
医療福祉制度（福制度）請求事務の手引

《 目 次 》	(ページ)
1 医療福祉制度（福制度）の概要	1
2 医療機関窓口の事務	2
3 福 請求書の記載方法とレセプトへの表示事項等	3
4 福 妊産婦医療福祉費支給申請書の取扱	4
5 福 医療福祉費請求事務等の流れ	4
福 医療福祉費請求書	5
福 妊産婦医療福祉費支給申請書	6
福 医療福祉費請求書等記入例	7

2 医療機関等窓口の事務

- ◇ 受給者証と(福)医療福祉費請求書の有効期限、記号番号などを確認する。
(注) 国保税の滞納者に対しては、(福)請求書を交付せず償還払いとしたり、受給資格を短期間に限定している場合がある。

- ◆ 公費負担受給者に該当するかどうか確認する。(福)制度は、公費負担医療制度優先としているので、先に公費負担医療制度を利用して、なおかつ一部負担が生じた場合に、(福)制度を利用すること。)その際、(福)制度を現物給付できる公費は、精神・結核・難病のみである。

(1) 窓口に提出していただくもの

- ◎ 健康保険証
- ◎ (福)医療福祉費受給者証(市町村で交付)
- ◎ (福)医療福祉費請求書(A4版 ピンク色、市町村で交付)
→入院外・入院毎に月1枚(原則) *例外:保険異動等
- ◎ (福)妊産婦医療福祉費支給申請書(A4版みず色、市町村で交付)
→入院外・入院毎に月1枚(原則)

原則 受給者証、申請
忘れは、患者さんが自分で
領収書を市役所へ
行い ~~申請~~ 償還

(2) 窓口での手続き等

ア 乳幼児、母子家庭の母子、父子家庭の父子(現物給付):「外来自己負担金」の徴収(平成10年11月から)

- ◆ 入院外: 1日500円(薬剤の一部負担を含めて1日500円まで。500円未満の場合は、満たない額)で1か月2回(最高1,000円)まで窓口で徴収する。

- * 500円未満の場合で10円未満の端数金額が出るときは、10円未満四捨五入する。
- * 1つの医療機関等(病院、診療所、訪問看護ステーション等)毎に支払う。(調剤薬局は、除かれる。)
- * 同日再診の際は、「外来自己負担金」を徴収しないこと。

◇ 入院:無料

イ 重度心身障害者等(現物給付):入院外・入院共に無料

外来自己負担金（入院外）

（平成 10 年 11 月 1 日から実施）

妊産婦（償還）	⇒	外来自己負担金 入院外 1日 500円 1カ月 2回 1,000円を限度 （1医療機関等 毎、ただし調 剤薬局は除く。）
乳幼児（現物）	⇒	
母子家庭（現物）	⇒	
父子家庭（現物）	⇒	
重度心身障害者・高齢重度（現物）	⇒	自己負担なし

ウ 妊産婦（償還払い）

- ◇ 受給者から、健康保険各法の一部負担金、薬剤一部負担金、入院時の食事に係る標準負担額について支払を受ける。
- ◇ 妊産婦医療福祉費支給申請書は、申請者欄に記名押印があることを確認する。（押印は、署名（自筆）の場合は必要ない。）



③ 福 医療福祉費請求書の記載方法等

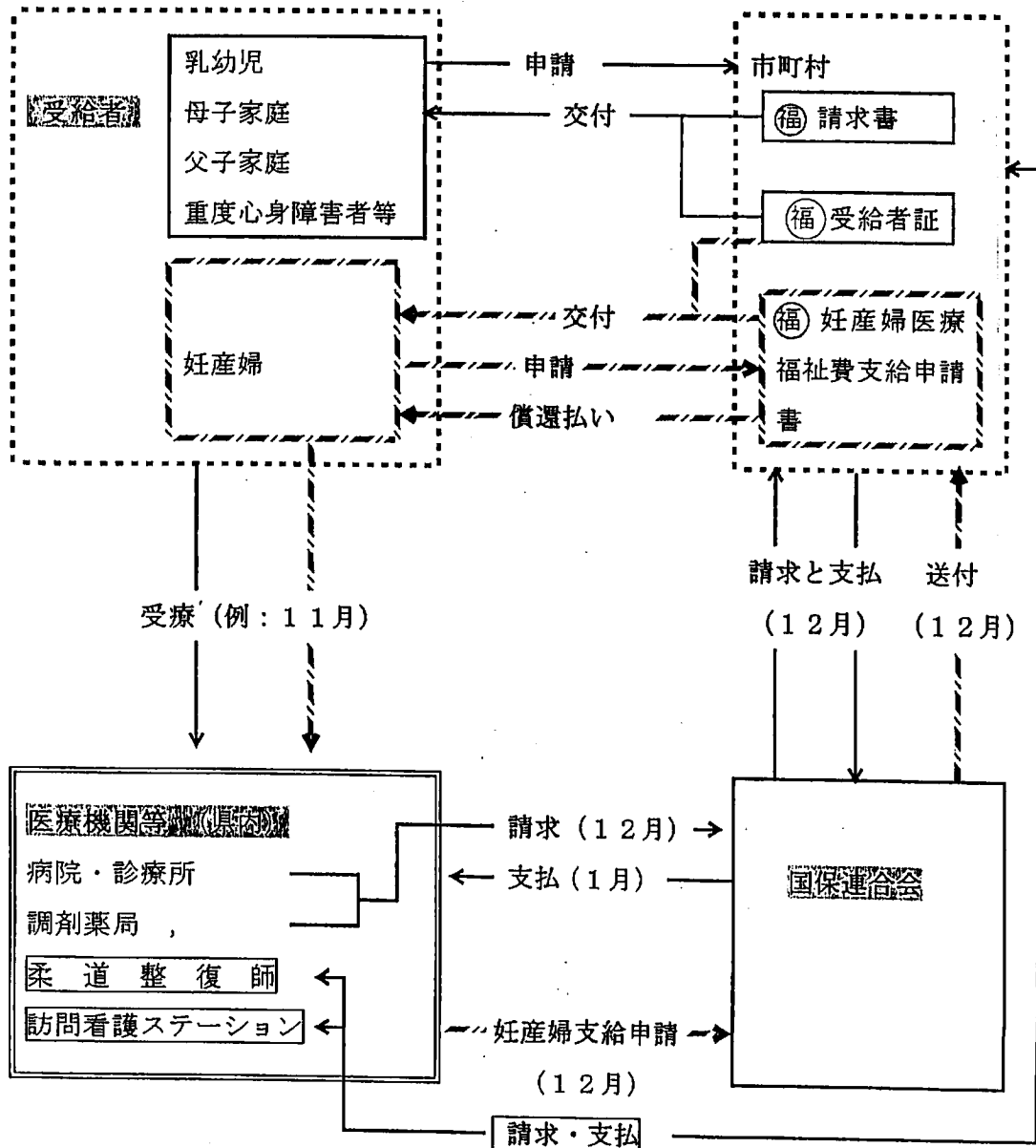
- (1) レセプトの上部欄外には、**福**の表示をする。
- (2) **福** 医療福祉費請求書に医療機関コード、所在地、開設者氏名の記載（記載もれは、返戻となる。）
- (3) **福** 医療福祉費請求書各欄は、レセプトから転記する。なお、詳細は、**福** 医療福祉費請求書の裏面の記載事項に従い記入すること。
- (4) 患者負担割合・金額に金額等の記載が必要な場合
 - ア 社保・本人の一部負担に関し定額制を採用している医療機関
 - イ 長期高額疾病に該当する受給者
 - ウ 難病医療給付制度の一般特定疾患受給者（青色の受給者証のみ自己負担あり）
 記入方法：**難**と記載し一部負担金額を記入する。
- (5) 外来の場合に、外来自己負担金額欄が記載漏れの場合は、返戻となる。（ただし、重度障害者を除く） * 外来の記載例参照のこと。
- (6) 訪問看護ステーションの場合（専用の様式）

