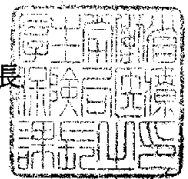


保医発0326第3号
平成22年3月26日

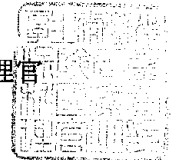
地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長



厚生労働省保険局歯科医療管理官



「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第69号）等が公布され、平成22年4月1日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添1から別添3のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添1 「「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保医発第82号）の一部改正について

別添2 「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）の一部改正について

別添3 「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330008号）の一部改正について



「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第7条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式」（平成20年厚生労働省告示第126号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第7条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第105号）により改正のあった様式については、平成22年5月1日（4月診療分）から新様式により扱うものとし、平成22年3月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。
- 2 診療報酬請求書等の用紙の大きさは日本工業規格A列4番とすること。
ただし、電子計算機により作成する場合は、A列4番と±6mm（縦方向）、+6mm、－4mm（横方向）の差は差し支えないものであること。
- 3 診療報酬請求書等は、別添1「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。
- 4 診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。
- 5 診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。
- 6 「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第1 診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）に関する事項（様式第1（1））

1 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「保険者番号 公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

（1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 「印」については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には捺印として取り扱うものであること。また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をばくため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「入・外」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を○で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

なお、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合は、入院に係るものとして取り扱うこと。

7 「医療保険」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

また、在宅時医学総合管理料届出保険医療機関（特定施設入居時等医学総合管理料届出保険医療機関を含む。以下同じ。）及び在宅末期医療総合診療料届出保険医療機関にあっては、以下の方法により、70歳以上（70歳に達する日の属する月の翌月以後である場合をいう。）の被保険者又は被扶養者（後期高齢者を除く。以下「高齢受給者」という。）に係る診療報酬明細書のうち「在宅時医学総合管理料（特定施設入居時等医学総合管理料を含む。以下同じ。）又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて、請求点数等が分かる方法により請求を行うこと。

ア 「高齢受給者について在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて診療報酬請求書を作成する。

イ 診療報酬請求書を取り繕い、「高齢受給者について在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」をそれぞれ別の欄に記載する。

- (2) 入院分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

- (3) 入院外分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。なお、「一部負担金」欄は、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料及び船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）に係るものに限り記載すれば足りるものとする。

- (4) 「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「医保単独

（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- （５） 「①合計」欄には、「医保（７０以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上一般・低所得」欄の「小計」欄と、「医保（７０以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（６歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。
- （６） 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

８ 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- （１） 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。
なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。
- （２） 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と２種の公費負担医療（例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と障害者自立支援法）の併用の場合は、１枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は２件となること。
- （３） 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- （４） 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- （５） 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が2種の場合、例えば生活保護法に係る分と感染症法に

よる結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には

1 2 (生保)
1 0 (感37の2)

欄に記載す

ることとし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る点数は「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数をも合計して記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄の記載方法は、8の(4)と同様であること。
- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る金額は明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

10 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書並びに食事療養及び生活療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制

度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、公費負担医療制度ごとに明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「一部負担金額」の項の金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

11 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 「総件数①+②」欄について

「①合計」欄及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

13 「備考」欄について

- (1) 定数超過入院に該当する保険医療機関にあつては、超過（略称の□囲みについては、○囲みでもよいこと。以下同じ。）と記載すること。
- (2) 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関にあつては、標欠と記載すること。

第2 診療報酬請求書（医科・入院外）に関する事項（様式第1（2））

診療報酬請求書（医科・入院外）の記載要領については、第1の例によること。この場合において、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあつては、入院外分の記載に係る例によること。

第2の2 診療報酬請求書（医科・歯科）に関する事項（様式第8）

診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。

また、在宅時医学総合管理料届出保険医療機関及び在宅末期医療総合診療料届出保険医療機関にあつては、以下の方法により、「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて、請求点数等が分かる方法により請求を行うこと。

ア 「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて診療報酬請求書を作成する。

イ 診療報酬請求書を取り繕い、「在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」をそれぞれ別の欄に記載する。

- (2) 療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄、食事療養・生活療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、第1の7の(2)及び(3)と同様であること。この場合、「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と障害者自立支援法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る記

載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第2）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一の被保険者等が2以上の傷病について診療を受けた場合においても、1枚の明細書に併せて記載すること。
- (4) 同一月に同一患者につき、入院診療と入院外診療とが継続してある場合には、入院、入院外についてそれぞれ別個の明細書に記載すること。
なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。

- (5) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者を除く。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」を記載すること。ただし、特定入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を30%減算する場合には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端を50mm程度切りとって添付すること。レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」を記載すること。

また、入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に「他」とそれぞれ記載すること。

- (6) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

- (7) 同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。
- (8) 短期滞在手術基本料 1 を算定する場合は、入院外の明細書（様式第 2（2））を使用すること。
- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。
- ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。
- イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。
- ウ 用紙下端の空白部分は、OCR 処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。
- エ 電子計算機用の OCR 関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成 9 年 8 月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
- オ 記載する文字は、J I S X 0 2 0 8 において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について
診療年月を記載すること。
- (2) 「都道府県番号」欄について
別添 2 「設定要領」の別表 2 に掲げる都道府県番号表に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。
- (3) 「医療機関コード」欄について
それぞれの医療機関について定められた医療機関コード 7 桁を記載すること（別添 2 「設定要領」の第 4 を参照）。
- (4) 「保険種別 1」、「保険種別 2」及び「本人・家族」欄について
ア 「保険種別 1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち 1 つを○で囲むこと。
- | | |
|---|-------|
| 健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。） | 1 社・国 |
| 公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。） | 2 公費 |
| 後期高齢者医療 | 3 後期 |
| 退職者医療 | 4 退職 |
- （注）退職者医療には、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）附則第 3 条に規定する特定健

保組合に係るものは該当しないこと。

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号を○で囲むこと。

単独	1 単独
1種の公費負担医療との併用	2 2併
2種以上の公費負担医療との併用	3 3併

(注) 公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業(審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。)を含むこと。

ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、未就学者である患者(6歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者をいう。以下同じ。)は「3」又は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「7」、「8」、「9」又は「0」を○で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者(世帯主)と被保険者(その他)の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者(世帯主(高齢受給者を除く。))は「1」又は「2」、被保険者(その他(未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))は「5」又は「6」を○で囲むこととし、それ以外(未就学者である患者及び高齢受給者を除く。)はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、入院の場合は、「1 本入」(若しくは「1 本」)、「3 六入」(若しくは「3 六」)、「5 家入」(若しくは「5 家」)、「7 高入一」(若しくは「7 高一」)又は「9 高入7」(若しくは「9 高7」)、外来の場合は、「2 本外」(若しくは「2 本」)、「4 六外」(若しくは「4 六」)、「6 家外」(若しくは「6 家」)、「8 高外一」(若しくは「8 高一」)又は「0 高外7」(若しくは「0 高7」)の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

1 本人入院	1 本入
2 本人外来	2 本外
3 未就学者入院	3 六入
4 未就学者外来	4 六外
5 家族入院	5 家入
6 家族外来	6 家外
7 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	7 高入一
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8 高外一
9 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付入院	9 高入7
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

オ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁(国民健康保険については6桁)を記載すること(別添2「設定

要領」の第1を参照)。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、() の中に給付割合を記載すること。ただし、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「－」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を() で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、() を省略しても差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。

イ 別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとする。

(9) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

医療券等に記入されている受給者番号7桁を、第1公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第2公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(10) 「区分」欄について

当該患者が入院している病院又は病棟の種類に応じ、該当する文字を○で囲むこと。また、月の途中において病棟を移った場合は、そのすべてに○を付すこと。

なお、電子計算機の場合は、コードと名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

01精神（精神病棟）、02結核（結核病棟）、07療養（療養病棟）

(11) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

(イ) 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。

(12) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ1枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の診療報酬明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略号を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(13) 「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略号	内 容
01	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条及び高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）

		② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
05	(削除)	(削除)
07	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
08	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
09	施	平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
13	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
14	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であって「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）の第7号の5に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあつては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）
15	削除	(削除)
16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
17	上位	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提

		示された場合（特記事項「２２」に該当する場合を除く。）
１８	一般	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「２３」に該当する場合を除く。）
１９	低所	以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「２４」に該当する場合を除く。）
２０	二割	平成20年２月21日保発第0221003号の別紙「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第２の４の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る２（４）に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合
２１	高半	月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
２２	多上	「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合（以下「特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。）
２３	多一	「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
２４	多低	「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
２５	出産	平成21年５月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあっては、「（床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病床数が増減した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

(15) 「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成21年7月30日付保発0730第8号）別添3に規定する傷病名を用いること。別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（平成22年3月26日医療課事務連絡）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として1つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ 薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が175円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとする。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

エ 傷病名が4以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側（傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末）に記載すること。

オ 心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。

(16) 「診療開始日」欄について

ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名」欄が単一病名の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治癒又は死亡したものについては、記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保

険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(17) 「転帰」欄について

治癒した場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ○で囲むこと。

なお、2以上の傷病にわたる場合は「傷病名」欄の番号を付して「転帰」欄に区分して記載すること。

電子計算機の場合は、それぞれの傷病名と同じ行に「治ゆ」、「死亡」又は「中止」の字句を記載することとしても差し支えないこと。

(18) 「診療実日数」欄について

ア 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 入院外分については、診療を行った日数（小児科外来診療料、開放型病院共同指導料（Ⅰ）、退院時共同指導料Ⅰ及びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を行った日数を含む。）を記載すること。

ウ 患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

エ 同一日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は、1日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

オ 入院分については、入院日数を記載すること。

なお、入退院日は、それぞれ1日として数えること。

カ (16)のアのただし書きの場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載するものであること。

キ 同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料・外来診療料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料・外来診療料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載するものとする。

ク 外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、在宅末期医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、訪問看護指示料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料又は精神科訪問看護・指導料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えな

いこと。

ケ 初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げるような場合は、当該行為を行った日は実日数として数えないこと。

(ア) 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを後日聞きに来た場合

(イ) 往診等の後に薬剤のみを後日取りに来た場合

(ウ) 初診又は再診の際検査、画像診断等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日検査、画像診断等を受けに来た場合

(19) 「点数」欄について

ア 項目名又は略称、所定点数、回数及び合計点数を記載すること。「×」がない場合及び「×」があっても算定した所定点数が複数の場合は、所定点数及び回数の記載は省略して差し支えないこと。なお、「回」、「単位」又は「日間」がない場合は合計点数のみとすること。

イ 「点数」欄に記載すべき項目名又は略称、回数、所定点数その他の事項を欄内に書ききれない等の場合は、それらの事項を「摘要」欄に記載すること。なお、それ以外の場合も、それらの事項を「摘要」欄に記載することは差し支えないこと。

ウ 公費負担医療のみの場合であっても、当月診療に係るすべての回数及び点数を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は、生活保護法に係る診療内容が該当するものであること。

(20) 「初診」欄について

ア 診療時間内の初診の場合には回数及び点数を記載し、時間外、休日又は深夜に該当する場合は、該当する文字を○で囲み、その回数及び点数を記載し、初診料の注2のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合は、「摘要」欄に **複初** と表示し、当該診療科名及び当該点数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に **特** と、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に **特夜**、**特休** 又は **特深** と、夜間・早朝等加算を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に **夜早** と表示すること。

なお、電子計算機の場合は、**複初**、**特**、**特夜**、**特休**、**特深**、**夜早** の○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないものであること。以下、**複初**等の略号を使用する場合も同様であること。

イ 6歳未満の乳幼児に対し初診を行った場合は、当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算等の表示は必要がないこと。

ウ 初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合は、「摘要」欄に「前月算定」と表示すること。

(21) 「再診」欄について

ア 外来診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

イ 再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載すること。なお、同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ 時間外、休日、深夜の項には、それぞれの回数及び加算点数を別掲すること。また、時間外加算の特例を算定した場合は通常の時間外加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「特」と、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「特夜」、「特休」又は「特深」と、夜間・早朝等加算を算定した場合は通常の時間外と同様に記載するとともに、「摘要」欄に「夜早」と表示すること。

エ 乳幼児加算を算定した場合は、再診の項に再診料に当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

なお、月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

オ 地域医療貢献加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「貢」と表示すること。

カ 明細書発行体制等加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「明」と表示すること。

キ 再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合は、「摘要」欄に「前月算定」と表示すること。

(22) 「医学管理」欄について

ア 特定疾患療養管理料を算定した場合は、「特」と表示して所定点数を記載すること。

イ 入院外分についてウイルス疾患指導料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、心臓ペースメーカー指導管理料、慢性維持透析患者外来医学管理料、埋込型補助人工心臓指導管理料、糖尿病合併症管理料、耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者カウンセリング料、ニコチン依存症管理料、手術前医学管理料、リンパ浮腫指導管理料、救急救命管理料又は医療機器安全管理料を算定した場合は、「ウ」、「薬」、「悪」、「外来」、「集来」、「ペ」、「慢透」、「埋心」、「糖」、「耳鼻」、「がん」、「カウ」、「ニコ」、「手前」、「リ」、「救」及び「医機安」と表示してそれぞれの所定点数を記載すること。なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤名及び初回の算定年月を「摘要」欄に記載し、臓器移植加算を算定した場合は、当該臓器移植を行った月日を「摘要」欄に記載すること（抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。）。心臓ペースメーカー指導管理料の導入期加算を算定した場合は、「導入期」と表示し、ペースメーカー移植術を行った月日を、「イ 遠隔モニタリングによる場合」を算定した場合は、直近の算定年月を「摘要」欄に記載すること。また、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名を、ニコチン依存症管理料を算定した場合は、初回の当該管理料を算定した月日を、リンパ浮腫指導管理料を退院後に再度算定した場合は、退院日を「摘要」欄に記載すること。

ウ 小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅰ)、皮膚科特定疾患指導管理料(Ⅱ)、在宅療養指導料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料、地域連携小児夜間・休日診療料又は地域連携夜間・休日診療料を算定した場合は、「小児特定、小児療

養、てんかん、難病、皮膚(Ⅰ)、皮膚(Ⅱ)、在宅指導、高度難聴、喘息、疼痛、小児悪腫、地域小児又は地域夜休」と表示して所定点数を記載すること。地域連携小児夜間・休日診療料の院内トリアージ加算を算定した場合は「トリ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。なお、小児特定疾患カウンセリング料を算定した場合は、第1回目のカウンセリングを行った年月日を、高度難聴指導管理料のイを算定した場合は、人工内耳埋込術を行った月日を、喘息治療管理料の加算を算定した場合は、当該加算に係る第1回目の治療管理を行った月日を、慢性疼痛疾患管理料を算定した場合（当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合に限る。）は、算定日を「摘要」欄に記載すること。

エ 小児科外来診療料、乳幼児育児栄養指導料又は生活習慣病管理料を算定した場合は、「児外初、児外再、児内初、児内再、乳栄、生外又は生内」と表示して所定点数を記載すること。また、初診料、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例若しくは小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄には「外」、「休」、「深」、「特」、「特夜」、「特休」又は「特深」と表示するとともに、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例の場合は、回数を併せて記載すること。なお、小児科外来診療料を算定している患者のうち院外処方せんを交付している者に対し、夜間緊急の受診等やむを得ない場合において院内投薬を行った場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。

オ 入院分についてウイルス疾患指導料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、高度難聴指導管理料、がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者カウンセリング料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、肺血栓塞栓症予防管理料、リンパ浮腫指導管理料、地域連携診療計画管理料、がん治療連携計画策定料、肝炎インターフェロン治療計画料、救急救命管理料、医療機器安全管理料又は退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、「ウ」、「薬」、「悪」、「高難」、「がん」、「カウ」、「手前」、「手後」、「肺予」、「リ」、「地連管」、「がん策」、「肝計」、「救」、「医機安」又は「退薬」と表示して、それぞれの点数を記載すること。

なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤及び初回の算定年月を、臓器移植加算を算定した場合は、当該臓器移植を行った月日を、リンパ浮腫指導管理料を算定した場合は、手術日（手術前に当該指導を実施した場合であって、診療報酬明細書を作成する時点で手術を実施していない場合には、手術予定日）を「摘要」欄に記載すること。

（抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。）

また、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名を、高度難聴指導管理料のイを算定した場合は、人工内耳埋込術を行った月日を「摘要」欄に記載すること。

地域連携診療計画退院時指導料（Ⅰ）を算定した場合は、「地連Ⅰ」と表示して、所定点数を記載するとともに、「摘要」欄に退院日を記載すること。また、地域連携診療計画退院計画加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「地連Ⅰ加」と表示すること。

薬剤管理指導料の「1」、「2」又は「3」を算定した場合は、「薬管1」、「薬管2」又は「薬管3」と表示して、それぞれの点数を記載するとともに、当該算定の対象となった指導を行った日を、薬剤管理指導料の「2」を算定した場合は、薬剤名を「摘要」欄にそれぞれ記載すること。ま

た、麻薬管理指導加算又は医薬品安全性情報等管理体制加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に指導を行った日を記載するとともに、薬管1、薬管2又は薬管3 に併せて 麻加 又は 薬安 と表示すること。

カ 入院外分について開放型病院共同指導料(Ⅰ)、退院時共同指導料1又はハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅰ)を算定した場合は、開Ⅰ、退共Ⅰ又はハイⅠと表示して、当該項目の回数及び合計点数を記載すること。なお、「摘要」欄に入院日を記載すること。

がん治療連携指導料、認知症専門診断管理料又は肝炎インターフェロン治療計画料を算定した場合は、がん指、認管、肝計 と表示して所定点数を記載すること。

地域連携診療計画退院時指導料(Ⅱ)を算定した場合は、地連Ⅱ と表示して、所定点数を記載すると共に、「摘要」欄に地域連携診療計画退院時指導料(Ⅰ)を算定した保険医療機関からの退院日を記載すること。

キ 診療情報提供料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した場合は、情Ⅰ 又は 情Ⅱ と表示して、点数を記載し、「摘要」欄にその算定日を記載すること。また、診療情報提供料(Ⅰ)の「注7」に規定する加算、「注8」に規定する加算、「注9」に規定する加算、認知症専門医療機関連携加算、精神科医連携加算又は肝炎インターフェロン治療連携加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、併せて 情Ⅰ退、情Ⅰ妊、情Ⅰ認紹、情Ⅰ認連、情Ⅰ精 又は 情Ⅰ肝 と表示すること。なお、「注7」に規定する加算を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

また、保険医療機関以外の機関へ診療情報を提供した場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。

ク 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬情 と表示して、回数及び点数を記載すること。また、手帳記載加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に 薬情 に併せて 手帳 と表示すること。

ケ 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

コ 傷病手当金意見書交付料又は療養費同意書交付料を算定した場合は、傷 又は 療 と表示して、点数を記載すること。また、「摘要」欄にその交付年月日を記載すること。

なお、傷病手当金意見書交付料について当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合には、当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診療を開始した日を、「傷病名」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。また、遺族等に対して意見書を交付した場合は、当該遺族等の診療報酬明細書の「摘要」欄に 相続 と表示し、「傷病名」欄には、遺族等が他に療養の給付を受けていない場合は、意見書の対象となった傷病名を、他に療養の給付を受けている場合は、遺族等自身の傷病名と意見書の対象となった傷病名の両方を記載すること。

サ 感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料を算定した場合は、その旨及び点数を記載すること。

シ 入院分について入院栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院前訪問指導料、開放型病院共同指導料(Ⅱ)、介護支援連携指導料又はハイリスク妊産婦共同管理料(Ⅱ)を算定した場合は、それぞれ 入栄、集栄、退リハ、退前、開Ⅱ、介連 又は ハイⅡ と表示して、回数及び点数を記載すること。開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合には、「摘要」欄に共同指導を行った日を記載し、介護支援連携指導料を算定した場合には、「摘要」欄にその算定日を記載(当該入院中に既に算定している場合は、初回算

定日を併せて記載)すること。

入院栄養食事指導料又は集団栄養食事指導料を算定した場合は、「摘要」欄にその算定日を記載すること。

退院前訪問指導料を2回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

退院時共同指導料2を算定した場合は「退共2」と、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医と共同して指導を行った場合は「2者共」と、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合は「4者共」と表示するとともに、共同指導を行った日を記載し、それぞれの回数及び点数を記載すること。

(23) 「在宅」欄について

ア 往診の項又は夜間の項については、それぞれ普通の又は夜間の往診の回数と点数を記載し、在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により往診を行った場合は、「摘要」欄に「支援」と表示し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。

なお、在宅患者訪問診療料を当該月に算定している場合は、「摘要」欄に当該往診を行った日を記載し、患者の急性増悪等により一時的に週4回以上の頻回な在宅患者訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に「急性」と表示して、その必要性、必要を認めた診療日及び当該訪問診療を行った日を記載すること。また、在宅患者訪問診療料を算定した日と同一日に往診料を算定した場合は、患者の病状の急変等往診が必要となった理由を「摘要」欄に記載すること。

イ 緊急又は深夜の往診を算定する場合には、それぞれの文字を○で囲み、回数及び点数を記載すること。在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行った往診について「注1」のただし書に規定する加算を算定する場合は、「摘要」欄に「在支援」、「連携保」又は「在支病」と記載すること。

ウ 患者診療時間加算がある場合には、その旨及び時間を「摘要」欄に記載すること。

エ 特別往診料を算定する場合には、往診の字句の左に「特」、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数(往診料の項に定める基本点数に「注1」、「注2」及び「注3」の点数を加算した点数)と特別加算点数(波浪及び滞在对する加算点数)とを併記すること。また、「摘要」欄には往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間を記載すること。

オ 在宅患者訪問診療の項については、回数及び総点数を記載するほか、次によること。なお、厚生労働大臣が定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は「難病」と表示すること。

(ア) 「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問診療を行った場合は、「摘要」欄に「同一」と表示すること。なお、同一の患者について、同一月内に「1」及び「2」の患者に該当する場合には、在宅患者訪問診療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳(「1」及び「2」の回数及び総点数)を記載すること。また、乳幼児加算又は幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に併せて「乳」又は「幼」と表示すること。

- (イ) 患家診療時間加算がある場合には、その旨及び時間を「摘要」欄に記載すること。
- (ウ) 在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次に **㊦** と表示すること。なお、「摘要」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日及び当該患者が在宅以外で死亡した場合は死亡前24時間以内に行った訪問診療の日時を記載すること。また、在宅療養支援診療所若しくはその連携保険医療機関又は在宅療養支援病院の保険医が行った場合は、「摘要」欄に死亡日前14日以内に行った往診又は訪問診療の日を記載するとともに、死亡日前24時間以内に行った訪問診療の日時を併せて記載すること。
- (エ) 患家との直線距離が16 kmを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料を算定する場合には、在宅患者訪問診療の字句の左に **㊧**、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数に在宅患者訪問診療料の項に定める「注3」、「注4」及び「注5」の点数を加算した点数と特別加算点数（波浪及び滞在に対する加算点数）とを併記すること。また、「摘要」欄には訪問地域（距離）、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間を記載すること。
- (オ) 当該月又はその前月に往診料を算定している場合には、当該訪問診療を行った日を「摘要」欄に記載すること。
- カ 在宅時医学総合管理料又は特定施設入居時等総合医学管理料を算定した場合は、その他の項に、処方せんを交付した場合には「在医総管外」又は「特医総管外」と、処方せんを交付していない場合には「在医総管内」又は「特医総管内」と表示して点数を記載し、当該月において往診又は訪問診療を行った日を「摘要」欄に記載すること。なお、重症者加算を算定した場合は、その他の項に **重症加算** と表示して点数を記載すること。また、在宅移行早期加算を算定した場合は、初回の当該管理料を算定した年月日を「摘要」欄に記載し、その他の項に **在宅移行** と表示して点数を記載すること。
- キ 在宅末期医療総合診療料を算定した場合は、その他の項に「在医総」と表示して日数及び点数を記載すること。また、在宅末期医療総合診療料を算定した週において、訪問診療、訪問看護を行った日を「摘要」欄に記載すること。（連携保険医療機関又は訪問看護ステーションが行った訪問看護についても同様であること。）
- ク 在宅看取り加算を算定した場合は、「摘要」欄にその旨記載すること。
- ケ 救急搬送診療料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、特別訪問看護指示加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者連携指導料又は在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合は、その他の項に「搬送診療」、「訪問点滴」、「訪問リハ」、「訪問指示」、「特別指示」、「訪問薬剤」、「訪問栄養」、「在宅連携」又は「在宅緊急」と表示し、回数（単位数）及び総点数を記載すること。

在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料を算定した場合は、「訪問看護」又は「訪問看護(同一)」(厚生労働大臣の定める疾病等に罹患している患者に対して行った場合は、「訪問看護 **難病**」又は「訪問看護 **難病** (同一)」)、急性増悪等により頻回な訪問看護を必要とする患者に対して行った場合は、「訪問看護 **急性**」又は「訪問看護 **急性** (同一)」)、緊急訪問看護加算を算定する場合は、「訪問看護 **緊急**」又は「訪問看護 **緊急** (同一)」)、長時間訪問看護・指導加算を算定する場合は、「訪問看護 **長時**」又は「訪問看護 **長時** (同一)」)、乳幼児加算又は幼児加算を算定する場合は、「訪問看護 **乳**」若しくは「訪問看護

護 乳 (同一)」又は「訪問看護 幼」若しくは「訪問看護 幼 (同一)」、複数名訪問看護加算を算定する場合は「訪問看護 複訪看看」若しくは「訪問看護 複訪看看 (同一)」又は「訪問看護 複訪看准」若しくは「訪問看護 複訪看准 (同一)」、在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者連携指導加算を算定する場合は、「訪問看護 連携」又は「訪問看護 連携 (同一)」、在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算を算定する場合は、「訪問看護 カン」又は「訪問看護 カン (同一)」と表示し、回数及び総点数を記載すること。また、長時間訪問看護・指導加算を算定した場合には、訪問看護を実施した日を、複数名訪問看護加算を算定した場合には、訪問看護を実施した日を、在宅患者連携指導加算又は同一建物居住者連携指導加算を算定した場合には、情報共有を行った日、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日を、在宅患者緊急時等カンファレンス加算又は同一建物居住者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合には、カンファレンスを実施した日、カンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

在宅療養支援診療所と連携する保険医療機関等が、在宅療養支援診療所の保険医の指示により訪問看護を行った場合は、「摘要」欄に 支援 と表示し、当該指示のあった在宅療養支援診療所の名称を記載すること。

患者の急性増悪等により頻回な、1日に2回又は3回以上、在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、「摘要」欄にその必要を認めた診療日又は在宅療養支援診療所から指示のあった日、訪問看護・指導を行った日及びその必要を認めた理由を記載すること。また、特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄にその必要を認めた理由を記載すること。

なお、月の初日が週の途中にある場合は、前月の最終の週における訪問回数を () 書きで「摘要」欄に記載するほか、保健師、助産師、看護師又は准看護師のそれぞれが別に当該月に在宅患者訪問看護・指導を行った場合は、それぞれの回数を「摘要」欄に記載すること。

難病等複数回訪問加算、在宅ターミナルケア加算又は同一建物居住者ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「訪問看護」の字句の次にそれぞれ 複、 夕 又は 同夕 と表示するとともに、訪問看護を実施した日時、患者が死亡した場所及び日時を「摘要」欄に記載すること。

在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に 移 又は 移重症 と表示するとともに、退院日、使用している医療機器等の名称（当該診療報酬明細書において医療機器の使用等が明らかである場合を除く。）及び訪問看護を実施した日を「摘要」欄に記載すること。また、訪問看護指示料及び特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定した場合は、点滴注射を行った日を「摘要」欄に記載すること。在宅患者訪問点滴注射管理指導料に用いる注射薬を支給した場合は、「注射」欄に(25)の例により記載し、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る注射薬である旨の 訪点 を表示すること。なお、在宅患者訪問点滴注射管理指導料に係る指示を行った後に算定要件を満たさず薬剤料のみを算定する場合についても同様に記載すること。

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料を算定した場合は、訪問指導を行った日及び単位数を「摘要」欄に記載するとともに、「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合は 在宅 と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問リハビリテーションを行った場合は 同一 と併せて表示すること。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、訪問薬剤管理指導を行った日を「摘要」欄に記載するとともに、「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問薬剤管理指導を行った場合は「同一」と併せて表示すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて「麻加」と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合は、訪問栄養食事指導を行った日を「摘要」欄に記載するとともに、「1」の同一建物居住者以外である患者に対して訪問栄養食事指導を行った場合は「在宅」と、「2」の同一建物居住者である患者に対して訪問栄養食事指導を行った場合は「同一」と併せて表示すること。

在宅患者連携指導料を算定した場合は、情報共有を行った日、共有された情報を踏まえて療養上必要な指導を行った日を「摘要」欄に記載すること。

在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定した場合は、カンファレンスを実施した日、カンファレンスの参加者と共同で療養上必要な指導を行った日を「摘要」欄に記載すること。

