

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について

〔保医発第 0327001 号〕
平成 15 年 3 月 27 日

診療報酬請求書等の記載については、「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)により取り扱われているところであるが、「療養の給付、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」(平成 15 年厚生労働省令第 36 号)が 4 月 1 日より施行されること等に伴い、同通知中の別紙 1 及び別紙 2 について、その一部を別添のとおり改正したので、その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し周知徹底を図られたい。

なお、この件については、健康局、医薬局、社会・援護局、雇用均等・児童家庭局、保険局及び社会保険庁運営部の関係各課とは協議済みであるので念のため申し添える。

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、老人医療及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令の一部を改正する省令」(平成 15 年厚生労働省令第 36 号)の制定により、平成 15 年 5 月 1 日(4 月診療分)から新様式により扱うものであること。

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 ±6 mm(縦方向)、+6 mm、-4 mm(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、特定承

認保険医療機関の特定療養費に係るものについては「保険医療機関」とあるのは「特定承認保険医療機関」と、老人医療又は公費負担医療に係るもの(老人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」とあるのは老人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」とあるのは老人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」とあるのは老人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、市町村・公費負担者番号、老人医療・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 社会保険庁長官
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社会保険事務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、記名捺印の労をはぶくため、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。

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3「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、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(老人医療受給対象者を除く。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末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」と「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末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」と「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。

また「食事療養」欄については「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養に係る件数の合計を、「日数」欄には明細書の「食事療養」欄の「保険」の項に記載されている日数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事療養」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。ただし、食事療養に係る日数の記載を省略した明細書については、食事療養に係る日数が診療実日数と同じであるので、これを加えて合計すること。

(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(七〇以上九割)」欄の「小計」欄、「医保単独(七〇以上八割)」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(三歳)」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9割)と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上九割」欄の「小計」欄と、「医保(70以上8割)と公費の併用」欄と「医保単独(七〇以上八割)」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(3歳)と公費の併用」欄と「医保単独(三歳)」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(七〇以上九割)」欄と「医保単独(七〇以上八割)」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、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 「老人保健」欄について

(1) 老人医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち老人医療に係る分及び老人医療単独の者に係る明細書について記載すること。なお、老人被爆者に係るものについては、「老人単独」欄に記載すること。

また、寝たきり老人在宅総合診療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「寝たきり老人在宅総合診療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 「寝たきり老人在宅総合診療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「寝たきり老人在宅総合診療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(控除額)」欄並びに食事療養の「件数」欄、「日数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、7の(2)及び(3)と同様であること。この場合、7の(2)及び(3)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と、「在宅末期医療総合診療料」とあるのは「寝たきり老人在宅総合診療料及び在宅末期医療総合診療料」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料」とあるのは「老人保健法(昭和57年法律第80号)第28条第3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。なお、「老人九割」欄の小計欄、「老人八割」欄の小計欄にはそれぞれの合計を記載すること。

(3)「②合計」欄には、「老人九割」欄の「老人9割と公費の併用」欄と「老人単独」欄と、「老人八割」欄の「老人8割と公費の併用」欄と「老人単独」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、「老人9割」欄と、「老人8割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「老人9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。

9 「公費負担」欄の「公費と医保(老人)の併用」欄について

(1) 医療保険又は老人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3「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、結核予防法と児童福祉法)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「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」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。

10 「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結核予防法第34条に係る分とを併せて請求する場合には「

1A 生保)
10(結34)

」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、結核予防法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の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及び食事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、9

の(4)と同様であること。

(5)「金額」欄には、明細書の「食事療養」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。

11 「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3「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及び食事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。

12 「③合計」欄について

「公費と医保(老人)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。

13 「総件数①+②+③」欄について

「①合計」欄、「②合計」欄及び「③合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

14 「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

区 分	件数	日数	一部負担金	控除額	食事件数	食事日数	食事療養の金額	標準負担額(公費分)
43(老人被爆)								
10(結34)								
11(結35)								
12(生保)								
15(身障)								
20(精29)								
21(精32)								
22(麻薬)								
28(感染症)								
51(特疾)								

あつては、超過と記載すること。

(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。

(3) 老人被爆，老人保健と結核予防法の併用，老人保健と生活保護法の併用，老人保健と身体障害者福祉法の併用，老人保健と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との併用，老人保健と麻薬及び向精神薬取締法との併用，老人保健と感染症の予防及び感染症の患者に対する法律との併用又は老人保健と特定疾患治療研究事業の併用分については，次の要領で件数，日数等を記載すること。ただし「備考」欄に書ききれない場合は，続紙として診療報酬請求書と同じ大きさの用紙を請求書に添付しても差し支えないこと。なお，入院外分にあつては療養の給付に係る事項のみで差し支えないこと。

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。

(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が，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。)の外来において2以上の診療科にわたって診療を受けた場合には，当分の間，各診療科ごとに別個に明細書を作成すること。この場合において，初診料及び再診料を算定しない診療日については，初診料を算定した診療科名及び算定した日又は再診料を算定した診療科名を

「摘要」欄に記載すること。

なお，同一の傷病又は互いに関連のある傷病について初診又は再診を受けた場合について旧総合病院の2以上の診療科にわたって診療を受けた場合には，主たる診療科において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」欄に他と表示し，他の保険医療機関での診療に係る合計点数を「その他」欄に併せて記載し「療養の給付」欄の「請求」の項にも当該点数を合算した点数を記載するとともに，当該他の保険医療機関における診療に係る明細書を，下端を50mm程度切りとって添付すること(これについては，別に連絡するまでの間は，従来どおり，入院医療機関，入院外医療機関(他受診分)についてそれぞれ別個の明細書に記載することとする。)

(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。月の途中において市町村番号若しくは老人医療の受給者番号の変更があった場合，高齢受給者証又は老人医療受給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 電子計算機用の明細書様式及び 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、JISX 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 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

診療月のみの記載で差し支えないこと。

なお、診療月の翌月以外の月に請求する明細書については、診療年月を記載すること。

（2）「都道府県番号」欄について

昭和 51 年 8 月 7 日保発第 45 号、庁保発第 34 号の別表第 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、
老人医療又は退職者医療との併用の場合を

除く。）

老人医療

退職者医療

2 公費

3 老人

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 9 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、3 歳未満の患者（3 歳に達する日の属する月以前の患者をいう。以下同じ。）は「3」又は「4」、高齢受給者又は老人医療受給対象者は「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（3 歳未満の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（3 歳未満の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 三入」（若しくは「3 三」）、「5 家入」（若しくは「5 家」）、「7 高入 9」（若しくは「7 高 9」）又は「9 高入 8」（若しくは「9 高 8」）、外来の場合は「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 三外」（若しくは「4 三」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外 9」（若しくは「8 高 9」）又は「0 高外 8」（若しくは「0 高 8」）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 3歳未満入院 | 3 三入 |
| 4 3歳未満外来 | 4 三外 |
| 5 家族入院 | 5 家入 |
| 6 家族外来 | 6 家外 |
| 7 高齢受給者・老人医療 9 割給付入院 | 7 高入 9 |
| 8 高齢受給者・老人医療 9 割給付外来 | 8 高外 9 |
| 9 高齢受給者・老人医療 8 割給付入院 | 9 高入 8 |
| 0 高齢受給者・老人医療 8 割給付外来 | 0 高外 8 |

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（政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）については 4 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）。

イ 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）及び船員保険については、当該被保険者及び被扶養者の管轄地方社会保険事務局長と当該保険医療機関の管轄地方社会保険事務局長とが同一である場合（以下（5）において「自県分の場合」という。）には、記載を省略して差し支えないこと。

ウ 日雇特例被保険者の保険については、自県分の場合は、頭初の 2 欄に法別番号を必ず記載し、他の記載は省略して差し支えないこと。

エ 前記により、「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりとなること。

(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、船員保険被扶養者証、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。

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)「市町村番号」欄について

健康手帳の医療受給者証に記入されている市町村番号 8 桁を記載すること（別添 2「設定要領」の第 2 を参照）。

(9)「老人医療の受給者番号」欄について

健康手帳の医療受給者証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）。

(10)「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 3「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