外来自己負担金額が必要な受給者については、備考欄に外来自己負担金額を記載すること。

4 (福) 妊産婦医療福祉費支給申請書の取扱

- (1) レセプト上部欄外に福の表示をする。
 - (2) 妊産婦医療福祉費支給申請書に領収金額等所要事項を記入する。
 - (3) 医療機関証明欄に医療機関の名称，開設者氏名を記載し押印し，レセプトの提出時期に国保連合会に送付する。
- (注) 医療機関証明手数料等の料金は，患者から徴収しないこと。

5 (福) 医療福祉費請求事務等の流れ



(様式第6号)

医療機関・指定訪問看護コード

医科 歯科 調剤 訪問

福 医療福祉費請求書

有効期限 平成 年 月 診療分まで

平成 年 月 日

殿

保険医療機関等の所在地及び名称

開設者氏名

印

電話番号

平成 年 月分の医療福祉費を下記のとおり請求します。

福 受給者 証記号 番号	茨一		受給者 氏名	男 女
			生年月日	明治 大正 年 月 日 昭和 平成
被保険者証 記号番号			保険種別	国・退・政・組・船・共・国組
			保険者番号	
本人・家族区分		患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ	
保険請求 点数	点	公費負担等	精・結 訪問看護	患者負担 割合 金額 (基本利用料)
保険請求 金額	円		特定疾患(難 長期高額疾病 在総診等)	3割・2割・1割 円 外来・入院 の別 外来 入院 訪問看護
外来診療 実日数	日	外来自己 負担金額 (重慶を除く)	500円× 回	決定点数 円
				決定金額 円
高齢 重度 者	請求点数	点	決定点数	点
	請求金額	円	決定金額	円
入院日数	長期入院 該当・非該当	標準 負担 額	請求	780円× 日 円
食事療養			決定	※ 円
訪問日 (訪問看護)	日 (.)			
備考				

(様式第9号)

決	市町村長		課長	係長	課員	受付	年月日
						伺い	年月日
裁	支給 内 訳	支給申請額(徴収金額・外来自己負担金額)①				決定	年月日
		高額療養費 ②				左のとおり決定して よろしいか。	起案者
		付加給付額 ③					
		差引支給額 ①-(②+③)					

医科	歯科	調剤	柔整	訪問	医療機関コード
有効期限	平成 年 月 診療分まで				

(福) 妊産婦医療福祉費支給申請書
(月 診 療 分)

(福) 受給者 証記号 番 号	茨一	受給者名					
被保険者証 記号番号		生年月日	昭和	年	月	日生	
本人・家族区分		保険種別	国・退・政・組・船・共・国組				
保険請求 点数	点	公費負担等	精・結 訪問看護	点	(ア) 患者負担 割合 金額	3割	外来・入院の別 外来 入院 訪問看護
外来診療 実日数	日	外来自己 負担金額	500円×	回	領収金額	(ア+イ又はウ)	
入院日数	長期入院 該当・非該当	標準 負担額	円×	日	※ 減額	円×	日
食事療養	円	標準 負担額	円		(ウ)	円	
訪問日 (訪問看護)	日 (.)						
医療 機関 証明 等欄	上記のとおりその費用を領収しました。 なお、上記内容についてはレセプト原本と相違ありません 年 月 日 保険医療機関等の所在地及び名称 開 股 者 氏 名 印 電 話 番 号						
申 請 欄	一部負担金2万1千円以上支払った家族の有無		有・無		上記のとおり医療福祉費の支給を申請します。 平成 年 月 日 市(町村)長 殿		
						受給者氏名	印
(注) 押印は、署名(自筆)の場合は、必要ありません。 押印をぼ印に代えることは、差し支えありません。							

- ※ 注 ① 茨城県内の保険医療機関等では、証明手数料はかかりません。
② この申請書は、茨城県内の保険医療機関等を利用した場合に限り使用できます。
③ 申請欄には、必ず氏名を記入してください。

○ 請求書及び妊産婦支給申請書記載例

(1) 外来 (母子家庭 社保本人) の場合

<事例1> 診療実日数3日
請求点数: 1,500点 (1回目1,000点, 2回目300点, 3回目200点)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※ 決 定 点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
			1,500		
①					
②					※高額

【マル福外来自己負担】

(1回目) 1,000点×10円×0.3円=3,000円 → 500円
 (2回目) 300点×10円×0.3=900円 → 500円
 (3回目) 3回目なのでない