コ 医科点数表第2章第2部第2節第1款の通則3の規定に基づき、在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院から患者の紹介を受けて在宅療養指導管理を行う場合は、「摘要」欄に紹介元医療機関名と当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。

サ 退院した患者に対して、当該退院月に、退院日に在宅療養指導管理料を算定した保険医療機関以外の保険医療機関において在宅療養指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に当該在宅療養指導管理料を算定した理由を記載すること。

シ 在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に「注」と表示して所定点数を記載し、注入器用注射針加算（1の加算に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に当該加算を算定した理由を記載すること。血糖自己測定器加算、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算又は注入器用注射針加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「注糖」、「入」、「間」又は「針」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、「摘要」欄に血糖自己測定の回数及び1型糖尿病である場合は1型糖尿病であることを記載すること。在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給単位数、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名及び支給日数等を記載すること。

ス 在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に「在小血糖」と表示して所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、「注糖」と表示して当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に血糖自己測定の回数を記載すること。

セ 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、その他の項に「灌」と表示して点数を記載すること。また、1月に2回以上在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に回数及び必要と認めた理由を記載し、紫外線殺菌器加算又は自動腹膜灌流装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「紫」又は「自腹」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。人工腎臓又は腹膜灌流（連続携帯式腹膜灌流に限る。）を算定した場合は、「摘要」欄に算定した日を記載すること。在宅自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

ソ 在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、その他の項に「在透」と表示して点数を記載すること。また、1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に回数及

び2回以上の在宅血液透析指導管理が必要と認めた理由を記載し、透析液供給装置加算を算定した場合は、併せて「透液」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、初回の指導管理を行った月日を「摘要」欄に記載すること。人工腎臓を算定した場合は、「摘要」欄に算定した日を記載すること。在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

タ 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「酸」と表示して点数を記載すること。この場合、「摘要」欄に当該月の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を記載し、慢性心不全で適用になった患者にあっては、初回の指導管理を行った月において、終夜睡眠ポリグラフィの実施日及び無呼吸指数も併せて記載すること。

なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算又は呼吸同調式デマンドバルブ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「ボ」、「濃」、「液」又は「呼」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて、「携」と表示すること。

チ 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「中」と表示して点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「輸」又は「注ボ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

ツ 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「経」と表示して点数を記載すること。在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ「管」又は「経ボ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅成分栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

テ 在宅自己導尿指導管理料を算定した場合は、その他の項に「尿」と表示して点数を記載すること。間歇導尿用ディスポーザブルカテーテル加算を算定した場合は、併せて「カ」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数等を記載すること。

ト 在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合は、その他の項に「人」と表示して点数を記載すること。人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、併せてそれぞれ「陽呼」、「鼻呼」又は「陰呼」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。また、排痰補助装置加算を算定した場合は併せて「排痰」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

ナ 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に「特呼」と表示して点数を記載し、「摘要」欄に初回の指導管理を行った月日、無呼吸指数、自覚症状、睡眠ポリグラフィ上の所見及び2月を超えて当該療法の継続が可能であると認める場合はその理由を記載すること。経鼻的持続陽圧呼吸療法用治療器加算を算定した場合は、併せて「経呼」と表示して当

該加算を加算した点数を記載すること。

- ニ 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に **在悪** と表示して点数を記載すること。携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ **携ホ** 又は **悪ホ** と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅悪性腫瘍患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。
- ヌ 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に **寝** と表示して点数を記載すること。在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。
- ネ 在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合は、その他の項に **疼** と表示して点数を記載すること。また、疼痛管理用送信器加算を算定した場合は、**疼信** と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ノ 在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に **肺** と表示して点数を記載すること。また、携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合は、**肺ホ** と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ハ 在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に **気** と表示して点数を記載すること。また、気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合は、**気鼻** と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。
- ヒ 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に **難皮** と表示して点数を記載すること。在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量、支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。
- フ 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理材料加算のみを算定した場合は、その他の項にシから二まで及びネからハに掲げる当該加算の表示を記載し、当該加算点数を記載すること。
- ヘ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、**前** と表示して点数を記載すること。また、乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に併せて **乳幼** と表示すること。なお、退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、その点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。
- ホ 入院中の患者に対して、救急搬送診療料を算定した場合は、ケの例により記載すること。また、入院中の患者に対して退院の日在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退院時在宅指導」と記載した上でサからネまでの例により記載すること。
- マ 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合は、「在宅」欄に **灌薬** と表示して、総点数を記載し、「摘要」欄に、総投与量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。
- ミ 緊急時施設治療管理料を算定した場合は、緊急時施設治療管理料を算定する往診を行った月に介護保険の緊急時施設療養費を算定した場合はその日時及び対象患者が介護療養型老健施設の入居者である旨を「摘要」欄に記載すること。

(24) 「投薬」欄について

ア 入院分について

- (ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

- (イ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関（以下「届出保険医療機関」という。）については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

- (ウ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。
- (エ) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、調基の項に 院 と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。
- (オ) 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合は、「退院時 日分投薬」と「摘要」欄に記載すること。
- (カ) 入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

イ 入院外分について

- (ア) 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

- (イ) 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。

- (ウ) 処方の項は、処方せんを交付しない場合において処方回数及び点数を記載すること。

なお、複数の診療科を標榜する保険医療機関において、2以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

- (エ) 薬剤名、規格単位（%又はmg等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

- (オ) 常態として、内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に「減」と表示すること。
- (カ) 臨時薬を追加投与し、その結果投与する内服薬が7種類以上となる場合は、臨時薬の投与の必要性を「摘要」欄に記載すること。ただし、病名によりその必要性が判断できる場合は、この限りでない。
- (キ) 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。
- (ク) 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。
- (ケ) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。
- (コ) 乳幼児加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。
- (サ) 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は「特処長」、それ以外の場合は「特処」と表示し、回数及び点数を記載すること。なお、隔日及び漸増・減等で投与する場合はその旨を併せて「摘要」欄に記載すること。
- (シ) 抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「抗悪」と表示すること。
- (ス) 入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

- ウ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠20mg	1錠	
アルダクトンA錠25mg	1錠	3×5
リピトール錠10mg	1錠	13×5

(薬評)

エフピー錠2.5

- (25) 「注射」欄について

- ア 外来化学療法加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に外来

化学療法加算 1 を算定する場合は ㊦1 と、外来化学療法加算 2 を算定する場合は ㊦2 と表示するとともに、算定回数を記載すること。

イ 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射を行った場合は、皮下筋肉内及び静脈内の項に、その他の注射を行った場合は、その他の項に、注射の種類を記して、それぞれ回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所要単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

ウ 点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に ㊦ と表示して、1 回目の注射の実施日を記載すること。

エ 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ 1 回分ごとに、入院分はそれぞれ 1 日分ごとに、点滴注射及び中心静脈注射等については 1 日分ごとに、使用した薬名、規格単位（％、mL又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、注射の各手技料の算定単位（1 回又は 1 日）当たりの薬価が 175 円以下の場合は、使用薬剤の薬名、使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

オ 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が 1 年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

カ 特定保険医療材料を使用した場合は、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。

キ 入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミン B 群製剤及びビタミン C 製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

ク 乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

ケ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」を算定した場合は、「摘要」欄に それぞれ ㊦1 又は ㊦2 と表示するとともに、算定回数を記載すること。閉鎖式接続器具を使用した場合には、㊦1 器具と記載すること。

コ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第 1 条第 4 号又は第 1 条第 6 号に係る医薬品を投与した場合は、(24)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(26) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

ア 処置又は手術については、処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を、麻酔については、麻酔の種類、麻酔日、回数及び点数を記載すること。麻酔を検査・画像診断に伴って行った場

合は、当該検査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名及び手術日、回数、点数を記載すること。デブリードマンを繰り返して算定する場合は、植皮の範囲（全身に占める割合）を「摘要」欄に記載すること。

イ 麻酔等（麻酔に伴う前処置を含む。）に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から15円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位（％、mL又はmg等）及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。神経ブロックについて局所麻酔剤又は神経破壊剤とそれ以外の薬剤を混合注射した場合は、その医学的必要性を「摘要」欄に記載すること。なお麻酔中のショック等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方厚生（支）局長に届け出た単価（単位 円・銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること（酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。）。

- a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。
- b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。
- c 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順に記載する。

なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。

- d 保険医療機関における購入価格によるとなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。
- e 処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に処置、手術等ごとに記載すること。

〔記載例〕

例1 手術以外に使用された特定保険医療材料等

- ①処置名 人工腎臓 イ 4時間未満の場合
手技の加算 導入期加算 2, 375 × 1
- ②薬剤料 使用薬剤 点数 × 1
- ③特定保険医療材料〔商品名〕ホローファイバー型高機能ダイアライザー 1, 4㎡
(ホローファイバー型及び積層型(キール型)(1.5㎡未満(Ⅱ))) 1, 320円 1個
132 × 1

例2 手術に使用された特定保険医療材料

- (1) ③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○
(ペースメーカー(デュアルチャンバ(Ⅳ型))) 1, 160, 000円 1個
116, 000 × 1
- (2) ③特定保険医療材料〔商品名〕△△△△
(輸血用血液フィルター(微小凝集塊除去用) 2, 390円) 1個
239 × 1

f 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」（平成22年3月5日保医発0305第5号）1の3の(8)のアに該当する場合にはその旨を、同3の(29)のア、同3の(41)、同3の(73)のイ、同3の(75)のア、同3の(75)のウ、同3の(76)のウ、同3の(78)のエ、同3の(79)のイ及び同3の(84)のウ又はエに該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のIVに規定する略称を使用しても差し支えないこと。

g 酸素の費用に係る請求については、地方厚生（支）局長に届け出た液化酸素（CE、LGC）、酸素ボンベ（大型、小型）の酸素区分、当該請求に係る単価及び使用量並びに補正率を以下の例により記載すること。

〔記載例（単価0.18円の場合の酸素購入価格）〕

処置名	酸素吸入	65×1
酸素の加算（液化酸素CE）		7×1
（請求単価）	（使用量）	（補正率）

$(0.18円 \times 300 \text{リットル} \times 1.3) \div 10 = 7 \text{点}$

（注）（ ）において端数整理を行った後、10円で除して再度端数整理を行うこと。

ウ 処置の手技料を包括する点数を算定するに当たって併せて当該処置に係る材料、薬剤等の費用を算定する場合は、「処置」欄及び「摘要」欄にイの例により記載すること。

エ 輸血を行った場合は、回数、点数、その他必要な事項を記載すること。なお、輸血に当たって使用した生血、自己血、保存血の別に1日の使用量及び原材料として使用した血液の総量並びに薬剤について、その薬名、使用量の内訳及び加算点数を「摘要」欄に記載すること。自己血貯血を行った場合は、貯血量、手術予定日（当該自己血貯血を入院外で行った場合又は当該自己血貯血を行った日が属する月と手術予定日が属する月とが異なる場合に限る。）、6歳未満の患者に対して自己血貯血を行った場合においては患者の体重をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。6歳未満の患者に対して自己血輸血を行った場合は、患者の体重及び輸血量を「摘要」欄に記載すること。輸血に当たって、血液交叉試験等の加算を行った場合にも「摘要」欄にその旨を記載すること。輸血管理料を算定した場合は、「摘要」欄に 輸管Ⅰ 又は 輸管Ⅱ と表示すること。

オ 12歳未満の患者に対して術中術後自己血回収術を行った場合は、患者の体重及び出血量を「摘要」欄に記載すること。

カ 時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例である旨の 外、休、深 又は 特外 を表示すること。

キ 処置の新生児・乳児・乳幼児（6歳未満）加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児（1歳以上3歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児加算又は乳幼児加算である旨の 未、新、乳、幼 又は 乳幼 を表示すること。

ク 手術の1,500グラム未満の児・新生児（1,500グラム未満の児を除く。以下この項において同じ。）・乳幼児（3歳未満）・幼児（3歳以上6歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に1,500グラム未満の児加算、新生児加算、乳幼児加算又は幼児加算である旨の 未満、新、乳幼 又は 幼 を表示すること。なお、1,500グラム未満の児加算及び新生児加算を算定した場合は、それぞれ手術時体重を「摘要」欄に記載すること。

ケ HIV抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。

コ 局所陰圧閉鎖処置を算定した場合は、算定日と算定した各区分を、「1」の各区分を2日以上連続して算定した場合はその理由と医学的根拠を「摘要」欄に記載すること。また、創傷処置又は熱傷処置を併せて算定した場合は、併算定した処置と局所陰圧閉鎖処置の対象部位をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。

[記載例]

*算定日 21日

局所陰圧閉鎖処置（被覆材貼付）（100cm²～200cm²未満）

局所陰圧閉鎖処置初回加算（100cm²～200cm²未満） 4, 330×1

*算定日 23日、25日

局所陰圧閉鎖処置（被覆材貼付）（100cm²～200cm²未満） 1, 680×2

*算定日 27日、29日

局所陰圧閉鎖処置（被覆材貼付）（100cm²未満） 1, 600×2

その他 900×5

サ 人工腎臓について慢性維持透析以外の患者に対して「その他の場合」として算定した場合は、その理由を「摘要」欄に記載すること。

また、人工腎臓を算定した日を「摘要」欄に記載することとし、人工腎臓について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。

障害者加算又は透析液水質確保加算を算定した場合は、「摘要」欄に「障」又は「水」と表示の上、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載し、障害者加算を算定した場合においては、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月5日保医発0305第1号）別添1第2章第9部「038人工腎臓の(16)のアからツまでに規定するもののうち、該当するものを記載すること。

シ 持続緩徐式血液濾過を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の初回実施日、初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものを含む。）、1回毎の実施時間数（当該月に実施されたものに限る。）、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を「摘要」欄に記載すること。また、障害者加算を算定した場合は、上記ケの人工腎臓の例により記載すること。

ス 一酸化窒素吸入療法を算定した場合は、開始日時、終了日時及び通算時間を、また、96時間を超えて算定する場合は、その理由及び医学的根拠を「摘要」欄に記載すること。

セ 生体腎移植術を行った場合は、「手術・麻酔」欄の余白に「腎」と、生体部分肺移植術を行った場合は「肺」と表示して腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を10円で除して得た点数につき1点未満の端数を四捨五入して得た点数を合算した点数を記載すること。

この場合、食事に要した費用の額については、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成18年厚生労働省告示第99号）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」による額とすること。

なお、腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（氏名、保険者番号及び被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に添付すること。

造血幹細胞移植のうち同種移植を行った場合又は皮膚移植術（生体・培養）若しくは生体部分肝移植を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ ㊦ 又は ㊧ 若しくは ㊨ と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の添付を行うこと。

ソ 連続携帯式腹膜灌流について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に導入の年月日を記載すること。

タ 観血的手術又は超音波骨折治療法等他の療養を行わず難治性骨折電磁波電気治療法を行った場合には、「摘要」欄にその理由を詳細に記載すること。

チ 四肢（手足を含む。）の開放骨折又は粉碎骨折から3週間を超えて超音波骨折治療法を行った場合には、「摘要」欄にその理由を詳細に記載すること。

ツ 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）第九のトに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に ㊩ と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、重度の肢体不自由者及び人工腎臓を実施している状態にある患者（同告示第九のニ又はリに該当する患者）については、「摘要」欄に、「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について（平成3年11月18日老健第102-2号）におけるランクを記載すること。

テ 「複数手術に係る費用の特例」（平成22年厚生労働省告示第94号）に規定する複数手術を同時に行った場合は、「摘要」欄に従たる手術の名称を「（併施）」を付して記載し、所定点数の100分の50に相当する点数を記載すること。

ト 熱傷処置を算定した場合には、「摘要」欄に初回の処置を行った月日を記載すること。

ナ 熱傷温浴療法を算定した場合には、「摘要」欄に受傷日を記載すること。

ニ 冷却却処置を算定した場合には、「摘要」欄に内痔核の重症度を記載すること。

ヌ 干渉低周波による膀胱等刺激法を算定した場合には治療開始日を、皮膚レーザー照射療法の色素レーザー照射療法又はQスイッチ付レーザー照射療法を算定した場合には前回の治療開始日を「摘要」欄に記載すること。

ネ 両心室ペースメーカー移植術、埋込型除細動器移植術又は両室ペーシング機能付き埋込型除細動器移植術を算定した場合には、明細書に症状詳記を添付すること。

ノ 麻酔管理料（Ⅰ）又は麻酔管理料（Ⅱ）を算定した場合は、「摘要」欄に ㊪Ⅰ 又は ㊪Ⅱ と表示すること。

ハ マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を算定した場合には、各区分ごとの麻酔時間を「摘要」欄に記載すること。

ヒ 血漿交換療法又は血球成分除去療法を算定した場合は、「摘要」欄に一連の当該療法の初回実施日及び初回からの通算実施回数（当該月に実施されたものも含む。）、当該月の算定日及び1回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。

フ 局所灌流及び吸着式血液浄化法を算定した場合は、1回毎の開始時間と終了時間（当該月に実施されたものに限る。）を記載すること。

(27) 「検査・病理」欄について

ア 検査・病理診断名、回数及び点数を記載すること。所定点数の100分の90に相当する点数により算定する場合は、検査名の右に ㊫ と表示し、他と分けて記載すること。検査に当たって

薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

また、特定保険医療材料を使用した場合は、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。

イ 時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に **緊検** と表示し、検査開始日時を記載すること。引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、特殊染色加算、嫌気性培養加算、血管内超音波加算、血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定検査加算、血管内視鏡検査加算、超音波内視鏡検査加算、大腿骨同時撮影加算、狭帯域光強調加算又は粘膜点墨法加算を算定した場合は、それぞれ **特染**、**嫌培**、**血超**、**血光断**、**冠血予**、**血内**、**超内**、**腿撮**、**狭光** 又は **墨** と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ウ 外来迅速検体検査加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に **外迅検** と表示すること。また、外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合は、加算点数のみを「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に **外迅検** と表示し、当該加算を算定した日に行った検体検査の項目名を記載すること。なお、引き続き入院した場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

エ 検体検査判断料、病理診断料又は病理判断料を算定した場合には、判断料等の区分名、所定点数を「点数」欄に記載すること。区分名としては **判** と「尿」、「血」、「生Ⅰ」、「生Ⅱ」、「免」、「微」、「基」、「組診」、「細診」又は「病判」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。入院、入院外2枚の明細書を作成する場合等において判断料等を算定しない場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。また、生体検査料の各判断料を算定した場合は、検体検査判断料と同様に記載すること。区分名としては **判** と「呼」、「脳」、「神」又は「ラ」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。

オ 出血・凝固検査、血液化学検査、内分泌学的検査、腫瘍マーカーに掲げる検査（「制限回数を超えて行う診療」に係るものを除く。）、肝炎ウイルス関連検査又は自己抗体検査（これらの所定点数を準用する場合を含む。）をそれぞれ多項目の包括の規定を適用して算定した場合であっても、回数と点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄にそれらの検査名又は略称を他の検査と区別して記載すること。これらの所定点数を準用する場合は、準用した旨を記載し、当該項目数を内訳として示すこと。例えば尿と血液を用いてそれぞれ生化学的検査(Ⅰ)に掲げる項目について検査を行った場合は、判断料については「**判**生Ⅰ」と表示し、「摘要」欄に項目名、項目数を尿を用いて行った検査、血液を用いて行った検査に分けて記載し、合計項目数も記載すること。

カ 基本的検体検査実施料を算定した場合は、**基検** と表示し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

基検	(15日)	2, 100
判	基	604

キ 慢性維持透析患者外来医学管理料を算定した場合に、これに含まれる検査以外の検体検査又はこれに含まれる検査であって特例として算定を認められた検査を別に算定した場合は、その必要性を「摘要」欄に記載すること。

ク マンガン算定した場合は、「摘要」欄に高カロリー静脈栄養法を開始した日を記載するこ

と。

ケ ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド（BNP）を算定した場合は、「摘要」欄に本検査の実施日（ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド前駆体N端フラグメント（NT-proBNP）又はヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド（HANP）を併せて実施した場合は、併せて当該検査の実施日）を記載すること。

コ 尿中 β クロスラプスの2回目を算定した場合は、前回算定日を「摘要」欄に記載すること。

サ 前立腺癌の確定診断がつかずPSAを2回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。

シ 検体検査管理加算（Ⅰ）、（Ⅱ）、（Ⅲ）又は（Ⅳ）を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「検管Ⅰ」、「検管Ⅱ」、「検管Ⅲ」又は「検管Ⅳ」と表示すること。また、遺伝カウンセリング加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に「遺伝」と表示すること。

ス 赤血球不規則抗体検査を算定した場合にあっては、輸血歴又は妊娠歴がある旨を「摘要」欄に記載すること。例えば輸血歴がある場合においては、「輸血歴あり」と記載すること。

セ K920輸血料（「4」の自己血輸血を除く。）を算定した患者又は血漿成分製剤（新鮮液状血漿、新鮮凍結人血漿等）の輸注を行った患者について、HIV-1抗体価又はHIV-1、2抗体価の測定が行われた場合は、「摘要」欄に当該輸血又は輸注が行われた最終日を記載すること。

ソ 算定回数が複数月に1回のみとされている検査を実施した場合は、「摘要」欄に前回の実施日（初回の場合は初回である旨）を記載すること。

タ 埋込型心電図検査を算定した場合は、「摘要」欄に心電図が記録されていた時間を記載すること。

チ 超音波検査の「3」心臓超音波検査の「二」胎児心エコー法を算定した場合は、算定した日の胎児の週数を「摘要」欄に記載すること。

ツ 呼吸心拍監視、新生児心拍・呼吸監視、カルジオスコープ（ハートスコープ）、カルジオタコスコープを算定した場合は、「摘要」欄に算定開始月日を記載すること。

テ 皮下連続式グルコース測定を算定した場合は、「摘要」欄に「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月5日保医発0305第1号）別添1第2章第3部D231-2皮下連続式グルコース測定の（2）のア又はイに規定するもののうち、該当するものを記載すること。

ト 光トポグラフィーを算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。

ナ 神経磁気診断を算定した場合は、「摘要」欄に手術実施日又は手術実施予定日を記載し、手術が行われなかった場合は、「摘要」欄にその理由を記載すること。

ニ 筋電図検査の「2」誘発筋電図を算定した場合は、「摘要」欄に検査を行った神経を記載すること。

ヌ 網膜機能精密電気生理検査を算定した場合は、「摘要」欄に「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月5日保医発0305第1号）別添1第2章第3部D258-2網膜機能精密電気生理検査のアからウに規定するもののうち、該当するものを記載すること。また、ア及びイについては、直近の算定月日又は初回であればその旨を、ウについては手術施行（予定を含む。）月日を「摘要」欄に記載すること。

ネ 鼻腔通気度検査を算定した場合は、「摘要」欄に当該検査に関連する手術名及び手術実施日（手術前に当該検査を実施した場合においては手術実施予定日）を記載すること。

ノ 悪性腫瘍遺伝子検査を算定した場合は、「摘要」欄にその目的、結果及び選択した治療法を記載すること。

ハ 抗 I A - 2 抗体を算定した場合は、「摘要」欄にその理由及び医学的根拠を記載すること。

ヒ 抗 L K M - 1 抗体を算定した場合は、「摘要」欄に抗核抗体陰性である旨を記載すること。

フ 「制限回数を超えて行う診療」に係る検査を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「検選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他の検査と区別して記載すること。

〔記載例〕

末梢血液一般検査 2 1 × 1

末梢血液像 1 8 × 1

（検選）

A F P 1, 1 5 0 円 × 1

ヘ 関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体を 2 回以上算定する場合は、「摘要」欄に **未確** と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載すること。

ホ 小腸ファイバースコピーの「2」を算定した場合には、当該患者の症状詳記を添付すること。

マ 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製について、確定診断のために 4 種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合に、「摘要」欄に **4 免** と表示し、対象疾患名と染色抗体数を記載すること。

(28) 「画像診断」欄について

ア 画像診断の種類（撮影部位を含む。）、回数及び点数を記載すること。

イ 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に **緊画** と表示し、撮影開始日時を記載すること。引き続き入院した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ 写真診断に係る場合は、写真の部位、種類、回数及び点数を記載すること。

エ 電子画像管理加算（エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影診断料）を算定した場合には、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に **電画** と表示すること。

オ 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、(26)のイの例により「摘要」欄に記載すること。

カ フィルムを使用した場合にあっては、フィルムの種類、枚数及び大きさを記載すること。

キ 画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

ク 核医学診断又はコンピューター断層診断について、入院、入院外 2 枚の明細書を作成する場合等において当該点数を算定しないときは、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ケ 基本的エックス線診断料を算定した場合は、**基エ** と表示し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

基エ (1 5 日)

8 2 5

コ コンピューター断層撮影及び磁気共鳴コンピューター断層撮影を同一月に行った場合は、そ

れぞれ初回の実施日を「摘要」欄に記載すること。また、別の保険医療機関と共同でＣＴ又はＭＲＩを利用している保険医療機関が、当該機器を利用してコンピューター断層撮影を算定した場合は、「摘要」欄に **画診共同** と表示すること。

サ 写真診断、基本的エックス線診断、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算１を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に **写画１**、**基画１**、**核画１**、**コ画１** と表示すること。また、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算２を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に **核画２** 又は **コ画２** と表示すること。

(29) 「その他」欄について

ア 短期滞在手術基本料１を算定した場合は、「摘要」欄に **短手１** と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

短期滞在手術を算定する患者について、当該手術とは別の目的で実施した、検査及び当該検査項目等に係る判断料並びに画像診断項目の費用を算定する場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。

短期滞在手術基本料１の届出を行った保険医療機関が、短期滞在手術基本料の対象となる手術を行った場合であって入院基本料を算定する場合には、短期滞在手術基本料を算定しない理由を「摘要」欄に記載すること。

イ 外来患者に対し処方せんを交付した場合は、処方せんの項に回数及び点数を記載し、その内訳を「摘要」欄に記載すること。

なお、緊急やむを得ず、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を処方せんにより投薬した場合は、「摘要」欄にその月日及び理由を記載すること。乳幼児加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に処方期間が28日以上の場合は **特処長**、それ以外の場合は **特処** と表示し、回数及び点数を記載すること。なお、隔日及び漸増・減等で投与する場合はその旨を併せて「摘要」欄に記載すること。また、抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合は、処方せんの項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に **抗悪** と表示すること。

なお、複数の診療科を標榜する保険医療機関において、２以上の診療科で、異なる医師が処方した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、疾患名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児（者）リハビリテーション料については、疾患名及び発症月日を、摂食機能療法については治療開始日を、がん患者リハビリテーション料については、がんの種類及び特掲診療料の施設基準等別表第十の二の二の各号に掲げる当該入院中に提供した治療の種類をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを実施している患者であって、標準的算定日数を超えて月13単位を超

えて疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合（特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合）は、①これまでのリハビリテーションの実施状況（期間及び内容）、②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画と改善に要する見込み期間、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を「摘要」欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、改善に要する見込み期間とリハビリテーション継続の理由を「摘要」欄に記載した上で、当該計画書の写しを添付することでも差し支えないこと。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

〔記載例〕

本患者は、2008年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行した。右片麻痺を認めたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2009年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点から65点に改善を認めた。3月末に標準的算定日数を超えるが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、1か月程度のリハビリテーション継続により、更なる改善が見込めると判断される。

また、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。治療開始日から3月以内の患者について摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日を記載すること。

エ 早期リハビリテーション加算を算定した場合は、「摘要」欄に 早期加 と表示して、点数を記載すること。

オ リハビリテーション総合計画評価料を算定した場合は、「摘要」欄に リハ総評 と表示して、点数を記載すること。

カ 短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合は、「摘要」欄に 短リ加 と表示して、点数及び退院日を記載すること。

キ 精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、持精 と表示すること。通院・在宅精神療法を退院後4週間以内の患者について算定した場合は退院日を、標準型精神分析療法を算定した場合は当該診療に要した時間を、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアを算定した場合は当該療法のうち最初に算定した年月日を「摘要」欄に記載すること。なお、最初に算定した日から3年を経過している場合は省略して差し支えない。また、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの早期加算を算定する場合には、「摘要」欄に早と表示し、最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。

通院・在宅精神療法の「1」を算定した場合には、診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

認知療法・認知行動療法を算定した場合は、初回の算定月日と一連の治療における算定回数の合計を「摘要」欄に記載すること。

精神科継続外来支援・指導料の療養生活環境を整備するための加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精外療加」と記載すること。

精神科地域移行支援加算を算定した場合は、「摘要」欄に「精移行」と記載すること。

精神科退院前訪問指導料を2回以上算定した場合は、各々の訪問指導日を「摘要」欄に記載し、必要があつて複数の職種が共同して指導を行った場合は「複職」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)を算定する場合であつて複数の保健師等が訪問して行った場合は「複数」と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

医療保護入院等診療料を算定した場合は、患者の該当する入院形態(例:(措置入院))を記載すること。また、初診の日に通院・在宅精神療法又は心身医学療法を算定した場合は、当該診療に要した時間を「摘要」欄に記載すること。

