

別紙2 主要データ一覧

1 指定難病（特定疾患/先天性血液凝固因子障害にかかる業務を含む）

カテゴリー	項目名（主たる項目）
基本情報	申請・届種類
	管轄
	受理年月日
	受付番号
認定情報	受給者番号
	支給を開始することが適当と考えられる年月日
	認定開始日
	認定終了日
	審査年月日
	審査会結果決裁日
	保険者照会日
	保険者照会結果受付日
	交付年月日
	保健所送付日
	県外転入有無
	県外転入日
	変更年月日
	変更理由
	再交付申請日
	再交付理由
	転帰年月日
	転帰理由
受給者情報	疾患名
	疾患分類
	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	性別
	生年月日
	年齢
	郵便番号
	住所1
	住所2
	電話番号1
	電話番号2
	社会活動
	日常生活
	送付先区分
	個人番号
	アクセスキー
	備考
登録者証情報	登録者証申請
	登録者証の紙交付の要否
	登録者証の有効期間開始日
医療保険情報	被保険者氏名（カナ）
	被保険者氏名（漢字）
	保険種別
	保険者番号
	保険者名
	記号・番号
	被保険者との続柄
	適用区分

カテゴリ	項目名（主たる項目）
自己負担限度額情報	階層区分（自動計算されること）
	高額かつ長期区分
	自己負担限度額
	有効期間開始日
	有効期間終了日
	所得証明書類
	添付書類
	同一世帯按分の有無
世帯情報	世帯員氏名（カナ）
	世帯員氏名（漢字）
	世帯員続柄
	世帯員生年月日
	按分対象者受給者番号
	按分対象者自己負担基本額
	世帯員個人番号
申請者情報	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	郵便番号
	住所 1
	住所 2
	電話番号 1
	電話番号 2
	患者との続柄（本人を含む）
医療機関情報 （複数管理できること）	医療機関コード
	名称（カナ）
	名称（漢字）
	郵便番号
	住所 1
	住所 2
	電話番号
	病院、薬局、訪問看護区分
	登録日
	指定期間（始期）
	指定期間（終期）
	備考欄
指定医情報 （複数管理できること）	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	主たる勤務先（医療機関名、所在地、TEL、担当する診療科）
	医籍登録番号
	専門医資格 1
	専門医資格 2
	指定期間（始期）
	指定期間（終期）
連絡先情報	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	郵便番号
	住所 1
	住所 2
	電話番号 1
	電話番号 2
	患者との続柄（本人を含む）
	備考
療養支援情報 （項目追加にも対応できること）	療養支援入力日
	相談カルテ
	療養状況

カテゴリ	項目名（主たる項目）
療養支援情報 （項目追加にも対応できること）	主治医氏名
	医療機関名
	診療科名
	電話番号
	移動状況
	医療機器使用の状況
	障害の有無
	身体障害者手帳取得状況
	介護保険の認定状況
	介護サービス事業所名称
	介護サービス事業所電話番号
	訪問看護ステーション施設名
	訪問看護ステーション電話番号
	家族の状況
	備考
その他情報	記事
受付履歴 （過去の履歴も保持）	申請・届種類
	受付年月日
	受付番号
	認定年月日
	申請・届内容
	備考

2 小児慢性特定疾病

カテゴリー	項目名（主たる項目）
基本情報	申請・届種類
	管轄
	受理年月日
	受付番号
認定情報	受給者番号
	支給を開始することが適当と考えられる年月日
	認定開始日
	認定終了日
	審査年月日
	審査会結果決裁日
	保険者照会日
	保険者照会結果受付日
	交付年月日
	保健所送付日
	県外転入有無
	県外転入日
	変更年月日
	変更理由
	再交付申請日
	再交付理由
	転帰年月日
	転帰理由
受給者情報	疾患群
	大分類
	疾患名
	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	性別
	生年月日
	年齢
	郵便番号
	住所1
	住所2
	電話番号1
	電話番号2
	社会活動
	日常生活
	成長ホルモン治療
	身長
	手帳の有無
	送付先区分
	個人番号
	アクセスキー
	備考
医療保険情報	被保険者氏名（カナ）
	被保険者氏名（漢字）
	保険種別
	保険者番号
	保険者名
	記号・番号
	被保険者との続柄
	適用区分

カテゴリ	項目名（主たる項目）
自己負担限度額情報	階層区分（自動計算されること）
	重症区分
	自己負担限度額
	有効期間開始日
	有効期間終了日
	所得証明書類
	添付書類
	同一世帯按分の有無
世帯情報	世帯員氏名（カナ）
	世帯員氏名（漢字）
	世帯員続柄
	世帯員生年月日
	按分対象者受給者番号
	按分対象者自己負担基本額
	世帯員個人番号
申請者情報	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	郵便番号
	住所 1
	住所 2
	電話番号 1
	電話番号 2
	患者との続柄（本人を含む）
医療機関情報 （複数管理できること）	医療機関コード
	名称（カナ）
	名称（漢字）
	郵便番号
	住所 1
	住所 2
	電話番号
	病院、薬局、訪問看護区分
	登録日
	指定期間（始期）
	指定期間（終期）
	備考欄
指定医情報 （複数管理できること）	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	主たる勤務先（医療機関名、所在地、TEL、担当する診療科）
	医籍登録番号
	専門医資格 1
	専門医資格 2
	指定期間（始期）
	指定期間（終期）
連絡先情報	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	郵便番号
	住所 1
	住所 2
	電話番号 1
	電話番号 2
	患者との続柄（本人を含む）
	備考
療養支援情報 （項目追加にも対応できること）	療養支援入力日
	相談カルテ
	療養状況
	主治医氏名