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	2		患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ			
保険請求点数	1,500	点	公 費	精・結	点	患者負担割合	3割 2割・1割	外来・入院
保険請求金額		円	負 担	訪 問 看 護	円	金 額		の別
			等			(基本利用料)	円	外来
				特定疾患				入院
				長期高額疾病				訪問看護
				在総診等				
外来診療実日数	3	日	外来自己負担金額	500円×2回	決 定 点 数			点
			(重度を除く)	1,000	決 定 金 額			円

<事例2> 診療実日数2日
請求点数: 1,100点 (1回目1,000点, 2回目100点)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※ 決 定 点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
			1,100		
①					
②					※高額

【マル福外来自己負担】

(1回目) 1,000点×10円×0.3=3,000円 → 500円
 (2回目) 100点×10円×0.3=300円 → 300円 (500円未満は未満の額)

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	2		患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ			
保険請求点数	1,100	点	公 費	精・結	点	患者負担割合	3割 2割・1割	外来・入院
保険請求金額		円	負 担	訪 問 看 護	円	金 額		の別
			等			(基本利用料)	円	外来
				特定疾患				入院
				長期高額疾病				訪問看護
				在総診等				
外来診療実日数	2	日	外来自己負担金額	500円×2回	決 定 点 数			点
			(重度を除く)	800	決 定 金 額			円

500円
300円

(2) 外来で月途中に保険の変更（国保→社保）があった場合の変更後の請求（母子家庭 社保本人）

<事例> 国保受診が2回，保険変更後の社保受診が3回目だった場合
 社保分（変更後）診療実日数1日
 社保分（変更後）請求点数：800点

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円	
	①	800				
	②					※高額

【マル福外来自己負担】

（3回目） 3回目なのでない

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	2		患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ		
保険請求点数	800	点	公費負担等	精・結 訪問看護	点	患者負担割合 金額	3割・2割・1割
保険請求金額		円		特定疾患 長期高額疾病 在総診等		円	外来・入院 の別 外来 入院 訪問看護
外来診療実日数	1	日	外来自己負担金額 (重度を除く)	500円×2回	決定点数		点
				円	決定金額		円

※欄外に「社保継続」等，必ず記載すること。

(3) 外来で公費の一部負担をマル福で現物給付する場合（母子家庭 社保本人）

※ 公費の一部負担をマル福で現物給付するのは結核（公費番号10）・精神（公費番号21）・難病（公費番号51）の3つのみ。他の公費の一部負担はマル福は償還払いとなる。

<事例1> 医療のすべてが精神の対象の場合（結核も同じ取扱い）
 診療実日数：2日
 請求点数：3,700点（1回目2,500点，2回目1,200点）

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円	
	①	3,700				
	②					※高額

【マル福請求額】

- (1回目) 2,500点×10円×0.05-500（マル福外来自己負担）円=750円
 → 精神の一部負担は費用額の5%相当なので，当該部分がマル福の対象となる。その対象額からマル福外来自己負担を控除した額がマル福の請求額となる。
- (2回目) 1,200点×10円×0.05-500（マル福外来自己負担）円=100円

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	2		患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ			
保険請求点数	点	3,700	公費負担等	精・結 訪問看護	3,700 点 円	患者負担割合	3割 2割・1割	外来・入院の別
保険請求金額	円			特定疾患 長期高額疾病 在総診等		金額 (基本利用料)	円	外来 入院 訪問看護
外来診療実日数	日	2	外来自己負担金額 (重度を除く)	500円×2回 1,000 円	決定点数			点
					決定金額			円

<事例2> 医療のすべてが難病(特定疾患治療研究事業)の対象の場合
 診療実日数: 3日
 請求点数: 800点(1回目400点, 2回目200点, 3回目200点)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
		①	800		
②					※高額

【マル福請求額】

(1回目)

・難病の一部負担額

400点×10円×0.3=1,200円 → 1,000円

→ 難病の一部負担は、疾病によってある場合と無い場合がある(難病の受給者証で判断できる)。ある場合の一部負担としては、医療保険の一部負担金(薬剤一部負担も含む。)のうち、外来1回千円まで、月2回までとなっている。

・マル福請求額

1,000(難病の一部負担)円-500(マル福外来自己負担)円=500円

→ 難病患者負担額からマル福自己負担を控除した額がマル福の請求額となる。

(2回目)

・難病の一部負担額

200点×10円×0.3=600円

→ 600円(千円未満は未満の額)

・マル福請求額

600(難病の一部負担)円-500(マル福外来自己負担)円=100円

(3回目)

全額難病負担となるので、マル福の請求はない。

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	2		患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ			
保険請求点数	点		公費負担等	精・結 訪問看護	点 円	患者負担割合	3割 2割・1割	外来・入院の別
保険請求金額	円			特定疾患 長期高額疾病 在総診等		金額 (基本利用料)	1,600 円	外来 入院 訪問看護
外来診療実日数	日	3	外来自己負担金額 (重度を除く)	500円×2回 1,000 円	決定点数			点
					決定金額			円

<事例3> 精神と公費対象外疾患の両方で受診した場合（結核も同じ取扱い）
 診療実日数：3日
 請求点数：3,800点（1回目公費2,500点，2回目公費外800点，3回目公費外500点）

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円	
	①	3,800				
	②	2,500				※高額

【マル福請求額】

(1回目) 2,500点×10円×0.05-500 (マル福外来自己負担) 円=750円
 (2回目) 800点×10円×0.3-500 (マル福外来自己負担) 円=1,900円
 (3回目) 500点×10円×0.3=1,500円

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	2	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	3,800 点	公費負担等	患者負担割合
保険請求金額	円	精・結 訪問看護	3割 2割・1割
		特定疾患 長期高額疾病 在総診等	金額 (基本利用料)
外来診療実日数	3 日	外来自己負担金額 (重度を除く)	外来・入院の別 外来入院 訪問看護
		500円×2回 1,000 円	決定点数 点 決定金額 円

※請求点数欄は、結核又は精神の公費の場合のみ、公費外の請求分と公費（精神又は結核）の分を合わせた全点数を記入すること。

<事例4> 難病と公費対象外疾患の両方で受診した場合
 診療実日数：2日
 請求点数：750点（1回目公費400点，公費外100点，2回目公費250点）

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円	
	①	750				
	②	650			1,750	※高額