	自 県 分 の 場 合	他 県 分 の 場 合
区 分	法 別 都道府県 保険者別 検証 番 号 番 号 番 号 番号	法 別 都道府県 保険者別 検証 番 号 番 号 番 号 番号
政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）	（省略して差し支えないこと）	（空 欄）
船 員 保 険	（省略して差し支えないこと）	
日雇特例被保険者の保険	（省略して差し支えないこと）	
その他の健康保険 退職者医療		
国民健康保険		

備考 1 ○印のものは、必ず記載すること。

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。

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。

（11）「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）。

（12）「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）、03 特例（特例許可病棟）、05 老人（老人病棟）、07 療養（療養病棟）、08 複合（複合病棟）、09 複療（複合病棟のうち療養病床に入院している場合）

（13）「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、生まれた年を記載すること。

(イ) 月日の記載は省略して差し支えないが、6歳に満たないものについては、生まれた月をも記載すること。

また、年齢が算定要件となっている項目を算定する場合であって、生まれた年の記載のみでは要件に該当するか否かが明らかでない場合は、生まれた月をも記載すること。

(ウ) 小児科療養指導料を算定した患者については、生まれた月も記載すること。

(エ) 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。また、生年月日を記載することが望ましいものであること。

(14)「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、職務上の取扱いとなる場合のみ該当するものを○で囲むこと。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)

(15)「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老人保健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条及び老人保健法施行令(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 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6項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。) 老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合(ただし、患者が老人保健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	老保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を老人保健の診療報酬点数表によった場合

05	高度	特定承認保険医療機関において厚生労働大臣の承認を受けた高度先進医療を実施した場合（この場合にあつては、当該承認を受けた高度先進医療の名称を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
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 14 年 3 月 11 日保医発第 0311002 号に規定する特別養護老人ホーム等に赴き、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に「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	健康保険法第 63 条第 2 項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件第 7 号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合
12	材治	健康保険法第 63 条第 2 項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件第 10 号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合

（16）「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

ア 保険医療機関指定申請の際等に地方社会保

険事務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、都道府県名及び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（平成 15 年 8 月 31 日までの間は許可病床のうち一般病床及び医療法等の一部を改正する法律（平成 12 年法律第 141 号）附則第 2 条第 3 項第 4 号に規定する経過の旧その他の病床に係るものの数とする。）を記載すること。また、特定疾患療養指導料を算定する場合、病院である保険医療機関にあつては、「（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変更した場合は、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。

イ 旧総合病院については、欄の左下隅に「診療科（ ）」と表示し（ ）の中に医療法施行令に定められた診療科について、次のコードにより記載すること。

診療科	コード	診療科	コード	診療科	コード
内科	01	心臓血管外科	16	心療内科	33
精神科	02	小児外科	17	アレルギー科	34
神経科	03	皮膚泌尿器科	18	リウマチ科	35
神経内科	04	皮膚科	19	リハビリテーション科	36
呼吸器科	05	泌尿器科	20		
消化器科	06	性病科	21		
胃腸科	07	こう門科	22		
循環器科	08	産婦人科	23		
小児科	09	産科	24		
外科	10	婦人科	25		
整形外科	11	眼科	26		
形成外科	12	耳鼻いんこう科	27		
美容外科	13	気管食道科	28		
脳神経外科	14	放射線科	30		
呼吸器外科	15	麻酔科	31		

（17）「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として「磁気テ-

ブ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式（平成3年9月27日）別添3に規定する傷病名を用いること。

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。

（18）「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、同月中に治ゆ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。

（19）「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。

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。

（20）「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、退職者医療及び老人医療をいう。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）及び在宅患者入院共同指導料（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 (18)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、訪問看護指示料、在宅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

(21)「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。結核予防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。

(22)「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、初診時の紹介患者加算を算定した場合は、「摘要」欄に(紹加)1,2,3,4,5,6又は診と表示し、回数及び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し、「摘要」欄に特と表示すること。

なお、電子計算機の場合は、(紹加)、特の○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、(紹加)、特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 小児科を標榜する保険医療機関において、小児科を担当する医師が3歳未満の乳幼児に対して初診を行った場合に、育児、栄養その他療養上必要な指導を行ったときは、当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児育児栄養指導加算等の表示は必要がないこと。

エ 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。

オ 旧総合病院において、他の診療科において初診料を算定した場合は、算定した診療科名及び算定した日を「摘要」欄に記載すること。

(23)「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。月の2回目以降の受診について、低減しない外来診療料を算定した場合は、「摘要」欄に通と表示するとともに、低減しない外来診療料の算定回数を記載すること。

月の1回目の受診に係る外来診療料を2回以上算定した場合は、「摘要」欄にその旨及び月の1回目の受診に係る外来診療料を算定した回数を記載すること。

また、旧総合病院については、月の1回目の受診に係る外来診療料を算定している場合は、「摘要」欄に算定回数を記載すること。

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、外来管理加算については、月の3回目までの受診に係る回数及び月の4回目以降の受診に係る回数をそれぞれ記載すること。また、継続管理加算を算定した場合は、再診の項に、再診料の算定回数（継続管理加算の回数は含めない。）及び再診料の合計点数と当該加算点数を合計した点数を記載すること。

月の4回目以降の受診について、低減しない再診料を算定した場合は、「摘要」欄に通と表示するとともに、低減しない再診料の算定回数（月の2回目及び3回目の受診の回数を含む。）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。

月の1回目の受診に係る再診料を2回以上算定した場合は、「摘要」欄にその旨、月の1回目の受診に係る再診料の算定回数、月の2回目及び3回目の受診に係る再診料の算定回数（月の4回目以降の受診に係る再診料のうち、低減しない再診料を算定した回数を含む。）及び、月の4回目以降の受診に係る再診料の算定回数（低減しない再診料を算定した回数を除く。）を記載すること。

また、旧総合病院については「摘要」欄に、月の1回目の受診に係る再診料の算定回数、月の2回目及び3回目の受診に係る再診料の算定回数（月の4回目以降の受診に係る再診料のうち、低減

しない再診料を算定した回数を含む。）及び、月の4回目以降の受診に係る再診料の算定回数（低減しない再診料を算定した回数を除く。）を記載すること。

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的时间外加算と同様に記載し、「摘要」欄に特と表示すること。

エ 乳幼児加算又は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点数を加算した点数を記載し、乳幼児加算又は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又は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 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。

カ 旧総合病院において、他の診療科において再診料を算定した場合は、算定した診療科名を「摘要」欄に記載すること。

(24)「指導」欄について

ア 特定疾患療養指導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、手術前医学管理料又は救急救命管理料を算定した場合は、「ウ、薬、悪、（外来）、（集采）、α、（慢透）、（手前）又は数」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。）。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、心臓ペースメーカー指導管理料のイを算定した場合は、ペースメーカー移植術を行った月日を「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又は地域連携小児夜間・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、小児悪腫又は地域小児」と表示して所定点数を記載すること。なお、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、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「摘要」欄に記載すること。

エ 小児科外来診療料又は生活習慣病指導管理料を算定した場合は、「児外初、児外再、児内初、児内再、生外又は生内」と表示して所定点数を記載すること。また、初診料の紹介患者加算又は初診料、再診料若しくは外来診療料の時間外加算、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(紹加)1,2,3,4,5,6若しくは診又は外、休、夜若しくは特と表示するとともに、時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外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、手術前医学管理料、手術後

医学管理料、救急救命管理料又は薬剤管理指導料を算定した場合は、Ⅾ、Ⅿ、ⅰ、ⅱ、(高難)、(手前)、(手後)、救又は(薬管)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「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。)

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「摘要」欄に記載すること。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。

薬剤管理指導料を算定した場合は、当該算定の対象となった指導を行った日を「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退院時服薬指導等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)に併せて(麻加)又は(薬加)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)又は在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は、ⅰ又は(在共)ⅰと表示して、当該項目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。また、退院時共同指導加算を算定した場合は「摘要」欄にその旨及び退院日を記載すること。

