

## 別紙1

## 申請情報一括取込フォーマット

連携方向	介護保険システム → 調査員支援システム		
出力元システム名	MCWEL 介護保険 V2	出力元システムベンダー	富士通 株式会社
ファイル形式	CSV形式	区切り文字	, (カンマ)
ファイル名	任意 ※複数データ出力時は1ファイル内に複数レコード保有する	囲み文字	" " (ダブルコーテーション)
		文字コード	UTF-8

項目番号	項目名	必須	出力内容
1	保険者番号	○	ハイフンなし
2	市町村名コード	○	ハイフンなし
3	市町村名	○	〇〇市
4	履歴番号	○	ハイフンなし
5	申請区分	○	申請区分名称 新規：更新：区分変更
6	申請日	○	〇〇.〇.〇
7	調査回数	○	ハイフンなし
8	認定状態区分コード		ハイフンなし
9	認定状態区分	○	認定状態区分名称 認定：却下：取下
10	進行状況コード		ハイフンなし
11	入所施設管理市町村コード		ハイフンなし
12	入所施設コード		ハイフンなし
13	入所施設名	○	施設名称
14	支援事業者名	○	事業所名称
15	備考		
16	支所コード		ハイフンなし
17	支所	○	支所名称
18	申請識別区分コード		ハイフンなし
19	申請識別区分	○	申請識別区分名称
20	申請受付場所コード		ハイフンなし
21	申請受付場所	○	申請受付場所名称
22	申請受理日	○	〇〇.〇.〇
23	申請理由コード		ハイフンなし
24	申請理由	○	
25	申請番号	○	ハイフンなし
26	対象者との関係コード		ハイフンなし
27	対象者との関係	○	対象者名称
28	申請者名	○	申請者名称
29	申請者管理市町村コード		ハイフンなし
30	申請者コード		ハイフンなし
31	申請者郵便番号	○	ハイフンあり
32	申請者住所	○	〇〇県〇〇市〇〇町 ハイフンあり
33	申請者電話番号	○	ハイフンあり
34	訪問調査備考		

項目番号	項目名	必須	出力内容
35	意見書備考		
36	審査会備考		
37	受給資格証明書最新発行日	○	ハイフンなし
38	受給資格証明書最新通知日	○	ハイフンなし
39	転入前保険者名	○	
40	転入前保険者コード		ハイフンなし
41	転入前受給証明書発行日		○○.○.○
42	医療保険者番号	○	ハイフンなし
43	医療保険者名	○	医療保険者名称
44	医療被保険者証記号	○	ハイフンなし
45	医療被保険者証番号	○	ハイフンなし
46	医療被保険者証枝番	○	ハイフンなし
47	医療保険資格取得日	○	ハイフンなし
48	疾病区分コード		ハイフンなし
49	疾病区分	○	
50	疾病名	○	
51	その他意見		
52	訪問調査提出期限	○	ハイフンなし
53	調査日	○	○○.○.○
54	調査時間	○	○○.○.○ ○:○○
55	訪問調査回目	○	ハイフンなし
56	調査委託事業者管理市町村コード		ハイフンなし
57	調査事業者コード		ハイフンなし
58	調査事業者名	○	事業所名称
59	スケジュール有無		
60	訪問調査員管理市町村コード		ハイフンなし
61	調査員コード		ハイフンなし
62	調査員名	○	調査員名称
63	調査希望日 1		
64	調査希望時間 1		
65	調査希望日 2		
66	調査希望時間 2		
67	調査希望日 3		
68	調査希望時間 3		ハイフンなし
69	実施場所コード		ハイフンなし
70	実施場所	○	実施場所名称
71	調査委託日	○	ハイフンなし
72	訪問調査結果入手日	○	○○.○.○
73	調査日時	○	○○.○.○
74	調査票番号		ハイフンなし
75	同意書番号		ハイフンなし
76	同意日	○	○○.○.○
77	意見書提出期限	○	ハイフンなし
78	意見書作成日	○	○○.○.○
79	意見書回目	○	ハイフンなし

