合算.上限回数(日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
72	自己負担上限額.医科入外合算.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
73	自己負担上限額.医科入外合算.食事療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり（半額） 3:患者負担あり（全額）	・医科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		療養介護医療は“1”又は“3”を設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「所得区分コード」が01.生活保護 ・3:患者負担あり（全額）：上記以外
74	自己負担上限額.医科入外合算.食事療養費自己負担上限額(日)	△			8	integer	可変		・医科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		一律、空白を設定する
75	自己負担上限額.医科入院.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
76	自己負担上限額.医科入院.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
77	自己負担上限額.医科入院.負担率 (日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#78と同様の内容を設定する
78	自己負担上限額.医科入院.負担率 (月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
79	自己負担上限額.医科入院.負担率 (回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#78と同様の内容を設定する
80	自己負担上限額.医科入院.金額 (日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#81が“0”の場合は“0”を設定する
81	自己負担上限額.医科入院.金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」(受給者証の「負担上限月額 療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」(療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養(生活療養)」)は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
82	自己負担上限額.医科入院.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#81が“0”の場合は“0”を設定する
83	自己負担上限額.医科入院.上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
84	自己負担上限額.医科入院.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
85	自己負担上限額.医科入院.食事療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・医科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		療養介護医療は"1"又は"3"を設定し、 肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・1:患者負担なし:管理項目「所得区分コード」が01.生活保護 ・3:患者負担あり(全額):上記以外 一律、空白を設定する
86	自己負担上限額.医科入院.食事療養費自己負担上限額(円)	△			8	integer	可変		・医科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。		
87	自己負担上限額.医科外来.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・医科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明: 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		一律、「1」を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
88	自己負担上限額.医科外来.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・医科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	一律、「0」を設定する
89	自己負担上限額.医科外来.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、「10」と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#90と同様の内容を設定する
90	自己負担上限額.医科外来.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、「10」と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	以下のとおり設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は「10」を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
91	自己負担上限額.医科外来.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、「10」と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#90と同様の内容を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医 療設定内容
92	自己負担上限額.医科外来.金額 (日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#93が“0”の場合は“0”を設定する
93	自己負担上限額.医科外来.金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	以下のとおり設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」又は「負担上限月額 肢体不自由児通所医療（食事療養を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
94	自己負担上限額.医科外来.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#93が“0”の場合は“0”を設定する
95	自己負担上限額.医科外来.上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
96	自己負担上限額.医科外来.上限回数 (月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が医科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
97	自己負担上限額.歯科入外合算.負担 定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・歯科入外合算以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
98	自己負担上限額.歯科入外合算.初診 のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科入外合算の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
99	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率(日)	△			3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#100と同様の内容を設定する
100	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率(月)	△			3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は"10"を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
101	自己負担上限額.歯科入外合算.負担率(回)	△			3	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位：％)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#100と同様の内容を設定する
102	自己負担上限額.歯科入外合算.金額(日)	△			8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#103が"0"の場合は"0"を設定する
103	自己負担上限額.歯科入外合算.金額(月)	△			8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」(受給者証の「負担上限月額 療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」(療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養(生活療養)」)は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
104	自己負担上限額.歯科入外合算.金額(回)	△			8	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#103が"0"の場合は"0"を設定する
105	自己負担上限額.歯科入外合算.上限回数(日)	△			2	integer	可変		- 自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 - 制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 - 制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
106	自己負担上限額.歯科入外合算.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入外合算かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