キ 診療情報提供料(A)(B)(C)又は(D)を算定した場合は、情A、情B、情C又は情Dと表示して、点数を記載し、診療情報提供料(B)(C)の逆紹介の加算を算定した場合は、(情逆B)、(情逆C)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、「摘要」欄にその算定日を記載すること。

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。

ケ 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。

コ 結核予防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。

サ 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、退院指導料、退院時リハビリテーション指導料、退院時共同指導料、退院前訪問指導料、開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は在宅患者入院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合は、それぞれ入栄、集栄、退指、退リハ、退共、退前、開Ⅱ又は在共Ⅱと表示して、回数及び点数を記載すること。また、入院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。

なお、開放型病院共同指導料(Ⅱ)又は在宅患者入院共同指導料(Ⅱ)の退院時共同指導料加算を算定した場合は「摘要」欄にその旨及び退院日を記載すること。

また、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。

(25)「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等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。

ウ 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。

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) 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。

(イ) 在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次に特と表示すること。

(ウ) 患家との直線距離が16km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、所定点数に在宅患者訪問診療料の項に定める「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。

（エ）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 在宅時医学管理料を算定した場合は、その他の項に「在医管」と表示して点数を記載すること。また、当該月において訪問診療を行った日を「摘要」欄に記載すること。

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、在宅患者訪問看護・指導料、在宅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又は在宅患者訪問栄養食事指導料を算定した場合は、その他の項にそれぞれ「搬送診療」、「訪問看護（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）」、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）」、「訪問リハ」、「訪問指示」、「特別指示」、「訪問薬剤」又は「訪問栄養」と表示し、回数及び総点数を記載すること。

患者の急性増悪等により頻回な又は1日に2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、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。

1日複数回の訪問加算、又はターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し「訪問看護」の字句の次にそれぞれ~~※~~又は~~※~~と表示するとともに、訪問看護を実施した日時及び患者が死亡した日時を「摘要」欄に記載すること。在宅移行管理加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し「訪問看護」の字句の次に~~※~~と表示するとともに、退院日、使用している医療器具等の名称（当該診療報酬明細書において医療器具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。

在宅患者訪問薬剤管理指導料を月2回算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を「摘要」欄に記載すること。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。

コ 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。

サ 在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に所定点数を記載し、注入器注射針加算（イの加算に限る。）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。血糖自己測定指導加算、注入器加算、間歇注入シリッジポンプ加算又は注入器注射針加算を算定した場合は、~~（注糖）~~、~~△~~、~~■~~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、血糖自己測定指導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、支給量及び支給日数等を記載すること。

シ 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㉞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㉟又は㊱と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己連続携行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。

ス 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㊲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、㊳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。

セ 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㊴と表示して点数を記載すること。この場合、高度慢性呼吸不全例の患者に初回の指導管理を行った月においては、在宅酸素療法導入時の動脈血酸素濃度分圧又は動脈血酸素飽和度を「摘要」欄に記載すること。

なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、携帯用酸素ボンベ加算、設置型液化酸素装置加算又は携帯型液化酸素装置加算を算定した場合は、㊴に併せてそれぞれ㊵、㊶、㊷又は㊸と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

ソ 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㊹と表示して点数を記載す

ること。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㊺又は㊻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。

タ 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㊼と表示して点数を記載すること。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㊽又は㊾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。

チ 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㊿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㊿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。

ツ 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㊽と表示して点数を記載すること。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加算を算定した場合は、併せてそれぞれ㊿、㊿又は㊿と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

テ 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㊿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、睡眠ポリグラフィー上の所見及び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治療器加算を算定した場合は、㊿と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

ト 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㊦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㊧又は㊨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。

ナ 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㊩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。

ニ 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㊪と表示して点数を記載すること。また、送信器加算を算定した場合は、㊫と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ヌ 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㊬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、併せて㊭と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ネ 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㊮と表示して点数を記載すること。また、人工鼻加算を算定した場合は、併せて㊯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料の器具加算のみを算定した場合は、その他の項にサからトまで及び二からネ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。

ハ 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、㊰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、その点数を加算し、「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。

ヒ 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」と記載した上でのサからネまでの例により記載すること。

フ 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㊰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。

(26)「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、電算化が行われていないものとして地方社会保険事務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◎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◎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、内服薬又は外用薬について 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、処方項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に(特処)と表示し、回数及び点数を記載すること。

(シ) 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。

(27)「注射」欄について

ア 皮下筋肉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

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。

イ 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」欄に外来化学療法加算である旨のイを表示するとともに、算定回数を記載すること。

ウ 無菌製剤処理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」欄に無菌製剤処理加算である旨のウを表示するとともに、算定回数を記載すること。

エ 血漿成分製剤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」欄に血漿と表示して、1 回目の注射の実施日を記載すること。また、中心静脈注射の血漿成分製剤文書加算を算定した場合は、エと表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

オ 皮下筋肉内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内注射等については 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。

カ 特別入院基本料 2 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。

キ 特定保険医療材料を使用した場合は、(28) のウの例により「摘要」欄に記載すること。

ク 入院時食事療養費に係る食事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。

ケ 乳幼児加算を算定した場合は、当該点数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。

(28) 「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、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 消炎鎮痛等処置については、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数により算定する場合は「摘要」欄に、器具等による療法の場合は、減器と、湿布処置(半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のもの) の場合は、減湿イと、湿布処置(半肢の大部又は頭部、頸部及び顔面の大部以上にわたる範囲のもの以外のもの) の場合は、減湿ロと表示し、低減した点数を算定した回数を記載すること。

ウ 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入し、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,地方社会保険事務局に届け出た単価(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で記載する。

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の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 処置,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	
手技の加算	導入期加算	2,260 × 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 m ²
(ホローファイバー型(1.5 m ² 未満(Ⅱ))	
3,090 円)	309 × 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(シングルチャンバ(Ⅰ型)	
1,270,000 円)	127,000 × 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)2,970 円)	297 × 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14年3月18日保医発第0318003号)Ⅰの3の(29)のウ,同3の(38)のイ及び同3の(42)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,地方社会保険事務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0.20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)		8 × 1
(請求単価)	(使用料)	(補正率)
(0.20 円 × 300 リットル × 1.3)	÷ 10 = 8 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。

エ 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」欄にウの例により記載すること。

オ 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。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。また、真にやむを得ない事情により、赤血球濃厚液と新鮮凍結血漿とを併用して輸血を行った場合は、当該事情を「摘要」欄に記載すること。

カ 時間外加算、休日加算、深夜加算及び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 **体**、**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、手術の新生児・乳幼児(3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 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。

ケ 内視鏡使用による手術料の加算を算定した場合は、当該手術名を当該欄に記載し「摘要」欄は内視鏡使用による加算である旨の **内** を表示すること。

コ 人工腎臓について入院中の患者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、月の4回目以降(外来診療料を算定する医療機関の場合は月の2回目以降)の再診時に人工腎臓を実施した場合は「摘要」欄に、4回目以降(外来診療料を算定する医療機関の場合は月の2回目以降)の再診時に実施した人工腎臓の回数を記載すること。

なお、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。また、障害者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し「摘要」欄に **障** と表示の上、「診療報酬点数表(平成6年3月厚生省告示第54号)及び老人診療報酬点数表(平成6年3月厚生

省告示第72号)の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」(平成14年3月8日保医発第0308001号)別添1第2章第9部J038人工腎臓(15)のA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。

サ 生体腎を移植した場合においては「手術・麻酔」欄の余白に腎と表示して腎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を合算した点数を記載し、「摘要」欄に腎提供者の氏名を記載すること。この場合、食事に要した費用の額については、平成6年8月5日厚生省告示第237号の別表「食事療養の費用額算定表」による額とすること。

なお、腎提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書(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」欄に貼付すること。骨髄移植のうち同種移植を行った場合又は同種皮膚移植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 **骨** 又は **膚** 若しくは **肝** と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の貼付を行うこと。