項目番号	項目名	必須	出力内容
80	作成医療機関管理市町村コード		ハイフンなし
81	作成医療機関管理市町村	○	〇〇市
82	作成医医療機関コード		ハイフンなし
83	作成医医療機関	○	作成医医療機関名称
84	作成医管理市町村コード		ハイフンなし
85	作成医コード		ハイフンなし
86	作成医氏名	○	氏名
87	作成医区分コード		ハイフンなし
88	作成医区分		区分名称
89	主治医医療機関管理市町村コード		ハイフンなし
90	主治医医療機関管理市町村	○	〇〇市
91	主治医医療機関コード		ハイフンなし
92	主治医医療機関	○	主治医医療機関名称
93	主治医管理市町村コード		ハイフンなし
94	主治医コード		ハイフンなし
95	主治医名	○	氏名
96	主治医郵便番号	○	ハイフンあり
97	主治医住所	○	〇〇県〇〇市〇〇町 ハイフンあり
98	主治医電話番号	○	ハイフンあり
99	意見書依頼日	○	ハイフンなし
100	依頼書通知日	○	〇〇.〇.〇
101	意見書入手日	○	〇〇.〇.〇
102	意見書番号	○	ハイフンなし
103	診断命令区分コード		ハイフンなし
104	診断命令区分	○	
105	診断命令書通知日	○	
106	診断開始期間	○	〇〇.〇.〇
107	診断終了期間	○	〇〇.〇.〇
108	診断開始時間	○	〇〇.〇.〇
109	診断終了時間	○	〇〇.〇.〇
110	診断場所	○	
111	一次判定日	○	〇〇.〇.〇
112	一次判定要介護状態区分コード		ハイフンなし
113	一次判定要介護状態区分	○	要支援 1 : 2 要介護 1 : 2 : 3 : 4 : 5
114	認知症高齢者の目印	○	ハイフンなし
115	二次判定日	○	〇〇.〇.〇
116	二次判定要介護状態区分コード		ハイフンなし
117	有効月数	○	ハイフンなし
118	再調査区分コード		ハイフンなし
119	再調査区分	○	
120	審査依頼日	○	〇〇.〇.〇
121	審査予定日	○	〇〇.〇.〇
122	一次判定変更理由コード		ハイフンなし
123	一次判定変更理由	○	
124	合議体コード		ハイフンなし

項目番号	項目名	必須	出力内容
125	合議体	○	第○合議体
126	開始時間	○	ハイフンなし
127	会場コード		ハイフンなし
128	会場	○	第A：B：C会場（福祉部分室）
129	審査会意見区分コード		ハイフンなし
130	審査会意見区分	○	
131	審査会意見	○	
132	判定	○	要支援 1：2 要介護 1：2：3：4：5
133	認定理由コード		ハイフンなし
134	認定理由	○	
135	認定日	○	○○.○.○
136	有効期間自	○	○○.○.○
137	有効期間至	○	○○.○.○
138	廃止日	○	ハイフンなし
139	サービス種類変更コード		ハイフンなし
140	延期決定日	○	○○.○.○
141	認定予定日	○	○○.○.○
142	延期理由コード		ハイフンなし
143	延期理由	○	
144	延期通知日	○	○○.○.○
145	延期通知最新発行日	○	○○.○.○
146	延期通知発行回数	○	ハイフンなし
147	被保険者区分	○	第1：2号被保険者 無資格者
148	認定情報管理市町村コード		ハイフンなし
149	訪問調査情報管理市町村コード		ハイフンなし
150	意見書管理市町村コード		ハイフンなし
151	審査会管理市町村コード		ハイフンなし
152	情報開示同意	○	有：無
153	（要介護1）状態像コード		ハイフンなし
154	（要介護1）状態像		
155	二次判定要介護状態区分	○	要支援 1：2 要介護 1：2：3：4：5
156	進行状況	○	認定済
157	法改正フラグコード		ハイフンなし
158	法改正フラグ		○○年度制度者
159	訪問調査先住所	○	
160	訪問調査先名称	○	
161	訪問調査先電話番号	○	ハイフンあり
162	至急審査	○	
163	延期通知省略同意コード		ハイフンなし
164	延期通知省略同意	○	有：無
165	簡素化除外コード		ハイフンなし
166	簡素化除外	○	
167	簡素化可能コード		ハイフンなし
168	簡素化可能	○	可：不可
169	簡素化可能結果詳細コード		ハイフンなし

項目番号	項目名	必須	出力内容
170	簡素化予定コード		ハイフンなし
171	簡素化予定	○	通常
172	簡素化実施コード		ハイフンなし
173	簡素化実施	○	通常
174	保険者独自要件結果詳細コード		ハイフンなし
175	特殊な職権データ判別データコード		ハイフンなし
176	特殊な職権データ判別データ		ハイフンなし