家族等に対する入院精神療法、通院・在宅精神療法又は精神科退院指導料を算定した場合は、「摘要」欄に「家族」と表示すること。

重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、「認デイ」と表示し、回数及び合計点数を記載すること。また、重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算を算定する場合には、摘要欄に「早」と表示し、最初に当該療法を算定した年月日又は精神病床を退院した年月日を記載すること。

ク リハビリテーション及び精神科専門療法に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

ケ 放射線治療管理料を算定した場合は、「放管」と表示して、所定点数を記載すること。

コ 放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合は、「摘要」欄に「放内」と表示して、当該管理を開始した月日を記載すること。

サ 画像誘導放射線治療加算を算定した場合は、「摘要」欄に「画誘」と表示して、点数を記載すること。

シ 放射線治療料を算定した場合は、「放」と表示して、回数及び点数を記載すること。

なお、放射性粒子、高線量率イリジウム又は低線量率イリジウムを使用した場合は、「摘要」欄に当該名称及び使用量を記載すること。

ス 密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケータ又は食道アプリケータを使用した場合は、「摘要」欄に「気アプ」又は「食アプ」と表示すること。

セ 施設入所者共同指導料を算定した場合は、「施設指導」と表示して、点数を記載すること。

ソ 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手当を算定した場合は、「その他」欄に合算して記載すること。なお、医療法の一部を改正する法律(平成9年法律第125号)による改正前の医療法(昭和23年法律第205号)第4条の規定による承認を受けている病院である保険医療機関(以下「旧総合病院」という。)の入院外診療分については、当分の間、従前どおり、次表に掲げる各診療科(平成20年4月以降において医療法施行令(昭和23年政令第326号)及び医療法施行規則(昭和23年厚生省令第50号)の規定に基づき、次表に定める診療科以外の診療科名がある場合には、最も近似する次表に定める診療科)ごとに療養担当手当を算定できるものであるため、次表に掲げる診療科のうち複数診療科を受診した患者の場合には、「摘要」欄に受診した診療科名を記載すること。

診 療 科		
内 科	心臓血管外科	心 療 内 科
精 神 科	小 児 外 科	アレルギー科
神 経 科	皮膚泌尿器科	リウマチ科
神経内科	皮 膚 科	リハビリテーション科
呼吸器科	泌 尿 器 科	
消化器科	性 病 科	
胃 腸 科	こ う 門 科	
循環器科	産 婦 人 科	
小 児 科	産 科	
外 科	婦 人 科	
整形外科	眼 科	
形成外科	耳鼻いんこう科	
美容外科	気管食道科	
脳神経外科	放 射 線 科	
呼吸器外科	麻 酔 科	

タ 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーション又は精神科専門療法を実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「リハ選」又は「精選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーション又は精神科専門療法と区別して記載すること。

〔記載例１〕

運動器リハビリテーション料（Ⅰ） 175×18

実施日数 3日

（リハ選）

運動器リハビリテーション料 1,750円×1

〔記載例２〕

精神科デイ・ケア(小規模) 590×5

（精選）

精神科デイ・ケア 5,900円×1

(30) 「入院」欄について

ア 病院・診療所別の該当する文字を○で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に次に掲げる略号を用いて記載すること。なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

一般7、一般10、一般13、一般15（一般病棟入院基本料）、一般特別、一特7、一特10（一般病棟入院基本料の特別入院基本料等）、療1A、療1B、療1C、療1D、療1E、療1F、療1G、療1H、療1I、療2A、療2B、療2C、療2D、療2E、療2F、療2G、療2H、療2I、（療養病棟入院基本料）、療特（療養病棟入院基本料の特別

入院基本料)、結 7、結 10、結 13、結 15、結 18、結 20 (結核病棟入院基本料)、結特、結特 7、結特 10 (結核病棟入院基本料の特別入院基本料等)、精 10、精 13、精 15、精 18、精 20 (精神病棟入院基本料)、精特、精特 10 (精神病棟入院基本料の特別入院基本料等)、特一 7、特一 10 (特定機能病院入院基本料の一般病棟)、特結 7、特結 10、特結 13、特結 15 (特定機能病院入院基本料の結核病棟)、特精 7、特精 10、特精 13、特精 15 (特定機能病院入院基本料の精神病棟)、専 7、専 10、専 13 (専門病院入院基本料)、障 7、障 10、障 13、障 15 (障害者施設等入院基本料)、診 1、診 2、診 3 (有床診療所入院基本料)、診療 A、診療 B、診療 C、診療 D、診療 E (有床診療所療養病床入院基本料)、診療特 (有床診療所療養病床入院基本料の特別入院基本料)

イ 「入院年月日」の項は、当該医療機関における入院基本料の起算日としての入院年月日を記載すること。

ウ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟又は病床で、必要があつて患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合は、その医療上の必要性について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

エ 患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であつて、療養病棟入院基本料の入院基本料 I を算定した場合、又は有床診療所療養病床入院基本料を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であつて、有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料 E を算定した場合は、その医療上の必要性について、回復期リハビリテーション入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料の入院基本料 I を算定する場合は、非該当患者である旨について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

オ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合にあつては、次の例により、当該入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者について、該当する日ごとの入院基本料の区分、及び当該区分に係る全ての疾患又は状態等並びに ADL 区分等を「摘要」欄に記載すること。また、これらの記載については、診療報酬明細書に「医療区分・ADL 区分に係る評価票」を添付することにより代えることができる。なお、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」により請求を行う病院の場合にあつては、原則として、電子レセプトに記録すること。ただし、有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合で、入院基本料の区分に係る全ての疾患又は状態等の記載が困難な場合にあつては、主となる疾患又は状態等の記載であっても差し支えないものであること。

〔記載例 1〕

*療養病棟入院基本料 (入院基本料 A)	1, 758 × 17
*療養病棟入院基本料 (入院基本料 D)	1, 369 × 8
*療養病棟入院期間 0 1 日 ~ 2 5 日	
35 1 日 8 回以上の喀痰吸引を実施している状態	
ADL a ベッド上の可動性	6 点
ADL b 移乗ベッド上の可動性	6 点
ADL c 食事	6 点

ADL d トイレの使用 6点

*療養病棟入院期間 01日～17日

1 24時間を持続して点滴を実施

*療養病棟入院期間 01日～20日

30 肺炎に対する治療を実施

*療養病棟入院期間 10～20日

91 褥瘡に対する治療を実施している状態

*療養病棟入院期間 01日～10日

92 身体抑制を実施している

*療養病棟入院期間 12日～15日

92 身体抑制を実施している

[記載例2]

有床診療所療養病床入院基本料（入院基本料C） 764×12

療養病床入院期間 01日～12日

30 肺炎に対する治療を実施, ADL 10点

35 1日8回以上の喀痰吸引を実施している状態

※)疾患又は状態等については、「医療区分・ADL区分に係る評価票」において該当する番号の記載のみでもよい。

カ 療養病棟入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定した場合であって、当該入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者が外泊した場合には、該当する日に限り、入院基本料の区分等の「摘要」欄への記載、「医療区分・ADL区分に係る評価票」の該当欄への記載の必要はない。

キ 「入院基本料・加算」の項について

(ア) 入院基本料・加算の項には、入院基本料に係る1日当たりの所定点数（入院基本料及び入院基本料等加算の合計）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記載すること。ただし、入院基本料が月の途中で変更した場合は、同項において行を改めて、それぞれの入院基本料について同様に記載し、「摘要」欄に、変更の前後に分けて、当該所定点数の内訳を記載すること。

なお、入院基本料と入院基本料等加算を区分して、同項において行を改めて、同様に記載することも差し支えない。

(イ) 総合入院体制加算、臨床研修病院入院診療加算、超急性期脳卒中加算、妊産婦緊急搬送入院加算、診療録管理体制加算、医師事務作業補助体制加算15・20・25・50・75・100、急性期看護補助体制加算1・2、特殊疾患入院施設管理加算、看護配置加算、看護補助加算、療養環境加算、重症者等療養環境特別加算、療養病棟療養環境加算、診療所療養病床療養環境加算、重症皮膚潰瘍管理加算、緩和ケア診療加算、精神科応急入院施設管理加算、精神病棟入院時医学管理加算、精神科地域移行実施加算、精神科身体合併症管理加算、児童・思春期精神科入院医療管理加算、強度行動障害入院医療管理加算、重度アルコール依存症入院医療管理加算、摂食障害入院医療管理加算、がん診療連携拠点病院加算、栄養管理実施加算、栄養サポートチーム加算、医療安全対策加算1・2、感染防止対策加算、褥

瘡患者管理加算、褥瘡ハイリスク患者ケア加算、ハイリスク妊娠管理加算、ハイリスク分娩管理加算、慢性期病棟等退院調整加算 1・2（退院支援計画作成加算、退院加算）、急性期病棟等退院調整加算 1・2、新生児特定集中治療室退院調整加算、救急搬送患者地域連携紹介加算、救急搬送患者地域連携受入加算、総合評価加算、呼吸ケアチーム加算又は後発医薬品使用体制加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、総入体、臨修、超急、妊搬、録管、医15、医20、医25、医50、医75、医100、急看1、急看2、特疾、看配、補1（看護補助加算1）、補2（看護補助加算2）、補3（看護補助加算3）、環境、重境、療環1（療養病棟療養環境加算1）、療環2（療養病棟療養環境加算2）、療環3（療養病棟療養環境加算3）、療環4（療養病棟療養環境加算4）、診環1（診療所療養病床療養環境加算1）、診環2（診療所療養病床療養環境加算2）、重皮潰、緩和、精応、精医管、精移、精身、児思精、強行、重アル、摂障、がん診、栄管、栄サ、安全1、安全2、感防、褥管、褥ハイ、ハイ妊娠、ハイ分娩、退計1、退加1、退計2、退加2、急退1、急退2、新退、救紹、救受、総評、呼ケア、後使と表示すること。

なお、臨床研修病院入院診療加算、診療録管理体制加算、精神科応急入院施設管理加算、がん診療連携拠点病院加算、医療安全対策加算、褥瘡患者管理加算又は褥瘡ハイリスク患者ケア加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、当該加算を算定した入院年月日を、摂食障害入院医療管理加算の算定を開始した場合は、入院時のBMIの値を、強度行動障害入院医療管理加算を算定した場合は、強度行動障害スコア及び医療度判定スコアの値を、栄養サポートチーム加算又は呼吸ケアチーム加算を算定した場合は、算定日を、新生児治療回復室入院医療管理料を新生児特定集中治療室管理料及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合わせて31日以上算定した場合は、出生時体重を、重症皮膚潰瘍管理加算を算定した場合は、患者の皮膚潰瘍に係るSheaの分類を、「摘要」欄に記載し、精神科応急入院施設管理加算を算定した場合は、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（昭和25年法律第123号）第33条の4第2項に基づく精神病院の管理者から都道府県知事に対する届出の書面の写しを添付すること。

- (ウ) 地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者緊急入院診療加算、乳幼児加算、幼児加算、難病等特別入院診療加算、二類感染症患者入院診療加算、超重症児（者）入院診療加算、準超重症児（者）入院診療加算、在宅重症児（者）受入加算、HIV感染者療養環境特別加算、二類感染症患者療養環境特別加算の個室加算若しくは陰圧室加算、小児療養環境特別加算、無菌治療室管理加算、放射線治療病室管理加算、精神科措置入院診療加算又は精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に、地入診、救医、乳救医、在緊、乳、幼、難入、二感入、超重症、準超重症、在重受、感染特、個室、陰圧、小環特、無菌、放室、精措又は精隔と表示すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算又は在宅患者緊急入院診療加算を算定した入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、当該加算を算定した入院年月日を記載し、また、救急医療管理加算及び乳幼児救急医療管理加算については、「摘要」欄に「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月5日保医発0305第1号）別添1第1章第2部

A205 救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算の（２）のアからコに規定するもののうち、該当するものを記載すること。また、小児療養環境特別加算を算定した場合は、「摘要」欄に個室での管理が必要な旨及び当該患者の病態の概要を、精神科隔離室管理加算を算定した場合は、「摘要」欄に算定日を記載すること。

（エ） 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料の10対1入院基本料を算定する病棟で、一般病棟看護必要度評価加算を算定した場合は、それぞれ「一看評」、「特看評」、「専看評」と表示すること。

（オ） 褥瘡評価実施加算又は重度認知症加算を算定した場合は、「摘要」欄に「褥評」又は「重認」と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、当該加算を当月に算定した根拠となる評価（当該加算の基準に基づくADL得点又はランク）及び評価日を記載すること。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載すること。

（カ） 有床診療所入院基本料を算定している患者について、有床診療所一般病床初期加算、夜間の緊急体制確保、医師配置又は看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に「有一初」、「有緊」、「有医1」、「有医2」、「有看1」、「有看2」、「有夜看1」又は「有夜看2」と表示すること。

（キ） 療養病棟入院基本料を算定している患者について、救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「療初」と、有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した場合は、「摘要」欄に「有療初」と表示すること。救急・在宅等支援療養病床初期加算を算定した患者については、入院元を「摘要欄」に記載すること。入院元が急性期医療を担う病院である場合には、当該加算の算定対象である旨及び過去に当該患者が当該病院（病棟）から転院（転棟）した回数を記載すること（記載例1参照）。また、入院元が介護保険施設、居住系施設等又は自宅である場合には、直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること（記載例2参照）。

〔記載例1〕

入院元であるXXX病院は13：1一般病棟入院基本料を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある（転院日：○年○月○日及び○年○月○日）。

〔記載例2〕

入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。

（ク） 障害者施設等入院基本料を算定している患者について、重症児（者）受入連携加算を算定した場合は、「摘要」欄に「重受連」と表示すること。

ク 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに1日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日を記載すること。

なお、外泊した日の記載については、連続して3日を超える場合にあっては、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。

ケ 入院患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において外来を受診した場合の記載は、第3の1の（5）によること。

コ 180日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣の定める医薬品等」第九のいずれにも該当しない場合は、「摘要」欄に「選」と記載し、いずれかに該当する場合は、「摘要」欄に「選外」と記載し、その理由を簡潔に記載

すること。また、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が180日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。

サ 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に「特別」と表示すること。

シ 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成18年厚生労働省告示第104号）」に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たり点数（特定入院基本料、療養病棟入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料の場合は所定点数に100分の90を乗じて得た点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数に100分の80を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「超過」と表示すること。

ス 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の1日当たりの所定点数（離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数に100分の90又は100分の85を乗じて得た点数を、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に100分の98又は100分の97を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に「標欠7」、「標欠5」と表示すること。

セ 診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院する患者であって、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法等の施行に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月19日保医発0319第1号）（以下「DPC留意事項通知」という。）別添第1の4（1）に規定するDPC対象患者（別添第1の4（2）に規定する患者を除く）以外の患者については、「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）を参考とし、「摘要」欄に診断群分類に該当しない旨及びその理由等を記載すること。

ソ 「特定入院料・その他」の項について

（ア） 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を次の略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数（①地域加算該当施設である場合、②離島加算該当施設である場合、③救命救急入院料を算定している患者について加算がある場合、④特定集中治療室管理料を算定している患者について加算がある場合又は⑤特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料若しくは特殊疾患病棟入院料を算定している患者について加算がある場合にあつては、それぞれの加算を加えた点数）を記載すること。

救命1、救命2、救命3、救命4、救命3熱、救命4熱（救命救急入院料1、2、3、4、救命救急入院料3の広範囲熱傷特定集中治療管理料、救命救急入院料4の広範囲熱傷特定集中治療管理料）、特集1、特集2、特集2熱（特定集中治療室管理料1、2、特定集中治療室管理料2の広範囲熱傷特定集中治療管理料）、ハイ（ハイケアユニット入院医療管理料）、脳ケア（脳卒中ケアユニット入院医療管理料）、新集1、新集2（新生児特定集中治療室管理料1、2）、産集母、産集新（総合周産期特定集中治療室管理料）、新治回（新生児治療回復室入院医療管理料）、感入管（一類感染症患者入院医療管理料）、特入管（特殊疾患入院医療管理料）、小入管1、小入管2、小入管3、小入管4、小入管5（小児入院医療管理料1～5）、復り入1、復り入2（回復期リハビリテーション病棟入院料1、2）、亜入1、亜入2（亜急性期入院医療管理料1、2）、

特疾 1、特疾 2（特殊疾患病棟入院料 1、2）、緩和（緩和ケア病棟入院料）、精救 1、精救 2（精神科救急入院料 1、2）、精急 1、精急 2（精神科急性期治療病棟入院料 1、2）、精合（精神科救急・合併症入院料）、精療（精神療養病棟入院料）、認知 1、認知 2（認知症治療病棟入院料 1、2）

- (イ) 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を「摘要」欄に記載すること。また、自殺企図等による重篤な患者に対して当該患者の精神疾患にかかわる診断治療等を行った場合の加算を算定した場合、救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階 A 若しくは B である場合、高度救命救急センターである場合、急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合又は小児加算を算定した場合は、「摘要」欄に、それぞれ、**精診初**、**A 救**、**B 救**、**高救**、**薬救** 又は **小児** と表示すること。また、特定集中治療室管理料を算定している患者に対して、小児加算を算定した場合には、「摘要」欄に、**小児** と表示すること。
- (ウ) 救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算・乳幼児救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合は、死亡を確認した場所及び死亡年月日を記載すること。
- (エ) 新生児特定集中治療室管理料を総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して 22 日以上算定した場合又は総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料を新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して 22 日以上算定した場合は、出生時体重を「摘要」欄に記載すること。
- (オ) 特殊疾患入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、亜急性期入院医療管理料、特殊疾患病棟入院料、精神療養病棟入院料又は認知症治療病棟入院料を算定している患者について、必要があって患者を他の病棟等へ移動した場合は、その医療上の必要性を「摘要」欄に詳細に記載すること。また、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する病棟から転院してきた患者であって、転院後継続して回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する場合には、その旨を「摘要」欄に記載すること。
- (カ) 特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定する患者について、重症児（者）受入連携加算を算定した場合には、「摘要」欄に、**重受連** と表示すること。
- (キ) 回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者については、対象となる疾患の発症日、手術日又は損傷日を記載すること。また、入院までの間に算定開始日数控除対象入院料等において 1 日 6 単位以上の重点的なリハビリテーションが提供された場合には、当該日数を「摘要」欄に記載すること。回復期リハビリテーション病棟入院基本料を算定する患者について、重症患者回復病棟加算、休日リハビリテーション提供体制加算又はリハビリテーション充実加算を算定した場合には、「摘要」欄に、**重回**、**休リハ** 又は **充リハ** と表示すること。また、亜急性期入院医療管理料を算定する患者について、リハビリテーション提供体制加算を算定している場合には、「摘要」欄に **リハ提** と表示すること。
- (ク) 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定した場合は、当該点数の算定を開始した日を「摘要」欄に記載し、転棟患者等の場合は、転棟の必要性について併せて記載すること。医療観察法入院患者（心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（平成 15 年法律第 110 号）第 42 条

第1項第1号又は第61条第1項第1号の決定による入院患者)であった者が、引き続き精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料又は精神科救急・合併症入院料を算定する場合、医療観察法による入院の開始日及び終了日を「摘要」欄に記載すること。また、精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は精神療養病棟入院料において、統合失調症の患者に対して非定型抗精神病薬加算1を算定する場合は、非精1と表示し、非定型、定型を含めて投与している向精神病薬を全て「摘要」欄に記載すること。非定型向精神病薬加算2を算定する場合は、非精2と表示し、投与している非定型抗精神病薬を「摘要」欄に記載すること。精神療養病棟入院料において、重症加算を算定する場合は、重症と表示し、算定した日を「摘要」欄に記載すること。

(ケ) 認知症治療病棟入院料を算定する患者について、退院調整加算を算定した場合には、「摘要」欄に、認退調と表示すること。

(コ) 短期滞在手術基本料2又は3を算定した場合は、「摘要」欄に短手2又は短手3と表示し、併せて手術日及び手術名を記載すること。

(31) 90日を超える期間一般病棟に入院している患者であって特定患者に係る厚生労働大臣が定める状態等にあるもの(平成20年厚生労働省告示第62号別表第四に該当する患者)のうち、同別表第四の第七号に該当する患者について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に洗浄と、同別表第四の第八号に該当する患者について喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出を算定した場合は、「処置」欄に頻回と表示して回数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に処置名を記載すること。また、同別表第四の第三号(重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等)に該当する場合には重と記載し、該当する疾患名等を「摘要」欄に記載すること。同別表第四の第十二号に該当するものとして退院支援状況報告書の届出を行っている場合については、退支と表示すること。

(32) 一般病棟における入院期間が90日を超える患者のうち、いわゆる「特定患者」に該当する場合は、「摘要」欄に「特」と記載し、該当しない場合は、「摘要」欄に「特外」と記載し、その理由(悪性新生物に対する治療を行っている、など)を簡潔に記載すること。

(33) 「療養の給付」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の療養の給付(医療の給付を含む。以下同じ。)に係る合計点数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る記載を省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険(高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券(特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。)の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。)に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項につい

ては、以下によること。

(ア) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。ただし、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。

(イ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあつては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があつた者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けた場合にはその金額を記載すること。

なお、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

(イ) 「一部負担金額」の項は、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

(ウ) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第4項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

(エ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号二に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号二及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅰ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

(オ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハ及び同令附則第2条第7項に掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ハ及び同令附則第2条第5項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅱ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時

医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

- (力) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

- (キ) 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」の単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

- エ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

- オ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの（ア）又は（イ）により記載した額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないもの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を記載すること。ただし、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。）には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定

証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。)の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当(「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合は、10円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないもの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。特定疾患治療研究事業については食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。)の額を記載すること。

(34) 「食事・生活」欄について

ア 「基準」の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について算定した項目について次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ (入院時食事療養Ⅰ)、Ⅱ (入院時食事療養Ⅱ)

イ 「基準」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

ウ 「食堂」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る食堂加算を算定した場合に、1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ 「環境」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

オ 「基準(生)」の項には、入院時生活療養費に係る生活療養について算定した項目を次の略号を用いて記載すること。

Ⅰ (入院時生活療養Ⅰ)、Ⅱ (入院時生活療養Ⅱ)

カ 「基準(生)」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別(生)」の項の右の項に1食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

キ 後期高齢者医療に係る食事療養又は生活療養の内容が公費負担医療に係る食事療養又は生活療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

ク 月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る食事療養の給付若しくは生活療養の給付の内容が医療保険(後期高齢者医療を除く。)と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(35) 「食事・生活療養」欄について

ア 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る食事療養又は生活療養の食事の提供たる療養を行った回数及び当該食事

療養又は生活療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る食事療養又は生活療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る請求金額が第1公費に係る請求金額と同じ場合は、第2公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

イ 「標準負担額」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（生活療養標準負担額を記載した場合には、生活療養の食事の提供たる療養に係る負担額と生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る負担額の内訳を「摘要」欄に記載すること。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る負担額が第1公費に係る負担額と同じ場合は、第2公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「0」と記載すること。

ウ 健康保険法施行令第42条第3項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第4項第4号に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、(33)のウの(エ)と同様とする。ただし、高齢者医療確保法施行令第15条第1項第4号に掲げる者のうち、同令第14条第6項に規定する老齢福祉年金の受給者であって、かつ、生活療養を受ける者の場合は、「摘要」欄に、「老福」と記載すること。

エ 健康保険法施行令第42条第3項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第4項第3号及び同令附則第2条第8項又は高齢者医療確保法施行令第15条第1項第3号及び同令附則第5条第1項に掲げる者の場合は、(33)のウの(オ)と同様とする。なお、入院日数が90日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「3月超」の字句を○で囲むこと。

(36) 「摘要」欄について

ア 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に  と記載すること。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診療を行った場合についても、同様とし、この場合においては、介護保険適用の病床において、医療保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のためなど）を簡潔に記載すること。

イ 内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載すること。なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いて差し支えないこと。この場合、「摘要」欄の左側点線内に当該番号を記載すること。

ウ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例；1社・国 1単独 1本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）

を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

エ 同一明細書において医療保険と公費負担医療の給付の内容が異なる場合又は医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合は、「摘要」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

なお、医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合において、「公費分点数」欄との対応が明らかである場合はアンダーラインを省略しても差し支えないこと。

オ レセプト作成作業を電算化していない保険医療機関が、高齢受給者の一般所得者及び低所得者に係る特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業の公費負担医療の請求を行う場合には、医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。

(37) 「公費分点数」欄について

「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る請求点数を記載することとするが、併用する公費負担医療に係る請求点数が「初診」欄から「入院」欄のすべてに係る請求点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が「点数」欄に係る給付と異なる場合は、併用する公費負担医療に係る請求点数が「点数」欄に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には「公費分点数」欄に当該公費負担医療に係る請求点数を必ず記載すること。この場合において、「点数」欄に係る請求点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る請求点数を記載すること。

ただし、「点数」欄に係る請求点数と第1公費又は第2公費の請求点数が同じ場合は、縦に区分すること及び当該第1公費又は第2公費の請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(38) その他

ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療又は障害者自立支援法に係る診療実日数が、生活保護法に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支え

ないこと。

(エ) 「初診」欄から「入院」欄には生活保護法に係る回数及び点数を記載すること。

(オ) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(カ) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ 医療保険と3種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第1公費」とし、後順位の公費負担医療を順次「第2公費」、「第3公費」として、第3公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第3公費」と表示して、次の略称を用いて記載すること。また、第3公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養及び生活療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載すること。

なお、4種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。

公3（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

ウ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

エ 当該患者のうち慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方せんのみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合にあっては、「特記事項」欄に「長処」と記載すること。

オ 平成18年3月31日保医発第0331002号通知に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して回数を記載すること。

また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

カ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第2号の規定に基づく薬事法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求については、次

に掲げる方法によること。

(ア) 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。

(イ) 「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

(ウ) 治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

- a 治験の依頼者の氏名及び連絡先
- b 治験薬等の名称及び予定される効能効果
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

(エ) 自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

- a 治験責任医師の氏名及び連絡先
- b 治験薬等の名称及び予定される効能効果
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

(オ) 上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる検査、画像診断、投薬及び注射（投薬及び注射については、当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

(カ) 上記(ア)の場合であって、自ら治験を実施する者による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる投薬及び注射（当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

(キ) 特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。

ク 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

(ア) 1月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は1枚として請求すること。

(イ) 「特記事項」欄に「器治」と記載すること。

(ウ) 治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

- a 治験の依頼者の氏名及び連絡先
- b 治験機械器具等の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた

手術又は処置が行われた日

(エ) 自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

a 治験責任医師の氏名及び連絡先

b 治験機械器具等の名称

c 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機械器具等を用いた手術又は処置が行われた日

(オ) 上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験の場合においては、請求の対象となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

(カ) 治験依頼者の依頼による治験の場合であって、特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。

ケ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

コ 地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

サ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

シ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合又は「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がA又はIVであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

ス 「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBであるもの）が提示された場合又は「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がB又はIIIであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

セ 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がCであるもの）若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がC又はI若しくはIIであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

- ソ 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。
- タ 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。
- チ 「上位所得者(70歳以上の場合は現役並み所得者)の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。
- ツ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多一」と記載すること。
- テ 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多低」と記載すること。
- ト 平成21年5月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」(以下単に「実施要領」という。)に基づき直接支払制度を利用する者に関する診療報酬請求であって、かつ、実施要領に定める専用請求書中「一部負担金等」の欄に記入する金額の一部又は全部に相当する診療報酬請求である場合には、「特記事項」欄に「出産」と記載すること。
- ナ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う保険医療機関については、請求する各点数の算定日を記録して請求するものとする。ただし、平成24年3月診療分までの間は、その記録を省略するものとし、本通知の各規定により「摘要」欄に算定日を記載することとされている点数については、各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載すること。

(39) 後期高齢者医療におけるその他

- ア 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合にあつては、「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であつて、現物給付化することが困難な場合を除くこと。
- イ 介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合は「老併」と、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は「老健」と「特記事項」欄に記載すること。
 なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と、介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。
- ウ 後期高齢者医療の対象者において、公費負担医療のみの場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示すること。
- エ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者(65歳から75歳未満の者であつて、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者)が75歳に到達した月に療養を受けた場合(自己負担限度額が2分の1とならない場合)であつて、「療養の給付」欄の「負担金額」若しくは「一部負担金額」の項に金額を記載する場合、公費負担医療受給者の場合又は「特記事項」欄に「長」

と記載する場合には、「摘要」欄に「障害」と表示すること。

オ その他は、(38)のア、イ、オからセまで及びチと同様であること。

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第1 診療報酬請求書（医科・歯科 入院・入院外併用）の記載要領（様式第1（1））

Ⅱの第1の例によること。

第2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第1（3））

1 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。

また、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りでないこと。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
 千代田区長
 東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

（1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合には、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 印については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うこと。