【マル福請求額】

(1回目公費) ・難病の一部負担額
 400点×10円×0.3=1,200円 → 1,000円
 ・マル福請求額
 1,000 (難病の一部負担) 円-500 (マル福外来自己負担) 円=500円
 (1回目公費外) 100点×10円×0.3=300円
 (2回目公費) ・難病の一部負担額
 250点×10円×0.3=750円 → 750円
 ・マル福請求額
 750 (難病の一部負担) 円-500 (マル福外来自己負担) 円=250円

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	2		患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ	
保険請求点数	100	点	公費負担等	精・結 訪問看護	点 円	患者負担割合 金額 基本利用料)
保険請求金額		円		特定疾患 長期高額疾病 在総診等		3割 2割 1割 円 外来・入院 の別 外来 入院 訪問看護
外来診療実日数	2	日	外来自己負担金額 (重度を除く)	500円×2回 1,000	円	決定点数 決定金額
						点 円

※請求点数欄には、公費外の点数のみ記入する点に注意。

(4) 外来(高齢重度・一般)の場合

<事例1> 診療実日数：5日
請求点数：2,000点

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
		2,000			2,000
	①				
	②				※高額

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	⑧		患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ	
保険請求点数		点	公費負担等	精・結 訪問看護	点 円	患者負担割合 金額 基本利用料)
保険請求金額		円		特定疾患 長期高額疾病 在総診等		3割 2割 1割 円 外来・入院 の別 外来 入院 訪問看護
高齢重度者	請求点数	2,000	点	決定点数		点
	請求金額		円	決定金額		円

<事例2> 難病と公費対象外疾患の両方で受診した場合

診療実日数：2日
請求点数：2,630点

(1回目公費220点、公費外240点、2回目公費1,330点、公費外840点)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
		2,630			(1,220) 2,300
	①	1,550			1,220
	②				※高額

【マル福請求額】

(1回目) 公費

・難病の一部負担額
220点×10円×0.1=220円 → 220円

・マル福請求額
220(難病の一部負担)円

公費外

・マル福請求額
240点×10円×0.1=240円

(2回目) 公費

- ・難病の一部負担額
1,330点×10円×0.1=1,330円 → 1,000円
- ・マル福請求額
1,000円

公費外

- ・マル福請求額
840点×10円×0.1=840円

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	8	患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得(一般)低所得Ⅱ・低所得Ⅰ		
保険請求点数	点	公費負担等	精・結	点	患者負担割合 3割・2割(1割)	外来・入院 の別 (外来)入院 訪問看護
保険請求金額	円		訪問看護	円		
		特定疾患(難)				
		長期高額疾病(長)				
		在総診等				
高齢重度者	請求点数	点		決定点数	点	
		1,080				
	請求金額	円		決定金額	円	
		2,300				

※請求点数欄には、公費外の点数のみ記入する点に注意。

<事例3> 医療のすべてが長期高額疾病の対象の場合
 診療実日数：3日
 請求点数：20,000点(1回目10,000点, 2回目5,000点, 3回目5,000点)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
		①	20,000		
②					※高額

【マル福請求額】

- (1回目) 10,000点×10円×0.1円=10,000円
- (2, 3回目) → 長期高額疾病の患者負担限度額は10,000円なので, 2回目以降はマル福請求額は生じない。

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	8	患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得(一般)低所得Ⅱ・低所得Ⅰ		
保険請求点数	点	公費負担等	精・結	点	患者負担割合 3割・2割(1割)	外来・入院 の別 (外来)入院 訪問看護
保険請求金額	円		訪問看護	円		
		特定疾患(難)				
		長期高額疾病(長)				
		在総診等				
高齢重度者	請求点数	点		決定点数	点	
		20,000				
	請求金額	円		決定金額	円	
		10,000				

(5) 入院（乳幼児 社保扶養）の場合

<事例> 30日入院，請求点数：50,000点，食事療養費：57,600円

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点数 50,000	※決定点数	負担金額 円	食事療養	保険	日 30	請求 円 57,600	※決定 円	標準負担額 円 23,400
	①					①				
	②					②				

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	3	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	50,000 点	公費負担等	患者負担割合
保険請求金額	円	精・結 訪問看護	3割 2割 1割
入院日数	長期入院 該当・非該当 30 日	特定疾患 長期高額疾病 在総診等	外来・入院の別 円
食事療養	57,600 円	標準負担額	円
請求	780円×30日 23,400 円	※減額	円×日
決定	円	※	円

※即日入院の場合は，入院として扱う（マル福外来自己負担は生じない）こと。

(6) 入院（高齢重度）の場合

<事例1> 30日入院，請求点数：50,000点，食事療養費：57,600円
低所得Ⅱで「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示した者

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点数 50,000	※決定点数	負担金額 円 24,600	食事療養	保険	日 30	請求 円 57,600	※決定 円	標準負担額 円 19,500
	①					①				
	②					②				

【マル福請求額】

・療養の給付 24,600円

→ 低所得Ⅱで「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示した者は，月額の負担限度額が24,600円となるので，当該一部負担額をマル福に請求する。

・食事療養

650円×30日=19,500円

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	7	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	50,000 点	公費負担等	患者負担割合
保険請求金額	円	精・結 訪問看護	3割 2割 1割
高齢重度者	請求点数 50,000 点	決定点数	円
	請求金額 24,600 円	決定金額	円
入院日数	長期入院 該当・非該当 30 日	標準負担額	円
請求	780円×日	※減額	650円×30日 19,500 円
食事療養	57,600 円	決定	円
		※	円

(7) 訪問看護ステーション (母子家庭 社保本人) の場合

<事例> 訪問看護のすべてが精神の対象の場合
 7日訪問
 請求金額: 63,050円 (1回目13,850円, それ以降8,200円)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求 円	※決定 円	負担金額 円	基本利用料内訳	高額療養費 円
		63,050				
①					※公費負担金額円	備考
②					※公費負担金額円	