シ 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。

ス 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(平成14年3月厚生労働省告示第88号第4号トに該当する患者)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 **洗** 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4号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。

セ 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。

ソ 熱傷に対する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。

タ 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。

チ 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。

ツ 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。

テ 麻酔管理料を算定した場合は「摘要」欄に(麻管)と表示すること。

ト 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。)を記載すること。

ナ 「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」(平成14年3月8日保医発第0308003号)別添1第60において区分1区分2及び区分3に分類される手術を専門医が実施することにより所定点数の百分の百を算定する場合(当該手術を専門医が実施することにより実施数の要件を満たすものとして届け出た保険医療機関に限る。)には、地方社会保険事務局長に届け出た当該手術に係る専門医のうち、当該手術を実施した専門医の氏名を「摘要」欄に記載すること。

(29)「検査」欄について

ア 検査名、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、検査名の右に減と表示し、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、(28)のウの例により「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、血管内超音波加算、血管内視鏡検査加算、超音波内視鏡検査加算又は粘膜点墨法加算を算定した場合は、それぞれ(血超)、(血内)、(超内)又は≡と表示し、当該加算を加算した点数を記載すること。

ウ 検体検査判断料、病理学的検査診断・判断料を算定した場合には、判断料の区分名、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I」、「基II」、「病診」又は「病学」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」、「脈」、「脳」、「神」又は「ラ」とをそれぞれ組み合わせて表示すること。

エ 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、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。

オ 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)	2,475
判 基I	630

カ 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。

キ 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。

ク ヒト脳性ナトリウム利尿ペプチド(BNP)精密測定を算定した場合は「摘要」欄に本検査の実施日(ヒト心房性ナトリウム利尿ペプチド(HANP)精密測定を併せて実施した場合は、併せて各検査の実施日)を記載すること。

ケ 検体検査管理加算(Ⅰ)又は(Ⅱ)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)又は(検管Ⅱ)と表示すること。

コ 赤血球不規則抗体検査を算定した場合は、輸血歴又は妊婦歴がある旨を「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。

サ K 920 輸血料(「3」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。

シ 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。

ス 呼吸心拍監視を算定した場合は「摘要」欄に算定開始日を記載すること。

セ 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。

ソ 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日(手術前に当該検査を実施した場合においては手術予定日)を記載すること。

(30)「画像診断」欄について

ア 画像診断の種類、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 デジタル映像化処理を行った場合においては、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、(28)のウの例により「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)(15日) 825

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、それぞれ頭部、躯幹、四肢の各部位の初回の実施日を「摘要」欄に記載すること。

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。

(31)「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。

イ 外来患者に対し処方せんを交付した場合は、処方せんの項に処方せん料の点数毎の回数及び点数を記載すること。

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(特処)と表示し、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。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、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。また、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、(特精)と表示すること。心疾患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、発症月日を「摘要」欄に記載すること。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Ⓜと表示し、当該加算の対象となる疾患名及び発症月日又は新たな発症月日を記載すること。痴呆患者特殊療法料については(33)の例によること。通院精神療法を退院患者について算定した場合には退院日、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、また、精神科退院前訪問指導料を2回算定した場合は、各々の訪問指導日をそれぞれ「摘要」欄に記載すること。また、初診の日に通院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。

なお、家族等に対する通院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。

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

オ 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、薬名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

カ 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。

キ 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。

ク 密封小線源治療に当たって、気管・気管支用アプリケーション又は食道アプリケーションを使用した場合は「摘要」欄に(気アプ)又は(食アプ)と表示すること。

ケ 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。

コ 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。

(32)「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・診療所別欄の下に空欄(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。また、別に厚生労働大臣が定める看護師比率に関する基準を満たすことができない病棟の入院基本料については、入院基本料種別欄中の当該略号の次に「未」と記載すること。入院診療計画について別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合、院内感染防止対策を未実施の場合、医療安全管理体制を未整備の場合又は褥瘡対策を未実施の場合は、入院基本料種別欄に「計画未」、「感防未」、「安管未」又は「褥瘡未」と記載し、老人病棟に入院している患者の場合には、(34)の例によること。

結核病棟入院基本料又は特定機能病院入院基本

料（結核病棟の場合）について、入院期間が91日以上期間について、所定点数からの減算が行われない場合は「摘要」欄に「減無」と記載すること。

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、前記の種類順であれば、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。

I群1 I群2 II群3 I群4 I群5（一般病棟I群入院基本料1～5）、II群3、II群4、II群5（一般病棟II群入院基本料3～5）、I群特1 I群特2（一般病棟I群特別入院基本料1～2）、II群特1 II群特2（一般病棟II群特別入院基本料1～2）、療1、療Ⅱ療養病棟入院基本料1～2）、療特1、療特Ⅱ療養病棟特別入院基本料1～2）、結1、結2、結3、結4、結5、結6、結7（結核病棟入院基本料1～7）、結特1、結特2（結核病棟特別入院基本料1～2）、精1、精2、精3、精4、精5、精6、精7（精神病棟入院基本料1～7）、精特1、精特2（精神病棟特別入院基本料1～2）、特一I1、特一I2（特定機能病院入院基本料一般病棟I群1～2）、特一II1、特一II2、特一IIⅢ特定機能病院入院基本料一般病棟II群1～3）、特結I1、特結I2（特定機能病院入院基本料結核病棟I群1～2）、特結II1、特結II2、特結IIⅢ特定機能病院入院基本料結核病棟II群1～3）、特精I1、特精I2（特定機能病院入院基本料精神病棟I群1～2）、特精II1、特精II2、特精II3（特定機能病院入院基本料精神病棟II群1～3）、専1、専Ⅱ専門病院入院基本料1～2）、障1、障2、障3、障4、障Ⅴ障害者施設等入院基本料1～5）、老1、老2、老3、老4、老5（老人病棟入院基本料1～5）、老特（老人病棟特別入院基本料）、診I1、診I2、診I3（有床診療所I群入院基本料1～3）、診II3、診II4（有床診療所II群入院基本料3～4）、診療床（有床診療所療養病床入院基本料）、診療床特（有床診療所療養病床特別入院基本料）

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は、必要があって患者を他の病棟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「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）入院時医学管理加算、紹介外来加算、紹介外来特別加算、急性期入院加算、急性期特定入院加算、地域医療支援病院入院診療加算2、診療録管理体制加算、特殊疾患入院施設管理加算、新生児入院医療管理加算、看護配置加算、看護補助加算、夜間勤務等看護加算、特別看護加算、特別看護補助加算、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又は児童・思春期精神科入院医療管理加算を算定した場合は、入院基本料種別欄に、医管、紹外、紹外特、急性、急性特、地入診2、録管、特疾、新入医、看配、補4（4対1看護補助加算）、補5（5対1看護補助加算）、補6（6対1看護補助加算）、補10（10対1看護補助加算）、補15（15対1看護補助加算）、夜1（夜間勤務等看護加算1）、夜2（夜間勤務等看護加算2）、夜3（夜間勤務等看護加算3）、夜4（夜間勤務等看護加算4）、夜5（夜間勤務等看護加算5）、1付I（1人付特別看護加算I）、1付II（1人付特別看護加算II）、2付I（2人付特別看護加算I）、2付II（2人付特別看護加算II）、2付補（2人付特別看護補助加算）、3付補（3人付特別看護補助加算）、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)、(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)、(重皮膚)、(緩和)、(精応)、(精医管)又は(児思精)を記載し、特別看護加算に係る長時間加算を算定した場合は併せて長を、特別看護補助加算に係る長時間加算を算定した場合は併せて(長1)又は(長2)を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算 2、診療録管理体制加算又は精神科応急入院施設管理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、新生児入院医療管理加算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 1、救急医療管理加算、乳幼児救急医療管理加算、在宅患者応急入院診療加算、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、HIV 感染者療養環境特別加算、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1)、(救医)、(乳救医)、(在応)、乳、幼、(難入)、(二感入)、(超重症)、(準超重症)、(感染特)、(小環特)、(無菌)、(放室)、(精措)又は(精隔)を記載すること。