また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名、印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「合計」欄の点数の合計を記載すること。
また、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。
ただし、「一部負担金」欄は、船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）に係るものに限り記載すれば足りるものとする。なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。
- (3) 「①合計」欄には、「医保（70以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（70以上7割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（6歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができる。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書については、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれ

の制度の該当欄に記載すること。

(5) 「区分」欄の「②計」欄には、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

(1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、生活保護法以外の公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。

(2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

(3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

(4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

(5) 「区分」欄の「③計」欄には、「公費単独」欄の件数を合計して記載すること。

9 公費負担医療のみで2種の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る分については、「備考」欄に公費負担医療制度ごとに制度の法別番号を記載し、それぞれについて、件数、点数及び控除額を合計して記載すること。

10 「総件数①+②+③」欄について

「①合計」、「②計」及び「③計」欄の請求件数を合計して記載すること。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には「備考」欄に記載した件数を合計すること。

11 「明細書枚数①+③」欄について

「①合計」及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載すること。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数を合計すること。

第2の2 診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領(様式第8)

診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えること。

1 「後期高齢者医療」欄について

(1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。

(2) 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、6の(2)と同様であること。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料(災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限

る。)」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替えること。

- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書については、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。
- (4) 所定点数を予め印刷しておき、算定回数が月に1回と限られた項目を算定した場合には、当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目を算定した場合には、算定した回数を記載することでも差し支えないこと。

また、予め印刷する点数を乳幼児加算、障害者加算又は歯科訪問診療時加算の加算後の点数と

しても差し支えないが、この場合、「特記事項」欄に「50/100」と記載するか、予め印刷しておくこと。

(5) 電子計算機の場合は、次によること。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。

また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えなく、記載しない欄については「×」を省略して差し支えないこと。

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。

エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。

オ 記載する文字は、JISX0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(1) 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。

(2) 「都道府県番号」欄について

別添2の別表2「都道府県番号表」に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。

(3) 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄については、次の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）

1 社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。）

2 公費

後期高齢者医療

3 後期

退職者医療

4 退職

（注）退職者医療には、健康保険法附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当しないこと。

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、次の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

単独

1 単独

1種の公費負担医療との併用

2 2併

2種以上の公費負担医療との併用

3 3併

（注）公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療

費を請求するものに限る。)を含むこと。

ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ 「本人・家族」欄については、次の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。未就学者である患者は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこと。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「6」を○で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 六外」（若しくは「4 六」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外一」（若しくは「8 高一」）又は「0 高外7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

オ 電子計算機の場合は、次のいずれかの方法によること。

（ア）当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

（イ）選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（5）「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁（国民健康保険については6桁）を記載すること（別添2「設定要領」の第1を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

（6）「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

（7）「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「－」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。

また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えないこと。なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載

すること。

(8) 「公費負担者番号」欄について

ア 医療券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 2 を参照）。

イ 別添 2 の別表 1「法別番号及び制度の略称表」の順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号」の項に（以下「公費負担者番号」の項に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「摘要」欄に（以下「摘要」欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第 2 公費として取り扱うものとする。

(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄について

医療券等に記入されている受給者番号 7 桁を、第 1 公費については「公費負担医療の受給者番号」の項に、第 2 公費については「摘要」欄に記載すること（別添 2「設定要領」の第 3 を参照）。

(10) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は次によること。

（ア） 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

（イ） 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後 3 月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成 21 年 12 月 31 日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後 3 月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後 3 月以内」の番号を○で囲むこと。なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分についてはそれぞれ 1 枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として 1 枚の明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することも差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下 3（下船後 3 月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、II の第 3 の 2 の (13) と同様とすること。

4 0	50/100	乳幼児加算（6 歳未満）、障害者加算又は歯科訪問診療時の加算を算定している明細書の場合
-----	--------	---

(13) 「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は、「維持管」又は「補管」の字句を、在宅療養支援歯科診療所の届出を行っている保険医療機関は、「歯援診」を、歯科外来診療環境体制加算の届出を行っている保険医療機関は、「外来環」を、歯周組織再生誘導手術の届出を行っている保険医療機関は、「GTR」を、歯科治療総合医療管理料の届出を行っている保険医療機関は、「医管」を、在宅患者歯科治療総合医療管理料の届出を行っている保険医療機関は、「在歯管」を、う蝕歯無痛的窩洞形成加算の届出を行っている保険医療機関は、「う蝕無痛」を、障害者歯科医療連携加算の届出を行っている保険医療機関は「障連」を、手術時歯根面レーザー応用加算の届出を行っている保険医療機関は、「手術歯根」を、歯科技工加算の届出を行っている保険医療機関は、「歯技工」を、明細書発行体制等加算の届出を行っている保険医療機関は、「明細」をそれぞれ○で囲むこと。なお、電子計算機の場合、○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。以下、字句を○で囲む場合及び○付きの略号を使用する場合も同様であること。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいこと。

(15) 「傷病名部位」欄について

ア 病名を同じくする歯又は部位を単位として記載すること。

イ ブリッジの病名の記載に当たっては、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を○で囲むこと。したがって、支台歯がう蝕症等に罹患している場合には部位は重複して傷病名を記載すること。

また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たりなんらかの理由により、健全歯に対し、抜髄処置を必要とした場合には、当該歯を◎で囲むこと。

ウ 歯冠修復により隙を補綴した場合は、当該歯冠修復歯に△を付記すること。

また、欠損でない1歯相当分の間隙のある場合に補綴を行った場合は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記載すること。

エ 歯科矯正の病名の記載に当たっては、主要な咬合異常の状態を記載し、併せて唇顎口蓋裂の裂型（顎変形症にあつては、頭蓋に対する上下顎骨の主要な相対的位置関係の分類（例：上顎右側偏位））等を記載すること。

オ う蝕多発傾向者の病名の記載に当たっては、病名はC管理中と記載し、歯冠修復治療を行った部位を記載すること。なお、歯式については、乳歯及び永久歯について、それぞれ記載すること。

カ う蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名の記載に当たっては、病名はC選療と記載すること。

キ クラウン・ブリッジ維持管理料を算定している保険医療機関において、クラウン・ブリッジ維持管理料を算定した補綴物の再製作等（再装着、充填を含む。）を行う場合は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対してクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した年月日及び補綴物の種類等を「摘要」欄に記載すること。

ク 傷病名の記載に当たり、傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載すること。

ケ 傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣

が定める事項、方式及び規格について」(平成21年7月30日付保発0730第8号)別添3に規定する傷病名を用いること。別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」(平成22年3月26日医療課事務連絡)にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

(16) 「診療開始日」欄について

- ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治ゆ又は死亡したもののについては、記載を省略しても差し支えないこと。
- イ 同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。
- ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(17) 「診療実日数」欄について

- ア 括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、それぞれ医療保険(健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。)、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、括弧内に記載すること。
ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。
また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。
- イ 入院外分については、診療を行った日数(開放型病院共同指導(Ⅰ)を行った日数を含む。)を記載すること。
- ウ 電話等再診の実日数は1日として数えること。なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。
- エ 同一日に初診及び再診(電話等再診を含む。)が2回以上行われた場合の実日数は1日として数えること。なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。
- オ (16)のアのただし書の場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載すること。
- カ 同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載すること。
- キ 傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同一日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

(18) 「転帰」欄について

治ゆした場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ○で囲むこと。

(19) 「初診」欄について

- ア 診療時間内の初診の場合には点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は該当文字を○で囲み当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時

間外加算と同様に記載し、「時間外」の字句の上に 特 と表示すること。

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に 特 と表示し、点数を記載することとして差し支えないこと。以下、字句の上に略号を記載する場合について同様であること。

イ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、障害者加算、初診時歯科診療導入加算、障害者歯科医療連携加算又は歯科外来診療環境体制加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「障」、「障導」、「障連」又は「外来環」の項に当該加算点数を記載すること。

(20) 「再診」欄について

ア 再診があった場合には「再診」の項に点数及び回数を記載すること。なお、同一日に2回以上の再診（電話等再診を含む。）がある場合には、「摘要」欄にその旨を記載すること。なお、電子計算機の場合は、その旨を「摘要」欄に記載することとして差し支えないこと。以下、余白に記載する場合について同様であること。

イ 時間外、休日又は深夜の場合は、該当文字を○で囲み、当該加算点数及び回数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常的时间外加算と同様に記載し、「時間外」の字句の上に 特 と表示すること。

ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算又は障害者加算を算定した場合は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」又は「障」の項に当該加算点数及び回数を記載すること。なお、月の途中から乳幼児加算等を算定しなくなった場合は、「摘要」欄にその旨を記載すること。

エ 明細書発行体制等加算を算定した場合は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載すること。

(21) 「管理」欄について

ア 歯科疾患管理料を算定した場合には、「歯管」の項に所定点数を記載すること。

また、歯科疾患管理料に係る機械的歯面清掃加算を算定した場合においては、「歯清」の項に当該加算点数を記載するとともに、歯科疾患管理料におけるフッ化物局所応用加算については「F局」の項に当該加算点数を、フッ化物洗口指導加算については「F洗」の項に当該加算点数を記載すること。なお、初診月の翌月に1回目の歯科疾患管理料を算定した場合においては、「摘要」欄に「歯管1回目」と記載すること。機械的歯面清掃加算の算定が2回目以降の場合においては、「摘要」欄に前回行った機械的歯面清掃の月を記載すること。

イ 歯科疾患管理料を算定した患者であって、治療計画に基づく一連の治療が終了した日から起算して2月を超えた場合であって、再度、初診料を算定する場合においては、「摘要」欄に当該患者の前回治療終了年月日を記載すること。

ウ 歯科衛生実地指導料1又は2を算定した場合には、「実地指」の項に所定点数を記載すること。

エ 新製有床義歯管理料、有床義歯管理料又は有床義歯長期管理料を算定した場合には、「義管」の項にそれぞれの所定点数を記載し、咬合機能回復が困難な者に対する加算を算定した場合は、「+ ×」の項に加算点数を記載すること。有床義歯調整管理料を算定した場合は、「義管」の右欄に所定点数及び回数を記載すること。

また、新製有床義歯を装着後、有床義歯管理料又は有床義歯長期管理料を算定する場合は、「摘要」欄に新製有床義歯を装着した月を記載すること。

オ 歯科治療総合医療管理料を算定した場合には、「医管」の項に、点数を記載すること。なお、算定に当たっては、主病に係る治療を行っている紹介元の保険医療機関の名称を「摘要」欄に記載すること。

(22) 「投薬・注射」欄について

ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。

また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は、「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は、全体の「その他」欄に注射の種類、点数及び回数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に注射の種別、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

イ 血漿成分製剤加算を算定した場合は、加算点数を点数欄に記載し、「摘要」欄に 血漿 と表示して、1回目の注射の実施日を記載すること。

ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方せんを交付しない場合において処方の点数及び回数を記載すること。

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（％、mL又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、投薬にあつては薬剤料に掲げる所定単位の、注射のうち皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であつて入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当たりの、それ以外の注射にあつては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合は、使用薬剤の医薬品名・使用量等を記載する必要はないものとする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

オ 入院患者に対し退院時に投薬を行った場合には、「退院時 日分投薬」と余白に記載すること。

カ 調剤技術基本料を算定する場合は、全体の「その他」欄に「調基」と表示して点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、院 を表示して当該加算後の点数を記載すること。

キ 7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合は、余白に「処方せん」と表示して「処」欄にその点数及び回数を、その他の場合には、「処」欄にその点数及び回数を記載すること。

ク 麻薬、向精神薬、覚せい剤原料又は毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載すること。

ケ 常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に 減 と表示すること。

コ 入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤（ビタミンB群製剤及びビタミンC製剤に限る。）を投与した場合は、当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を「摘要」欄に記載すること。

ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。

サ 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、当該長期投与の理由を「摘要」欄に記載すること。

シ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」を算定した場合は、「摘要」欄にそれぞれ「菌1」又は「菌2」と表示するとともに、所定点数及び算定回数を記載すること。閉鎖式接続器具を使用した場合には、「菌1器具」と記載すること。

ス 処方料又は処方せん料において、乳幼児加算を算定した場合は、それぞれの「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載すること。

セ 薬剤情報提供料を算定した場合は、「情」の項に点数及び回数を記載することとするが、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載しても差し支えないこと。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。

ソ 退院時薬剤情報管理指導料を算定した場合は、「摘要」欄に退院日を記載すること。

タ 注射に当たって特定保険医療材料を使用した場合は、(24)の二の(ウ)の例により全体の「その他」欄に記載すること。

チ 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、疾患名、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載し、処方期間が28日以上の場合は 特処長、それ以外の場合は 特処 と表示すること。

ツ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合は、IIの第3の2の(26)のウの例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

テ 外来化学療法加算を算定した場合は、当該点数を加算した点数を記載し、「摘要」欄に外来化学療法1を算定した場合は「化1」を、外来化学療法加算2を算定した場合は「化2」を表示するとともに、算定回数を記載すること。

(23) 「X線・検査」欄について

ア 全顎撮影（アナログ撮影）を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、症状の確認を行った場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマX線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15センチメートル×30センチメートルの場合は左欄に、20.3センチメートル×30.5センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載すること。

イ カラー写真等により、歯周疾患の状態を患者に示した場合は、「写」の項に所定点数及び枚数を記載すること。

ウ 電氣的根管長測定検査は、「EMR」の項にそれぞれ左から単根管、2根管、3根管、4根管の順に所定点数及び回数を記載すること。

エ 歯内療法における細菌簡易培養検査は「S培」の項に、所定点数及び回数を記載すること。

オ 顎運動関連検査を算定した場合は、「顎運動」の欄に所定点数を記載すること。なお、少数

歯欠損症例において、顎運動関連検査を実施し、当該検査に係る費用を算定する場合は、患者の咬合状態等当該検査の必要性を「摘要」欄に記載すること。

カ ブリッジにおける平行測定は、「平測」の項のうち、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は上欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれの点数及び回数を記載すること。

キ 歯周組織検査における歯周基本検査及び歯周精密検査を算定した場合には、それぞれ「基本検査」欄及び「精密検査」欄のうち、左欄の上から1歯以上10歯未満、10歯以上20歯未満、20歯以上の順にそれぞれ所定点数及び回数を記載し、混合歯列期歯周組織検査を算定した場合には、「P混検」欄に所定点数及び回数を記載すること。歯周組織検査を2回以上行った場合、2回目以後の点数はそれぞれ該当する検査欄のうち右欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた所定点数及び回数を、下段に2回以上行った場合の2回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載することとして差し支えないこと。

ク 「その他」欄について

（ア）標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合は、使用フィルムの種類、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載すること。その他の画像診断については、画像診断の種類、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。

（イ）全顎撮影（デジタル撮影）の場合は「全デジ」と表示し、枚数及びその合計点数を記載すること。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合は「単デジ」、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合は「パデジ」と表示し、点数及び回数を記載すること。その他の画像診断については、画像診断の種類、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。

（ウ）画像診断管理加算を算定した場合は、画診加と表示し所定点数を記載すること。

（エ）遠隔画像診断を行った場合は、遠画診と表示し所定点数を記載すること。

（オ）新生児又は3歳未満の乳幼児加算を算定した場合は、（ア）にかかわらず画像診断の種類、当該加算後の点数及び回数を記載すること。

（カ）記載の欄が示されていない各種の検査は、当該欄に名称、点数及び回数を記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載し、「摘要」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。

（キ）時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、「緊画」と表示し、加算点数を記載し、撮影開始日時を「摘要」欄に記載すること。また、引き続き入院した場合は、その旨を「摘要」欄に記載すること。

（ク）電子画像管理加算を算定した場合は、歯科エックス線撮影の場合は「電」、歯科パノラマ断層撮影の場合は「パ電」、その他の場合は「他電」と表示し、それぞれ加算点数を加算した所定点数及び回数を記載すること。

（ケ）基本的エックス線診断料を算定した場合は、「基工」と表示し、入院日数及び点数を次の例により記載すること。

〔記載例〕

「基工」 (15日) 825

(コ) 顎運動関連検査を算定する場合は、実施した検査名及び検査日を記載すること。

(サ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に記載し、それ以外は「摘要」欄に記載することとして差し支えないこと。以下「その他」欄において同様とすること。

(24) 「処置・手術」欄について

ア う蝕処置は、「う蝕」欄に所定点数及び回数を記載すること。

イ 歯髄保護処置のうち、歯髄温存療法を行った場合は、「保護処置」欄の左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は「保護処置」欄の中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

ウ 初期う蝕小窩裂溝填塞処置は「填塞」欄に材料料を合算した点数及び回数を記載すること。

エ 歯冠修復物又は補綴物の除去のうち簡単なものを行った場合は「除去」欄の左欄に、困難なものを行った場合は中欄に、根管内ポストを有する鑄造体の除去を行った場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。なお、歯冠修復物及び補綴物の除去を算定する場合は、「摘要」欄に除去した歯冠修復物及び補綴物の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から除去した部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。

オ 知覚過敏処置は「知覚過敏」欄のうち3歯までの場合は左欄に、4歯以上の場合は右欄にそれぞれの所定点数及び回数を記載すること。

カ 歯周疾患において咬合調整を行った場合は、1歯から10歯未満の場合は「咬調」欄の左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

キ 抜髄は、「抜髄」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。

また、歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内又は直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に実施した場合は、「その他」欄にそれぞれ抜非、抜直と表示して、算定する点数及び回数を記載すること。

ク 感染根管処置は「感染根処」欄に、根管貼薬処置は「根管貼薬」欄に、根管充填は「根充」欄に、それぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に所定点数及び回数を記載すること。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合又は抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「その他」欄に消炎拡大又は根貼と表示し、所定点数及び部位を記載すること。ただし、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合にあっては、「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。

ケ 抜髄及び根管充填を同時に行った場合は、「抜髄即充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、抜髄の所定点数及び根管充填の所定点数を合算した点数及び回数を記載すること。

コ 感染根管処置と根管充填を同時に行った場合は、「感根即充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、各所定点数の合算点数及び回数を記載すること。

サ 加圧根管充填加算については、「加圧根充」欄にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に、加算点数及び回数を記載すること。

シ 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に所定点数及び回数を記載すること。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合には、所定点数と加算点数を合計した点数及び回数を下

欄に記載すること。

ス 失活歯髄切断は、「失切」の項に所定点数及び回数を記載すること。

セ 歯周基本治療におけるスケーリングは、「スケーリング」欄に所定点数及び回数を記載し、同時に3分の1額を超えて行った場合は、「+ ×」欄に3分の1額を増すごとの加算点数及び回数を記載すること。

また、2回目以降は右欄に100分の50に相当する点数及び回数を記載し、同時に3分の1額を超えて行う場合は「+ ×」欄に3分の1額を増すごとの加算点数の100分の50に相当する点数及び回数を記載すること。

ソ 歯周疾患処置は、「P処」欄に点数及び回数を記載すること。

また、「その他」欄に部位及び使用した薬剤の名称を記載すること。なお、特定薬剤を算定した場合においては、部位のみの記載でよいこと。

タ 歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬(盲嚢搔爬)は、それぞれ「SRP」欄及び「PCur」欄のうち、「前」欄に前歯、「小」欄に小白歯、「大」欄に大白歯の順に所定点数及び回数を記載し、同一部位に対して2回以上歯周基本治療を行った場合は、2回目以降は右欄に前歯、小白歯及び大白歯の順に100分の50に相当する点数及び回数を記載すること。

チ 歯周病安定期治療を算定した場合は、「SPT」欄に所定点数を記載し、「摘要」欄には、歯周病安定期治療の前回実施月を記載すること(初回の場合は、1回目と記載すること。)

ツ 歯周基本治療処置は、「P基処」欄に点数を記載すること。

テ 各種膿瘍の切開を行った場合は、「切開」欄に点数及び回数を記載すること。

ト 抜歯は「抜歯」欄のうち乳歯は「乳」欄に、前歯は「前」欄に、臼歯は「臼」欄に、難抜歯は「難」欄に、埋伏歯は「埋」欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

また、下顎完全埋伏智歯(骨性)及び下顎水平埋伏智歯に係る加算については「+ ×」の項に、それぞれ加算点数及び回数を記載すること。なお、脳貧血等、患者の体調の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合は、「摘要」欄に抜歯を中止した旨を記載すること。

ナ 区分「I100」又は「J300」により特定薬剤を算定する場合には、その医薬品名、使用量、点数及び回数を「特定薬剤」欄に記載すること。

ニ 「その他」欄について

(ア) 処置及び手術であって該当する記載欄を設けていないもの及び該当欄に記載しきれない場合については、その処置及び手術の名称、点数及び回数を記載すること。

(イ) 診療時間以外、休日又は深夜加算を算定する処置及び手術については、その内容、点数及び回数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合においても、その内容、点数及び回数を記載すること。

(ウ) 手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、次のように記載すること。

a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。

b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。

c 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順に手術ごとに記載すること。なお、告示の名称又は通知の名称については()書きとすること。

d 保険医療機関における購入価格によってなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。

e 手術等の名称、手技の加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に記載すること。

〔記載例〕

③特定保険医療材料 「商品名」××××
(鼻孔プロテゼ) 383×1

(エ) 入院を必要とするHIV抗体陽性の患者に対して、観血的手術加算を算定した場合は、その手術の名称、加算後の点数及び回数を記載すること。

(オ) 歯周外科手術における歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術及び歯周組織再生誘導手術を算定する場合は、歯周外科手術を行った部位、算定する区分の名称及び所定点数を記載すること。

(カ) 手術時歯根面レーザー応用加算を算定した場合は、所定点数、回数及びその旨を記載すること。

ヌ 乳幼児加算、障害者加算又は歯科訪問診療時の加算等を算定する処置及び手術を行った場合は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載すること。なお、当月中に6歳の誕生日を迎え、加算を適用した点数と加算を適用しない点数を算定した場合は、記載欄には加算した点数及び回数を記載し、加算しない点数及び回数を「その他」欄に名称を付して記載することとしても差し支えないこと。以下、当月中に6歳の誕生日を迎えた場合について同様とすること。

ネ メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染症患者等に対する加算を算定した場合は「感」と、内視鏡下加算を算定した場合は「内」と記載し、加算後の点数及び回数を記載すること。

ノ 広範囲の顎骨骨髓炎の手術として抜歯を行い口腔内消炎手術の算定を行う場合は、「摘要」欄にその旨及び抜歯した歯の部位を記載すること。

ハ 歯の再植術又は歯の移植術を行った場合は、所定点数及び回数を記載すること。

(25) 「麻酔」欄について

ア 伝達麻酔は「伝麻」欄に、浸潤麻酔又は圧迫麻酔は「浸麻」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

イ 未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児(1歳以上3歳未満)加算、乳幼児(6歳未満)加算又は障害者加算等を算定する麻酔を行った場合は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載すること。

ウ 「その他」欄について

(ア) 区分「K100」により麻酔薬剤を請求する場合はその医薬品名、点数及び回数を記載すること。

(イ) 吸入鎮静法については、「IS」と記載し、所定点数及び回数を記載すること。なお、使用麻酔薬名、使用量及び点数を記載すること。

また、使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方厚生(支)局長に届け出た購入単価(単位 銭)(酸素のみ)及び当該請求に係る使用量(単位 リットル)を記載すること。なお、酸素の費用に係る請求については、IIの第3の2(26)のイのgと同様とすること。

(ウ) 静脈内鎮静法については、「静鎮」と記載し、所定点数及び回数を記載すること。なお、使用薬剤名、使用量及び点数を記載すること。

(エ) 伝達麻酔、浸潤麻酔、圧迫麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔については、その麻酔名、点数、回数及び使用麻酔薬名、使用量、点数を記載すること。

(オ) 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料については、その内容、点数及び

回数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合も同様に、その内容、点数及び回数を記載すること。

(26) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア 各欄に点数を記載する場合、技術料及び材料料を合算した点数（乳幼児加算又は障害者加算等を算定した場合は、当該加算点数を更に合算した点数）及び回数を記載すること。ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法、床修理については、技術料、材料料及び装着料を合算した点数及び回数を記載すること。

また、充填については、技術料と充填材料料を別欄に記載すること。なお、装着材料料については「装着材料」欄に、人工歯料については「人工歯」欄に点数及び回数を記載すること。

イ 補綴時診断料は、「補診」欄に所定点数を記載すること。

ウ クラウン・ブリッジ維持管理料については、「維持管理」欄の左から単冠、支台歯及びポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下のブリッジ、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上のブリッジの順にそれぞれ所定点数及び回数を記載すること。

エ 「印象」欄について

支台築造印象及び印象採得を行った場合は、それぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

オ 咬合採得を行った場合は、「咬合」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

カ 仮床試適及びワンピースキャストブリッジの試適を行った場合は、「試適」欄にそれぞれの所定点数ごとに点数及び回数を記載すること。

キ 「歯冠形成」欄について

（ア）生活歯歯冠形成については、「（生活）」の項のうち、前装鑄造冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前鑄ジ」の項の上欄に、その他の鑄造冠及びジャケット冠の場合は「前鑄ジ」の項の下欄に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

（イ）失活歯歯冠形成については、「（失活）」の項のうち、前装鑄造冠及び前歯部の4分の3冠の場合は「前鑄ジ」の項の上欄に、その他の鑄造冠及びジャケット冠の場合は「前鑄ジ」の項の下欄に、乳歯冠の場合は「乳」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

また、前装鑄造冠、鑄造冠及びジャケット冠の場合において、メタルコアにより支台築造した歯に対するものの加算については、「＋ ×」の項にその加算点数及び回数を記載すること。

（ウ）窩洞形成については、「（窩洞）」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは中欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算を算定した場合は、下欄に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。

（エ）う蝕歯即時充填形成を行った場合は、「充填」の項の上欄に点数及び回数を記載すること。

また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算を算定した場合は、下欄に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。

い。

(オ) う蝕歯インレー修復形成を行った場合は、「修形」の項に点数及び回数を記載すること。

ク 「充填」欄について

(ア) 充填に係る技術料（金属小釘を除く。）については、単純なものは左欄に、複雑なものは右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

(イ) 充填に際して「充填材料」欄には、歯科用充填材料Ⅰを用いた場合は「充Ⅰ」の項に、歯科用充填材料Ⅱを用いた場合は「充Ⅱ」の項に、歯科用充填材料Ⅲを用いた場合は「充Ⅲ」の項に、それ以外の材料を用いた場合には「その他」の項に、充填材料の点数及び回数を記載すること。

ケ 「支台築造」欄について

(ア) 支台築造のうちメタルコアを行った場合は、小臼歯及び前歯については「メタル」の項の「前小」欄に、大臼歯については「メタル」の項の「大」欄に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

(イ) その他の支台築造を行った場合は、小臼歯及び前歯については「その他」の項の「前小」欄に、大臼歯については「その他」の項の「大」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

コ 「リテイナー」欄について

「リテイナー」欄については、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

サ 「鑄造歯冠修復」欄について

(ア) 乳歯、前歯及び小臼歯を銀合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「乳前小銀」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(イ) 前歯及び小臼歯を鑄造用金銀パラジウム合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「前小パ」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(ウ) 前歯及び小臼歯を鑄造用ニッケルクロム合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「前小二」欄の左からインレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠、全部鑄造冠及び前装鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(エ) 大臼歯を鑄造用金銀パラジウム合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「大パ」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(オ) 大臼歯を鑄造用銀合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「大銀」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(カ) 大臼歯を鑄造用ニッケルクロム合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「大二」欄の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び全部鑄造冠の順に点数及び回数を記載すること。

(キ) 歯科鑄造用14カラット金合金を用いて鑄造歯冠修復を行った場合は、「14K」欄の左から、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠の順に点数及び回数を記載する。

(ク) 可動性連結装置を行った場合は、当該装置を装着した歯に対する鑄造歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数及び回数を記載すること。

(ケ) 装着材料については、「装着材料」欄に点数及び回数を記載すること。

シ 「仮着」欄について

ワンピースキャストブリッジの仮着については、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

ス テンポラリークラウンを算定した場合は、「TEK」欄に点数及び回数を記載すること。

セ 「ジ」欄、「硬ジ」欄及び「乳」欄について

(ア) ジャケット冠については、「ジ」欄に人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。

(イ) 硬質レジンジャケット冠については、「硬ジ」欄の左欄に光重合硬質レジンのもの、右欄に加熱重合硬質レジンのももの順にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

(ウ) 乳歯金属冠を行った場合は、「乳」欄に点数及び回数を記載すること。

ソ 「ポンティック」欄について

(ア) 鑄造ポンティック（ダミー）については「鑄造」の欄のうち、大臼歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ大」の項に、小臼歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ小」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ所定点数及び回数を記載すること。

(イ) 裏装ポンティック（ダミー）については、「裏装」の欄のうち、金銀パラジウム合金の前歯に対して鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作を行った場合は「パ前」の項に、小臼歯に対して金銀パラジウム合金を用いて製作を行った場合は「パ小」の項に、歯科鑄造用14カラット金合金を用いて製作した場合は「14K」の項に、その他の合金及び金属裏装を行わない場合については「他」の項に、それぞれ人工歯料を除いた点数及び回数を記載すること。

