

「日医標準レセプトソフト」

平成26年4月診療報酬改定対応
(レセプト対応)

第四版

2014年5月20日

公益社団法人 日本医師会

= 目次 =

診療報酬明細書（レセプト）対応	2
1. 診療報酬明細書（レセプト）	2
【診療実日数】	2
【再診料】	2
【医学管理】	2
【在宅】	4
【処置】	6
【その他】	7
【入院】	8
2. システム管理 2006 レセプト特記事項編集情報に関する対応	10
3. 労災・自賠責保険で入院時の入院料加算の取り扱い	11
4. 前期高齢者 2 割対応	12

= 改定履歴 =

【第二版】

超重症児（者）入院診療加算等の算定開始日自動記載について、自動記載しない対応を追記しました。（p. 8 【入院】（1））

【第三版】

脳血管疾患等リハ・運動器リハの発症日及び実施日数自動記載対応を追記しました。
（p. 7 【その他】（2））

【第四版】

超重症児（者）入院診療加算等の算定開始日自動記載について、対応方法を改善しました。
（p. 8 【入院】（1））
前期高齢者 2 割対応について、追記しました。（p. 12）

診療報酬明細書（レセプト）対応

プログラム更新を行い4月23日提供パッチを適用することにより、平成26年度の診療報酬改定に対応した診療報酬明細書（レセプト）及びレセプト電算提出用データの作成が可能となります。なお、これについて修正等がある場合は随時パッチ提供を行いますから、アナウンス等に注意し最新のパッチを適用してください。

1. 診療報酬明細書（レセプト）

【診療実日数】

- (1). 「113015810 地域包括診療料」の算定日について、実日数1日としてカウントします。
- (2). 短期滞在手術等基本料での入院時について、入院料のカレンダーに「1」が立っていない日も実日数1日としてカウントします。

例) 短手3（終夜睡眠ポリグラフィー1（携帯用装置））で4月1日から3日まで入院した場合、実日数は3日となります。

【再診料】

- (1). 「112017270 地域包括診療加算」の算定がある場合、「再診」欄の再診の項に該当加算点数を集計します。
- レセプト摘要欄には下記例のように個々の名称、点数を記載します。

レセプト摘要欄記載例

12	* 地域包括診療加算	20×	1
----	------------	-----	---

【医学管理】

- (1). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に「算定日」コメントを自動記載します。

113014810 入院栄養食事指導料1
113014910 入院栄養食事指導料2

(例) 入院栄養食事指導料1を4月3日に算定した場合
4月分レセプト摘要欄記載例

13	* 入院栄養食事指導料1 算定 3日	130×	1
----	-----------------------	------	---

- (2). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に「前回算定年月」コメントを自動記載します。
 ※前回算定年月は、同一診療行為コードの前回算定年月になります。

113015010 心臓ペースメーカー指導管理料（着用型自動除細動器）

113015130 心臓ペースメーカー指導管理料（ロ・植込型除細動器移行期加算含む）

- (例) 心臓ペースメーカー指導管理料（着用型自動除細動器）を 4 月 3 日・5 月 10 日に
 算定した場合

4 月分レセプト摘要欄記載例

13	* 心臓ペースメーカー指導管理料（着用型自動除細動器） 360 × 1
----	--

5 月分レセプト摘要欄記載例

13	* 心臓ペースメーカー指導管理料（着用型自動除細動器） 前回算定年月 26 年 4 月 360 × 1
----	--

- (3). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に「過去算定日」コメントを自動記載します。
 （当月算定日は記載しません）
 ※過去算定日は、同一診療行為コードの過去算定日になります。

113015310 がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）

113015410 がん患者指導管理料（医師等が抗癌性腫瘍剤の必要性等を文書説明）

- (例) がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接）を
 4 月 3 日・5 月 10 日・6 月 12 日に算定した場合

4 月分レセプト摘要欄記載例

13	* がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接） 200 × 1
----	---

5 月分レセプト摘要欄記載例

13	* がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接） 過去算定日 26 年 4 月 3 日 200 × 1
----	--

6 月分レセプト摘要欄記載例

13	* がん患者指導管理料（医師・看護師が心理的不安軽減のため面接） 過去算定日 26 年 4 月 3 日 過去算定日 26 年 5 月 10 日 200 × 1
----	---