【マル福請求額】

- (1回目) 13,850円×0.05 (円未満切り捨て, 10円未満四捨五入) - 500 (外来自己負担) 円=190円
 → 精神の一部負担は費用額の5%相当なので, 当該部分がマル福の対象となる。その対象額からマル福外来自己負担を控除した額がマル福の請求額となる。(公費分は3,460円。)
- (2回目) 8,200円×0.05 - 500 (外来自己負担) 円=△90円
 → マル福外来自己負担である500円を控除するとマイナスとなるので, マル福での支給はない。(公費分は2,050円)
- (3回目 以降) 8,200円×0.05=410円
 → 3回目以降でマル福外来自己負担はないので, 全額マル福で支給する。(公費分は2,050円)

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	2	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	点	公費負担等	精・結 点 訪問看護 15,760 円
保険請求金額	63,050 円	特定疾患 長期高額疾病 在総診等	患者負担割合 (3割) 2割・1割 金額 (基本利用料) 3,150 円 外来・入院の別 外来 入院 訪問看護
外来診療実日数	日	外来自己負担金額 (重度を除く)	500円×2回 910 円
			決定点数 点 決定金額 円
訪問日	7 日 (6・13・16・20・23・27・30・ . . .)		

(8) 訪問看護ステーション (高齢重度) の場合

<事例> 7日訪問
 請求金額: 63,050円 (1回目13,850円, それ以降8,200円)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求 円	※決定 円	負担金額 円	基本利用料内訳	高額療養費 円
		63,050				
①					※公費負担金額円	備考
②					※公費負担金額円	

【マル福請求額】

- (1回目) 13,850円×0.1 (円未満切り捨て, 10円未満四捨五入) =1,390円
 (2回目以降) 各8,200円×0.1=820円

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	8	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得(一般)低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	点	公費負担等	患者負担割合
保険請求金額	63,050 円	精・結 訪問看護	3割・2割(1割) 外来・入院の別
高齢重度者	請求点数 請求金額	特定疾患(難長) 長期高額疾病 在総診等	金額 基本利用料)
	6,310 円	決定点数 決定金額	円 円
訪問日	7 日 (6・13・16・20・23・27・30・・・・)		

(9) 外来の妊産婦(社保扶養)の場合

<事例> 診療実日数3日
請求点数: 1,500点 (1回目1,000点, 2回目300点, 3回目200点)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
		①	1,500		
	②				※高額

【医療機関で妊産婦が支払う金額(医療機関の領収金額)】

- (1回目) 1,000点×10円×0.3円=3,000円
- (2回目) 300点×10円×0.3=900円
- (3回目) 200点×10円×0.3=600円

【マル福支給申請書】

本人・家族区分欄	6	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得(一般)低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	1,500 点	公費負担等	患者負担割合
外来診療実日数	3 日	精・結 訪問看護	3割 外来・入院の別
入院日数	長期入院 該当・非該当	特定疾患(難長) 長期高額疾病	金額
食事療養	標準負担額	500円×2回 1,000 円	領収金額
医療機関等証明欄	▲▲年 ▲月 ▲日	(イ) 円× 日	(ア+イ又はウ) 4,500 円
		円	※減額(ウ) 円× 日
			円
		医療機関等の所在地及び名	▲▲▲▲
		開設者氏名	▲▲▲ 印
		電話番号	

※外来自己負担金額欄には、患者から一部負担金の外に実際に徴収するわけではないが、もし現物給付であったならば患者から徴収したであろうマル福外来自己負担金額を必ず記入すること。

(2回目) 公費

- ・難病の一部負担額
 $1,330\text{点} \times 10\text{円} \times 0.1 = 1,330\text{円} \rightarrow 1,000\text{円}$
- ・マル福請求額
 $1,000\text{円}$

公費外

- ・マル福請求額
 $840\text{点} \times 10\text{円} \times 0.1 = 840\text{円}$

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	8	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ				
保険請求点数	点	公費負担等	精・結	点	患者負担割合	3割・2割・1割	外来・入院の別
			訪問看護	円			
保険請求金額	円	特定疾患 長期高額疾病 在総診等	難 長	金額 (基本利用料)	円	1,220	外来 入院 訪問看護
高齢重度者	請求点数	1,080	点	決定点数	点		
	請求金額	2,300	円	決定金額	円		

※請求点数欄には、公費外の点数のみ記入する点に注意。

<事例3> 医療のすべてが長期高額疾病の対象の場合

診療実日数：3日

請求点数：20,000点（1回目10,000点，2回目5,000点，3回目5,000点）

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
	①	20,000			10,000
	②				
					※高額

【マル福請求額】

(1回目) $10,000\text{点} \times 10\text{円} \times 0.1 = 10,000\text{円}$

(2, 3回目) → 長期高額疾病の患者負担限度額は10,000円なので，2回目以降はマル福請求額は生じない。

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	8	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ				
保険請求点数	点	公費負担等	精・結	点	患者負担割合	3割・2割・1割	外来・入院の別
			訪問看護	円			
保険請求金額	円	特定疾患 長期高額疾病 在総診等	難 長	金額 (基本利用料)	円	10,000	外来 入院 訪問看護
高齢重度者	請求点数	20,000	点	決定点数	点		
	請求金額	10,000	円	決定金額	円		

(5) 入院（乳幼児 社保扶養）の場合

<事例> 30日入院，請求点数：50,000点，食事療養費：57,600円

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点数	※決定点数	負担金額 円	食事療養	保険	日	請求 円	※決定 円	標準負担額 円
	①	50,000				①	30	57,600		23,400
	②					②				

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	3	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ				
保険請求点数	50,000 点	公費負担等	精・結	点	患者負担割合	3割・2割・1割	外来・入院の別
保険請求金額	円		訪問看護	円			
		特定疾患 難 長期高額疾病 長 在総診等	金額		基本利用料)	円	外来 入院 訪問看護
入院日数	長期入院 該当・非該当 30 日		標準負担額	請求			
食事療養	57,600 円	決定	円		※	円	円

※即日入院の場合は，入院として扱う（マル福外来自己負担は生じない）こと。

(6) 入院（高齢重度）の場合

<事例1> 30日入院，請求点数：50,000点，食事療養費：57,600円
低所得Ⅱで「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示した者