なお、地域医療支援病院入院診療加算 1、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応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記載し、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) 日常生活障害加算又は痴呆加算を算定した場合は、「摘要」欄に障又は痴と表示し、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ランク等）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。

(オ) 有床診療所入院基本料を算定している患者について看護配置に応じた加算がある場合は、「摘要」欄に(看護)を記載すること。

オ 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。

カ 特定入院料、療養病棟入院基本料、老人病棟入院基本料又は診療所療養病床入院基本料（以下カにおいて「特定入院料等」という。）を算定している患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において「診療報酬点数表（平成 6 年 3 月厚生省告示第 54 号）及び老人診療報酬点数表（平成 6 年 3 月厚生省告示第 72 号）の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）」別添 1 第 1 章第 2 部 5 の（3）のアからケまでに規定する診療を行った場合は、入院医療機関においては、行を改めて減額された特定入院料等の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。また、他医療機関においては、「摘要」欄に「当該患者の算定する特定入院料等」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」と記載すること。

介護療養型医療施設に入院中の患者が医療保険における他医療機関へ受診した場合（当該施設に専門的な診療科がない場合）

他医療機関において、ア～ケまで（ア初・再診療、イ短期滞在手術基本料 1、ウ検査、エ画像診断、

オ精神科専門療法，カ処置，キ手術，ク麻酔，ケ放射線治療）に規定する診療を行った場合には，当該患者の入院している介護療養型医療施設から提供される当該患者に係る診療情報に係る文書を診療録に添付するとともに，診療報酬明細書の摘要欄に「当該受診に係る診療科」および「他 介（受診日数：○日）」と記載すること。

ただし，当該専門的な診療科に特有な薬剤を用いた投薬又は注射に係る費用を除き，短期滞在手術基本料 2，指導管理等，在宅医療，投薬，注射及びリハビリテーションに係る費用は算定できない。

〔「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について（平 15. 3. 20 老老発第 0320001 号，保医発第 0320001 号）〕

キ 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，平成 14 年 3 月厚生労働省告示第 88 号第 4 号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。

ク 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。

ケ 定数超過入院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（療養病棟入院基本料，老人病棟入院基本料，有床診療所療養病床入院基本料の場合は所定点数から所定点数に 100 分の 10 を乗じて得た点数を控除した点数，それ以外の入院基本料の場合は所定点数から所定点数に 100 分の 20 を乗じて得た点数を控除した点数），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。

コ 医療法の人員標準を満たさない保険医療機

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から所定点数に 100 分の 12，100 分の 15，100 分の 18，100 分の 21，100 分の 24，100 分の 27 又は 100 分の 30 を乗じて得た点数を控除した点数，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 3 又は 100 分の 6 を乗じて得た点数を控除した点数），日数及び合計点数を記載し，「摘要」欄に（標欠），（医欠 5），（医欠 6），（医欠 8），（看欠 5），（看欠 6）又は（看欠 8）と表示すること。

サ 「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救命救急入院料を算定している患者について加算若しくは減算がある場合，③特定集中治療室管理料を算定している患者について減算がある場合，④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療養病棟入院料を算定している患者について人工呼吸器使用加算がある場合又は⑤小児入院医療管理料を算定している患者について施設基準に応じた加算がある場合にあっては，それぞれの加算を加えた点数又は減算後の点数）を記載すること。また，入院診療計画について別に厚生労働大臣が定める基準を満たさない場合，院内感染防止対策を未実施の場合，医療安全管理体制を未整備の場合又は褥瘡対策を未実施の場合には，（32）の例により「特定入院料・その他」欄に記載すること。

救命 1 救命 2（救命救急入院料 1 2），特集（特定集中治療室管理料），新集（新生児特定集中治療室管理料），産集母，産集新（総合周産期特定集中治療室管理料），熱集（広範囲熱傷特定集中治療室管理料），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（小児入院医療管理料 1～3），復り入（回復期リハビリテーション病棟入院料），特療 1，特療 2（特殊疾患療養病棟入院料 1 2），緩和（緩和ケア病棟入院料），精救（精神科救急入院料），精急 1，精急 2（精神科急性期治療病棟入院料 1 2），精 1，精 2（精神療養病棟入院料 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、高度救命救急センターである場合、救命救急センターの評価基準に基づく評価が充実段階 B 若しくは C である場合(充実度評価を受けていない場合(新規開設の場合を除く。))を含む。))又は急性薬毒物中毒に係る加算を算定した場合は「摘要」欄に、それぞれ、高救、減救又は薬救と記載すること。

(ウ)新生児特定集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算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計して 22 日以上算定した場合は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入院医療管理加算及び新生児特定集中治療室管理料と合計して 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。

(エ)特殊疾患入院医療管理料、特殊疾患療養病棟入院料又は精神療養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。

(オ)精神科救急入院料又は精神科急性期治療病棟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。なお、老人性痴呆疾患治療病棟入院料、老人性痴呆疾患療養病棟入院料については、(34)の例によること。

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

(33)老人医療における「保険医療機関の所在地及び名称」、「診療実日数」、「初診」、「再診」、「指導」、「在宅」、「注射」、「処置」、「検査」及び「その他」欄について次に掲げるもののほか(16)(20)、(22)から(25)、(27)から(29)及び(31)と同様であること。この場合において、(16)中「外来診療料」とあるのは「老人外来診療料」と、「特定疾患療養指導料」とあるのは「老人慢性疾患生活

指導料」と、(20)のイ中「在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)」とあるのは「在宅患者入院共同指導料(Ⅰ)又は寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅰ)」と、同キ中「初診料・再診料・外来診療料」とあるのは「老人初診料・老人再診料・老人外来診療料」と、(22)のオ中「初診料」とあるのは「老人初診料」と、(23)のア中「外来診療料」とあるのは「老人外来診療料」と、同イ中「再診料」とあるのは「老人再診料」と、同カ中「再診料」とあるのは「老人再診料」と、(24)のク中「薬剤情報提供料」とあるのは「老人薬剤情報提供料」とそれぞれ読み替えるものとする。

ア 老人外来管理加算を算定した場合は、「再診」欄の外来管理加算の項に所定点数を記載すること。

イ 老人慢性疾患生活指導料又は痴呆患者在宅療養指導管理料を算定した場合は、「指導」欄に「慢疾」又は「痴呆」と表示して、点数を記載すること。

ウ 寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅰ)を算定した場合は、診療報酬明細書(入院外)の「指導」欄に「退院共同(Ⅰ)」と表示して、点数を記載すること。また、寝たきり老人退院時共同指導料(Ⅱ)を算定した場合は、診療報酬明細書(入院)の「指導」の欄に「退院共同(Ⅱ)」と表示して、点数を記載し、退院日を「摘要」欄に記載すること。

エ 老人退院前訪問指導料を算定した場合は、「指導」欄に退前と表示して、点数を記載すること。また、老人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。

オ 寝たきり老人在宅総合診療料Ⅰ又はⅡを算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「在宅総合Ⅰ」又は「在宅総合Ⅱ」と表示して、点数を記載すること。

なお、24 時間連携体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)又は(Ⅲ)を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合Ⅰ、Ⅱ」の字句の次に連Ⅰ、連Ⅱ又は連Ⅲと表示すること。また、緊急時入院体制加算を算定した場合は、所定点数、又は、所定点数に 24 時間連携体制加算(Ⅰ)(Ⅱ)又は(Ⅲ)を加えた点数に当該加算点数を

加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」又は「在宅総合イ、ロ」(連Ⅰ)、(連Ⅱ)又は(連Ⅲ)の字句の次に※と表示すること。さらに在宅老人ターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数等に当該加算点数を加算した点数を当該点数として記載し、「在宅総合イ、ロ」(連Ⅰ)、(連Ⅱ)又は(連Ⅲ)、※の字句の次に△と表示すること。