107	自己負担上限額.歯科入外合算.食事療養費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり(半額) 3:患者負担あり(全額)	・歯科入外合算の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		療養介護医療は"1"又は"3"を設定し、 肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・1:患者負担なし:管理項目「所得区分コード」が01.生活保護 ・3:患者負担あり(全額):上記以外 一律、空白を設定する
108	自己負担上限額.歯科入外合算.食事療養費自己負担上限額(日)	△			8	integer	可変		・歯科入外合算の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位:円)を記載する。		
109	自己負担上限額.歯科入院.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・歯科入院以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明: 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費(国公費、都道府県公費等)が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は"1"、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
110	自己負担上限額.歯科入院.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科入院の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目(再診時)等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は"0"、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
111	自己負担上限額.歯科入院.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#112と同様の内容を設定する
112	自己負担上限額.歯科入院.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、 肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は"10"を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
113	自己負担上限額.歯科入院.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位:%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、"10"と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#112と同様の内容を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
114	自己負担上限額.歯科入院.金額 (日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#115が“0”の場合は“0”を設定する
115	自己負担上限額.歯科入院.金額 (月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
116	自己負担上限額.歯科入院.金額 (回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#115が“0”の場合は“0”を設定する
117	自己負担上限額.歯科入院.上限回数 (日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
118	自己負担上限額.歯科入院.上限回数 (月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科入院かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
119	自己負担上限額.歯科入院.食事療養 費患者負担	△			1	string	固定	●コード値 1:患者負担なし 2:患者負担あり（半額） 3:患者負担あり（全額）	・歯科入院の食事療養費に対する負担について、コード値のいずれかの値を記載する。		療養介護医療は“1”又は“3”を設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・1:患者負担なし：管理項目「所得区分コード」が01.生活保護 ・3:患者負担あり（全額）：上記以外 一律、空白を設定する
120	自己負担上限額.歯科入院.食事療養 費自己負担上限額（日）	△			8	integer	可変		・歯科入院の食事療養費について1日あたりの自己負担上限額が金額で定められている場合は、金額(単位：円)を記載する。		
121	自己負担上限額.歯科外来.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・歯科外来以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
122	自己負担上限額.歯科外来.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・歯科外来の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2 回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
123	自己負担上限額.歯科外来.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#124と同様の内容を設定する
124	自己負担上限額.歯科外来.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
125	自己負担上限額.歯科外来.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1回あたりの負担率で定められている場合は、負担率(単位: %)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#124と同様の内容を設定する
126	自己負担上限額.歯科外来.金額(日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#127が“0”の場合は“0”を設定する
127	自己負担上限額.歯科外来.金額(月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」(受給者証の「負担上限月額 療養介護医療(食事療養(生活療養)を除く)」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」(療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養(生活療養)」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
128	自己負担上限額.歯科外来.金額(回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1回あたりの金額で定められている場合は、金額(単位: 円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、# 166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし(無料)の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#127が“0”の場合は“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
129	自己負担上限額.歯科外来.上限回数(日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
130	自己負担上限額.歯科外来.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が歯科外来かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
131	自己負担上限額.訪問看護.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・訪問看護以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
132	自己負担上限額.訪問看護.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・訪問看護の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
133	自己負担上限額.訪問看護.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#134と同様の内容を設定する
134	自己負担上限額.訪問看護.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
135	自己負担上限額.訪問看護.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10％の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#134と同様の内容を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
136	自己負担上限額.訪問看護.金額(日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#137が“0”の場合は“0”を設定する
137	自己負担上限額.訪問看護.金額(月)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
138	自己負担上限額.訪問看護.金額(回)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#137が“0”の場合は“0”を設定する
139	自己負担上限額.訪問看護.上限回数(日)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
140	自己負担上限額.訪問看護.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が訪問看護かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