【在宅】

- (1). 下記の算定がある場合、かつ、往診又は特別往診の算定がある場合、往診又は特別往診の
 剤に「往診日」コメントを自動記載します。

※往診又は特別往診と同一剤に“840000039”（往診 日）のコメント入力がある場合は自
 動記載しません。

114023110 在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物以外）
 114023210 在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物居住）
 114023310 在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物以外）
 114023410 在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物居住）
 114023510 在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物以外）
 114023610 在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物居住）
 114023710 在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物以外）
 114023810 在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物居住）
 114023910 在医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者以外）
 114024010 在医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者）
 114024110 在医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者以外）
 114024210 在医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者）
 114024310 在医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者以外）
 114024410 在医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者）
 114024510 在医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者以外）
 114024610 在医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者）
 114024910 特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物以外）
 114025010 特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物居住）
 114025110 特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物以外）
 114025210 特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物居住）
 114025310 特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物以外）
 114025410 特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物居住）
 114025510 特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物以外）
 114025610 特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物居住）
 114025710 特医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者以外）
 114025810 特医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者）
 114025910 特医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者以外）
 114026010 特医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者）
 114026110 特医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者以外）
 114026210 特医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者）
 114026310 特医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者以外）
 114026410 特医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者）

- (例) 在医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者）を算定、かつ、往診を
 4 月 3 日に算定した場合
 4 月分レセプト摘要欄記載例

14	* 往診		
	3 日	7 2 0 ×	1

- (2). 下記の算定がある場合、【在宅患者共同診療料開始日（099140004）】の入力を元にして、レセプト摘要欄に「初回算定日」コメントを自動記載します。

※在宅患者共同診療料と同一剤に“840000097”（初回算定 月 日）のコメント入力がある場合は自動記載しません。

※自動記載する「初回算定日」は、直近の在宅患者共同診療料開始日（099140004）の入力日とします。在宅患者共同診療料開始日の入力がない場合は自動記載しません。

- 114027610 在宅患者共同診療料（往診）
 114027710 在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者以外）
 114027810 在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者・特定施設等）
 114027910 在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者・特定施設等以外）

(例) 在宅患者共同診療料開始日を 4 月 3 日に診療行為入力。

在宅患者共同診療料（往診）を 4 月 3 日・5 月 10 日に算定した場合

4 月分レセプト摘要欄記載例

14	* 在宅患者共同診療料（往診） 初回算定 4 月 3 日	1 5 0 0 x	1
----	---------------------------------	-----------	---

5 月分レセプト摘要欄記載例

14	* 在宅患者共同診療料（往診） 初回算定 4 月 3 日	1 5 0 0 x	1
----	---------------------------------	-----------	---

◎レセプト摘要欄に「初回算定日」コメントと併せて「通算実施回数」コメントを自動記載したい場合は、在宅患者共同診療料開始日（099140004）と同一剤に“840000086”（通算実施回数（ 回））のコメント入力をします。

注 1）“840000086”（通算実施回数（ 回））のコメント入力について、回数入力は不要です。

注 2）自動記載する「通算実施回数」は、上記全ての在宅患者共同診療料の初回算定日以降の実施回数を合算した回数になります。（当月分を含みます）

注 3）在宅患者共同診療料と同一剤に“840000097”（初回算定 月 日）のコメント入力がある場合は、「通算実施回数」コメントも自動記載しません。

(例) 在宅患者共同診療料開始日＋通算実施回数（ 回）を 4 月 3 日に診療行為入力。

在宅患者共同診療料（往診）を 4 月 3 日に、

在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者以外）を 5 月 10 日に算定した場合

4 月分レセプト摘要欄記載例

14	* 在宅患者共同診療料（往診） 初回算定 4 月 3 日 通算実施回数（ 1 回）	1 5 0 0 x	1
----	---	-----------	---

5 月分レセプト摘要欄記載例

14	* 在宅患者共同診療料（訪問診療）（同一建物居住者以外） 初回算定 4 月 3 日 通算実施回数（ 2 回）	1 5 0 0 x	1
----	--	-----------	---

【処置】

- (1). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に「算定日」コメントを自動記載します。

140054270 局所陰圧閉鎖処置初回加算（入院外）（100cm²未満）
 140054370 局所陰圧閉鎖処置初回加算（入院外）（100cm²以上）
 140054470 局所陰圧閉鎖処置初回加算（入院外）（200cm²以上）

(例) 局所陰圧閉鎖処置初回加算（入院外）（100cm²未満）を4月3日に算定した場合
 4月分レセプト摘要欄記載例

40	* 算定 3日 局所陰圧閉鎖処置（入院外）（100cm ² 未満） 局所陰圧閉鎖処置初回加算（入院外）（100cm ² 未満） 1930X 1
----	--

- (2). 下記の算定がある場合、【磁気による膀胱等刺激法開始日（099400001）】の入力を元にして、レセプト摘要欄に「初回実施日」コメント及び「2回目以降の実施日」コメントを自動記載します。