なお、症状の急性増悪等により寝たきり老人在宅総合診療料を算定しない場合には、「摘要」欄にその理由を記載すること。

カ 寝たきり老人訪問指導管理料を算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「訪問指導」と表示して、点数を記載すること。

キ 退院患者継続訪問指導料を算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「継続指導」と表示して、回数及び総点数を記載するほか「摘要」欄にその算定日及び退院日を記載すること。

ク 入院中の患者(老人精神病棟等入院患者を除く。)に対して点滴注射を行った場合(1日分の注射量が500ml以上の場合に限る。)は、「注射」欄のその他の項に、注射の種類を記して、それぞれ日数又は回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

ケ 老人精神病棟等点滴注射料を算定した場合は、「注射」欄のその他の項に「老注」と表示して、日数及び合計点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に、1日分の使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

コ 老人処置料、老人精神病棟等処置料、老人留置カテーテル設置料又は老人導尿料を算定した場合は、「処置」欄にそれぞれ「褥瘡」、「老人等処置」、「留置カテ」又は「導尿」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

サ 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14年3月厚生労働省告示第73号別表第四の第7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8号に該当する患者について喀痰吸引を算定した場合は、

「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。

シ 老人医療の診療報酬点数表第2章第3部の注1のイの検査料を算定した場合は、「検査」欄に検査名、回数及び点数を記載すること。

ス 老人精神病棟等入院時基本検査料を算定した場合は、「検査」欄に「老人等検査」と表示して、点数を記載すること。

セ 老人精神病棟等検体検査判断料を算定した場合は、(29)のウ及びエと同様に記載すること。

ソ 老人理学療法(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)若しくは(Ⅳ)又は老人作業療法(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)を算定した場合は、「その他」欄にそれぞれ「老理(Ⅰ)」、「老理(Ⅱ)」、「老理(Ⅲ)」若しくは「老理(Ⅳ)」又は「作業(Ⅰ)」若しくは「作業(Ⅱ)」と表示して、算定単位数及び合計点数を記載するほか「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、急性発症した脳血管疾患等の患者に対する老人理学療法(Ⅰ)、老人理学療法(Ⅱ)、老人作業療法(Ⅰ)及び老人作業療法(Ⅱ)を行い早期リハビリテーション加算を算定する場合には、摘要欄にⓂと表示し、当該加算の対象となる疾患名及び発症月日又は新たな発症年月日を「摘要」欄に記載すること。また、外来移行加算を算定した場合は、退院日を「摘要」欄に記載すること。

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

チ 重度痴呆患者デイ・ケア料(Ⅰ)又は重度痴呆患者デイ・ケア料(Ⅱ)を算定した場合は、「その他」欄に「痴呆デイ(Ⅰ)」又は「痴呆デイ(Ⅱ)」と表示して、回数及び合計点数を記載すること。

ツ 入院生活リハビリテーション管理指導料を算定した場合は、「その他」欄に(リハ指導)と表示して、算定の対象となる週の数及び合計点数を記載すること。

テ 痴呆性老人入院精神療料を算定した場合は、「その他」欄に(入院精神)と表示して、算定の対象となる週の数及び合計点数を記載すること。

ト 重度痴呆患者入院治療料を算定した場合は、「その他」欄に「重痴入院」と表示して、回数

及び合計点数を記載すること。

(34) 老人医療における「入院」欄について

次に掲げるものを除き(32)と同様であること。この場合において、(32)のア、イ、エ、オ及びキ中「入院基本料」とあるのは「老人入院基本料」と、「Ⅰ群ⅠⅡ群Ⅲ群Ⅳ群Ⅴ(一般病棟Ⅰ群入院基本料1~5)」とあるのは「老Ⅰ群Ⅰ老Ⅰ群Ⅱ老Ⅰ群Ⅲ老Ⅰ群Ⅳ老Ⅰ群Ⅴ(老人一般病棟Ⅰ群入院基本料1~5)」と、「Ⅱ群ⅢⅣ群Ⅴ(一般病棟Ⅱ群入院基本料3~5)」とあるのは「老Ⅱ群Ⅲ老Ⅱ群Ⅳ老Ⅱ群Ⅴ(老人一般病棟Ⅱ群入院基本料3~5)」と、「Ⅰ群特ⅠⅡ群特Ⅱ(一般病棟Ⅰ群特別入院基本料1~2)」とあるのは「老Ⅰ群特Ⅰ老Ⅰ群特Ⅱ(老人一般病棟Ⅰ群老人入院基本料1~2)」と、「Ⅱ群特ⅠⅡ群特Ⅲ(一般病棟Ⅱ群特別入院基本料1~2)」とあるのは「老Ⅱ群特Ⅰ老Ⅱ群特Ⅱ(老人一般病棟Ⅱ群入院基本料1~2)」と、「療Ⅰ療Ⅱ(療養病棟入院基本料1~2)」とあるのは「老療Ⅰ老療Ⅱ(老人療養病棟入院基本料1~2)」と、「療特Ⅰ療特Ⅱ(療養病棟特別入院基本料1~2)」とあるのは「老療特Ⅰ老療特Ⅱ(老人療養病棟特別入院基本料1~2)」と、「結Ⅰ結Ⅱ結Ⅲ結Ⅳ結Ⅴ結Ⅵ結Ⅶ(結核病棟入院基本料1~7)」とあるのは「老結Ⅰ老結Ⅱ老結Ⅲ老結Ⅳ老結Ⅴ老結Ⅵ老結Ⅶ(老人結核病棟入院基本料1~7)」と、「結特Ⅰ結特Ⅱ(結核病棟特別入院基本料1~2)」とあるのは「老結特Ⅰ老結特Ⅱ(老人結核病棟特別入院基本料1~2)」と、「精Ⅰ精Ⅱ精Ⅲ精Ⅳ精Ⅴ精Ⅵ精Ⅶ(精神病棟入院基本料1~7)」とあるのは「老精Ⅰ老精Ⅱ老精Ⅲ老精Ⅳ老精Ⅴ老精Ⅵ老精Ⅶ(老人精神病棟入院基本料1~7)」と、「精特Ⅰ精特Ⅱ(精神病棟特別入院基本料1~2)」とあるのは「老精特Ⅰ老精特Ⅱ(老人精神病棟特別入院基本料1~2)」と、「特ⅠⅠⅡ特ⅠⅢ(特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅰ群1~2)」とあるのは「老特ⅠⅠ老特ⅠⅡ(老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅰ群1~2)」と、「特ⅠⅡⅠ特ⅠⅡⅡ特ⅠⅡⅢ(特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1~3)」とあるのは「老特ⅠⅡⅠ老特ⅠⅡⅡ老特ⅠⅡⅢ(老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1~3)」と、「特結ⅠⅠ特結ⅠⅡ(特定機能病院入院基本料結核

病棟Ⅰ群1~2)」とあるのは「老特結ⅠⅠ老特結ⅠⅡ(老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅰ群1~2)」と、「特結ⅠⅠ特結ⅠⅡ特結ⅠⅢ(特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅱ群1~3)」とあるのは「老特結ⅠⅠ老特結ⅠⅡ老特結ⅠⅢ(老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅱ群1~3)」と、「特精ⅠⅠ特精ⅠⅡ(特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅰ群1~2)」とあるのは「老特精ⅠⅠ老特精ⅠⅡ(老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅰ群1~2)」と、「特精ⅠⅠⅡ特精ⅠⅡⅡ特精ⅠⅡⅢ(特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅱ群1~3)」とあるのは「老特精ⅠⅠⅡ老特精ⅠⅡⅡ老特精ⅠⅡⅢ(老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅱ群1~3)」と、「専Ⅰ専Ⅱ(老人専門病院入院基本料1~2)」とあるのは「老専Ⅰ老専Ⅱ(老人専門病院Ⅰ群入院基本料1~2)」と、「障Ⅰ障Ⅱ障Ⅲ障Ⅳ障Ⅴ(障害者施設等入院基本料1~5)」とあるのは「老障Ⅰ老障Ⅱ老障Ⅲ老障Ⅳ老障Ⅴ(老人障害者施設等入院基本料1~5)」と、「診ⅠⅠ診ⅠⅡ診ⅠⅢ(有床診療所Ⅰ群入院基本料1~3)」とあるのは「老診ⅠⅠ老診ⅠⅡ老診ⅠⅢ(老人有床診療所Ⅰ群入院基本料1~3)」と、「診ⅠⅡⅢ診ⅠⅡⅣ(有床診療所Ⅱ群入院基本料3~4)」とあるのは「老診ⅠⅡⅢ老診ⅠⅡⅣ(老人有床診療所Ⅱ群入院基本料3~4)」と、「診療床(有床診療所療養病床入院基本料)」とあるのは「老診療床(老人有床診療所療養病床入院基本料)」と、「診療床特(有床診療所療養病床特別入院基本料)」とあるのは「老診療床特(老人有床診療所療養病床特別入院基本料)」と、「入院基本料等加算」とあるのは「老人入院基本料等加算」と読み替えるものとする。