141	自己負担上限額.柔整.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・柔整以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
142	自己負担上限額.柔整.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・柔整の自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1: 自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療 設定内容
143	自己負担上限額.柔整.負担率（日）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#144と同様の内容を設定する
144	自己負担上限額.柔整.負担率（月）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
145	自己負担上限額.柔整.負担率（回）	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：％)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率（日）・負担率（月）・負担率（回）の3項目全てに同一の値を設定すること。	#144と同様の内容を設定する
146	自己負担上限額.柔整.金額（日）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#147が“0”の場合は“0”を設定する
147	自己負担上限額.柔整.金額（月）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
148	自己負担上限額.柔整.金額（回）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#147が“0”の場合は“0”を設定する
149	自己負担上限額.柔整.上限回数（日）	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の場合における条件	削除フラグの値がtrueの場合に必須	桁数(文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医療設定内容
150	自己負担上限額.柔整.上限回数(月)	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件が柔整かつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
151	自己負担上限額.あはき.負担定義	△			1	string	固定	●コード値 1:総医療費に対する自己負担上限 2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限	・あはき以下に記載する負担率について、コード値のいずれかの値を記載する。 コード値の補足説明： 「1:総医療費に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費に対して、自己負担上限に関する情報を設定する。 「2:医療保険の一部負担金に対する自己負担上限」とは 助成対象の総医療費のうち、医療保険の負担額、及び上位公費（国公費、都道府県公費等）が負担する額を除いた残額に対して自己負担上限を設定する。		療養介護医療は“1”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する なお、運用におけるPMH地単・国公費マスタの設定は、自己負担上限額.薬局と同様
152	自己負担上限額.あはき.初診のみ適用	→	対応する自己負担上限額種別の負担定義が記載されている場合は必須、それ以外は記載不要		1	string	固定	●コード値 0:考慮しない 1:初診時における一部負担金のみ対象とする	・あはきの自己負担上限額について初診時の一部負担金のみが対象となるかを定義する。	「1:初診時における一部負担金のみ対象とする」を指定したときは、2回目（再診時）等の取り扱いに関する条件等がある場合には、「自己負担上限額に関する未記載の条件」項目に「1:自己負担上限額に関して未記載の条件あり」を設定し、受給者証券面項目の項目名「PMH特記事項」として記載する。	療養介護医療は“0”、肢体不自由児通所医療は空白を設定する
153	自己負担上限額.あはき.負担率(日)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#154と同様の内容を設定する
154	自己負担上限額.あはき.負担率(月)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は“10”を設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」が0の場合は空白、0以外の場合は管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担率」を設定する
155	自己負担上限額.あはき.負担率(回)	△			3	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1回あたりの負担率で定められている場合、負担率(単位：%)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	例 ・負担率が10%の場合、“10”と記載する ・負担率が1/3のような分数の場合、入力不要とする ※負担率は日・月・回で異なることがないため、負担率(日)・負担率(月)・負担率(回)の3項目全てに同一の値を設定すること。	#154と同様の内容を設定する
156	自己負担上限額.あはき.金額(日)	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額(日)・金額(月)・金額(回)の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#157が“0”の場合は“0”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医 療設定内容
157	自己負担上限額.あはき.金額（月）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	療養介護医療は以下のとおり設定し、肢体不自由児通所医療は空白を設定する ・管理項目「医療部分負担上限月額」（受給者証の「負担上限月額 療養介護医療（食事療養（生活療養）を除く）」を設定する ※ 管理項目「食費負担限度額」（療養介護医療受給者証の「負担上限月額 食事療養（生活療養）」は設定しない ・自治体独自で上乗せ支給している場合は、管理項目「PMH連携用独自上乗せ後の医療部分負担上限月額」を設定する
158	自己負担上限額.あはき.金額（回）	△			8	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1回あたりの金額で定められている場合、金額(単位：円)を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。	自己負担なし（無料）の場合は、金額（日）・金額（月）・金額（回）の3項目を0円で設定する。	原則、空白を設定するが、#157が“0”の場合は“0”を設定する
159	自己負担上限額.あはき.上限回数（日）	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1日あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
160	自己負担上限額.あはき.上限回数（月）	△			2	integer	可変		・自己負担上限額の条件があはきかつ1月あたりの適用の上限回数が指定されている場合はその回数を記載する。 ・制度上の規定を本仕様書の桁数・データ型で表現できない場合、本項目は入力不要として、#166で定義する受給者証券面項目の中で記載する。 ・制度上規定がない場合は本項目は入力不要とする。		一律、空白を設定する
161	有効期間開始日	○			10	date	固定	YYYY-MM-DD	・受給者証の有効期間開始日を記載する。		受給者証の券面の適用期間開始日を設定する
162	有効期間終了日	○			10	date	固定	YYYY-MM-DD	・受給者証の有効期間終了日を記載する。 ・終了日が存在しない場合“9999-12-31”を設定する。		受給者証の券面の適用期間終了日を設定する
163	履歴キー	○		○	20	string	可変	半角英数	・履歴の新旧を判別するために自治体システムが付番する重複不可の番号を指す。 ・履歴キーは辞書順(Unicodeコードポイント順)で、より大きな値が新しい履歴を指す。	詳細は『【PMH】差分履歴連携仕様について』を参照する	デジタル庁が公表している「【PMH】差分履歴連携仕様について」に従い設定する なお、初回の全件登録時においても設定する
164	失効日 ※v1.0にて削除	○			10	date	固定	YYYY-MM-DD	・明示的に受給者証のデータを失効(削除)する際に記載する。 ・差分連携のみ設定する項目。全件連携では設定不要。 ・誤って失効日を設定した場合や、失効を取り消したい場合は空白で記載する。	・現在日付より以前の日付が設定されている場合は失効されたものと見做す。	
165	削除フラグ	○		○	-	boolean	固定	true/false	・受給者証の情報を削除する際は“true”を設定する。 ・削除済みの受給者証の情報を有効状態に切り戻したい場合は、“false”を設定する。	詳細は『【PMH】差分履歴連携仕様について』を参照する	デジタル庁が公表している「【PMH】差分履歴連携仕様について」に従い設定する なお、初回の全件登録時には“false”を設定する

#	項目名(ヘッダ)	必須	必須列(→)の 場合における条 件	削除フラグの値 がtrueの場合 に必須	桁数 (文字数)	データ型	定長/可変	書式	項目説明	備考	療養介護医療・肢体不自由児通所医 療設定内容
166	受給者証券面項目（複数）	◎			1000	string	可変		・受給者証券面に記載されたすべての項目を記載する。 ・券面上に項目名がなく対応する値のみ記載がある場合は、対応する値が 示す情報を判別可能な項目名（ヘッダ）を記載する。 ・受給者証券面上で構造化された情報の場合は項目名を'.'で区切り記載 する。（例：指定医療機関名.病院.名称,指定医療機関名.病院.住 所） ※具体例は【1】ファイルレイアウト、【3】CSVサンプルシートを参照	項目が複数ある場合は、166列目以降に必要な項目 数の分だけ列を追加する。	・項目説明、備考を参考に設定する ・自治体独自で上乗せ支給している場合 は、自己負担上限額,****,金額 （月）の設定と同額を設定する ・機能・帳票要件や帳票詳細要件に従 い、受給者証に印字された内容と同様と するため、「氏名優先区分コード」を利用 し設定されている場合は、氏名は通称名 等を設定する、生年月日が不詳の場合 は、データ要件・連携要件の規定に従うこ ととなる

以上