カテゴリ	項目名（主たる項目）
療養支援情報 （項目追加にも対応できること）	医療機関名
	診療科名
	電話番号
	移動状況
	医療機器使用の状況
	障害の有無
	身体障害者手帳取得状況
	介護保険の認定状況
	介護サービス事業所名称
	介護サービス事業所電話番号
	訪問看護ステーション施設名
	訪問看護ステーション電話番号
	家族の状況
	備考
その他情報	記事
受付履歴 （過去の履歴も保持）	申請・届種類
	受付年月日
	受付番号
	認定年月日
	申請・届内容
	備考

3 肝炎

カテゴリー	項目名（主たる項目）
基本情報	申請・届種類
	管轄
	受理年月日
	受付番号
認定情報	受給者番号
	認定開始日
	認定終了日
	審査年月日
	審査会結果決裁日
	交付年月日
	保健所送付日
	県外転入有無
	県外転入日
	変更年月日
	変更理由
	再交付申請日
	再交付理由
	転帰年月日
	転帰理由
受給者情報	疾患名
	疾患分類
	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	性別
	生年月日
	年齢
	郵便番号
	住所1
	住所2
	電話番号1
	電話番号2
	送付先区分
	備考
医療保険情報	被保険者氏名（カナ）
	被保険者氏名（漢字）
	保険種別
	保険者番号
	保険者名
	記号・番号
	被保険者との続柄
申請者情報	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	郵便番号
	住所1
	住所2
	電話番号1
	電話番号2
	患者との続柄（本人を含む）
医療機関情報 （複数管理できること）	医療機関コード
	名称（カナ）
	名称（漢字）
	郵便番号

カテゴリ	項目名（主たる項目）
医療機関情報 （複数管理できること）	住所 1
	住所 2
	電話番号
	病院薬局区分
	登録日
連絡先情報	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	郵便番号
	住所 1
	住所 2
	電話番号 1
	電話番号 2
	患者との続柄（本人を含む）
	備考
その他情報	記事
受付履歴 （過去の履歴も保持）	申請・届種類
	受付年月日
	受付番号
	認定年月日
	申請・届内容
	備考

4 肝がん・重度肝硬変

カテゴリ	項目名（主たる項目）
基本情報	申請・届種類
	管轄
	受理年月日
	受付番号
認定情報	受給者番号
	認定開始日
	認定終了日
	審査年月日
	審査会結果決裁日
	交付年月日
	保健所送付日
	県外転入有無
	県外転入日
	変更年月日
	変更理由
	再交付申請日
	再交付理由
	参加終了年月日
	参加終了理由
受給者情報	疾患名
	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	性別
	生年月日
	年齢
	郵便番号
	住所1
	住所2
	電話番号1
	電話番号2
	送付先区分
	備考
医療保険情報	被保険者氏名（カナ）
	被保険者氏名（漢字）
	保険種別
	保険者番号
	保険者名
	記号・番号
	被保険者との続柄
	適用区分
世帯情報	世帯員氏名（カナ）
	世帯員氏名（漢字）
	世帯員続柄
	世帯員生年月日
申請者情報	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	郵便番号
	住所1
	住所2
	電話番号1
	電話番号2
	患者との続柄（本人を含む）

カテゴリ	項目名（主たる項目）
医療機関情報 （複数管理できること）	医療機関コード
	名称（カナ）
	名称（漢字）
	郵便番号
	住所 1
	住所 2
	電話番号
	病院薬局区分
	登録日
連絡先情報	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	郵便番号
	住所 1
	住所 2
	電話番号 1
	電話番号 2
	患者との続柄（本人を含む）
	備考
その他情報	記事
受付履歴 （過去の履歴も保持）	申請・届種類
	受付年月日
	受付番号
	認定年月日
	申請・届内容
	備考

5 医療費管理

カテゴリ	項目名（主たる項目）
基本情報	管轄
	受理年月日
	受付番号
	受給者番号
	患者氏名
	性別
	認定期間
	自己負担限度額
	公費負担番号
	備考
申請者情報	氏名（カナ）
	氏名（漢字）
	郵便番号
	住所1
	住所2
	電話番号1
	電話番号2
	患者との続柄
医療機関情報（療養費情報）	医療機関名
	診療年月
	自己負担割合
	入院日数
	食事回数
	外来日数
	保険点数
	サービスの種類
	患者窓口負担額
	支給決定額
	実施期間
	請求年月
	幼老区分
	入院外来区分
	自己負担割合
	総医療費
	請求者
	支払区分
金融機関情報	銀行コード
	支店コード
	講座名義人氏名カナ
	講座名義人氏名
	口座番号