ア 老人入院基本料については、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。

イ 老人一般病棟入院医療管理料、老人性痴呆疾患治療病棟入院料又は老人性痴呆疾患療養病棟入院料(以下「入院医療管理料等」という。)を算定した場合は「特定入院料・その他」の項にそれぞれ「老入管」、「痴治入院」又は「痴療入院」と表

示して、回数及び合計点数を記載すること。

なお、当該入院医療管理料等の算定開始日と「入院年月日」の項の入院年月日が異なる場合は「摘要」欄に当該入院医療管理料等の算定開始日を記載すること。老人性痴呆疾患治療病棟入院料を算定した場合に入院期間が前月から引き続いているため、当該月の途中で90日を超えることとなった場合は、1日につき所定点数から減算した点数を当該点数として記載すること。この際「摘要」欄に、それぞれの算定の基礎となった入院期間(月日)を記載すること。

また、入院医療管理料等を算定した患者について、当該届出病棟(病床)から他の病棟(病床)に移動した場合には、当該移動した日及びその理由を「摘要」欄に記載すること。

ウ 診療所老人医療管理料を算定した場合は、「特定入院料・その他」の項に「診医療管」と表示して、合計点数(地域加算該当施設の場合はその加算点数を加えた点数)を記載すること。なお、入院期間が前月から引き続いているため、当該月の途中で14日を超えることとなった場合は、1日につき所定点数から減算した点数を当該点数として記載すること。なお、この際「摘要」欄に、それぞれの算定の基礎となった入院期間(月日)を記載すること。

(35)「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。

(イ) 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 医療保険(高齢受給者に係るものに限る。)及び老人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、在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅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項第1号口、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項第1号口又は老人保健法施行令(昭和57年政令第293号)第16条第1項第1号口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、前各号により算定した額（この額に一元未満の端数がある場合において、その端数金額が五十銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が五十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42条第2項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第4号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、在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅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42条第2項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第3号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、在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅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。

（カ）国民健康保険及び退職者医療の場合で、一部負担金の減免又は支払いが猶予される場合は、イの（イ）と同様とすること。

（キ）老人医療の場合で、老人保健法第28条第3項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は「減」又は「免」のいずれかを○で囲み、減額を受けた者の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。

（ク）老人医療の入院分及び入院外分（在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅総合診療料を算定する場合に限る。）にあつて、保険者を変更したが、世帯に変更がない場合は「摘要」欄に保険者の変更日を記載すること。

（ケ）「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（薬剤一部負担金及び標準負担額を含む。）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は、当該額）を

記載すること。なお、老人医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と結核予防法又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との併用の場合（入院の場合及び在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅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。

ただし、医療保険（高齢受給者に係るもの及び老人医療のうち、入院の場合及び在宅末期医療総合診療料又は寝たきり老人在宅総合診療料を算定した場合を除く。）と結核予防法又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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。

（36）「食事」欄について

ア「基準」の項には、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）、管（特別管理）、堂（食堂）

イ「基準」の項の右の項には、食事療養に係る1日当たり所定金額及び日数を記載すること。この場合、特別管理加算及び食堂加算については入院時食事療養（Ⅰ）に加算した額を1日当たりの所定金額として記載し、特別食加算又は選択メニュー加算を算定した場合には、それぞれ行を改めて次の略号を用いて1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

特（特別食）、選（選択メニュー）

ウ ただし、アに掲げる加算金額等を月の途中で変更した場合には「摘要」欄に変更の前後に分けて、それぞれの基準の内容、1日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ 老人医療に係る食事療養の内容が公費負担医療に係る食事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。

オ 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の内容が医療保険（老人医療を除く。）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。

(37)「食事療養」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を行った日数及び当該食事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、食事療養を行った日数が診療実日数と同じ場合は、食事療養を行った日数の記載を省略し、第1公費に係る食事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。

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公費の食事療養に係る負担額を記載すること。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。

ウ 健康保険法施行令第42条第2項第4号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第4号に掲げる者又は老人保健法施行令第15条第1項第4号に掲げる者の場合は、(35)「療養の給付」欄についてのウの(エ)と同様とする。

エ 健康保険法施行令第42条第2項第3号、国民健康保険法施行令第29条の3第3項第3号又は老人保健法施行令第15条第1項第3号に掲げる者の場合は、(35)「療養の給付」欄についてのウの(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。

(38)「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」欄に書ききれずに符せんを付す必要がある場合には「摘要」欄の右端の余白に符せんを貼り付けるとともに「摘要」欄の幅に折り返しておくこと。この場合において、符せんに代えて続紙として、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙の下端を50mm程度切りとったものに、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、内容を記載し、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けることとしても差し支えないこと。

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。

(39)「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。

(40) 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、結核予防法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の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、結核予防法に係る分は「公費負担者番号①」欄に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る分は「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、結核予防法に係る分は「公費①」の項に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律に係る分は「公費②」の項にそれぞれ

記載すること。

なお、結核予防法又は精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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、左欄に結核予防法、右欄に精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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「食事療養」欄の「保険」の項に、結核予防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「食事療養」欄の「公費①」の項に、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律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3「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6項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」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 特定承認保険医療機関において、厚生労働大臣の承認を受けた高度先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「高度」と記載するとともに、当該承認を受けた高度先進医療の名称を「摘要」欄の最上部に記載すること。

カ 平成14年3月11日保医発第0311002号通知に規定する特別養護老人ホーム等に赴き、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。

キ 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。

ク 健康保険法第63条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件(平成6年8月厚生省告示第236号)第7号の規定に基づく

薬事法(昭和35年法律第145号)に規定する治験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)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。

- 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)上記(ア)の場合においては、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。

(オ)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 健康保険法第63条第2項の規定に基づき厚生労働大臣が定める療養を定める件第10号の規定に基づく薬事法に規定する治験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「材治」と記載すること。

(ウ)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。

- a 治験の依頼者の氏名及び連絡先
- b 治験用具等の名称
- c 当該患者に対する治験実施期間(開始日及び

終了日)及び治験用具等を用いた手術又は処置が行われた日

(エ)上記(ア)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。

(オ)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。)

コ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を老人医療の診療報酬点数表による場合は「特記事項」欄に「老保」と表示すること。

(41)老人医療におけるその他

ア 老人保健特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、老人保健法施行令第15条第5項に規定する金額を超えた場合にあっては「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者が老人保健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 老人被爆者の場合は「摘要」欄右下に赤色でⒺの表示をすること。

エ その他は、(40)のア、イ及びオからケまでと同様であること。

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(省略)

IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項(省略)

V その他の事項

当分の間、「保険種別1」及び「保険種別2」欄の記載について漏れがあっても、原則として審査支払機関から返戻しないものとする。

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養担当規則(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 特定承認保険医療機関における特定療養費に係る診療録等については「保険医療機関」とあるのは「特定承認保険医療機関」と、公費負担医療に係る診療録等については「保険医療機関」とあるのはそれぞれの公費負担医療の担当医療機関と「保険医氏名」とあるの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。