(ウ) 前装鑄造ポンティック（ダミー）については「前装」欄のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金を用いて製作した場合は「ニ」の項に、銀合金を用いて製作した場合は「銀」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

タ 「Br装着」欄について

ブリッジを装着した場合の装着料については「Br装着」欄のうち、その他のブリッジについては上欄に、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合は中欄に、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

チ 「装着」欄について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載すること。

ツ 「有床義歯」欄について

有床義歯については、該当する項に点数及び床数を記載すること。

テ 「床適合」欄について

有床義歯内面適合法を行った場合については該当する項に点数及び床数を記載すること。

ト 「床修理」欄について

有床義歯の修理を行った場合は、1～8 歯欠損の場合は上欄に、9～14 歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。また、有床義歯修理において、歯科技工加算を算定した場合は、「+」の項に所定点数及び回数を記載すること。

ナ 「人工歯」欄について

人工歯料については、点数及び回数を記載すること。なお、電子計算機の場合、「人工歯」欄の記載に当たっては、上欄左から右へ、書ききれないときは中欄及び下欄へ順次、点数及び回数を記載すること。

ニ 「バー」欄について

鑄造バーについては「鑄」欄のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて製作した場合は「パ」の項に、鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「二」の項にそれぞれ点数及び回数を記載すること。屈曲バーについては「屈曲」欄のうち、パラタルバーを製作した場合は「パ上」の項に、リングルバーを製作した場合は「下」の項に、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーを製作した場合は「不特」の項に、保持装置を使用した場合は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載すること。

ヌ 「鑄造鉤」欄について

- (ア) 歯科鑄造用 14 カラット金合金による鑄造鉤を製作した場合は「14K」欄に、鑄造用金銀パラジウム合金で製作した場合は「パ」欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。
- (イ) 前(ア)の場合の「14K」欄及び「パ」欄は、上から大・小白歯の双歯鉤、犬歯・小白歯の双歯鉤、大白歯の両翼鉤（レスト付き）、犬歯・小白歯の両翼鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の両翼鉤（レスト付き）を記載すること。
- (ウ) 鑄造用ニッケルクロム合金又は鑄造用コバルトクロム合金を用いて製作した場合は「二」欄に点数及び回数を記載すること。
- (エ) 前(ウ)の場合の「二」欄は、双歯鉤の場合は上欄に記載し、両翼鉤（レスト付き）の場合は下欄に記載すること。

ネ 「線鉤」欄について

- (ア) 歯科用 14 カラット金合金鉤用線を用いて製作した場合は「14K」欄に、不銹鋼及び特殊鋼を用いて製作した場合は「不・特」欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
- (イ) 前(ア)の場合の「14K」欄は、双歯鉤の場合は上欄に記載し、両翼鉤（レスト付き）の場合は下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。
- (ウ) 前(ア)の場合の「不・特」欄は、双歯鉤の場合は左上欄に、両翼鉤（レスト付き）の場合は左下欄に記載し、両翼鉤（レスト無し）の場合は右上欄に、フック、スパーの場合は右下欄にそれぞれ点数及び回数を記載すること。

ノ 「修理」欄について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理を行った場合は、点数及び回数を記載すること。

ハ 「その他」欄について

- (ア) 熱可塑性樹脂有床義歯等記載の欄が示されていない各種の歯冠修復及び欠損補綴は当該欄に、それぞれ名称、部位、点数及び回数を記載すること。
- (イ) 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して 6 月以内に当該有床義歯の修理を行った場合は、有床義歯修理の点数の 100 分の 50 に相当する点数と装着料を合算した点数を記載すること。なお、請求時に当該有床義歯の装着年月日を併せて記載すること。

- (ウ) 充填に際し金属小釘を使用した場合は、**釘** と記載し点数及び回数を記載すること。
- (エ) 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、その他のブリッジ、ワンピースキャストブリッジについては支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が5歯以下の場合、支台歯とポンティック（ダミー）の数の合計が6歯以上の場合に分けて、**Br再装** と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。なお、再装着する装置が1つであって、かつ「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合にあっては、部位の記載は省略して差し支えない。
- (オ) 脱離した歯冠修復物の再装着を行った場合は、**再装** と表示し、部位、点数及び回数を記載すること。なお、再装着する歯冠修復物が1つであって、かつ「傷病名部位」欄の記載から再装着する部位が明らかに特定できる場合にあっては、部位の記載を省略して差し支えない。
- (カ) 接着ブリッジ支台歯に係る歯冠形成又は鑄造歯冠修復を算定した場合は、当該ブリッジが1つであって、かつ「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合にあっては、部位の記載を省略して差し支えない。
- (27) 全体の「その他」欄について
- ア 在宅医療、リハビリテーション、入院等については、診療行為、点数及び回数を記載すること。
- イ 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した場合は、**開Ⅰ** 又は **開Ⅱ** と表示し、回数及び合計点数を記載し、開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は入院日を「摘要」欄に記載すること。
- ウ 歯科訪問診療において、初診料及び再診料の算定時に在宅患者等歯科疾患対応加算を算定した場合は、その旨、当該点数及び回数を記載すること。
- エ 歯科訪問診療1又は2を算定した場合は、点数、回数及びその旨を記載すること。緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、障害者加算、初診時歯科診療導入加算、在宅患者等急性歯科疾患対応加算又は地域医療連携体制加算がある場合は、その旨、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。なお、「摘要」欄には、訪問診療を行った日付、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）及び通院困難となった理由を記載すること。
- オ 訪問歯科衛生指導料を算定した場合は、複雑なもの及び簡単なものを区分し、それぞれ点数、回数及びその旨を記載し、「摘要」欄に日付、指導の実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。なお、訪問歯科衛生指導料を算定した月と同一月に歯科訪問診療料の算定がない場合には、直近の歯科訪問診療を行った月日を記載すること。
- カ 在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した場合は、「歯在管」と表示し、所定点数を記載すること。
- キ 歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤を算定する場合は、「簡単」、「困難」、「著しく困難」又は「複雑」等の区別を記載すること。
- ク 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、各々の所定点数と装着料を合算した点数により記載すること。
- ケ 歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定する場合は、歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法及び保定の開始の区別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した年月日を記載すること。

コ 歯科矯正管理料を算定する場合は、歯科矯正管理料を算定した年月日と動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。

サ 予測模型を算定する場合は、予測歯数を記載すること。

シ 動的処置を算定する場合は、動的処置を算定した年月日と動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日及び同一月内における算定の回数を記載すること。

ス マルチブラケット装置を算定する場合は、ステップ名及びそのステップにおける回数を記載すること。

セ 装置を撤去した場合は、撤去の費用が算定できない場合であっても、撤去した装置の名称を記載すること。

ソ 特定保険医療材料料を算定する場合において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用したときには、特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。

タ 診療情報提供料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した場合は「情Ⅰ」又は「情Ⅱ」と表示して、点数を記載し、「摘要」欄にその算定日を記載すること。なお、診療情報提供料（Ⅰ）の加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、退院患者の紹介にあたっての加算の場合は、「摘要」欄に退院日を記載するとともに、併せて「情Ⅰ加１」と表示すること。基本診療料に係る障害者加算又は歯科訪問診療料を算定している患者の紹介にあたっての加算の場合は、「摘要」欄に「情Ⅰ加２」と表示すること。

また、保険医療機関以外の機関へ情報提供を行った場合は、「摘要」欄にその情報提供先を記載すること。

チ 歯科特定疾患療養管理料、特定薬剤治療管理料、悪性腫瘍特異物質治療管理料、手術前医学管理料、手術後医学管理料、開放型病院共同指導料、退院前訪問指導料、薬剤管理指導料、診療情報提供料、がん患者カウンセリング料、入院栄養食事指導料、介護支援連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、退院時薬剤情報管理指導料及び傷病手当金意見書交付料を算定した場合は、当該項目及び点数を記載すること。

ツ 歯科特定疾患療養管理料を算定した場合は、「特疾」と表示して点数を記載すること。共同療養指導計画加算を算定した場合は、「共計」と表示して点数を記載し、併せて「摘要」欄に共同療養指導計画を共同して策定した保険医療機関及び主治の医師の氏名を記載すること。

また、退院前訪問指導料を算定した場合は、「退前」と表示して点数を記載すること。なお、退院前訪問指導料を２回算定した場合は、「摘要」欄に各々の訪問指導日を記載すること。

入院栄養食事指導料を算定した場合は、「摘要」欄に当該項目名及びその算定日を記載すること。

テ 薬剤管理指導料の「１」、「２」又は「３」を算定した場合は、「薬管」１、「薬管」２又は「薬管」３と表示して、それぞれの点数を記載するとともに、当該算定の対象となった指導を行った日を、薬剤管理指導料の「２」を算定した場合は、薬剤名を「摘要」欄にそれぞれ記載すること。

また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に指導を行った日を記載するとともに、「薬管」１、「薬管」２又は「薬管」３に併せて麻加と表示すること。

ト 傷病手当金意見書交付料を算定した場合は「傷」と表示して、点数及び交付年月日を記載すること。ただし、当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった

場合には、当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病についての診察を開始した日を、「傷病名部位」欄及び「診療開始日」欄にそれぞれ記載すること。

ナ 特定薬剤治療管理料を算定した場合は、**薬** と表示して、点数及び初回の算定年月を記載すること。なお、4月目以降の特定薬剤治療管理料を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えないこと。

ニ 悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、**悪** と表示して、点数を記載すること。この場合、行った腫瘍マーカーの検査名を「摘要」欄に記載すること。

ヌ 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、「訪問薬剤」と表示し、回数及び総点数を記載すること。

また、麻薬加算を算定した場合は「訪問薬剤」に併せて **麻** と表示すること。

ネ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、**前** と表示して点数を記載すること。退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

ノ 在宅悪性腫瘍患者指導管理料を算定した場合は、**在悪** と表示して点数を記載すること。在宅悪性腫瘍患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載し、「摘要」欄に総支給量、薬剤の総点数、所定単位当たりの薬剤名、支給量及び支給日数、特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。

ハ 退院時共同指導料1を算定した場合は、患者が入院している保険医療機関名、当該指導を行った日を記載する。なお、当該退院時共同指導料を2回算定した場合は、別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載する。

また、退院時共同指導料2を算定した場合は、当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種、当該指導を行った日を記載する。

ヒ 在宅患者連携指導料を算定した場合は、当該指導に係る情報共有先の保険医療機関又は保険薬局名、訪問看護ステーション名及び当該指導を行った日を記載する。

フ 在宅患者緊急時カンファレンス料を算定した場合は、訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関又は保険薬局、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載すること。

ヘ 手術前医学管理料及び手術後医学管理料を算定した場合は、「手前」及び「手後」と表示し、それぞれ点数を記載すること。

ホ 短期滞在手術基本料を算定した場合は、「短手1」、「短手2」又は「短手3」と表示し、併せて点数を記載すること。

マ クラウン・ブリッジ維持管理料に係る地方厚生（支）局長への届出を行った保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し、当該補綴物を装着した場合は、診療行為名並びに所定点数の100分の70に相当する点数及び回数を記載すること。

ミ 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手当を算定した場合は、「療担当」と表示して点数を記載すること。

ム 睡眠時無呼吸症候群の治療として口腔内装置治療を行った場合は、「睡眠時無呼吸」と表示し、床副子、印象採得、咬合採得、装着の点数をそれぞれ記載すること。

また、睡眠時無呼吸症候群の口腔内装置治療の紹介元保険医療機関名について、「摘要」欄に記載すること。（医科歯科併設の病院で行われた場合は、院内紹介元の担当科名を記載する

こと。)

メ 摂食機能療法を伴う舌接触補助床を算定した場合は、「舌接触補助床」と表示し、当該補助床に係る印象採得、咬合採得、装着及び床副子の所定点数をそれぞれ記載すること。

モ 術後専門的口腔衛生処置を算定した場合は、「術口衛」と表示し、所定点数を記載すること。

なお、当該入院患者の手術を行った年月日、手術名を「摘要」欄に記載すること（手術実施月を除く。）。

ヤ 「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合は、次の例により「摘要」欄に「リハ選」と記載し、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。

〔記載例〕

脳血管疾患等リハビリテーション料（Ⅱ）イ 200×18

実施日数 3日

（リハ選）

脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1

ユ 歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合は、「歯在管」と表示し、所定点数を記載すること。

口腔機能管理加算を算定した場合は、「機能管」と表示し、所定点数を記載すること。

また、歯科疾患在宅療養管理料に係る機械的歯面清掃加算を算定した場合には、「歯清」の項に当該加算点数を記載する。なお、機械的歯面清掃加算の算定が2回目以降の場合においては、「摘要」欄にその旨を記載するとともに、前回行った機械的歯面清掃の月を記載すること。

ヨ 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、所定点数及び回数を記載すること。

なお、算定に当たっては、実施治療年月日、治療時間、を「摘要」欄に記載すること。

ラ 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては、実施治療年月日及び訓練時間を「摘要」欄に記載すること。

リ 摂食機能療法を行った場合には、所定点数及び回数を記載すること。なお、算定に当たっては、摂食機能療法の実施治療年月日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、治療時間、治療内容（使用器具名等を含む。）等を「摘要」欄に記載すること。

(28) 「摘要」欄について

ア 介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に 介 と記載すること。

イ 第8部処置の通則「6」、第9部手術の通則「9」又は第10部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算（時間外加算の特例を含む。）、休日加算又は深夜加算を算定したときは、処置名、手術名又は麻酔名及び加算の種類を記載すること。

ウ 電話等再診について再診料を算定した場合は、その回数を再掲すること。

エ 障害者歯科医療連携加算を算定した場合は、当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。

オ 短期滞在手術基本料を算定した場合は、当該手術日及び手術名を記載すること。

カ 共同療養指導計画加算を算定する場合は、共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医（区分番号B002 歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。）の保険医療機関名及び氏名を記載すること。

- キ 歯科治療総合医療管理料又は在宅患者歯科治療総合医療管理料を算定した場合は、当該主病に係る紹介元保険医療機関名を記載すること。
- ク 新製有床義歯管理料を算定する場合であって、「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合は、装着部位を記載すること。
- ケ 歯科訪問診療を行った場合は、歯科訪問診療１及び２を算定できない場合であっても、歯科訪問診療を行った日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）、訪問先名（記載例：自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑）及び通院困難となった理由を記載すること。
- また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は滞在時間を記載すること。同一月内に歯科訪問診療とそれ以外の外来分の診療がある場合には、それぞれを明確に区分できるように記載すること。
- コ 歯科訪問診療料の地域医療連携体制加算の算定を行った場合は、地域医療連携体制加算に係る連携保険医療機関名を記載すること。
- サ 在宅患者等急性歯科疾患対応加算を算定する月においては、訪問先に常時携行している切削器具名を記載すること。
- シ 万一緊急やむを得ない事態が生じ、同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方せんにより投薬した場合は、その日付及び理由を記載すること。
- ス 心身医学療法を算定する場合は、確定診断を行った医科保険医療機関名（医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名）、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻（開始時刻と終了時刻）を記載すること。
- セ 暫間根管充填を行った場合又は暫間根管充填後に根管充填を行った場合は、その旨を記載すること。
- ソ エナメルボンドシステムにより暫間固定を行なった場合は、固定を行なった部位及びその方法を記載すること。
- タ 抜歯に当たって、長時間普通以上の苦心にかかわらず不成功に終わった場合で抜歯料を算定した場合は、その旨を記載すること。
- チ 抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合で麻酔料を算定した場合は、抜歯を中止したことを記載すること。
- ツ 歯内療法では治療ができなかった根尖病巣を有する保存可能な大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合は、部位、算定理由を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。
- テ デブリードマンを繰り返し算定する場合は、植皮等範囲（全身に占める割合）を記載すること。
- ト 皮膚移植術の算定に当たっては、皮膚移植者の診療報酬明細書の「摘要」欄に皮膚提供者の氏名及び療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る所定点数を記載した診療報酬明細書を添付すること。
- ナ 歯の再植術を算定するに当たっては、手術部位及び再植の理由を記載すること。
- また、歯の移植手術を算定するに当たっては、手術部位を記載すること。

なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。

- ニ 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上経過したにもかかわらず患者が来院しない場合であって、当該歯冠修復物又は欠損補綴物を算定したときは、「平成 年月分」欄は製作月を記載し、「診療実日数」欄は0とし、「転帰」欄は中止とし、該当する記載欄には装着料を含まない点数及び回数を記載し、「摘要」欄には 未 と記載するとともに、装着物の種類及び装着予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。

また、歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合には、装着物の種類及び装着予定日を記載すること。

- ヌ 未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求をおこなった歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合の装着料及び装着材料料を算定するに当たっては、その旨記載すること。

- ネ 補綴物維持管理を行っている歯冠補綴物やブリッジが脱離し、再度の装着を行った場合は、再度の装着を行った歯の部位、再度の装着日を記載すること。

- ノ 欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合は、その旨を記載すること。

- ハ 残根上に義歯を装着した場合は、その旨を記載すること。

- ヒ 地方厚生（支）局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合は、その旨を記載すること。

- フ 人工歯料の算定に当たって、同一組の人工歯を月をまたがって分割使用し、既に請求済である場合であって、当該月には人工歯料の請求がない場合にはその旨を記載すること。

- ヘ 前回は床義歯を製作してより6月が経過していない場合において、新たに有床義歯を製作した場合はその理由を記載すること。

- ホ 2歯以上の充填に際し1歯に複数窩洞の充填を行った場合は、当該歯の部位を記載すること。

- マ コンビネーションインレーを製作した場合は、その旨及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって、かつ「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合にあっては、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。

- ミ メタルコアによる支台築造物を再装着した場合は、メタルコアを再装着した旨を記載すること。

- ム 犬歯のポンティック（ダミー）が必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限り、ブリッジの設計を変更する場合には、中切歯の状態等を記載すること。

- メ 側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転移していたため間隙が1歯分しかない場合であってポンティック（ダミー）1歯のブリッジの設計とした場合には、低位唇側転移の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。

- モ 地方厚生（支）局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定するに当たっては、算定の理由を記載すること。

- ヤ 小児義歯に係る費用の算定するに当たっては、装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。なお、欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合は、その旨を記載すること。

- ユ 口蓋補綴、顎補綴を算定する場合には、患者の口腔内の状態、製作した装置の設計等を記載すること。

ヨ 有床義歯修理において、歯科技工加算を算定した場合は、「歯技工」と表示し、「預かり日」及び修理を行った当該有床義歯の「装着日」を記載すること。

ヲ 歯科矯正に係る費用の請求に当たっては、主要な咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患又は顎変形症）及び当該疾患に係る顎切除又は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名を記載すること。

また、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。

リ 請求に際して、特に説明が必要と判断される内容については、当該欄に簡潔に記載すること。

ル 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号（例；1社・国 1単独 2本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

(29) 「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載すること。

医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第1公費に係る請求点数、第2公費に係る請求点数を記載することとするが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。なお、月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数をも必ず記載すること。

公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

(30) 「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載すること。

(31) 「一部負担金額」欄について

ア 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。ただし、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。

イ 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を○で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(32) 「公費分点数」欄について

ア 「請求」の項には第1公費に係る合計点数を記載すること。なお、第2公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載すること。ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

(33) 「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。ただし、医療保険と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当の額（10円未満の端数を四捨五入する前の額）を記載すること。

(34) その他

ア 歯科の入院に係る費用の請求に当たっては、原則として医科入院の明細書を使用すること。

この場合、当該明細書の「保険種別1」欄の左の欄の「1 医科」を「3 歯科」と訂正すること。

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為については「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載すること。

イ 「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものについては、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷することは差し支えないこと。

ウ 平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示すること。なお、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

エ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を後期高齢者医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示すること。

オ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

カ 患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、IIの第3の2の(38)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。

ク 地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

ケ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。

また、実施したリハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

コ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合又は「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がA又はIVであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

サ 「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBであるもの）が提示された場合又は「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がB又はIIIであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

シ 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がCであるもの）若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がC又はI若しくはIIであるもの）が提示された場合（特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

ス 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

セ 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。

ソ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）であって、「一部負担金額」欄に金額を記載する場合又は公費負担医療受給者の場合には、「摘要」欄に「障害」と記載すること。

タ 「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。

チ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療

受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多一」と記載すること。

ツ 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多低」と記載すること。

テ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う保険医療機関については、請求する各点数の算定日を記録して請求するものとする。ただし、平成24年3月診療分までの間は、その記録を省略するものとし、本通知の各規定により「摘要」欄に算定日を記載することとされている点数については、各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載すること。

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第4）

1 「平成 年 月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「薬局コード」欄について

それぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名、 印 」欄について

（1） 保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 「印」については、当該様式に、予め保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をはぶくため、保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

（1） 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方せん受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができる。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。
- なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。

公費負担医療が2種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「請求」欄の「公費②」の項の記載を省略した明細書については、請求欄の「公費①」の項に記載した点数が、当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合には、生活保護法に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る請求分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」により示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

10 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

11 「総件数①+②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 その他

- (1) 請求に係る月の処方せん受付回数を「備考」欄に記載すること。
- (2) 服薬情報提供料、服薬指導情報提供加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方せん受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤、服薬情報提供料、服薬指導情報提供加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、外来服薬支援料又は退院時共同指導料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては1件、「受付回数」としては0件として計上すること。

第1の2 調剤報酬請求書に関する事項（様式第9）

調剤報酬請求書に関する事項については、次に掲げる事項を除き、第1の例によること。なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「処方せん受付回数」欄、「点数」欄については、第1の6の(2)と同様であること。この場合、第1の6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。

また、「一部負担金」欄については、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づく一部負担金の減額に係るものに限り記載すれば足りるものとする。

- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には、区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患

者の適正医療と児童福祉法)の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額(調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額)を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第2 調剤報酬明細書の記載要領(様式第5)

1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方せんに係る調剤分については、一括して1枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方せんについては、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方せんに基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。
- (4) 1枚の処方せんの使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方せんに係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。
- (5) 服薬情報提供料及び服薬指導情報提供加算は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。
- (6) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。
- (7) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とすること。

- (8) 1枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：1 社・国 1 単独 2 本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。
- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。
- ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢より○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。
- イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。
- ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。
- エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
- オ 記載する文字は、JIS X 0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 調剤報酬明細書に関する事項

- (1) 「平成 年 月分」欄について
調剤年月等を記載すること。
- (2) 「都道府県番号」欄について
別添2の設定要領の別表2に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。
- (3) 「薬局コード」欄について
それぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第4を参照）。
- (4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について
- ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。
- | | |
|---|-------|
| 健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。） | 1 社・国 |
| 公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。） | 2 公費 |
| 後期高齢者医療 | 3 後期 |
| 退職者医療 | 4 退職 |
- （注）退職者医療には、健康保険法附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当し

ないこと。

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

単独	1 単独
1種の公費負担医療との併用	2 2併
2種以上の公費負担医療との併用	3 3併

(注) 公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業(審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。)を含むこと。

ウ ア及びイについては、○で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、未就学者である患者は「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者(世帯主)と被保険者(その他)の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者(世帯主(高齢受給者を除く。))は「2」、被保険者(その他(未就学者である患者及び高齢受給者を除く。))は「6」を○で囲むこととし、それ以外(未就学者である患者及び高齢受給者を除く。)はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本外」(若しくは「2 本」)、「4 六外」(若しくは「4 六」)、「6 家外」(若しくは「6 家」)、「8 高外一」(若しくは「8 高一」)又は「0 高外7」(若しくは「0 高7」)の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外7

オ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

(ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

(イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号8桁(国民健康保険については6桁)を記載すること(別添2「設定要領」の第1を参照)。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、()の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 被保険者証等の「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「－」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えないこと。

(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア 調剤券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 2 を参照）。

イ 別添 2 の別表 1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第 2 公費として取り扱うものとする。

(9) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

調剤券等に記入されている受給者番号 7 桁を、第 1 公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第 2 公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること（別添 2「設定要領」の第 3 を参照）。

(10) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

（ア）該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

（イ）電子計算機の場合は元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後 3 月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、

災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれ1枚の明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

該当するものについては、IIの第3の2の(13)と同様とすること。

(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア 保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

イ 麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：○○○○○○○○○号」と記載すること。

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方せんを発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方せんに基づいて記載すること。

また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄については、平成22年9月30日までに発行された処方せんを受け付ける際には、記載を省略することができるものとする。

(15) 「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方せんを発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を1の項から順番に記載すること。処方せんを発行した医師又は歯科医師の数が10人を超えた場合は、「摘要」欄に11以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(16) 「受付回数」欄について

ア 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、

退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。)、第1公費及び第2公費に係る処方せんの受付回数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の処方せんの受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る処方せんの受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る処方せんの受付回数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る処方せんの受付回数が第1公費に係る処方せんの受付回数と同じ場合は、第2公費に係る処方せんの受付回数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に交付された処方せんを同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は1回となること。ただし、歯科診療に係る処方せんとそれ以外の処方せんについてはこの限りでない。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤、服薬情報提供、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急時等共同指導、外来服薬支援及び退院時共同指導は、受付回数としては計上しないこと。

(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は生活保護法に係る調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方せんを発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方せんを発行した医師又は歯科医師が1枚の明細書において1名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19) 「処方月日」欄について

処方せんが交付された月日を記載すること。

(20) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については、投薬全量、屯服薬については1回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載するこ

と。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

イ 異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を変なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には1欄の記載のみで差し支えないこと。

ウ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

エ 剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

オ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

（ア） 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、自家製剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）及び後発医薬品調剤加算を算定した場合

（イ） 同一処方せんにより、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として調剤料を算定した場合

カ 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針、自己連続携帯行式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット、在宅成分栄養経管栄養法に用いる在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及び本数又はセット数を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

キ 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ク 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

ケ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、IIの第3の2の(24)のウの例により「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

(22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位（内服薬にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「＊」を付すこと。

(23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあつては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数）を調剤月日ごとに記載すること。

イ 長期投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に ㊦ の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、㊦ に代えて「B」と記載することも差し支えないものであること。

また、後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に ㊧ の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、㊧ に代えて「T」と記載することも差し支えないものであること。

(24) 「調剤料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた調剤料の点数を記載すること。ただし、調剤料が算定できない場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬の分割調剤を同一薬局において行う場合には、第1回目の調剤から通算した日数に対応する調剤料から前回までに請求した調剤料の点数を減じた点数を記載すること。

(25) 「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。

(26) 「加算料」欄について

ア 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算、無菌製剤処理加算又は後発医薬品調剤加算を算定する場合は、当該欄に ㊨、㊩、㊪・㊫・㊬・㊭・㊮・㊯・㊰・㊱・㊲・㊳・㊴・㊵・㊶・㊷・㊸・㊹・㊺ 又は ㊻ の記号を付して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数を記載すること。

また、一包化加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの1欄にのみ）、一包化加算に係る点数を記載すること。

ただし、同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか1欄にのみ記載すること。

イ 一包化加算については、上記アのほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に㊩の記号を付すこと。

ウ 調剤基本料に対応する加算点数及び夜間・休日等加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

エ 電子計算機の場合は、㊪ 等の○を省略して記載しても差し支えないこと。以下、㊪ 等の記号を使用する場合について同様であること。

オ 1行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

(27) 「公費分点数」欄について

- ア 「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、調剤報酬点数が「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。
- イ 医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、0と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。
- ウ 「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る調剤報酬点数を記載すること。なお、「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。
- エ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

(28) 「摘要」欄について

- ア 介護保険に相当するサービスを行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に ㊦ と記載すること。
- イ 時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は当該調剤を行った調剤月日及び調剤時間等当該加算を算定した事由が明確にわかるよう記載すること。
- ウ 自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。
- エ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、一包化加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。
- オ 配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合には、その理由を記載すること。
- カ 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方せんの備考欄に記載されている長期投与の理由を転記すること。
- キ 調剤を行っていない月に服薬情報提供料若しくは服薬指導情報提供加算、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。
- ク 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、薬剤服用歴管理指導料を算定する場合には、算定日を記載すること。
- ケ 長期投薬情報提供料1を算定する場合は、情報提供の対象となる調剤の年月日、投薬日数及

び服薬期間中に情報提供を行った日を記載すること。長期投薬情報提供料 2 を算定する場合は、指導の対象となる調剤の年月日、投薬日数及び服薬期間中に指導を行った日を記載すること。

コ 外来服薬支援料を算定する場合は、服薬管理を支援した日、服薬支援に係る薬剤の処方医の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。

サ 退院時共同指導料を算定する場合は、指導日並びに共同して指導を行った保険医、看護師又は准看護師の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。なお、保険医等の氏名及び保険医療機関の名称については、算定対象となる患者が入院している保険医療機関とともに当該患者の退院後の在宅医療を担う保険医療機関についても記載するものであること。