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点数	※決定点数	負担金額 円	食事療養	保険	日	請求 円	※決定 円	標準負担額 円
	①	50,000		24,600		①	30	57,600		19,500
	②					②				

【マル福請求額】

・療養の給付 24,600円

→ 低所得Ⅱで「限度額適用・標準負担額減額認定証」を提示した者は，月額の手当限度額が24,600円となるので，当該一部負担額をマル福に請求する。

・食事療養 650円×30日=19,500円

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	7	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ				
保険請求点数	点	公費負担等	精・結	点	患者負担割合	3割・2割・1割	外来・入院の別
保険請求金額	円		訪問看護	円			
		特定疾患 難 長期高額疾病 長 在総診等	金額		基本利用料)	円	外来 入院 訪問看護
高齢重度者	請求点数		50,000 点	決定点数			
	請求金額	24,600 円	決定金額	円			
入院日数	長期入院 該当・非該当 30 日	標準負担額	請求	780円× 日 19,500 円	※減額 650円×30日 19,500 円	円	円
食事療養	57,600 円	決定	円		※	円	円

(7) 訪問看護ステーション (母子家庭 社保本人) の場合

<事例> 訪問看護のすべてが精神の対象の場合
7日訪問
請求金額: 63,050円 (1回目13,850円, それ以降8,200円)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求 円	※決定 円	負担金額 円	基本利用料内訳	高額療養費 円
		63,050				
	①				※公費負担金額円	備考
②				※公費負担金額円		

【マル福請求額】

- (1回目) 13,850円×0.05 (円未満切り捨て, 10円未満四捨五入) -500 (外来自己負担) 円=190円
→ 精神の一部負担は費用額の5%相当なので, 当該部分がマル福の対象となる。その対象額からマル福外来自己負担を控除した額がマル福の請求額となる。(公費分は3,460円。)
- (2回目) 8,200円×0.05-500 (外来自己負担) 円=△90円
→ マル福外来自己負担である500円を控除するとマイナスとなるので, マル福での支給はない。(公費分は2,050円)
- (3回目以降) 8,200円×0.05=410円
→ 3回目以降でマル福外来自己負担はないので, 全額マル福で支給する。(公費分は2,050円)

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	2	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	点	公費負担等	精・結 点
保険請求金額	63,050 円	訪問看護	15,760 円
		特定疾患 難	患者負担割合
		長期高額疾病 長	3割・2割・1割
		在総診等	基本利用料)
			3,150 円
			外来・入院の別
			外来
			入院
			訪問看護
外来診療実日数	日	外来自己負担金額 (重度を除く)	500円×2回 910 円
			決定点数 点
			決定金額 円
訪問日	7 日	(6・13・16・20・23・27・30・ . . .)	

(8) 訪問看護ステーション (高齢重度) の場合

<事例> 7日訪問
請求金額: 63,050円 (1回目13,850円, それ以降8,200円)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求 円	※決定 円	負担金額 円	基本利用料内訳	高額療養費 円
		63,050				
	①				※公費負担金額円	備考
②				※公費負担金額円		

【マル福請求額】

- (1回目) 13,850円×0.1 (円未満切り捨て, 10円未満四捨五入) =1,390円
(2回目以降) 各8,200円×0.1=820円

【マル福請求書】

本人・家族区分欄	8	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	点	公費負担等	患者負担割合
保険請求金額	63,050 円	精・結 訪問看護	3割・2割・1割
高齢重度者	請求点数 請求金額	特定疾患 長期高額疾病 在総診等	外来・入院の別
	6,310 円	難長	外来入院 訪問看護
訪問日	7 日	決定点数 決定金額	
	(6・13・16・20・23・27・30・)		

(9) 外来の妊産婦(社保扶養)の場合

<事例> 診療実日数3日
請求点数：1,500点(1回目1,000点, 2回目300点, 3回目200点)

【診療報酬明細書】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	薬剤一部負担金額 円	一部負担金額 円
		1,500			
	①				
	②				

※高額

【医療機関で妊産婦が支払う金額(医療機関の領収金額)】

- (1回目) 1,000点×10円×0.3円=3,000円
- (2回目) 300点×10円×0.3=900円
- (3回目) 200点×10円×0.3=600円

【マル福支給申請書】

本人・家族区分欄	6	患者負担限度額(老人・前期高齢者)	一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰ
保険請求点数	1,500 点	公費負担等	(ア) 患者負担割合金額
外来診療実日数	3 日	精・結 訪問看護	3割
入院日数	長期入院 該当・非該当	特定疾患 長期高額疾病 難長	外来・入院の別
食事療養		500円×2回 1,000 円	外来入院 訪問看護
医療機関等	標準負担額	領収金額	(ア+イ又はウ) 4,500 円
	円× 日	円× 日	※減額 (ウ) 円× 日
	円	円	円
証明欄	▲▲年 ▲月 ▲日	医療機関等の所在地及び名称 ▲▲▲	開設者氏名 ▲▲▲ 印
		電話番号	

※外来自己負担金額欄には、患者から一部負担金の外に実際に徴収するわけではないが、もし現物給付であったならば患者から徴収したであろうマル福外来自己負担金額を必ず記入すること。

第1章 老人保健制度の概要

1 変遷

	内 容
昭和58年2月施行	「老人保健法」 老人保健制度の創設
昭和62年1月施行	一部負担金の改定，拠出金の見直し
昭和63年4月施行	老人保健施設の創設
平成4年1月施行	老人訪問看護制度の創設 公費負担割合の引上げ (介護的部分について公費負担を3割から5割に引き上げ) 一部負担金の改定，老人保健施設入所対象者の拡大
平成6年10月施行	付添看護・介護の解消，在宅医療の推進 入院時の食事に係る給付の見直し(入院時食事療養費の創設)
平成7年4月施行	居住地特例の創設
平成9年9月施行	薬剤一部負担金の創設(外来) 一部負担金の改定
平成12年4月施行	介護保険導入に伴う改正 ・公費負担5割から3割への統一 ・老人保健施設療養費の廃止 ・老人訪問看護療養費支給対象者の変更 ・要介護者等についての給付調整(介護優先) ・居住地特例制度の対象施設の拡大 機関委任事務の廃止(法定受託事務へ) 地方社会保険事務局の設置
平成13年1月施行	一部負担金の改定 (定率負担(1割)の導入・診療所定額制可) 高額医療費制度の創設 薬剤一部負担金の廃止
平成14年10月施行	老人医療対象者の年齢引上げ(70歳から75歳へ) 公費負担割合の段階的引上げと拠出金割合の引下げ (3割から5年間で5割へ段階的に引上げに伴う拠出金割合の引下げ) 一部負担金の改定 ・定率制の徹底に伴う診療所定額制及び月額上制限の廃止 ・所得に応じた負担区分の創設 (負担割合が1割又は2割・・・2割負担者は公費対象外) 高額医療費制度の改定(自己負担限度額の創設) 低所得者基準の見直し