※磁気による膀胱等刺激法と同一剤に“840000085”（初回実施 月 日）のコメント入力がある場合は「初回実施日」コメント及び「2回目以降の実施日」コメントを自動記載しません。

※自動記載する「初回実施日」は、直近の磁気による膀胱等刺激法開始日（099400001）の入力日とします。膀胱等刺激法開始日の入力がない場合は「初回実施日」コメント及び「2回目以降の実施日」コメントを自動記載しません。

140055110 磁気による膀胱等刺激法

(例) 磁気による膀胱等刺激法開始日を4月3日に診療行為入力。

磁気による膀胱等刺激法を4月3日・4月17日・5月1日・5月15日・5月29日に算定した場合

4月分レセプト摘要欄記載例

40	* 磁気による膀胱等刺激法 初回実施 4月 3日 2回目 4月17日 70x 2
----	---

5月分レセプト摘要欄記載例

40	* 磁気による膀胱等刺激法 初回実施 4月 3日 2回目 4月17日 3回目 5月 1日 4回目 5月15日 5回目 5月29日 70x 3
----	--

【その他】

- (1). 下記の算定がある場合、【通院・在宅精神療法開始日 (099830102)】の入力を元にして、レセプト摘要欄に「精神科を初めて受診した日」コメントを自動記載します。
 ※自動記載する「精神科を初めて受診した日」は、通院・在宅精神療法開始日 (099830102) の入力日とします。通院・在宅精神療法開始日の入力がない場合は自動記載しません。

180020570 通院・在宅精神療法 (20 歳未満) 加算

(例) 通院・在宅精神療法開始日を 4 月 3 日に診療行為入力。

通院・在宅精神療法 (20 歳未満) 加算を 4 月 3 日・5 月 10 日に算定した場合

4 月分レセプト摘要欄記載例

80	* 通院精神療法 (30 分未満) 通院・在宅精神療法 (20 歳未満) 加算 精神科を初めて受診した日 26 年 4 月 3 日 680 x 1
----	--

5 月分レセプト摘要欄記載例

80	* 通院精神療法 (30 分未満) 通院・在宅精神療法 (20 歳未満) 加算 精神科を初めて受診した日 26 年 4 月 3 日 680 x 1
----	--

- (2). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に「発症日」コメント及び「実施日数」コメントを自動記載します。

180043430 脳血管疾患等リハビリテーション料 1 (要介・廃用症以外) 基準不適合
 180043530 脳血管疾患等リハビリテーション料 1 (要介・廃用症) 基準不適合
 180043630 脳血管疾患等リハビリテーション料 2 (要介・廃用症以外) 基準不適合
 180043730 脳血管疾患等リハビリテーション料 2 (要介・廃用症) 基準不適合
 180043830 脳血管疾患等リハビリテーション料 3 (要介・廃用症以外) 基準不適合
 180043930 脳血管疾患等リハビリテーション料 3 (要介・廃用症) 基準不適合
 180044030 運動器リハビリテーション料 (1) (要介護) (施設基準不適合)
 180044130 運動器リハビリテーション料 (2) (要介護) (施設基準不適合)
 180044230 運動器リハビリテーション料 (3) (要介護) (施設基準不適合)

(例) 運動器リハビリテーション開始日を平成 25 年 11 月 1 日に診療行為入力。

運動器リハビリテーション料 (1) (要介護) (施設基準不適合) 1 単位を

4 月 1 日に算定した場合

4 月分レセプト摘要欄記載例

80	* 運動器リハ：発症 25 年 11 月 1 日 * 運動器リハビリテーション料 (1) (要介護) (施設基準不適合) 1 単位 実施日数 1 日 147 X 1
----	---

【入院】

(1). 下記の算定がある場合、レセプト摘要欄に「算定開始日」コメントを自動記載します。

190127510 超重症児（者）入院診療加算（6歳未満）（※1）

190076570 超重症児（者）入院診療加算（6歳以上）（※2）

190127610 準超重症児（者）入院診療加算（6歳未満）

190076670 準超重症児（者）入院診療加算（6歳以上）

~~※算定開始日は、同一診療行為コードの入院レセプト「入院年月日」以降の最初の算定日とします。~~

~~※同一剤に“840000056”（算定開始 年 月 日）のコメント入力がある場合は「算定開始」コメントを自動記載しません。加算を複数日算定し、“840000056”のコメント入力を行う場合は正しくコメント記載を行う為、以下のように1剤で算定してください。（コメント入力が有る剤と無い剤が別剤とならないよう注意してください。）~~