シ その他請求内容について特記する必要がある場合はその事項を記載すること。

ス 「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

(29) 「調剤基本料」欄について

「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第 1 公費及び第 2 公費に係る調剤基本料（基準調剤等の届け出を行った場合にあっては、調剤基本料に基準調剤加算 1 若しくは基準調剤加算 2 又は後発医薬品調剤体制加算 1、後発医薬品調剤体制加算 2 若しくは後発医薬品調剤体制加算 3 を加算した点数。以下、調剤基本料において同じ。）に処方せん受付回数を乗じた点数及び分割調剤を行った場合は、算定可能な分割調剤の回数に 5 点を乗じた点数を合算した点数を記載すること。

また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料について、調剤基本料の場合は「基」及び注 1 に該当する場合は「基注」と記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

(30) 「時間外等加算」欄について

ア 調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は調剤料に係る夜間・休日等加算が算定される場合は、時、休、深、特 又は 夜 の記号を「保険」の項の上欄に記載すること。

イ 「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第 1 公費及び第 2 公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

(31) 「薬学管理料」欄について

ア 「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の記号と回数を下記により記載すること。

(ア) 薬剤服用歴管理指導料を算定した場合は、その回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算又は重複投薬・相互作用防止加算（処方変更あり）若しくは重複投薬・相互作用防止加算（処方変更なし）又は特定薬剤管理指導加算を算定した場合は、薬剤服用歴管理指導料の回数の次に 麻、防 A、防 B 又は 特管 の記号を付してそれぞれの回数を記載すること。

(イ) 薬剤情報提供料を算定した場合は、薬 の記号を付してその回数を記載すること。

(ウ) 長期投薬情報提供料 1 又は長期投薬情報提供料 2 を算定した場合は、それぞれ 長 A 又

は「長B」の記号を付してその回数を記載すること。

(エ) 後発医薬品情報提供料を算定した場合は、「後」の記号を付してその回数を記載すること。

(オ) 外来服薬支援料を算定した場合は、「支」の記号を付してその回数を記載すること。

(カ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、「訪A」又は「訪B」の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、「訪A」又は「訪B」の回数の次に併せて「麻」の記号を付してその回数を記載すること。なお、月に2回以上算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。

(キ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、「緊訪」の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、「緊訪」に併せて「麻」の記号を付してその回数を記載すること。

(ク) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、「緊共」の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、「緊共」に併せて「麻」の記号を付してその回数を記載すること。

(ケ) 退院時共同指導料を算定した場合は、「退共」の記号を付してその回数を記載すること。

(コ) 調剤情報提供料を算定した場合は、「調」の記号を付してその回数を記載すること。

(サ) 服薬情報提供料を算定した場合は、「服」の記号を付してその回数を記載すること。また、服薬指導情報提供加算を算定した場合は、「服」に併せて「服指」の記号を付してその回数を記載すること。

イ 「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

ウ 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の記号及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

(32) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ア 「請求」欄には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る合計点数（「調剤報酬点数」欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計をいう。(33)において同じ。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 「一部負担金額」欄については、以下によること。

(ア) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(イ) 後期高齢者医療の場合で高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を

記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を○で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

- (ウ) 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と感染症法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当の額（10円未満の端数を四捨五入する前の額）を「一部負担金額」の項に記載すること。

(33) その他

- ア 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

- イ 特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号等によらず、次の記載要領によること。

- (ア) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

- (イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

- (ウ) 生活保護法に係る処方せん受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

- (エ) 生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

- (オ) 生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の

- 項に、障害者自立支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (力) 生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (キ) 「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法に係る医師番号等を記載すること。
- (ク) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に2区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。
- (ケ) 生活保護法に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。
- ウ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、IIの第3の2の(38)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。
- エ 「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がA又はIVであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。
- オ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がB又はIIIであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。
- カ 「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がC又はI若しくはIIであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。
- キ 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。
- ク 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。
- ケ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）であって、「一部負担金額」欄に金額を記載する場合、公費負担医療受給者の場合又は「特記事項」欄に「長」と記載する場合には、「摘要」欄に障害と記載すること。

別紙 2

診療録等の記載上の注意事項

第 1 一般的事項

- 1 診療録、歯科診療録及び処方せん（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」（昭和32年厚生省令第15号）によるものであること。
- 2 処方せんの用紙は、A列5番とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、A列4番とすることが望ましいものであること。
- 3 医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。
- 4 公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第 2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

1 「公費負担者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第 2 を参照）。
- (2) 1 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）。
- (3) 2 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添 2 の別表 1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第 1 公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
- (5) 公費負担医療のみが 2 種併用される場合は、第 1 公費に係るものは左上部の該当欄に、第 2 公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の 3 種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者自立支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

- (6) 同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第 2 公費として取り扱うものとする。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている受給者番号 7 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 3 を参照）。
- (2) その他は、1 の(2)から(7)までと同様であること。

3 「保険者番号」欄について

- (1) 設定された保険者番号 8 桁（国民健康保険については 6 桁）を記載すること（別添 2「設定要領」の第 1 を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。
 - (2) 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。
 - (3) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。
- 4 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「記号・番号」欄（処方せんにあつては、「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄）について
- 健康保険被保険者証、国民健康被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の被保険者番号を記載すること。

第 3 診療録の記載上の注意事項

- 1 「受診者」欄について
 - (1) 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。
 - (2) 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを○で囲むこと。
 - (3) 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。
なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。
 - (4) 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。
なお、業務上の疑いがない場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。
 - (5) 「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。
なお、被扶養者であることが明らかである場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。
- 2 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について
被保険者証等の有効期限を記載すること。
- 3 「被保険者氏名」欄について
被保険者の姓名を記載すること。
- 4 「資格取得年月日」欄について
被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- 5 「事業所（船舶所有者）」欄について
 - (1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
 - (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- 6 「保険者」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- 7 「傷病名」欄について
- 傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成21年7月30日付保発0730第8号）別添3に規定する傷病名を用いること。
- 8 「職務」欄について
- (1) 「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲むこと。
- (2) 「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲むこと。
- 9 「開始」欄について
- 受診者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。
- 10 「終了」欄について
- 受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。
- 11 「転帰」欄について
- 受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲むこと。
- 12 「労務不能に関する意見」欄について
- (1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。
- (2) 「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。
- 13 「入院期間」欄について
- 保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。
- 14 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について
- 業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。
- 15 「備考」欄について
- 保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。
- 16 「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について
- 受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。
- 17 「処方・手術・処置等」欄について
- 受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。
- 18 「診療の点数等」欄について
- (1) 「月日」欄について
- 受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。
- (2) 「種別」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。
なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

(3) 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

(4) 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

(5) 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

(6) 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

(7) 「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19 その他

様式第1号(1)の2及び(1)の3を一葉にまとめること、(1)の3の記載事項を上下2欄に分けること等は差し支えないこと。

第4 歯科診療録の記載上の注意事項

1 「受診者」欄について

(1) 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。

(2) 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを○で囲むこと。

(3) 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。

なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。

(4) 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。

なお、業務上の疑いがない場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

(5) 「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

2 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載すること。

3 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

4 「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

5 「事業所(船舶所有者)」欄について

(1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

(2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業

所の本社等の名称を記載することでも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

6 「保険者」欄について

(1) 「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

(2) 「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

7 「部位」欄について

傷病のある部位をそれぞれ記載すること。

ただし、同一傷病名のものについては、同一欄に一括して記載しても差し支えないこと。

8 「傷病名」欄について

傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載すること。

9 「職務」欄について

(1) 「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲むこと。

(2) 「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲むこと。

10 「開始」欄について

被保険者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

11 「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

12 「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲むこと。

13 「

上
右 ——— 左
下

」欄について

(1) 予め歯牙配列図等を印刷して差し支えないこと。

(2) 必要がある場合、口腔診察の所見等を記載すること。

14 「〔主訴〕その他摘要」欄について

主訴及び参考となる事項を記載すること。

15 「労務不能に関する意見」欄について

(1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄には、被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。

(2) 「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

16 「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

17 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

18 「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。

19 「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。

20 「療法・処置」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載すること。

21 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載すること。

22 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

23 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

24 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

25 その他

「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えないこと。

第5 処方せんの記載上の注意事項

1 「患者」欄について

(1) 氏名

投薬を受ける者の姓名を記載すること。

(2) 生年月日

投薬を受ける者の生年月日を記載すること。

(3) 男・女

投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。

(4) 区分

該当するものを○で囲むこと。

2 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

3 「電話番号」欄について

保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

4 「保険医氏名[㊞]」欄について

処方せんを発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。

4の2 「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について

「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号2桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は1を、歯科は3を記載すること。「医療機関コード」欄には、それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。なお、これらの記載については、平成22年9月30日までの間は省略することができるものとする。

5 「交付年月日」欄について

患者に処方せんを交付した年月日を記載すること。

6 「処方せんの使用期間」欄について

- (1) 交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。
- (2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて3日以内又は交付の日を含めて4日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。
この場合において、当該処方せんは当該年月日の当日まで有効であること。

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

- (1) 医薬品名は、原則として薬価基準に記載されている名称を記載することとするが、一般名による記載でも差し支えないこと。

なお、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

- (2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。
- (3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。
- (4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針、自己連続携行式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット、在宅成分栄養経管栄養法に用いる在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ）を保険薬局より支給させる場合は名称及び本数又はセット数を記載すること。
- (5) 処方医が、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行っていない場合であって、処方せんに記載した先発医薬品の一部について後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したとき又は処方せんに記載した後発医薬品の一部について他の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、当該先発医薬品又は後発医薬品の銘柄名の近傍に「変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。
- (6) 処方医が、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行っていない場合であって、処方せんに記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」と記載していないものについて、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限

る。)

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服液剤として調剤する場合に限る。）

- (7) なお、内服薬の処方せんへの記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成22年1月29日付医政発0129第3号薬食発0129第5号）も参考にされたい。

8 「備考」欄について

- (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。
- (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。
- (3) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。
- (4) 未就学者である患者の場合は「6歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載すること。
- (5) 処方医が、処方せんに記載したすべての先発医薬品について後発医薬品に変更すること及びすべての後発医薬品について他の後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

9 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方せんに以下の事項を記載すること。

- (1) 「調剤済年月日」欄について
処方せんが調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方せんが調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方せんに記載すること。
- (2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について
保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
- (3) 「保険薬剤師氏名 ㊟」欄について
調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。
- (4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。
 - ア 処方せんを交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方せんに記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容
 - イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

診療報酬請求書等一覧表

区 分			様式番号
診療報酬 請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第 1 （1）
	医科、入院外	（ “ ）	“ （2）
	歯科、入院外	（ “ ）	“ （3）
	医科・歯科	（国保の被保険者に限る）	様 式 第 6
	医科、歯科	（後期高齢者に限る）	様式第 8
診療報酬 明細書	算定告示別表第 1 （医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入 院 入院外	様式第 2 （1） 様式第 2 （2）
	算定告示別表第 2 （歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	—	様 式 第 3
調剤報酬 請求書	（国保の被保険者及び後期高齢者を除く） （国保の被保険者に限る） （後期高齢者に限る）		様 式 第 4 様式第 7 様式第 9
調剤報酬 明細書	算定告示別表第 3 （調剤）	—	様 式 第 5

保険者番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領

第1 保険者番号

- 1 保険者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号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。ただし、国民健康保険（退職者医療を除く。）の保険者番号については、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号3桁、検証番号1桁、計6桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表1の(1)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表2に定める番号とする。
- 4 保険者(市町村)別番号は、協会管掌健康保険にあっては協会の都道府県支部ごとに厚生労働省保険局が、船員保険にあっては厚生労働省保険局が、国民健康保険にあっては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県が、また、組合管掌健康保険にあっては健康保険組合(社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。)ごとに地方厚生(支)局が、後期高齢者医療にあっては後期高齢者医療広域連合が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあっては各主管官庁が定める番号とする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
- (1) 法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
 - (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数字の和とする。
 - (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

例

法別番号	都道府県番号	保険者(市町村)別番号	
06 ××	13 ××	04⑧ ×××	← 起点

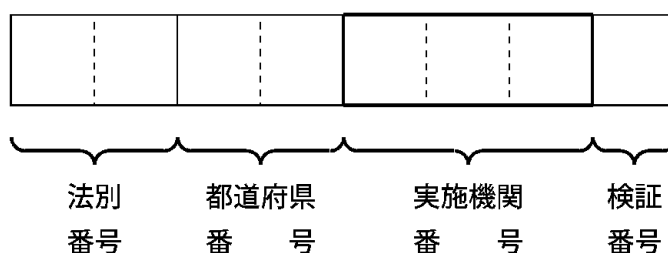
$$\begin{array}{ccccccc} 2 & 1 & & 2 & 1 & & 2 & 1 & 2 \\ \hline 0 & + & 6 & + & 2 & + & 3 & + & 0 & + & 4 & + & (1 & + & 6) & = & 22 \end{array}$$

○10-2 = 8 ----- 検証番号

- 6 保険者番号の管理は、厚生労働省保険局、都道府県知事、地方厚生（支）局、後期高齢者医療広域連合又は主管官庁において行うものとし、保険者番号の設定変更の際は、社会保険診療報酬支払基金及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。ただし、国民健康保険にあつては、都道府県知事から所在地の国民健康保険団体連合会及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとし、後期高齢者医療にあつては、後期高齢者広域連合から社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に対して速やかに連絡するものとする。

第2 公費負担者番号

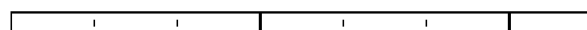
- 1 公費負担者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、実施機関番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。

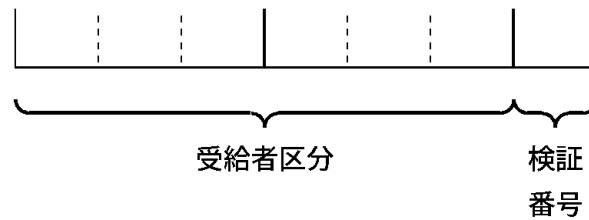


- 2 法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表1の(3)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表2に定める番号とする。
- 4 実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。
- 5 検証番号は、第1の5の例により定める。
- 6 公費負担者番号の管理は、各公費負担医療に係る第2の4の実施機関番号設定者において行うこととし、公費負担者番号の設定変更の際は、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

第3 公費負担医療の受給者番号

- 1 公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分6桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。

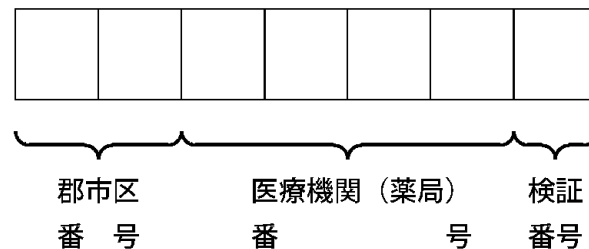




- 2 受給者区分は、各公費負担医療の受給者ごとに公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。
- 3 検証番号は、第1の5の例により定める。

第4 医療機関コード及び薬局コード

- 1 医療機関コード及び薬局コード（以下「医療機関等コード」という。）は、次のように郡市区番号2桁、医療機関（薬局）番号4桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。ただし、独立行政法人国立病院機構等の各施設を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方厚生（支）局長において郡市区番号にかえて、これらを1単位とした2桁の番号を定めても差し支えないものとする。
- 3 医療機関（薬局）番号は、医療機関について、医科にあっては1,000から2,999、歯科にあっては3,000から3,999、薬局にあっては4,000から4,999の一連番号を前記2の郡市区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、4桁の医療機関（薬局）番号のうち、中2桁又は下2桁が90となる番号は欠番とするものとする。

なお、医科と歯科が併設される医療機関にあっては、医科、歯科それぞれの医療機関番号を定めるものとする。

- 4 同一の医療機関及び薬局において、保険医療機関、保険薬局並びに公費負担医療を担当する医療機関及び薬局のうち、2以上の指定を受けているものについては、同一の医療機関等コードを付すものとする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。

- (1) 都道府県番号、点数表番号、郡市区番号及び医療機関番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。この場合の都道府県番号は別表2に定める番号とし、また、点数表番号は医科1、歯科3、薬局4とするものとする。
- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は1桁目と2桁目の数字の和とするものとする。

- (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

例

都道府県 番 号	点数表 番 号	郡市区 番 号	医療機関（薬局） 番 号	
3 4	1	0 7	1 2 3 ⑥	← 起点
×	×	×	×	×
2 1	2	1 2	1 2 1 2	

$$6 + 4 + 2 + 0 + (1 + 4) + 1 + 4 + 3 + (1 + 2) = 28$$

○ $10 - 8 = \boxed{2}$ 検証番号

○医療機関等コード 07、1236、2

- 6 医療機関等コードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、医療機関等コードの変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

別表 1

法別番号及び制度の略称表

(1)

	区 分	法別番号	制度の略称	
社 会 保 険 制 度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）	0 1	（協会）	
	船員保険	0 2	（船）	
	日雇特例被保険者の 保 険	○一般療養（法第129条、第131条及び第140条関係）	0 3	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	0 4	（日 特） 又は（特）
	組管掌健康保険	0 6	（組）	
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第22条関係）	0 7	（自）	
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付	3 9	（高）	
	国家公務員共済組合	3 1	} （共）	
	地方公務員等共済組合	3 2		
	警察共済組合	3 3		
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	3 4		
	特定健康保険組合	6 3	} （退）	
	国家公務員特定共済組合	7 2		
	地方公務員等特定共済組合	7 3		
	警察特定共済組合	7 4		
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	7 5		

（注） 63・72～75は、特例退職被保険者、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

(2)

	区 分	法 別 番 号
※	国民健康保険法による退職者医療	6 7

※ 国民健康保険制度

(3)

	区 分		法別番号	制度の略称
公 費 負 担 医	戦 傷 病 者 特 別	○療養の給付（法第10条関係）	1 3	—
	援 護 法 に よ る	○更生医療（法第20条関係）	1 4	—
	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による	○認定疾病医療（法第10条関係）	1 8	—
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○新感染症の患者の入院（法第37条関係）	2 9	—
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第81条関係）		3 0	—
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○結核患者の適正医療（法第37条の2関係）	1 0	（感37の2）
		○結核患者の入院（法第37条関係）	1 1	（結核入院）
	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律による	○措置入院（法第29条関係）	2 0	（精29）
	障害者自立支援法による	○精神通院医療（法第5条関係）	2 1	（精神通院）
		○更生医療（法第5条関係）	1 5	—
		○育成医療（法第5条関係）	1 6	—
		○療養介護医療（法第70条関係）及び基準該当療養介護医療（法第71条関係）	2 4	—
	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の8関係）		2 2	—

別表 2

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330007号）

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号。以下「一般記載要領」という。）別紙1のIと同様であること。

II 診療報酬明細書（様式第10）の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の1の(1)、(2)、(4)及び(9)と同様であること。

- (1) 同一の被保険者等が2以上の傷病について診療を受けた場合においても、1件の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）に併せて記載すること。
- (2) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証若しくは後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。また、「包括評価部分」欄にはその旨（例 社本より国保 ○年○月○日）を記載すること。

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のII第3の2の(1)から(9)まで、(11)から(13)まで、(33)から(35)まで及び(37)から(39)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあつては、入院分の記載に係る例によること。

(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には算定告示別表11に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」、「副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応するICD10コード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁まで））。

以下同じ。)を記載すること。「副傷病名」欄には副傷病名及びその対応するICD10コードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(平成21年7月30日)別添3に規定する傷病名を用いること。また、別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」(平成22年3月26日医療課事務連絡)にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

(4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日(一般病棟以外の病棟(以下「対象外病棟」という。)から一般病棟に転棟した場合は転棟年月日)を和暦により記載すること。ただし、入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断された患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、医療資源を最も投入した傷病名が同一である患者については当該病院の入院年月日を、医療資源を最も投入した傷病名が同一ではない患者については診断群分類区分に該当すると判断された日を記載すること。

なお、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院があった場合には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。

(5) 「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

なお、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。

(6) 「診療実日数」欄について

① 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険(健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。)、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

② 診療実日数は、入院日数を記載することとし、入退院日は、それぞれ1日として数えること。

なお、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院があった場合には、当該退院日の翌日から再入院の前日までの日数は含めないこと。

(7) 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1 治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2 軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3 寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4 不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5 増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6 死亡

医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合

7 外死亡

一般病棟以外又は入院日Ⅲを超えている等に該当し対象外となった場合 9 その他

(8) 「傷病情報」欄について

- ① 「傷病情報」欄については、次に掲げるア及びイの事項については必ず記載し、ウからオまでの事項については該当がある場合は順次記載すること。「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合、「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、出来高算定部分の記載内容にも配意しつつ、重要なものからそれぞれ最大4つまで記載すること。退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が、診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成21年7月30日）別添3に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICD10コードを用いること。また、別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（平成22年3月26日医療課事務連絡）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として1つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載すること。

ウ 「医療資源を2番目に投入した傷病名」

医療資源を2番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

- ② 心身医学療法を算定する場合にあつては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。なお、この際のICD10コードは、身体的傷病に対応するコードによること。

- ③ 「転帰」欄に「7 外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。

(9) 「入退院情報」欄について

「入退院情報」欄については、次に掲げる②の事項については必ず記載し、①、③及び④の事項については該当がある場合は順次記載すること。

① 「一般病棟以外の病棟移動の有無」について

対象外病棟へ転棟又は対象外病棟から一般病棟へ転棟した場合は、「有」と記載すること。

② 「予定・緊急入院区分」について

予め当該医療機関に入院すること（入院日）が決まっていた場合は「1 予定入院」、それ以外の場合は「2 緊急入院」と記載すること。ただし、緊急入院等の場合のうち、救急自動車又はドクターヘリにより搬入された場合は「3 緊急入院（2以外の場合）」と記載すること。

③ 「前回退院年月日」について

当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。

④ 「前回同一傷病での入院の有無」について

当該医療機関において前回と同一傷病で入院した場合に「有」を記載すること。

(10) 「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を記載すること。

① 入院時年齢、出生時体重、JCS（Japan Coma Scale）、Burn Index。

② 手術、手術・処置等1、手術・処置等2について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合にあっては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）。

なお、手術・処置等1及び手術・処置等2において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日。

③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあっては、重症度等。

(11) 「包括評価部分」欄について

① 「包括評価部分」欄については、診断群分類点数表等に基づき、各月の算定式を記載すること。（記載例参照）

② 入院月が複数月ある場合は、退院するまでの各月診療分を全て記載すること。

③ 退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「〇月請求分」として記載すること。

④ 診療報酬改定日以降の診療報酬明細書については、診療報酬改定日以前の請求月分までの算定式の記載を省略して差し支えないこと。

⑤ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した2日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。

⑥ 診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院については、「3日以内の再入院までの日 ○日、○日」と記載すること。なお、当該診療年月の月末日に退院した後、翌月3日以内に当該傷病名による再入院を行う予定がある場合には、「翌月再入院予定あり」と記載すること。

（記載例）

※ 入院日Ⅰ以下：入Ⅰ

入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下：入Ⅱ

入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下：入Ⅲ

1点未満については四捨五入

例1：脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2 1あり

（4月3日入院、6月4日退院の場合）の例（6月診療分）

	4月請求分
入Ⅰ	$3,041 \times 16 = \text{小計} \cdots a$
入Ⅱ	$2,221 \times 12 = \text{小計} \cdots b$

		$(a+b) \times 4 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計}$
		5月請求分
		入Ⅱ $2,221 \times 3 = \text{小計} \cdots c$
1	93	入Ⅲ $1,888 \times 28 = \text{小計} \cdots d$
		$(c+d) \times 5 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計}$
		6月請求分
		入Ⅲ $1,888 \times 4 = \text{小計} \cdots e$
		$e \times 6 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計}$

例2：急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 手術・処置等2 なし
→ 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 手術・処置等2 3あ
りに変更の場合

(4月17日入院、5月3日診断群分類区分変更、5月12日退院の場合)の例
(5月診療分)

		4月請求分
		入Ⅰ $3,013 \times 7 = \text{小計} \cdots a$
		入Ⅱ $2,227 \times 7 = \text{小計} \cdots b$
		$(a+b) \times 4 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計} \cdots A$
		5月診療分
		入Ⅱ $2,523 \times 2 = \text{小計} \cdots c$
		入Ⅲ $2,145 \times 10 = \text{小計} \cdots d$
		$(c+d) \times 5 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計} \cdots B$
		調整分
1	93	入Ⅰ $3,844 \times 8 = \text{小計} \cdots e$
		入Ⅱ $2,523 \times 6 = \text{小計} \cdots f$
		$((e+f) \times 4 \text{ 月医療機関別係数}) - A = \text{小計} \cdots C$
		5月請求分 $B + C = \text{合計}$

(12) 「出来高部分」欄について

① 算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の(20)から(32)までの例によるものとする。

② 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

ア 特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数を記載すること。

なお、救命救急入院料を算定している患者、特定集中治療室管理料を算定している患者及び小児入院医療管理料を算定している患者について加算がある場合にあっては、それぞれの加算後の点数を記載すること。

イ 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「今回入院年月日」の欄の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。

ウ 新生児特定集中治療室管理料を総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合又は総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料を新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合は、出生時体重を記載すること。

- ③ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う保険医療機関については、請求する各点数の算定日を記録して請求するものとする。ただし、平成24年3月診療分までの間は、その記録を省略するものとし、①の規定により「出来高」欄に算定日を記載することとされている点数については、①の規定に従い、「出来高」欄に算定日を記載すること。

(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について

明細書については、その診療行為の内容がわかる情報（以下「コーディングデータ」という。）を別添様式により添付すること。

その場合の具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

- ① 明細書及びコーディングデータについては、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」により提出すること。

ただし、それが困難な場合であって明細書を紙媒体により提出する場合についても、コーディングデータは別添様式により電子媒体にて提出すること。

- ② コーディングデータについては、明細書の該当月における包括評価による算定を行った期間の診療行為、医薬品及び特定器材の情報（以下「診療行為等」という。）を医科点数表の項目に従い入力すること。なお、特定入院料等を算定している期間については、当該特定入院料等に包括される診療行為等のうち、コーディングに係る診療行為等も併せて入力すること。

(14) その他について

- ① 「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する「負担区分コード番号」（別表）及び「診療識別コード番号」（別表）を順次記載すること。

- ② 「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。

- ③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独 1本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

- ④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第2（一））」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、1件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の（1）から（9）まで、（11）から（13）まで及び（18）並びに本通知Ⅱの2の（1）と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書1件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

なお、当該記載においては、総括表の「出来高」欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること。

（例）

算定告示第1項第1号に該当する患者 入院後24時間以内に死亡した患者又は生後1週間以内に死亡した新生児

同	第1項第2号に該当する患者	治験の対象患者
同	第1項第3号に該当する患者	臓器の移植術を受ける患者
同	第1項第4号に該当する患者	先進医療である療養を受ける患者
同	第1項第5号に該当する患者	包括対象とならない入院料を算定する患者
同	第1項第6号に該当する患者	区分番号J x x xに掲げる〇〇〇を受ける患者、区分番号K x x xに掲げる〇〇〇を受ける患者又は〇〇〇の薬剤を投与される患者

※「区分番号J x x xに掲げる〇〇〇」、「区分番号K x x xに掲げる〇〇〇」又は「〇〇〇の薬剤」には、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者」（平成20年厚生労働省告示第94号）に掲げる医科診療報酬点数表の区分番号及びその名称又は薬剤名を記載する。

同	別表11の診断群分類点数表に該当しない患者	診断群分類区分 x x x x x x x x x x x x x x に該当する患者
---	-----------------------	---

※「診断群分類区分 x x x x x x x x x x x x x x」には、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（平成22年3月19日保医発0319第1号）別添1診断群分類定義樹形図に記載されている診断群分類区分（14桁コード）を記載する。

なお、入院日Ⅲを超えて入院している患者については、直近に算定していた診断群分類区分を記載する。

⑤ 当該病院における入院医療について、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合は、④の例により記載すること。

なお、総括表の「出来高」欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

⑥ ④及び⑤の場合において、各種（減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超）のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

⑦ 入院中にやむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「出来高」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、他医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為等の近傍に他と記載すること。

(別 表)

・負担区分コード番号

		負担区分 コード番号	医療保険 (後期高齢者)	公費①	公費②	公費③	公費④
医療 保 険 と 公 費 又 は 公 費 と 公 費 の 併 用	1者	1	○				
		5		○			
		6			○		
		B				○	
		C					○
	2者	2	○	○			
		3	○		○		
		E	○			○	
		G	○				○
		7		○	○		
		H		○		○	
		I		○			○
		J			○	○	
		K			○		○
		L				○	○
	3者	4	○	○	○		
		M	○	○		○	
		N	○	○			○
		O	○		○	○	
		P	○		○		○
		Q	○			○	○
		R		○	○	○	
		S		○	○		○
		T		○		○	○
		U			○	○	○
	4者	V	○	○	○	○	
		W	○	○	○		○
		X	○	○		○	○
		Y	○		○	○	○
		Z		○	○	○	○
	5者	9	○	○	○	○	○