2 目 的 (法第1条)

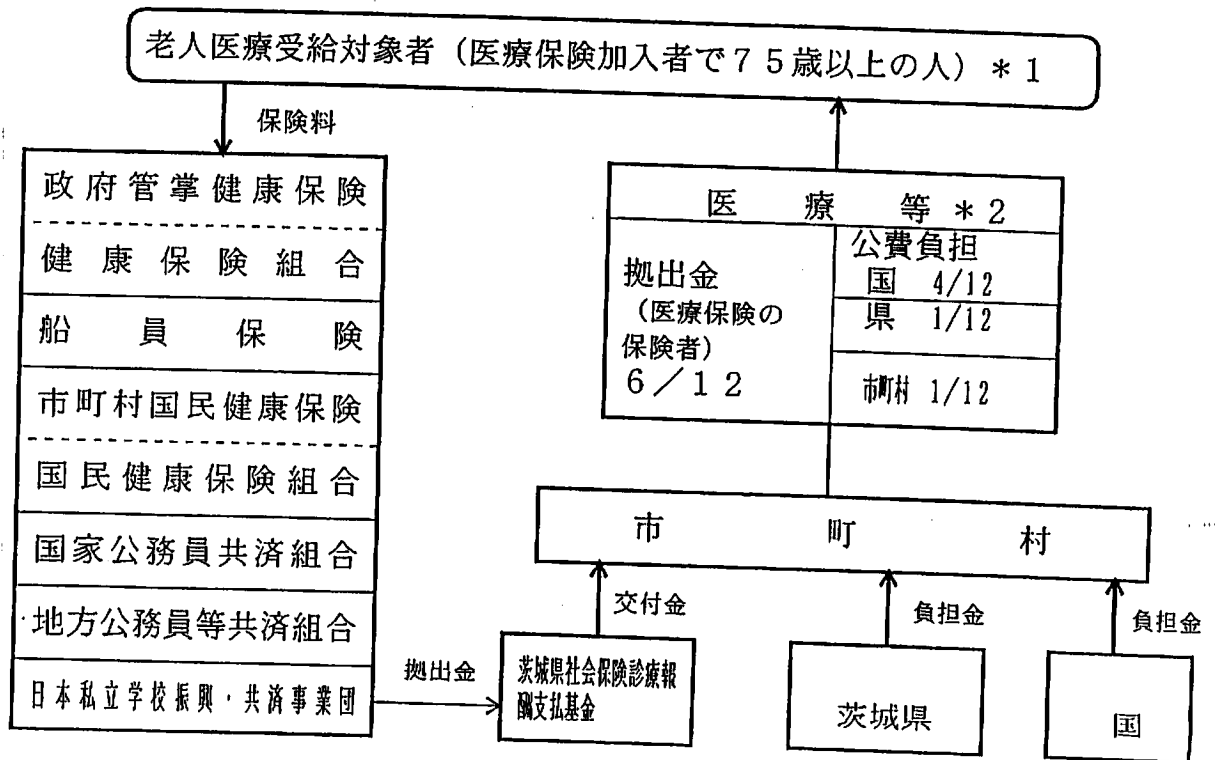
老人保健法は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保険の向上及び老人福祉の増進を図る。

<事業内容> (★は老人医療関係)

- | | |
|-----------------|------------------|
| ① 健康手帳の交付 | ★ ⑦ 特定療養費の支給 |
| ② 健康教育 | ★ ⑧ 老人訪問看護療養費の支給 |
| ③ 健康相談 | ★ ⑨ 移送費の支給 |
| ④ 健康診査 | ★ ⑩ 高額医療費の支給 |
| ★ ⑤ 医 療 | ⑪ 機能訓練 |
| ★ ⑥ 入院時食事療養費の支給 | ⑫ 訪問指導 |

3 基本的仕組み

<老人医療費の構成と負担割合>



* 1 昭和7年9月30日以前に生まれた人は70歳以上75歳未満である間も老人医療の対象である。
(平成14年10月改正以前の老人医療受給対象者)

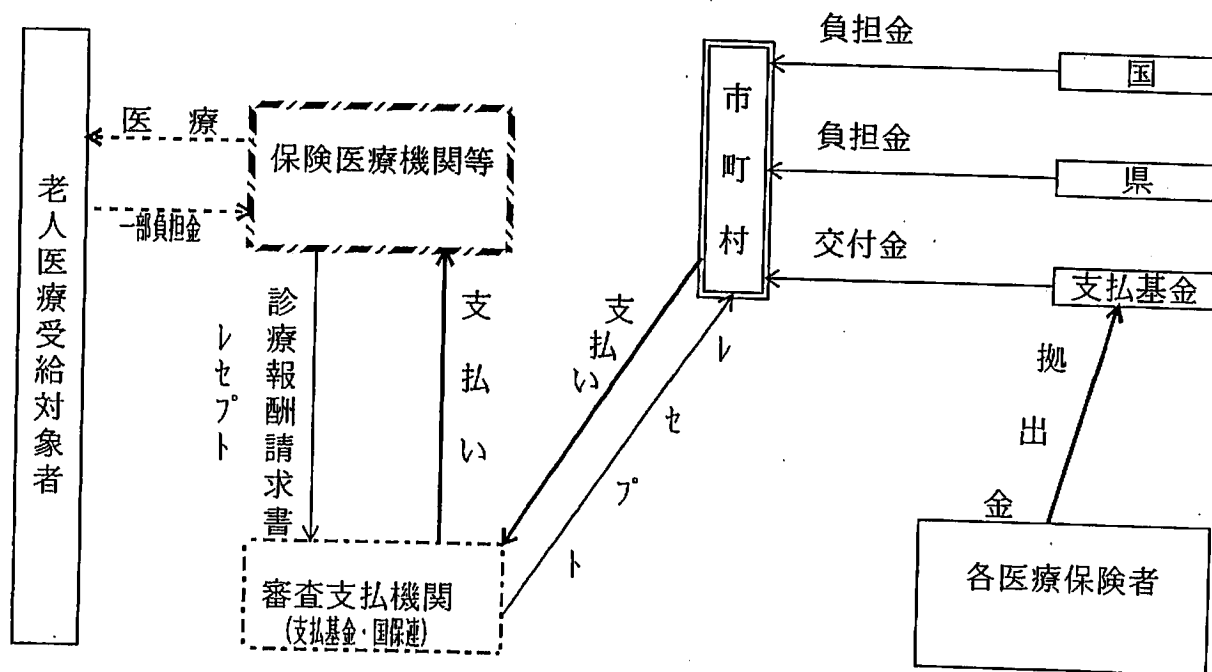
* 2 平成14年10月改正により、医療等にかかる公費負担割合の段階的引上げにより、拠出金が引下げられ、平成18年10月からは公費50%：拠出金50%となる。