~~（平成26年4月25日パッチ提供）~~

※平成26年5月20日パッチ提供で、以下の内容に対応方法を改善しました。

1. コメント自動記載について

入院レセプト「入院年月日」以降に算定した超重症児（者）入院診療加算（※1及び※2）の最初の算定日を6歳未満・6歳以上共通の算定開始日として自動記載します。

2. 診療行為で入力したコメントを記載する場合について

過去診療分について超重症児（者）入院診療加算を算定されているが、レセコンの切り替え等により日レセで、これの入力が無い場合は、“840000056”（算定開始 年 月 日）を入力することでレセプトに算定開始日を記載することも可能です。

この場合は、入院期間中の平成26年4月以降で最初に超重症児（者）入院診療加算を算定する際に、加算と同一剤に“840000056”（算定開始 年 月 日）のコメントを入力してください。入力されたコメントは翌月以降のレセプトにも記載を行う為、翌月以降は入力不要です。（複数月でコメント入力がある場合は、レセプト対象年月直近で入力されたコメント内容を優先して記載します。）

3. 準超重症児（者）入院診療加算の算定開始日についても同様です。

4. 加算を複数日算定し、“840000056”のコメント入力を行う場合は、以下のように1剤で算定してください。（コメント入力が有る剤と無い剤が別剤とならないよう注意してください。）

番号	名 称	数量	点数	保険	回	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
1	.900 入院（入院料）		0001 30			1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	超重症児（者）入院診療加算（6歳未満）																										
	算定開始 26年 4月 1日		800																								

（例）4月1日に初回入院。

超重症児（者）入院診療加算（6歳以上）を4月1日～5月31日に算定した場合
4月分レセプト摘要欄記載例

90	* 超重症児（者）入院診療加算（6歳以上）
	算定開始日 26年 4月 1日 400 x 30

5 月分レセプト摘要欄記載例

90	* 超重症児（者）入院診療加算（6 歳以上） 算定開始日 26 年 4 月 1 日 400 x 31
----	---

(2). 夜勤時間超過減算の選定入院時レセプト摘要欄記載

190131310 一般病棟 7 対 1 入院基本料（夜勤時間超過減算）
 190131410 一般病棟 10 対 1 入院基本料（夜勤時間超過減算）
 190165810 一般病棟 13 対 1 入院基本料（夜勤時間超過減算）
 190165910 一般病棟 15 対 1 入院基本料（夜勤時間超過減算）

上記の入院料の選定入院時は以下のコードを使用してレセプト摘要欄記載を行います。

190122890 選定療養（入院 180 日超）減算（入院基本料）

(例) 一般病棟 15 対 1 入院基本料（夜勤時間超過減算）の選定入院時
レセプト摘要欄記載例

90	* 一般病棟 15 対 1 入院基本料（夜勤時間超過減算） 選定療養（入院 180 日超）減算（入院基本料） 653 X 31
----	---

(3). 入院基本料種別欄に記載する略号の後の「経措」記載
（平成 26 年 4 月診療分～6 月診療分まで）

該当月のシステム管理 1001「医療機関情報－基本」の医療機関種別設定が「1 病院」、かつ、該当月のシステム管理 5000「医療機関情報－入院基本」の栄養管理経過措置設定が「1 栄養管理体制基準未適合」の場合（管理栄養士の配置について基準を満たせない場合の経過措置に該当する場合）は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に「経措」と記載します。

(例) 一般病棟 15 対 1 入院基本料で入院時
レセプト入院基本料種別欄記載例

90 入 院	一般 15 経措
--------------	----------

2. システム管理 2006 レセプト特記事項編集情報に関する対応

システム管理 2006 レセプト特記事項編集情報で

＜条件＞在総診に「1 在宅総合診療料を算定している場合のみ対象」を設定した場合、
下記の算定があれば、条件を満たす事とします。

114023110	在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物以外）
114023210	在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物居住）
114023310	在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物以外）
114023410	在医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物居住）
114023510	在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物以外）
114023610	在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物居住）
114023710	在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物以外）
114023810	在医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物居住）
114023910	在医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者以外）
114024010	在医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者）
114024110	在医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者以外）
114024210	在医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者）
114024310	在医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者以外）
114024410	在医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者）
114024510	在医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者以外）
114024610	在医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者）
114024910	特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物以外）
114025010	特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん有・同一建物居住）
114025110	特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物以外）
114025210	特医総管（機能強化在支診等）（病床有・処方せん無・同一建物居住）
114025310	特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物以外）
114025410	特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん有・同一建物居住）
114025510	特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物以外）
114025610	特医総管（機能強化在支診等）（病床無・処方せん無・同一建物居住）
114025710	特医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者以外）
114025810	特医総管（在支診等）（処方せんあり・同一建物居住者）
114025910	特医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者以外）
114026010	特医総管（在支診等）（処方せんなし・同一建物居住者）
114026110	特医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者以外）
114026210	特医総管（在支診等以外）（処方せんあり・同一建物居住者）
114026310	特医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者以外）
114026410	特医総管（在支診等以外）（処方せんなし・同一建物居住者）