注1 ○は請求点数のある管掌（法別）である。

2 国民健康保険又は退職者医療については、医療保険を国民健康保険又は退職者医療と読み替える。

・ 診療識別コード番号

診 療 識 別	コード番号
初 診	11
医学管理	13
在 宅	14
内 服	21
屯 服	22
外 用	23
調 剤	24
麻 毒	26
調 基	27
投薬その他	28
皮下筋肉内	31
静 脈 内	32
注射その他	33
薬剤料減点	39
処 置	40
手 術	50
麻 酔	54
検査・病理	60
画像診断	70
そ の 他	80
入院基本料	90
特定入院料・その他	92
診断群分類	93
食事療養・標準負担額	97

別添様式

コーディングデータに係る記録条件仕様

平成22年4月版

目 次（１／２）

	頁
光ディスク等を用いた費用の請求に関する事項	1
1 光ディスクに関する事項	1
（１）マグネットオプティカルディスク（MO）	1
ア 媒体関連仕様	1
（ア）媒体及び物理フォーマット	1
（イ）論理フォーマット	1
（ウ）ファイル構成	1
イ 情報表記仕様	1
（ア）提出ファイルの構成	1
（イ）提出ファイル構成イメージ	3
（ウ）レコード形式	4
（エ）内容を表示する文字の符号	5
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	6
（ア）医療機関情報	6
（イ）レセプト共通情報	7
（ウ）レセプト情報	9
（エ）コーディングデータ情報	11
（オ）診療報酬請求書情報	12
（２）コンパクトディスク（CD-R）	13
ア 媒体関連仕様	13
（ア）媒体及び物理フォーマット	13
（イ）論理フォーマット	13
（ウ）ファイル構成	13
イ 情報表記仕様	13
（ア）提出ファイルの構成	13
（イ）提出ファイル構成イメージ	13
（ウ）レコード形式	13
（エ）内容を表示する文字の符号	13
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	13
（ア）医療機関情報	13
（イ）レセプト共通情報	13
（ウ）レセプト情報	13
（エ）コーディングデータ情報	13
（オ）診療報酬請求書情報	13
2 フレキシブルディスク（FD）に関する事項	14
（１）媒体関連仕様	14
ア 媒体及び物理フォーマット	14
（ア）媒体	14
（イ）物理フォーマット	14
イ 論理フォーマット	14
ウ ファイル構成	14
（２）情報表記仕様	14
ア 提出ファイルの構成	14
イ 提出ファイル構成イメージ	14
ウ レコード形式	14
エ 内容を表示する文字の符号	14
（３）各種レコードの記録要領に関する事項	14
ア 医療機関情報	14
イ レセプト共通情報	14
ウ レセプト情報	14
エ コーディングデータ情報	14
オ 診療報酬請求書情報	14

目 次（2／2）

	頁
別 表 各種コードに関する事項	1 5
別表 1 審査支払機関コード	1 5
別表 2 都道府県コード	1 6
別表 3 点数表コード	1 7
別表 4 診療科名コード	1 7
別表 5 年号区分コード	1 8
別表 6 レセプト種別コード（D P C）	1 9
別表 7 男女区分コード	2 0
別表 8 診療識別コード	2 1
別表 9 特定器材単位コード	2 2
別 添 電子媒体への表記	2 4

光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項

保険医療機関から審査支払機関へのコーディングデータの提出を行う場合の厚生労働大臣の定める光ディスク若しくはフレキシブルディスクに係る規格及び厚生労働大臣の定める方式については、記録形式をMS-DOSフォーマットのCSV形式とする。

なお、提出については光ディスク等に所要の事項を記載したラベル（別添）を貼付する。

1 光ディスクに関する事項

(1) マグネットオプティカルディスク（MO）

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

JISX6275-1997に適合する90mm230MB又はJISX6277-1998に適合する90mm640MBの光ディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

光ディスクの論理フォーマットはJISX0605-1997に規定する情報記録方式に準拠する。

(ウ) ファイル構成

光ディスクのファイル構成は以下に規定するものを除きJISX0605-1997に準拠する。

a ルートディレクトリのディレクトリ項目は以下のとおりとする。

(a) ボリュームラベル項目の有無は任意とする。

(b) サブディレクトリ指示項目はあってはならない。

(c) ディレクトリ項目のうち使用中のファイル項目を以下に示す。

文字位置	名 前	内 容
1～ 8	名前	“CODING”
9～11	拡張名	“DPC”
12	属性	(00)又は(20)
13～22	予約	JISX0605-1997に準拠
23～24	記録時刻	JISX0605-1997に準拠
25～26	記録日付	JISX0605-1997に準拠
27～28	先頭クラスタ番号	JISX0605-1997に準拠
29～32	ファイル長	JISX0605-1997に準拠

注1 文字列は、記述する文字を引用符でくくって表現する。

2 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

b その他のディレクトリ項目はすべて空きディレクトリ項目でなければならない。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

a ファイルは1ボリューム1ファイルとする。

b 1ボリュームに収まらないような保険医療機関単位のレセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

c ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

d レセプトファイルを構成するレセプトは、D P C レセプト及び総括対象D P C レセプトとする。

区 分	内 容
D P C レセプト	診断群分類適用入院レセプト
総括対象D P C レセプト	総括レセプトの明細情報である診断群分類適用入院レセプト

なお、D P C レセプト及び総括対象D P C レセプトは同一ファイルに記録する。

e ファイルは、医療機関情報、D P C レセプト、総括対象D P C レセプト及び診療報酬請求書情報により構成し、保険医療機関単位に医療機関情報、D P C レセプト又は総括対象D P C 及び診療報酬請求書情報の順に記録する。

f 医療機関情報は、医療機関情報レコードにより構成する。

g 診療報酬請求書情報は、診療報酬請求書レコードにより構成する。

h D P C レセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

i 総括対象D P C レセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

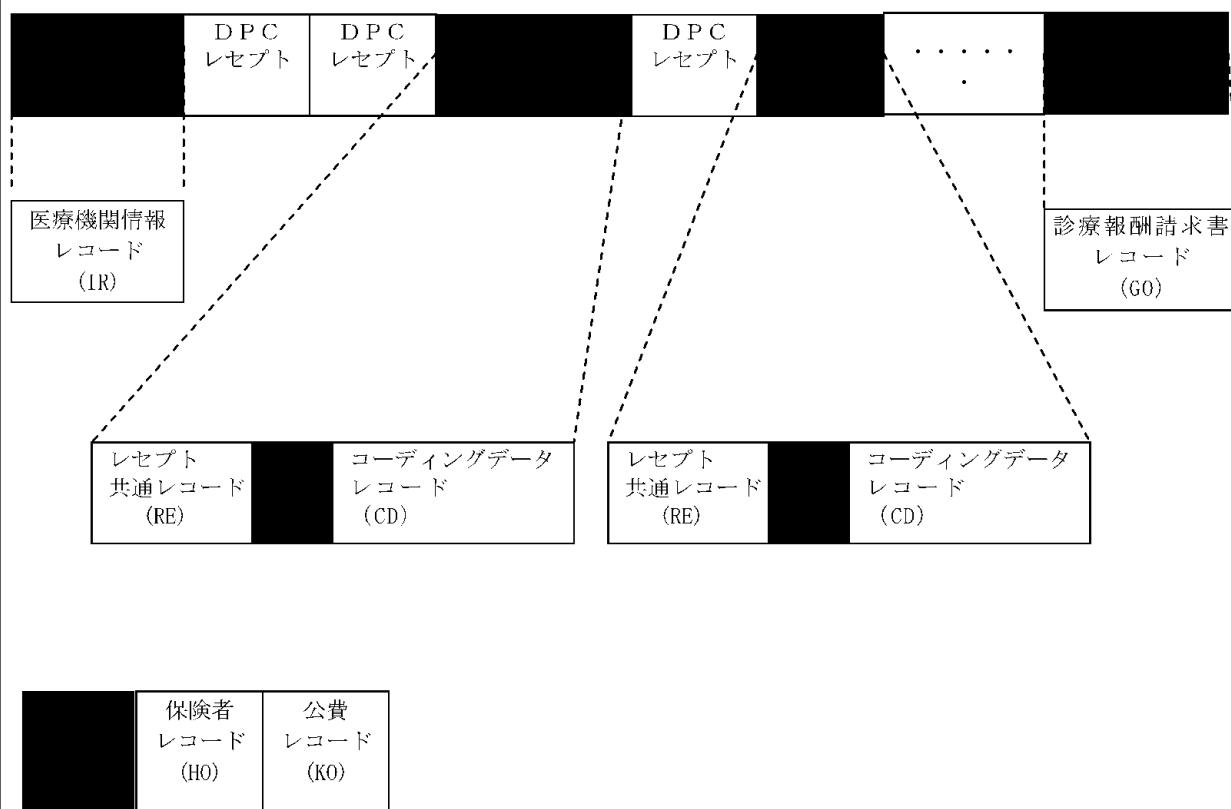
j レセプト共通情報は、レセプト共通レコードにより構成し、D P C レセプト及び総括対象D P C レセプトの先頭に記録する。

k レセプト情報は、保険者レコード及び公費レコード（複数記録可能）により構成し、レセプト種別に応じて必要なレコードの組み合わせにより、D P C レセプト及び総括対象D P C レセプトに記録する。

l ファイル最終レコードの最終部分は、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列（以下「E O F コード」という。）を記録する。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

提出ファイル



(ウ) レコード形式

- a レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを記録する。
- b レコードにおける各項目間は、項目の区切りを示す1バイトの文字列（以下「コンマ」という。）で区切り識別する。
- c 各項目は最大バイト数を規定するのみとする。項目形式が固定の項目については最大バイト数までの記録を必須とする。項目形式が可変の項目で記録内容が最大桁数に満たない場合は、有効桁数までの記録としても差し支えないものとする。
モード毎の有効桁の判断は次のとおりとする。

モード	有効桁の判断
数字モード	上位桁のゼロを除いた数字
英数モード	有効文字以降に継続する“英数スペース”を除いた英数文字
英数モード (小数点付き数字)	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字（小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く）
英数モード (符号付き数字)	上位桁のゼロを除いた数字（マイナスの場合、符号1桁＋上位桁のゼロを除いた数字）
漢字モード	有効文字以降に継続する“漢字スペース”を除いた漢字文字

- d レコードの種類は、医療機関情報（医療機関情報レコード）、レセプト共通情報（レセプト共通レコード）、レセプト情報（保険者レコード及び公費レコード）、コーディングデータ情報（コーディングデータレコード）及び診療報酬請求書情報（診療報酬請求書レコード）とする。

- e 各レコードの先頭にはレコードの識別情報を記録する。

レコード種別		モード	バイト	識別情報	備考
医療機関情報レコード		英数	2	I R	保険医療機関単位の前頭に記録必須
レセプト共通レコード				R E	該当レセプトの前頭に記録
レセプト情報	保険者レコード			H O	医療保険レセプトの場合に記録
	公費レコード			K O	公費負担医療レセプトの場合に記録
コーディングデータレコード				C D	包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を出来高部分に係る診療行為の情報も含め記録
診療報酬請求書レコード				G O	保険医療機関単位の前データの最後に記録必須

- f 公費負担医療の併用の場合は公費レコードを複数記録し、「法別番号及び制度の略称表」（診療報酬請求書等の記載要領）に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

- g レセプト情報は、レセプト種別毎に必要なレコードを記録する。
明細情報単位に記録が必要なレセプト情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者レコード	公費レコード
医療保険単独	○	×
医療保険と1～4種の公費負担医療の併用	○	○（1～4レコード記録）
公費負担医療単独	×	○（1レコード記録）
2～4種の公費負担医療の併用	×	○（2～4レコード記録）

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を示す。

(エ) 内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、JISX0201-1976の8単位符号及びJISX0208-1983の附属書1にて規定されているシフト符号化表現（シフトJIS）によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	16進数	バイト数	用 途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	"	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D) (0A)	2	レコードの区切りを表現する。
EOFコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。
疑問符（全角）	？	(81) (48)	2	使用しない。（JIS規定外コードが記録された場合、疑問符（全角）に置換する。）

注 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

(ア) 医療機関情報

a 医療機関情報レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“IR”を記録する。	
審査支払機関	数字	1	固定	審査支払機関コード（別表１）を記録する。	
都道府県	数字	2	固定	保険医療機関の所在する都道府県コード（別表２）を記録する。	
点数表	数字	1	固定	点数表コード（別表３）“1”（医科）を記録する。	
医療機関コード	数字	7	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
医療機関名称	漢字	40	可変	1 地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の名称を記録する。 2 医療機関名称が40バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。	
請求年月	数字	5	固定	1 請求年月を和暦で年号区分コード（別表５）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
予 備	数字	2	固定	記録を省略する。	
予 備	英数	15	可変	記録を省略する。	

注 GYMMのGは年号区分コード（別表５）、YYは和暦年、MMは月を示す。

(イ) レセプト共通情報

レセプト共通情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

a レセプト共通レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“RE”を記録する。	
レセプト番号	数字	6	可変	1 レコードが属するレセプト番号を記録する。 2 レセプト番号は、レセプト記録順に1から昇順に連続番号を記録する。 3 有効桁数が6桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。	
レセプト種別	数字	4	固定	レセプト種別コード（別表6）を記録する。	
診療年月	数字	5	固定	1 診療年月を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
氏名	英数 又は 漢字	40	可変	1 姓名を記録する。 2 姓と名の間に“スペース”を1桁記録する。 3 姓名が40バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 4 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	モード毎の桁数は次のとおりとする。 英数：40桁 漢字：20桁
男女区分	数字	1	固定	男女区分コード（別表7）を記録する。	
生年月日	数字	7	固定	1 生年月日を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
入院年月日	数字	7	固定	1 今回入院年月日を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予 備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	4	可変	記録を省略する。	
カルテ番号等	英数	20	可変	1 カルテ番号又は患者ID番号等を記録する。 2 記録するカルテ番号又は患者ID番号等が20バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。	

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
診療科コード	数字	2	可変	1 診療科を記録する場合は、別に定める診療科名コード（別表4）を記録する。 2 診療科の記録は任意であり、記録しない場合は記録を省略する。	
予 備	数字	1	固定	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3 0	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予 備	英数 又は 漢字	4 0	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	

注 GYYMM(DD)のGは年号区分コード（別表5）、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

(ウ) レセプト情報

レセプト情報は、レセプトがD P C レセプト及び総括対象D P C レセプトの場合に記録する。

a 保険者レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“H0”を記録する。	
保険者番号	英数	8	固定	1 保険者番号を記録する。 2 8桁以内で設定された保険者番号については、右づめに記録し残りは“スペース”を記録する。	
被保険者証（手帳）等の 記号	英数 又は 漢字	3 8	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号を左づめに記録する。 2 記録する記号が3 8バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 4 英数モードで記録する場合は、有効桁数を最大1 9桁以内で記録する。 5 番号のみ設定されている場合は、記録を省略する。	番号の記録バイト数と合せて3 8バイト（1 9桁）以内とする。
被保険者証（手帳）等の 番号	英数 又は 漢字	3 8	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の番号を左づめに記録する。 2 後期高齢者被保険者証の被保険者番号を左づめに記録する。 3 記録する番号が3 8バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 4 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 5 英数モードで記録する場合は、有効桁数を最大1 9桁以内で記録する。	記号の記録バイト数と合せて3 8バイト（1 9桁）以内とする。
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	8	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	英数	9	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	6	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	8	可変	記録を省略する。	

b 公費レコード

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報		英数	2	固定	“K0”を記録する。	
公 費 負 担 医 療	負担者番号	英数	8	固定	医療券等に記入されている公費負担者番号 8桁を記録する。	
	受給者番号	数字	7	可変	1 医療券等に記入されている受給者番号7 桁を記録する。 2 受給者番号が7桁に満たない場合は、先 頭から“0”を記録し、7桁で記録する。 3 医療観察法（法別30）の場合は、記録 を省略する。	
	予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
	予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備		英数	8	可変	記録を省略する。	
予 備		英数	8	可変	記録を省略する。	
予 備		数字	6	可変	記録を省略する。	
予 備		英数	6	可変	記録を省略する。	
予 備		数字	5	可変	記録を省略する。	
予 備		数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備		数字	8	可変	記録を省略する。	
予 備		数字	8	可変	記録を省略する。	

(エ) コーディングデータ情報

コーディングデータ情報は、レセプトがD P Cレセプト及び総括対象D P Cレセプトの場合、「診療識別の昇順」に記録する。

コーディングデータレコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“CD”を記録する。	
実施年月日	数字	7	固定	1 実施年月日を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
診療識別	数字	2	固定	診療識別コード（別表8）を記録する。	
順序番号	数字	4	可変	診療識別及び一連の行為毎に昇順に番号を記録する。	
行為明細番号	数字	3	可変	順序番号毎の行為明細単位に昇順に番号を記録する。	
レセプト電算処理システム用コード	数字	9	固定	診療行為コード（入院料、食事療養費、生活療養費及び標準負担額は除く）、医薬品コード又は特定器材コードを記録する。	
使用量	英数	11	可変	1 医薬品又は特定器材の場合、使用量を記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 有効桁数が11桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。 4 使用量を必要としない場合及び診療行為の場合は、記録を省略する。	
数量データ	数字	8	可変	1 数量データの記録が必要な診療行為の場合、数量データを記録する。 2 有効桁数が8桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。 3 数量データを必要としない場合及び医薬品又は特定器材の場合は、記録を省略する。	
単位コード	数字	3	可変	1 特定器材の場合、特定器材単位コード（別表9）を記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 酸素の補正率等使用量がない場合は、記録を省略する。 4 診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。	
回数	数字	3	可変	1 診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。 2 有効桁数が3桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。	
特定器材名称	漢字	254	可変	1 未コード化特定器材の場合は、告示名を記録する。 2 特定器材名称が254バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 3 その他の場合は、記録を省略する。	

注 GYYMDDのGは年号区分コード（別表5）、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

(オ) 診療報酬請求書情報
診療報酬請求書レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“G0”を記録する。	
総件数	数字	6	可変	レセプト共通レコードの最終レコードのレセプト番号を記録する。	
予 備	英数	1 0	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	固定	記録を省略する。	

(2) コンパクトディスク (CD-R)

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S T S X 0 0 2 5 - 2 0 0 5 の規格に適合する 1 2 0 mm コンパクトディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

論理フォーマットは I S O 9 6 6 0 形式 (レベル 1) に準拠する。

書き込みは、ディスクアットワンス (シングルセッション方式) 方式とする。

(ウ) ファイル構成

第 1 章 - 1 - (1) - ア - (ウ) の「マグネットオブティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

第 1 章 - 1 - (1) - イ - (ア) の「マグネットオブティカルディスク」の「提出ファイルの構成」と同じ。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

第 1 章 - 1 - (1) - イ - (イ) の「マグネットオブティカルディスク」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

(ウ) レコード形式

第 1 章 - 1 - (1) - イ - (ウ) の「マグネットオブティカルディスク」の「レコード形式」と同じ。

(エ) 内容を表現する文字の符号

第 1 章 - 1 - (1) - イ - (エ) の「マグネットオブティカルディスク」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

(ア) 医療機関情報

第 1 章 - 1 - (1) - ウ - (ア) の「マグネットオブティカルディスク」の「医療機関情報」と同じ。

(イ) レセプト共通情報

第 1 章 - 1 - (1) - ウ - (イ) の「マグネットオブティカルディスク」の「レセプト共通情報」と同じ。

(ウ) レセプト情報

第 1 章 - 1 - (1) - ウ - (ウ) の「マグネットオブティカルディスク」の「レセプト情報」と同じ。

(エ) コーディングデータ情報

第 1 章 - 1 - (1) - ウ - (エ) の「マグネットオブティカルディスク」の「コーディングデータ情報」と同じ。

(オ) 診療報酬請求書情報

第 1 章 - 1 - (1) - ウ - (オ) の「マグネットオブティカルディスク」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

2 フレキシブルディスク（FD）に関する事項

（１）媒体関連仕様

ア 媒体及び物理フォーマット

（ア）媒体

J I S X 6 2 2 3－1 9 8 7の規格に適合するフレキシブルディスクを使用する。

（イ）物理フォーマット

物理フォーマットはJ I S X 6 2 2 5－1 9 9 5に規定する情報記録方式に準拠する。

イ 論理フォーマット

論理フォーマットはJ I S X 0 6 0 5－1 9 9 7に規定する情報記録方式に準拠する。

ウ ファイル構成

第1章－1－（１）－ア－（ウ）の「マグネットオブティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

（２）情報表記仕様

ア 提出ファイルの構成

第1章－1－（１）－イ－（ア）の「マグネットオブティカルディスク」の「提出ファイルの構成」と同じ。

イ 提出ファイル構成イメージ

第1章－1－（１）－イ－（イ）の「マグネットオブティカルディスク」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

ウ レコード形式

第1章－1－（１）－イ－（ウ）の「マグネットオブティカルディスク」の「レコード形式」と同じ。

エ 内容を表現する文字の符号

第1章－1－（１）－イ－（エ）の「マグネットオブティカルディスク」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

（３）各種レコードの記録要領に関する事項

ア 医療機関情報

第1章－1－（１）－ウ－（ア）の「マグネットオブティカルディスク」の「医療機関情報」と同じ。

イ レセプト共通情報

第1章－1－（１）－ウ－（イ）の「マグネットオブティカルディスク」の「レセプト共通情報」と同じ。

ウ レセプト情報

第1章－1－（１）－ウ－（ウ）の「マグネットオブティカルディスク」の「レセプト情報」と同じ。

エ コーディングデータ情報

第1章－1－（１）－ウ－（エ）の「マグネットオブティカルディスク」の「コーディングデータ情報」と同じ。

オ 診療報酬請求書情報

第1章－1－（１）－ウ－（オ）の「マグネットオブティカルディスク」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

各種コードに関する事項

別表1 審査支払機関コード

コード名	コード	内 容
審査支払機関コード	1	社会保険診療報酬支払基金
	2	国民健康保険団体連合会

別表2 都道府県コード

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
都 道 府 県 コ ー ド	0 1	北 海 道
	0 2	青 森
	0 3	岩 手
	0 4	宮 城
	0 5	秋 田
	0 6	山 形
	0 7	福 島
	0 8	茨 城
	0 9	栃 木
	1 0	群 馬
	1 1	埼 玉
	1 2	千 葉
	1 3	東 京
	1 4	神 奈 川
	1 5	新 潟
	1 6	富 山
	1 7	石 川
	1 8	福 井
	1 9	山 梨
	2 0	長 野
	2 1	岐 阜
	2 2	静 岡
	2 3	愛 知
	2 4	三 重
	2 5	滋 賀
	2 6	京 都
	2 7	大 阪
	2 8	兵 庫
	2 9	奈 良
	3 0	和 歌 山
	3 1	鳥 取
	3 2	島 根
	3 3	岡 山
	3 4	広 島
	3 5	山 口
	3 6	徳 島
	3 7	香 川
	3 8	愛 媛
	3 9	高 知
	4 0	福 岡
	4 1	佐 賀
	4 2	長 崎
	4 3	熊 本
	4 4	大 分
	4 5	宮 崎
	4 6	鹿 児 島
	4 7	沖 縄

別表3 点数表コード

コード名	コード	内 容
点数表コード	1	医 科

別表4 診療科名コード

コード名		コード	内 容
診療科名 コード	診療科コード	01	内 科
		02	精 神 科
		09	小 児 科
		10	外 科
		19	皮 膚 科
		20	ひ 尿 器 科
		23	産 婦 人 科（産科又は婦人科）
		26	眼 科
		27	耳 鼻 い ん こ う 科
		30	放 射 線 科（放射線診断科又は放射線治療科）
		34	ア レ ル ギ ー 科
		35	リ ウ マ チ 科
		36	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科
		37	病 理 診 断 科
		38	臨 床 検 査 科
		39	救 急 科
	経過措置診療科コード	03	神 経 科
		04	神 経 内 科
		05	呼 吸 器 科
		06	消 化 器 科
		07	胃 腸 科
		08	循 環 器 科
		11	整 形 外 科
		12	形 成 外 科
		13	美 容 外 科
		14	脳 神 経 外 科
		15	呼 吸 器 外 科
		16	心 臓 血 管 外 科
		17	小 児 外 科
		18	皮 膚 ひ 尿 器 科
		21	性 病 科
		22	こ う 門 科
		24	産 科
		25	婦 人 科
		28	気 管 食 道 科
		31	麻 酔 科
		33	心 療 内 科

注 経過措置診療科コードとは、医療法施行令附則（平成20年2月27日政令第36号）の第二条に掲げる診療科である。

別表5 年号区分コード

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
年 号 区 分 コ ー ド	1	明 治
	2	大 正
	3	昭 和
	4	平 成

別表6 レセプト種別コード（DPC）

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種 別 (DPC)	1111	医科・医保単独 ・本人 ・入院	医科・国保単独 ・世帯主 ・入院
	1113	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1115	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1117	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1119	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1121	〃 ・医保と1種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・国保と1種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1123	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1125	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1127	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1129	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1131	〃 ・医保と2種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・国保と2種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1133	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1135	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1137	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1139	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1141	〃 ・医保と3種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・国保と3種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1143	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1145	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1147	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1149	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1151	〃 ・医保と4種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・国保と4種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1153	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1155	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・その他 ・入院
	1157	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1159	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・入院
	1211	〃 ・公費単独 ・入院	_____
	1221	〃 ・2種の公費併用 ・入院	_____
	1231	〃 ・3種の公費併用 ・入院	_____
	1241	〃 ・4種の公費併用 ・入院	_____
	1317	〃 ・後期高齢者単独 ・一般・低所得者 ・入院	医科・後期高齢者単独 ・一般・低所得者 ・入院
	1319	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院
	1327	〃 後期高齢者と1種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院	〃 ・後期高齢者と1種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院
	1329	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院
	1337	〃 ・後期高齢者と2種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院	〃 ・後期高齢者と2種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院
	1339	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院
	1347	〃 ・後期高齢者と3種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院	〃 ・後期高齢者と3種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院
	1349	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院
	1357	〃 ・後期高齢者と4種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院	〃 ・後期高齢者と4種の公費併用 ・一般・低所得者 ・入院
	1359	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・7割 ・入院

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種 別 (DPC)	1 4 1 1	_____	医科・退職者単独 ・本人 ・入院
	1 4 1 3	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1 4 1 5	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1 4 2 1	_____	〃 ・退職者と1種の公費併用・本人 ・入院
	1 4 2 3	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1 4 2 5	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1 4 3 1	_____	〃 ・退職者と2種の公費併用・本人 ・入院
	1 4 3 3	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1 4 3 5	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1 4 4 1	_____	〃 ・退職者と3種の公費併用・本人 ・入院
	1 4 4 3	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1 4 4 5	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院
	1 4 5 1	_____	〃 ・退職者と4種の公費併用・本人 ・入院
	1 4 5 3	_____	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・入院
	1 4 5 5	_____	〃 ・ 〃 ・家族 ・入院

別表7 男女区分コード

コード名	コード	内 容
男 女 区 分 コード	1	男
	2	女

別表 8 診療識別コード

コード名	コード			
診療識別コード	1 1	初 診		
	1 3	医 学 管 理		
	1 4	在 宅		
	2 1	投	内 服	
	2 2		屯 服	
	2 3		外 用	
	2 4		調 剤	
	2 6		麻 毒	
	2 7		薬	調 基
	2 8			投薬その他
	3 1	注 射	皮下筋肉内	
	3 2		静脈内	
	3 3		注射その他	
	3 9	薬剤料減点		
	4 0	処 置		
	5 0	手 術		
	5 4	麻 酔		
	6 0	検 査 ・ 病 理		
	7 0	画像診断		
	8 0	その他		

別表 9 特定器材単位コード

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
特定器材単位コード	0 0 1	分
	0 0 2	回
	0 0 3	種
	0 0 4	箱
	0 0 5	巻
	0 0 6	枚
	0 0 7	本
	0 0 8	組
	0 0 9	セット
	0 1 0	個
	0 1 1	裂
	0 1 2	方向
	0 1 3	トローチ
	0 1 4	アンプル
	0 1 5	カプセル
	0 1 6	錠
	0 1 7	丸
	0 1 8	包
	0 1 9	瓶
	0 2 0	袋
	0 2 1	瓶 (袋)
	0 2 2	管
	0 2 3	シリンジ
	0 2 4	回分
	0 2 5	テスト分
	0 2 6	ガラス筒
	0 2 7	桿錠
	0 2 8	単位
	0 2 9	万単位
	0 3 0	フィート
	0 3 1	滴
	0 3 2	m g
	0 3 3	g
	0 3 4	k g
	0 3 5	c c
	0 3 6	m L
	0 3 7	L
	0 3 8	m L V
	0 3 9	バイアル
	0 4 0	c m
	0 4 1	c m ²
	0 4 2	m
	0 4 3	μ C i
	0 4 4	m C i
	0 4 5	μ g