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(別紙1の別添2「保険者番号、市町村・公費負担者番号・老人医療・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、別紙1の別添3「法別番号及び制度の略称表」に示す法別番号順により、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、結核予防法及び精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の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、結核予防法に係る分は左上部の該当欄に、精神保健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。

（7）老人医療に係る診療録等については、左上部の「公費負担者番号」欄に健康手帳の医療受給者証に記入されている市町村番号8桁を記載すること（別紙1の別添2「設定要領」の第2を参照）。

（8）住所変更により、月の途中で市町村番号が変更になった場合は（6）に準じて扱うこと。

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（別紙1の別添2「設定要領」の第3を参照）。

（2）老人医療に係る診療録等については、健康手帳の医療受給者証に記入されている受給者番号7桁を記載すること（別紙1の別添2「設定要領」の第3を参照）。

（3）その他は、1の（2）から（6）まで及び（8）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（政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）については4桁）を記載すること（別紙1の別添2「設定要領」の第1を参照）。

（2）政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）及び船員保険については、当該被保険者又は被保険者であった者（以下単に「被保険者」という。）及び被扶養者の管轄地方社会保険事務局長と当該保険医療機関の管轄地方社会保険事務局長とが同一である場合（以下「自県分の場合」という。）には、記載を省略して差し支えないこと。

（3）日雇特例被保険者の保険の保険については、自県分の場合は、頭初の2欄に法別番号を必ず記載し、他の記載は省略して差し支えないこと。

（4）前記により「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりであること。

（5）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、船員保険被保険者証、船員保険被扶養者証、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。

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、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、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「磁気テープ等を用いた請求に関して厚生労働大臣が定める規格及び方式（平成3年9月27日）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、老人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、老人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のある場合は、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。

と。

15 「備考」欄について

(1) 老人医療に係る診療録にあっては、当該受給者の健康手帳の医療受給者証の有効期間を記載すること。

(2) 前記のほか、保険診療又は老人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) 「食事療養算定額」欄について

受診者に対し、食事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

(省略)

第5 処方せん記載上の注意事項

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

投薬を受ける者が6歳に満たない場合は、その生年月日を記載し、その他の者については年のみの記載で差し支えないこと。

(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社会保険事務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 「保険医氏名印」欄について

処方せんを発行した保険医が署名するか、又は保険医の姓名を記載し、押印すること。

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、○○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) 削除

(5) 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、万年筆型インスリン注入器用注射針、万年筆型ヒト成長ホルモン剤注入器用注射針、自己連続携行式腹膜灌流に用いる自己連続携行式腹膜灌流液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養法用輸液セット又は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)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。

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、内服薬及び外用薬について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) 3歳未満の患者の場合は、「3歳」と、高齢受

給者又は老人医療受給対象者であって9割給付の患者の場合は「高9」と、高齢受給者又は老人医療受給対象者であって8割給付の患者の場合は「高8」と記載すること。

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社会保険事務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^印」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

別添 1

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
	" （磁気）	（ " ）	様式第 7
診療報酬 明細書	算定告示別表第 1（医科），入院時食事療養費の告示 若しくは特定療養費の告示（医科の例による場合） 又は 基準別表第 1（医科），入院時食事療養費の基準 若しくは特定療養費の基準（医科の例による場合）	入院	様式第 2（1）
		入院外	様式第 2（2）
	算定告示別表第 2（歯科），入院時食事療養費の告示 若しくは特定療養費の告示（歯科の例による場合） 又は 基準別表第 2（歯科），入院時食事療養費の基準 若しくは特定療養費の基準（歯科の例による場合）	—	様式第 3
調剤報酬 請求書	（国保の被保険者を除く） （国保の被保険者に限る）		様式第 4 様式第 8
調剤報酬 明細書	算定告示別表第 3（調剤）又は基準別表第 3（調剤）	—	様式第 5

別添 2

保険者番号，市町村・公費負担者番号，老人
医療・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。

--	--	--	--	--	--	--	--

法別 都道府県 保険者別 検証
番号 番号 番号 番号

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 保険者番号は，政府管掌健康保険及び船員保険にあっては社会保険事務所（船員保険について地方社会保険事務局が事務を行うことになっている場合にあっては当該地方社会保険事務局を含む。）ごとに社会保険庁長官が，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知事が，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。）ごとに地方社会保険事務局長が，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

保険者番号

0 6

1 3

0 4 ⑧

← 起点

× ×

× ×

× × ×

2 1

2 1

2 1 2

0 + 6 + 2 + 3 + 0 + 4 + (1 + 6) = 22

10 - 2 = ⑧.....検証番号

6 保険者番号の管理は、社会保険庁長官、都道府県知事、地方社会保険事務局長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には、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、地方社会保険事務局長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する。

7 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）の保険者番号についての特例

政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）の保険者番号については、当分の間、上記1及び3にかかわらず、都道府県番号2桁及び保険者別番号2桁を組み合わせた4桁の番号をもって保険者番号とするものとし、この場合の都道府県番号は、社会保険事務所の所在地の都道府県ごとに別表3に定める番号とする。

第2 市町村・公費負担者番号

1 市町村番号及び公費負担者番号は、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。

法別

都道府県

実施機関

検証

番号

番号

番号

番号

2 法別番号は、老人医療については別表1の(2)に定める番号とし、公費負担医療について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、市町村又は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、老人医療については厚生労働省保険局が、公費負担医療について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 市長村番号及び公費負担者番号の管理は、老人医療又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、市町村番号又は公費負担者番号の設定変更の際には、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 老人医療・公費負担医療の受給者番号

1 老人医療又は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。

受給者区分

検証

番号

2 受給者区分は、老人医療又は各公費負担医療の受給者ごとに市町村又は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。

群市別

医療機関（薬局）

検証

番号

番号

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、地方社会保険事務局長が定めるものとする。ただし、国立病院、国立療養所等を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方社会保険事務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、医科にあつては1,000から2,999、歯科にあつては3,000から3,999、薬局にあつては4,000から4,999の一連番号を上記2の郡市区ごとに、地方社会保険事務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。

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

○ 医療機関コード 07,1236 2

6 医療機関等コードの管理は、地方社会保険事務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。

別添 3

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	政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く．）		01	（政）
	船員保険		02	（船）
	日雇特例被保険者の 保 険	○一般療養（法第 120 条，第 131 条及び第 142 条関係）	03	（日）
		○特別療養費（法第 145 条関係）	04	（日 特） 又は（特）
	組合管掌健康保険		06	（組）
	防衛庁職員給与と法による自衛官等の療養の給付（法第 22 条関係）		07	（自）
	国家公務員共済組合		31	}（共）
地方公務員等共済組合		32		
警察共済組合		33		
公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		34		
制 度	特定健康保険組合		63	}（退）
	国家公務員特定共済組合		72	
	地方公務員等特定共済組合		73	
	警察特定共済組合		74	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		75	

（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	制度の略称
	老人保健法による老人医療	27	—

老人保健制度

(2) の 2

	区 分	法 別 番 号
	国民健康保険法による退職者医療	67

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）	13	—
		○更正医療（法第 20 条関係）	14	—
	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）	18	—
	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）	29	—
	結核予防法による	○適正医療（法第 34 条関係）	10	（結 34）
		○従業禁止，命令入所（法第 35 条関係）	11	（結 35）
	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）	20	（精 29）
		○通院医療（法第 32 条関係）	21	（精 32）
	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）		22	—
	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	○一類感染症等の患者の入院（法第 37 条関係）	28	—
	身体障害者福祉法による更正医療（法第 19 条関係）		15	—
	児童福祉法による	○育成医療（法第 20 条関係）	16	—
		○療養の給付（法第 21 条の 9 関係）	17	—
	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）	19	—
	母子保健法による養育医療（法第 20 条関係）		23	—
度	特定疾患治療費及び先天性血液凝固因子障害等治療費		51	—
	小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付		52	—
	児童福祉法及び知的障害者福祉法の措置等に係る医療の給付		53	—
	生活保護法による医療扶助（法第 15 条関係）		12	（生保）

|| 本件に関するお問い合わせは保険医療課へお願いします ||