3. 労災・自賠責保険で入院時の入院料加算の取り扱い

労災・自賠責保険による入院時、入院基本点数を 1.30 倍（入院の日から起算して 2 週間以内）、1.01 倍（入院の日から起算して 2 週間を超えた期間）する際の計算に、以下新設された加算をその計算に含めます。

A101 療養病棟入院基本料

190167970 慢性維持透析管理加算（療養病棟入院基本料）

190168070 在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）

A103 精神病棟入院基本料

190168970 精神保健福祉士配置加算（精神病棟入院基本料）

A108 有床診療所入院基本料

190170570 看護補助配置加算 1（有床診療所入院基本料）

190170670 看護補助配置加算 2（有床診療所入院基本料）

190170770 栄養管理実施加算（有床診療所入院基本料）

A109 有床診療所療養病床入院基本料

190171770 栄養管理実施加算（有床診療所療養病床入院基本料）

又、上記の入院料加算の算定がある場合、入院料と同一剤に入院料加算を含めたレセプト摘要欄記載とします。

慢性維持透析管理加算及び在宅復帰機能強化加算については、「労災用」コードを使用してレセプト記載（レセ電記録）をします。

101900130 慢性維持透析管理加算（療養病棟入院基本料）（労災用）

101900140 在宅復帰機能強化加算（療養病棟入院基本料）（労災用）

（例）慢性維持透析管理加算（療養病棟入院基本料）の算定時

レセプト摘要欄記載例

90	* 療養病棟入院基本料 1（入院基本料 E） 慢性維持透析管理加算（療養病棟入院基本料）（労災用） 労災（2 週間以内）（1.3 倍） 1 9 2 9 X 1 4
----	---

4. 前期高齢者 2 割対応

平成 26 年 4 月 1 日以降に 70 歳に達する被保険者等（誕生日が昭和 19 年 4 月 2 日以降の者）が平成 26 年 5 月診療分以降に 2 割負担となる場合の対応

- (1) 診療報酬明細書 . . . 「前期高齢者一般・低所得」として作成します。

(例) 協会単独の場合

平成 26 年 5 月入院外一括作成成分
作成日 H26. 5.19 09:25:05

出力区分 全件印刷 総件数 1 総頁 1

☒	社保	単独	本人		
☒	社保	単独	未就学者		
☒	社保	単独	家族		
☒	社保	単独	前期高齢者一般・低所得	1	1
☒	社保	単独	前期高齢者 7 割		

- (2) 診療報酬請求書 . . . 「70 以上一般・低所得」に集計します。

(例) 協会単独の場合

区 分			療 養 の 給 付			
			件数	診 療 実 日 数	点数	一部負担金
医保(70以上一般・低所得)と公費の併用						
医保 単独 (70 以上 一般 ・低 所得)	01	(協会)	1	1	437	
	02	(船) 職務上 職務外				
	03	(日)				
	04	(日特)				
	31~34	(共) 下船 3 月 一般				
	06	(組)				
	63・72~75	(退)				
小 計			1	1	437	

- (3) 保険請求確認リスト . . . 「70 歳以上一般・低所得」に集計します。

(例) 協会単独の場合

<外来>
*医保単独 (70 歳以上一般・低所得)
・ 0 1 (協会)
10468

日医 太郎	1日	437点
小計	1件	437点
医保合計	1件	437点
レセプト合計	1件	437点

(4) 保険別請求チェック表及び保険別請求チェック明細表

・・・ 「前期高齢者一般・低所得」に該当する保険区分の名称を「高一」とします。
 (平成 26 年 4 月分までの名称は「高 9」)

(例) 協会単独の場合

【保険別請求チェック表】

外来

保険区分	件数	日数	点数	患者負担額	保険請求額	公費請求額	保険診療収益
高一・公費併用							
01	1	1	437	870	3496		4366
02							
03							
04							
31～34							
06							
63・72～75							
小 計	1	1	437	870	3496		4366

【保険別請求チェック明細表】

外来

保険区分	患者番号	氏名	保険者番号	件数	日数	点数	患
高一単独(8)	10468	日医 太郎	01 01130012	1	1	437	
小 計				1	1	437	