コ ー ド 名	コ ー ド	内 容
特定器材単位コード	0 4 6	管（瓶）
	0 4 7	筒
	0 4 8	G B q
	0 4 9	MB q
	0 5 0	K B q
	0 5 1	キット
	0 5 2	国際単位
	0 5 3	患者当り
	0 5 4	気圧
	0 5 5	缶
	0 5 6	手術当り
	0 5 7	容器
	0 5 8	m L （g）
	0 5 9	ブリスター
	0 6 0	シート

別添

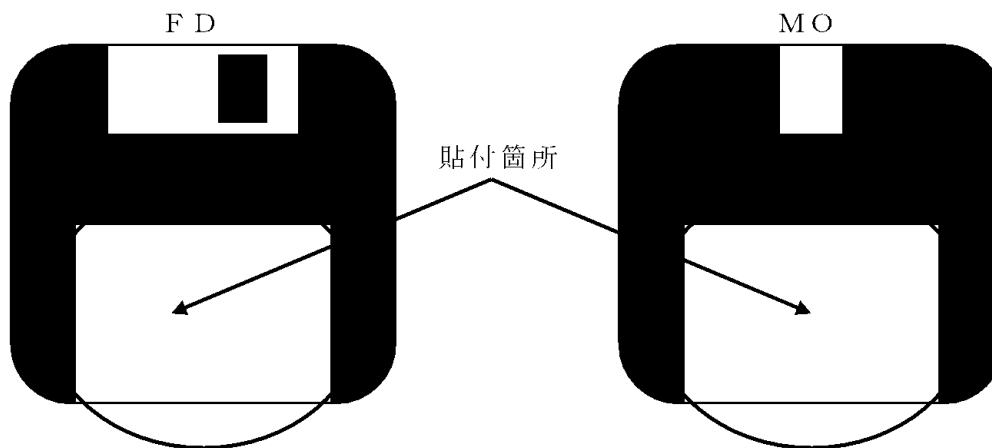
電子媒体への表記

電子媒体への表記については、ファイル名（コーディングデータ）、医療機関コード、保険医療機関名称、診療月分及び提出年月日並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

1 FD・MOへの貼付ラベル

コーディングデータ				支払基金 ・ 国保連	
医療機関コード					
保険医療機関名称					
診療月分	年	月分			
提出年月日	年	月	日		

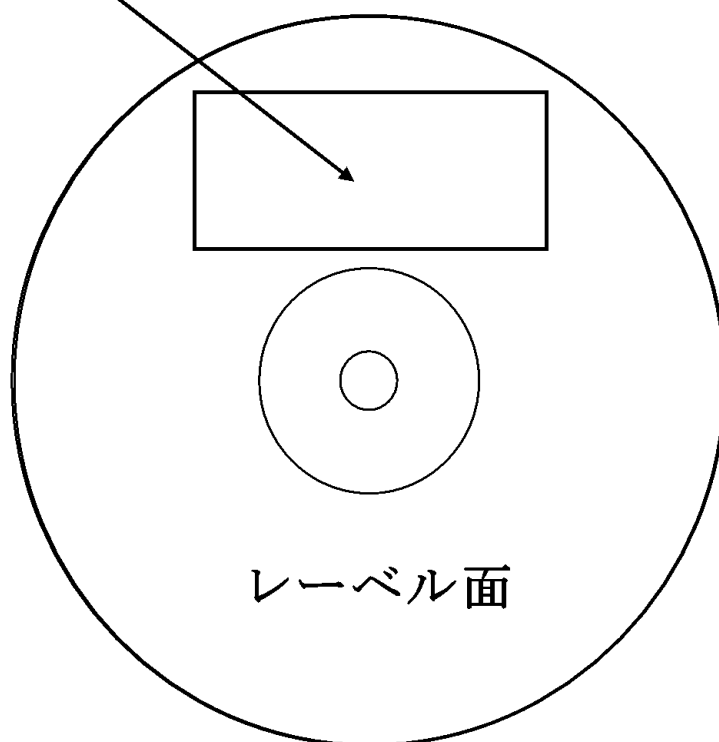
FD及びMOへのラベルの貼付箇所



2 CD-Rへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。

コーディングデータ				
医療機関コード				
保険医療機関名称				
診療月分	年	月分		
提出年月日	年	月	日	
支払基金	・	国保連		



「訪問看護療養費請求書等の記載要領について」（平成18年3月30日保医発第0330008号）

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 訪問看護療養費請求書及び訪問看護療養費明細書（以下「請求書等」という。）については、「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（平成22年厚生労働省告示第106号）による改正後の「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第二条の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式」（平成20年厚生労働省告示第127号）に定める様式により扱うものであること。
- 2 請求書等の用紙の大きさは日本工業規格A列4番とし、白色紙黒色刷りとすること。
ただし、電子計算機により作成する場合にあっては、日本工業規格A列4番と±6mm（縦方向）、+6mmから－4mm（横方向）程度の差は差し支えないものであること。
- 3 請求書等は、次の表の区分によるものであること。

訪問看護療養費請求書	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く場合	様式第一
	国民健康保険の被保険者に係るものの場合	様式第二
	後期高齢者医療の被保険者に係るものの場合	様式第三
訪問看護療養費明細書		様式第四

- 4 訪問看護療養費を請求しようとするときは、指定訪問看護事業者（以下「事業者」という。）の当該指定に係る事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）ごとに様式第一、様式第二又は様式第三の訪問看護療養費請求書（以下「請求書」という。）に様式第四の訪問看護療養費明細書（以下「明細書」という。）を添えて都道府県社会保険診療報酬支払基金又は都道府県国民健康保険団体連合会（以下「審査支払機関」という。）に提出すること。
- 5 同一の指定訪問看護の利用者が指定訪問看護の終了した月と同一の月に再度指定訪問看護の利用を開始した場合においては、1枚の明細書にまとめて記載すること。
- 6 月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。月の途中において給付割合の変更があった場合、又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

- 7 同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれに係る指定訪問看護が区分できない場合に限り職務上として1枚の明細書の取扱いとすること。
- 8 電子計算機の場合は、欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略することとして差し支えないこと。
- 9 請求書等に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
- なお、請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。

II 請求書等の記載要領

第1 請求書に関する事項（様式第一関係）

1 「平成 年 月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。したがって、年月の異なる指定訪問看護に係る明細書がある場合には、それぞれの指定訪問看護が行われた年月分について請求書を作成すること。

なお、指定訪問看護が行われた年月の異なる明細書でも、返戻分の再請求等やむを得ない事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「ステーションコード」欄について

別添1「訪問看護ステーションコード設定要領」により、それぞれの訪問看護ステーションについて定められた訪問看護ステーションコード7桁を記載すること。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村（特別区を含む。）名及び公費負担者名を下記例のとおり「備考」欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。

〔例〕 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

当該請求書を提出する年月日を記載すること。

- 5 「訪問看護ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者氏名、㊞」欄について
- (1) 訪問看護ステーションの所在地及び名称並びに指定訪問看護事業者氏名については、事業者の指定申請の際に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名を記載すること。
- (2) ㊞については、当該様式に、予め訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、事業者自体で請求書用紙の調製をしない場合において、訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名及び印のゴム印等を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。
- 6 「医療保険」欄について
- (1) 訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち訪問看護に係る分及び訪問看護単独の者に係る明細書について記載することとし、訪問看護単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。
- なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には明細書の訪問看護に係る件数の合計を、「日数」欄には明細書の訪問看護の「実日数」欄の「保険」の項の日数の合計を、「金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を記載すること。
- なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。
- (3) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上一般・低所得」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」の「小計」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。
- 7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について
- (1) 指定訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。
- なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、指定訪問看護と2種の公費負担医療（例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という。）による結核

患者の適正医療と障害者自立支援法)の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

- (3) 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「医保」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「控除額」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「負担金額」の項に記載されている金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が2種の場合、例えば生活保護法に係る分とそ

の他の公費負担医療に係る分とを併せて請求する場合には、「

12(生保)

」欄に記載する

こととし、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した金額が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合は、生活保護法に係る点数は「医保」の「請求」の項の金額を合計して記載すること。
- (4) 「控除額」欄の記載方法は、7の(4)と同様であること。

9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号は、別添2「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「控除額」欄の記載方法は、7の(4)と同様であること。

10 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」欄、「公費と公費の併用」欄及び「公費単独」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

11 「総件数①+②」欄について

「① 合計」欄及び「② 合計」欄の請求件数の合計を記載すること。

第1の2 請求書に関する事項（様式第三関係）

「後期高齢者医療」欄について

- (1) 訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち訪問看護に係る分及び訪問看護単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「日数」欄及び「金額」欄については、6の(2)と同様であること。

第2 明細書に関する事項（様式第四）

1 「平成 年 月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。

2 「都道府県番号」欄について

「保険者番号の設定について」（昭和51年8月7日保発第45号、庁保発第34号厚生省保険、公衆衛生、薬務、社会、児童家庭、援護局長、社会保険庁医療保険部長連名通知）の別表に掲げる都道府県番号表に従い、訪問看護ステーションの所在する都道府県の番号を記載すること。

3 「訪問看護ステーションコード」欄について

Ⅱの第1の2と同様であること。

4 「6訪問」における「1 社・国 2 公費 3 後期 4 退職」（以下「保険種別1」という。）、「1 単独 2 2併 3 3併」（以下「保険種別2」という。）及び「2 本人 4 六歳 6 家族」欄について

- (1) 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、該当する番号を○で

囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医療を除く。以下同じ。）…………… 1 社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医療との併用の場合を除く。）…………… 2 公費

後期高齢者医療…………… 3 後期

退職者医療…………… 4 退職

- (2) 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左に掲げる種別に応じ、該当する番号を○で囲むこと。

単独…………… 1 単独

1種の公費負担医療との併用…………… 2 2併

2種以上の公費負担医療との併用…………… 3 3併

(注) 公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業を含むものであること。

- (3) 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、未就学者である患者（6歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者をいう。以下同じ。）は「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「6」を○で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲むこと。

なお、「2 本人」（若しくは「2 本」）、「4 六歳」（若しくは「4 六」）、「6 家族」（若しくは「6 家」）、「8 高齢一」（若しくは「8 高一」）又は「0 高齢7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

2 本人…………… 2 本人

4 未就学者…………… 4 六歳

6 家族…………… 6 家族

8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者…………… 8 高齢一

0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付…………… 0 高齢7

- (4) 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

ア 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

イ 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

5 「保険者番号」欄について

- (1) 設定された保険者番号8桁（国民健康保険については6桁）を記載すること（「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号。以下「記載要領等」と

いう。)の別添2(以下「設定要領」という。)の(1)を参照)。

- (2) 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合(以下「公費負担医療のみの場合」という。)は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

6 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、()の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

7 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

- (1) 健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。

- (2) 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「-」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を()で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に入りきらない等の場合は、()を省略しても差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合(給付割合に変更がない場合に限る。)は、変更後の記号・番号を記載すること。

8 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

- (1) 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること(設定要領の(2)を参照)。
- (2) 別添2「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に(以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担者番号を「第1公費」という。)、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に(以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担者番号を「第2公費」という。)記載すること。
- (3) 保険者番号及び受給者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとする。

9 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について

医療券等に記入されている受給者番号7桁を、第1公費については「公費負担医療の受給者番号①」欄に、第2公費については「公費負担医療の受給者番号②」欄に記載すること(設定要領の(3)を参照)。

10 「氏名」欄について

- (1) 指定訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。ただし、健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団法の被保険者に

については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

- (2) 性別は該当するものを○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「1 男」又は「2 女」と記載しても差し支えないこと。

- (3) 生年月日は以下によること。

ア 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

イ 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」又は「4 平」と記載すること。

11 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲むこと。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」については、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載することとしても差し支えないこと。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

12 「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、略称を記載すること。

なお、電子計算機の場合はコードと略称を記載すること。

コード	略称	内 容
01	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条及び高齢者の医療の確保に関する法律施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）

04	後保	公費負担医療単独及び公費負担医療併用の場合、請求金額を訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法によった場合
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
17	上位	「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合
18	一般	「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合
19	低所	「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合
20	二割	平成20年2月21日保発第0221003号の別紙「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の4の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合
21	高半	月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合

13 「訪問看護ステーションの所在地及び名称」欄について

- (1) 事業者の指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。
- (2) 指定訪問看護の利用者が、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等」（平成18年厚生労働省告示第103号）第2の1に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「1 他①」の数字を○で囲み、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「2 他②」の数字を○で囲むとともに、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。なお、電子計算機の場合は、「1 他①」又は「2 他②」の○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。

14 「心身の状態」欄について

指定訪問看護の利用者の心身の状態を記載するものとし、特にその日常生活活動能力（ＡＤＬ）の状態が明らかになるよう具体的に記載すること。

15 「訪問開始年月日」欄について

- (1) 当該指定訪問看護を開始した年月日を記載すること。
- (2) 同一の利用者に対する指定訪問看護の継続中に、当該訪問看護ステーションにおいて、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該訪問看護ステーションの指定訪問看護の内容の継続性が認められて継続して訪問看護ステーションの指定を受けた場合を除き、新たに訪問看護ステーションの指定を受けた日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。
- (3) 同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。ただし、老人医療から後期高齢者医療への変更については、診療開始日の変更をしなくても差し支えないものであること。

16 「訪問終了年月日時刻」欄について

当該指定訪問看護を終了した年月日及び最後に訪問した時刻を記載すること。

17 「実日数」欄について

- (1) 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第１公費及び第２公費に係る指定訪問看護を行った実日数を記載すること。
なお、公費負担医療のみの場合の第１公費に係る分については、「公費①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る分が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る分を省略しても差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る分が第１公費に係る分と同じ場合は、第２公費に係る分の記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 同一日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合であっても、１日として記載すること。

18 「主たる傷病名」欄について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に１から３の項目欄にそれぞれ記載するが、必要に応じて１から３の項目順以降に別途記載してもよい。なお、「訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成18年厚生労働省告示第103号）第２の１に規定する疾病等の有無について、「１ 有」又は「２ 無」の該当する数字のどちらかを○で囲むこと。また、利用者が「１ 人工呼吸器使用の状態」、「２ 気管カニューレ使用の状態」又は「３ 真皮を越える褥瘡の状態」にある者は、該当するものを全て○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、○に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。

19 「訪問終了の状況」欄について

症状の軽快により指定訪問看護を必要としなくなった場合は「1 軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合は「2 施設」、保険医療機関等に入院した場合は「3 医療機関」又は死亡した場合は「4 死亡」の該当する番号をそれぞれ○で囲むこと。また上記に該当しない場合は「5 その他」の番号を○で囲み、その内容を（ ）に記載すること。

20 「死亡の状況」欄について

訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合、「時刻」欄には死亡年月日及び時刻を記載し、「場所」欄には、死亡した場所が自宅の場合は「1 自宅」、介護保険施設等の場合は「2 施設」、病院の場合は「3 病院」、診療所の場合は「4 診療所」の該当する番号をそれぞれ○で囲むこと。上記に該当しない場合には、「5 その他」の番号を○で囲み、その内容を（ ）に記載すること。

21 「指示期間」欄について

(1) 当該指定訪問看護に係る主治医の交付した最新の訪問看護指示書の指示有効期間を示す年月日を記載すること。

なお、指示年月日の記載がない場合は、指示書の有効期間を交付後1ヶ月とみなすこと。

(2) 主治医から、患者の急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である旨の特別訪問看護指示書の交付を受けた場合は、「(特別指示期間)」欄に特別指示の有効期間を示す年月日を記載すること。また、別に厚生労働大臣が定める者について、1ヶ月に2回目の特別訪問看護指示書の交付を受け訪問看護を実施した場合は、行を改めて「(特別指示期間)」欄に記載すること。

なお、請求を行う月の前月に特別訪問看護指示書の交付を受け、当該請求月においても引き続き当該特別指示による訪問看護を実施した場合にあっては、特別指示があった前月の年月日についても「(特別指示期間)」欄に1回目又は2回目の区別がわかるよう記載すること。

22 「主治医の属する医療機関の名称」欄について

当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書を交付した医師の所属する保険医療機関等の名称を記載すること。

23 「主治医の氏名」欄について

当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書を交付した医師の氏名を記載すること。

24 「基本療養費」欄について

(1) 基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

ア 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が週3日までの指定訪問看護を行った場合は、⑪の「看護師等」の項に「×, ×××」円、当該月に指定訪問

看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が週3日までの指定訪問看護を行った場合は、⑫の「准看護師」の項に「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(2) 基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)の加算について

ア 末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応じて1日に2回指定訪問看護を行った場合は、「⑮の難病等複数回訪問加算」欄に、「×, ×××」円、当該月において複数回訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、1日に3回以上指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。

イ 訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、在宅療養支援診療所の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は、「⑯の緊急訪問看護加算」欄に、「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

ウ 別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が2時間を超える訪問看護を実施した場合は、「⑰の長時間訪問看護加算」欄に、「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

エ 3歳未満又は3歳以上6歳未満の利用者に対して、指定訪問看護を実施した場合は、それぞれ「⑱乳幼児加算」又は「㉑幼児加算」欄に「×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額をそれぞれ記載すること。

オ 別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が同時に訪問看護を行った場合は「㉒複数名訪問看護加算」欄の上段の「看護師等」の項に「×, ×××」円、また、准看護師が同時に訪問看護を行った場合は下段の「准看護師」の項に「×, ×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

(3) 基本療養費(Ⅱ)を算定する場合

保健師、看護師又は作業療法士が指定訪問看護を行った場合は、「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

なお、延長時間加算を算定した場合は、「㉓ 延長時間加算」欄に、「×××」円、当該月に指定訪問看護を行った延長時間数の合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

(4) 基本療養費(Ⅲ)を算定する場合

ア 保健師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法」(平成20年厚生労働省告示第67号)に規定する同一建物居住者に対し、週3日までの指定訪問看護を行った場合は、⑬の「看護師等」の項に「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 准看護師が、訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法(平成20年度厚生労働省告示第67号)に規定する同一建物居住者に対し、週3日までの指定訪問看護を行った場合は、⑭の「准看護師」の項に「×, ×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載し、週4日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(5) 月の途中で、利用者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異動があった場合には、項目を縦に二分し、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った指定訪問看護を行った日数及びこれらに乗じて得た額を記載すること。

(6) 同一の指定訪問看護において複数の者が行った場合は、いずれか1人の者についてのみ1日として記載すること(複数名訪問看護加算の算定日を除く。)

なお、従たる事務所に勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合は、訪問看護療養費明細書の「特記事項」欄の「3 従」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「3 従」の○に代えて()等を使用して記載することも差し支えないこと。

(7) 特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「4 特地」の数字を○で囲み、利用者の住所及び通常の場合訪問に要する時間(片道)を併せて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、「4 特地」の○に代えて()等を使用して記載することも差し支えないこと。

(8) 要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険で算定している場合は、「特記事項」欄の「5 介」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「5 介」の○に代えて()等を使用して記載することも差し支えないこと。

(9) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が24時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合は、「特記事項」欄の「6 支援」の数字を○で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「6 支援」の○に代えて()等を使用して記載することも差し支えないこと。

25 「管理療養費」欄について

(1) 次により記載すること。

- ア 月の初日の訪問の場合は、左側の「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。
 - イ 月の2日目以降の訪問の場合は、左側の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、中央の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、「 日」の項には訪問した日数から1を引いた数を記載すること。
 - ウ 右側の「 円」の項には、ア及びイにより計算した合計金額を記載すること。
- (2) 管理療養費の各加算については、当該月に算定した加算の内容を次のとおり記載すること。
- ア 24時間対応体制加算又は24時間連絡体制加算を算定した場合は、「㉔24時間対応体制加算・24時間連絡体制加算」のいずれかに○を付け、「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。
 - イ 重症者管理加算を算定した場合は、「㉕重症者管理加算」の「 円」の項に「×, ×××」と記載すること。
 - ウ 退院時共同指導加算を算定した場合は、左側の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、当該月に退院時共同指導加算を算定した回数の合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても1回に限り算定すること。
 - エ 退院支援指導加算を算定した場合は、「㉖退院支援指導加算」の「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。
 - オ 在宅患者連携指導加算を算定した場合は、「㉗在宅患者連携指導加算」の「 円」の項に「×, ×××」円と記載すること。
 - カ 在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合は、左側の「 円」の項に「×, ×××」円と記載し、当該月に在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した回数の合計及びこれらに乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても1回に限り算定すること。
- (3) 訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は精神訪問看護計画書若しくは精神訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告年月日を「主治医への直近報告年月日」欄に記載すること。

26 「情報提供療養費」欄について

当該月において、当該指定訪問看護の利用者の居住する市（区）町村、保健所又は精神保健福祉センターに対して利用者に関する指定訪問看護の状況等の情報を提供した場合に、「×, ×××」円と記載し、「提供した情報の概要」欄にその内容を、「情報提供先の市（区）町村等の名称」欄に利用者の居住する市（区）町村等の名称をそれぞれ記載すること。

27 「訪問看護ターミナルケア療養費」欄について

訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日前14日以内に2回以上訪問看護基本療養費を算定し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合に、訪問看護ターミナルケア

療養費の所定額を「××, ×××」円と記載し、「死亡の状況」欄の「時刻」と「場所」も併せて記載すること。

28 「（公費分金額）」欄について

- (1) 指定訪問看護と公費負担医療との併用の場合にあつては、「（公費分金額）」欄には公費負担医療に係る請求金額を記載するが、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が指定訪問看護と異なる場合は、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額と異なることとなるので、この場合には「（公費分金額）」欄に当該公費負担医療に係る請求金額を記載すること。この場合において、指定訪問看護に係る請求金額と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「（公費分金額）」欄を縦に区分し、左から順次第1公費、第2公費の順で当該公費に係る請求金額を記載すること。

- (2) 公費負担医療単独の場合にあつては、「基本療養費」欄から「訪問看護ターミナルケア療養費」欄に、当月療養に係るすべての金額等を記載し、「（公費分金額）」欄には記載しないこと。

- (3) 公費負担医療と公費負担医療との併用の場合にあつては、「（公費分金額）」欄を縦に区分し、左から順に第1公費、第2公費の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、金額のすべての請求金額と同じ請求金額の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求金額を記載することを省略しても差し支えないこと。

なお、「基本療養費」欄から「訪問看護ターミナルケア療養費」欄には、当該療養に係るすべての回数及び金額を記載すること。

- (4) 同一明細書において、指定訪問看護と公費負担医療の医療給付の内容が異なる場合又は指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合は、「基本療養費」欄から「訪問看護ターミナルケア療養費」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分に下線を付すこと。

なお、指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合において、「（公費分金額）」欄との対応が明らかである場合は下線を省略しても差し支えないこと。公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

29 「訪問日」欄について

- (1) 基本療養費を算定する場合は、指定訪問看護を行った日について、該当する日付を○で囲むこと。ただし、特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護を行った場合は、該当する日付を△で囲むこと。
- (2) 指定訪問看護を行った日について、1日に2回訪問を行った場合は、その日付を◎で囲み、1日に3回以上訪問を行った場合は、その日付を◇で囲むこと。
- (3) 長時間訪問看護加算を算定した場合は、その日付を□で囲むこと。
- (4) 複数名訪問看護加算を算定した場合は、その日付を▽で囲むこと。

30 「合計」欄について

- (1) 「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る金額（「基本療養費」欄の金額、「管理療養費」欄の金額、「情報提供療養費」欄の金額及び「訪問看護ターミナルケア療養費」欄の金額の合計をいう。）を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の金額は、「公費①」の項に記載すること。ただし、第1公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第2公費がある場合において、当該第2公費に係る金額が第1公費に係る金額と同じ場合は、第2公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。

- (2) 「負担金額」の項については、以下によること。

ア 健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

患者負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

イ 「負担金額」の項中「公費①」又は「公費②」の項には、それぞれ、第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

ウ 高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当の額を記載すること。

31 その他

特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

- (1) 生活保護法に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。
- (2) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。
- (3) 生活保護法に係る実日数は「実日数」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適

正医療に係る実日数は「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る実日数は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療に係る実日数又は障害者自立支援法に係る実日数が、生活保護法に係る実日数と同じ場合は、当該実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

- (4) 「基本療養費」欄から「訪問看護ターミナルケア療養費」欄までには、生活保護法に係る日数及び金額を記載すること。
- (5) 「（公費分金額）」欄は縦に2区分し、左から順次感染症法による結核患者の適正医療、障害者自立支援法の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、生活保護法に係る請求金額と同じ請求金額の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求金額を記載することを省略しても差し支えないこと。
- (6) 生活保護法に係る請求金額は「請求」の項の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る請求金額は「請求」の項の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る請求金額は「請求」の項の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

32 後期高齢者医療におけるその他

高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）であって、高額療養費に係る現物給付を行った場合には、「特記事項」欄に障害と記載すること。

(別添1)

訪問看護ステーションコード設定要領

- 1 訪問看護ステーションコードは、次のように郡市区番号2桁、訪問看護ステーション番号（以下「ステーション番号」という。）4桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。

--	--	--	--	--	--	--

2 桁	4 桁	1 桁
郡市区番号	ステーション番号	検証番号

- 2 郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。
- 3 ステーション番号は、「9, 000」から「9, 499」までの一連の番号を2の郡、市及び区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、4桁のステーション番号のうち、中2桁又は下2桁が「90」となる番号は、欠番とするものとする。
- 4 検証番号は、次により算出した番号とする。
- (1) 都道府県番号、算定表番号、郡市区番号及びステーション番号の各数に末尾の桁を起点として順次「2」と「1」を乗じる。この場合の都道府県番号は、別表「都道府県番号表」に定める番号とする。また、算定表番号は、「6」とする。
- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数の和とする。
- (3) 「10」と(2)で算出した数の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、(2)で算出した数の下1桁の数が「0」のときは、検証番号を「0」とする。

〔例〕

都道府県 番 号	算定表 番 号	郡市区 番 号	ステーション 番 号	
4	4	6	0 7	9 1 2 3 ←起点
×	×	×	×	×
2	1	2	1 2	1 2 1 2
$8+4+(1+2)+0+(1+4)+9+2+2+6=39$				
◎ 10 - 9 = 1 検証番号「1」				
◎ 訪問看護ステーションコード ：「07,9123,1」				

5 訪問看護ステーションコードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、当該ステーションコードの設定又は変更に際しては、審査支払機関に対して速やかに連絡するものとする。

（別表）

都 道 府 県 番 号

都道府県	番号	都道府県	番号	都道府県	番号
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		

(別添2)

法別番号及び制度の略称表

(1)

	区 分	法別番号	制度の略称	
医 療 保 険 制 度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）	0 1	（協会）	
	船員保険	0 2	（船）	
	日雇特例被保険者の保険	○一般医療（法第133条及び第141条関係）	0 3	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	0 4	（日 特） 又は（特）
	組管掌健康保険	0 6	（組）	
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第22条関係）	0 7	（自）	
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付	3 9	（高）	
	国家公務員共済組合	3 1	（共）	
	地方公務員等共済組合	3 2		
	警察共済組合	3 3		
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	3 4		
	特定健康保険組合	6 3	（退）	
	国家公務員特定共済組合	7 2		
	地方公務員等特定共済組合	7 3		
	警察特定共済組合	7 4		
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	7 5		

（注） 63・72～75は、特例退職被保険者及び特例退職組合員に係る法別番号である。

(2)

	区 分	法 別 番 号
※	国民健康保険法による退職者医療	6 7

※ 国民健康保険制度

(3)

	区	分	法別番号	制度の略称
公 費 負 担 医 療 制 度	戦傷病者特別 援護法による	○療養の給付（法第10条関係）	1 3	—
		○更生医療（法第20条関係）	1 4	—
	原子爆弾被爆者に対 する援護に関する法 律による	○認定疾病医療（法第10条関係）	1 8	—
	心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観 察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第 81条関係）		3 0	—
	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律に よる結核患者の入院（法第37条関係）		1 1	（結核入院）
	障害自立支援法によ る	○精神通院医療（法第5条関係）	2 1	（精神通院）
		○更生医療（法第5条関係）	1 5	—
		○育成医療（法第5条関係）	1 6	—
		○療養介護医療（法第70条関係）及び 基準該当療養介護医療（法第71条関 係）	2 4	—
	原子爆弾被爆者に対 する援護に関する法 律による	○一般疾病医療費（法第18条関係）	1 9	—
	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病 総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県 神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害 に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康 影響による治療研究費		5 1	—
	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付		3 8	—
	児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療 の給付（法第21条の9の2関係）		5 2	—
	児童福祉法の措置等に係る医療の給付		5 3	—
	石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給 （法第4条関係）		6 6	—
	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の			

支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援給付（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項において準用する場合を含む。）	2 5	—
生活保護法による医療扶助（法第15条関係）	1 2	（生保）