No.	項目名(親)	要素名(親)	項目名(子)	要素名(子)	最大文字数	型	必須	コード値	補足事項
1	患者情報	patientInformation	保険者番号	insurerNumber	20	全角・半角文字	−	−	
2			被保険者記号	insuredSymbol	20	全角・半角文字	−	−	
3			被保険者番号	insuredNumber	42	全角・半角文字	−	−	
4			被保険者個人単位枝番	insuredBranchNumber	2	半角数字	−	−	
5			資格取得年月日	qualificationAcquisitionDate	8	半角数字	−	−	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
6			姓(フリガナ)	lastnameFurigana	30	全角カタカナ	○	−	
7			名(フリガナ)	firstnameFurigana	30	全角カタカナ	○	−	
8			姓	lastname	30	全角・半角文字	○	−	
9			名	firstname	30	全角・半角文字	○	−	
10			以前の登録氏名 姓(フリガナ)	previousLastnameFurigana	30	全角カタカナ	−	−	
11			以前の登録氏名 名(フリガナ)	previousFirstnameFurigana	30	全角カタカナ	−	−	
12			以前の登録氏名 姓	previousLastname	30	全角・半角文字	−	−	
13			以前の登録氏名 名	previousFirstname	30	全角・半角文字	−	−	
14			郵便番号	postalCode	7	半角数字	○	−	ハイフン(−)不要。(9999999形式) 例:東京都千代田区の場合、「1000000」
15			都道府県	prefecture	4	全角文字	○	−	「都・道・府・県」を含んだ名称で記載。 海外の場合、「海外」と記載。 例:「北海道」、「東京都」、「海外」
16			市区町村	city	20	全角・半角文字	○	−	出生地 都道府県にて「海外」を指定する場合、国名を記載。
17			丁目番地等	townNameAndAddress	200	全角・半角文字	−	−	
18			生年月日	birthdate	8	半角数字	○	−	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
19			性別	gender	1	半角数字	○	1〜2	1:男性 2:女性
20			出生地 都道府県	birthPrefecture	4	全角文字	−	−	「都・道・府・県」を含んだ名称で記載。 海外の場合、「海外」と記載。 例:「北海道」、「東京都」、「海外」
21			出生地 市区町村	birthCity	20	全角・半角文字	−		出生地 都道府県にて「海外」を指定する場合、国名を記載。
22	基本情報	basicInformation	家族歴	familyMedicalExperience	1	半角数字	−	1〜3	1:1.あり 2:2.なし 3:3.不明
23			続柄	othersOfAffectedPersonRelationship	50	全角・半角文字	−	−	
24			発症時期	onsetDate	6	半角数字	−	−	年月で記載。(yyyyMM形式)
25			身体障害者手帳	handicappedPersonsNotebook	1	半角数字	−	1〜2	1:1.なし 2:2.あり
26			等級(身体障害者手帳)	gradeOfHandicappedPersonsNotebook	1	半角数字	−	1〜6	1:1級 2:2級 3:3級 4:4級 5:5級 6:6級
27			療育手帳	medicalTreatmentNotebook	1	半角数字	−	1〜2	1:1.なし 2:2.あり
28			精神障害者保健福祉手帳(障害者手帳)	disabilityCertificate	1	半角数字	−	1〜2	1:1.なし 2:2.あり
29			等級(障害者手帳)	gradeOfDisabilityCertificate	1	半角数字	−	1〜3	1:1級 2:2級 3:3級
30			人工呼吸器等装着者認定基準に該当	criteriaForCertificationOfWearersSuchAsRespirators	1	半角数字	○	1〜3	1:1.する 2:2.しない 3:3.不明
31	指定医・医療機関情報	designatedDoctorAndMedicalInstitutionInformation	医療機関名	medicalInstitutionName	50	全角・半角文字	○	−	
32			医療機関所在地	medicalInstitutionAddress	300	全角・半角文字	○	−	
33			電話番号	phoneNumber	14	半角数字・ 半角記号	○	−	ハイフン(−)必要。 例:999−999−9999
34			医師の氏名	designatedDoctorName	61	全角・半角文字	○	−	氏名(姓)+ 半角スペース + 氏名(名)
35			指定医番号	designatedDoctorNumber	20	半角英数字	○	−	
36			記載年月日	descriptedDate	8	半角数字	○	−	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
37			診断年月日	diagnosisDate	8	半角数字	−	−	年月日で記載。(yyyyMMdd形式)
38	その他	others	申請種別	applicationType	1	半角数字	○	1〜2	1:新規 2:更新
39			添付資料	attachment	1	半角数字	○	1〜2	1:あり 2:なし
40			告示番号	notificationNumber	11	半角数字	○	−	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 例:97.潰瘍性大腸炎 <notificationNumber>97</notificationNumber>
41			告示番号枝番	notificationBranchNumber	2	半角数字	○	−	この項目は該当疾病の値をXMLスキーマ定義ファイルに埋め込んでいます。 データ作成の際は、該当疾病の値をそのまま指定してください。 枝番が存在しない場合、値は設定しないでください。 例:19−1.ライソゾーム病(ゴーシェ病) <notificationBranchNumber>1</notificationBranchNumber> 例2:97.潰瘍性大腸炎 <notificationBranchNumber></notificationBranchNumber> もしくは <notificationBranchNumber/>
42			バージョン	version	7	半角数字・ 半角記号	○	−	難病のマスタのバージョンを指定。(9.9.9形式) 例:2.1.0
43	行政記載欄	administrativeEntryColumn	受給者番号	recipientNumber	7	半角数字	−	−	医療機関では未利用のため指定不要。
44			認定結果	certificationResult	1	半角数字	−	1〜2	医療機関では未利用のため指定不要。 1:認定 2:不認定