<公費負担割合の引上げと拠出金割合の引下げ>

(平成14年10月改正)

対象年月	拠出金	計	公 費		
			国	都道府県	市町村
～平成14年9月	70%	30%	20% (2/10)	5% (0.5/10)	5% (0.5/10)
平成14年10月～15年9月	66%	34%	22.66% (136/600)	5.66%(34/600)	5.66%(34/600)
平成15年10月～16年9月	62%	38%	25.33% (152/600)	6.33%(38/600)	6.33%(38/600)
平成16年10月～17年9月	58%	42%	28.00% (168/600)	7.00%(42/600)	7.00%(42/600)
平成17年10月～18年9月	54%	46%	30.66% (184/600)	7.66%(46/600)	7.66%(46/600)
平成18年10月～	50%	50%	33.33% (4/12)	8.33% (1/12)	8.33% (1/12)

<老人医療費の流れ>



(注) 審査手数料は図示していない。

第2章 医療の受給資格関係事務

1 受給資格

<法第25条関係>

(1) 老人医療受給対象者の資格要件は次のとおりである。

① 年齢要件

- ・ 75歳以上の者
- ・ 65歳以上75歳未満の者で障害認定を受けた者

※ (注) 平成14年10月1日制度改正により、昭和7年9月30日以前に生まれた者については、老人医療受給対象者とみなす。

② 医療保険加入要件

- ・ 医療保険加入者であること。

※ (注) 生活保護世帯について

- ・ 国民健康保険法第6条により適用除外となり老人医療受給対象外。
- ・ 社会保険加入者は医療保険加入（生活保護は他法優先）者であるため、老人医療受給資格あり。

③ 居住地要件

- ・ 市町村の区域内に居住地を有すること。
- ・ 国民健康保険法第116条の2に規定する国保老人については、入所・入院措置時の居住地（以下「従前居住地」という。）の市町村長が医療を行うものであること。（居住地特例）
- ・ 社保老人については、新たな居住地（施設等所在地）で医療を行う。

（居住地特例を受ける施設）

- 病院、診療所
- 介護保険法第7条第19項に規定する介護保健施設（特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設等）

（注）軽費老人ホーム（ケアハウスを含む）、有料老人ホームは該当しないため、居住地特例は適用されない。

2 負担区分

負担区分	負担割合
一定以上所得者	2割
一般	1割
低所得 II	1割
低所得 I	1割

※負担割合
老人医療受給対象者が、病院等の窓口で支払う一部負担金の割合

3 医療の開始時期

- ・ 75歳の誕生日又は障害認定を受けた日の属する月の翌月から医療を行う。その日が月の初日であるときは、その属する月から医療を行う。
- ・ 医療保険に加入した場合又は転入・転出があった場合は、医療保険に加入した日又は転入日から医療を行うこととなる。

事 例	開 始 日
75歳の誕生日又は障害認定を受けた日 ア) 6月20日 イ) 7月1日	ア) 7月1日 イ) 7月1日
75歳以上の者又は障害認定を受けていた者が医療保険に加入した場合（生活保護の廃止等）	医療保険に加入した日
A市からB市に転入した場合	B市に転入した日
A市の転出日とB市の転入日が同じ日の場合	B市は転入した日 A市はその前日まで

第3章 一部負担金関係事務

1 一部負担金 (老人保健法第28条第1項)

老人医療受給対象者が医療を受ける際には、各々の負担区分に応じた負担割合の一部負担金を外来、入院の区分に従い保険医療機関等に支払わなければならない。

負担区分	負担割合	世帯の自己負担限度額	
		外来自己負担限度額(個人ごと)	(入院+外来)
一定以上所得者	2割	40,200円	72,300円+医療費の1% (1%は361,500円を基準額とし起算)
一般	1割	12,000円	40,200円
非世 課 税 帯	低所得 II	8,000円	24,600円
	低所得 I		15,000円

(注) 1 外来自己負担は、負担割合(1割又は2割)に応じて、各医療機関等に支払うが、1ヶ月に自己負担限度額を超えた一部負担金は、高額医療費として市町村から老人医療受給対象者に償還する。

2 世帯の自己負担限度額は、一部負担金の1ヶ月の窓口支払金額(外来+入院)の合算である。

入院は、各々の負担区分に応じた世帯の自己負担限度額までが窓口負担額となる。

世帯合算後世帯の自己負担限度額を超えた場合は、高額医療費として市町村から老人医療受給対象者に償還する。

- 3 外来診療のうち、在宅総合診療（寝たきり老人総合診療料、在宅末期医療総合診療料）の場合は、当該受給対象者が、常時寝たきりの状態であることから、入院と同様の取扱いとし、窓口における一部負担金の支払額は、1ヶ月の外来の自己負担限度額までとする。（月額上限）

2 一部負担金の特例 (老人保健法第28条第2項)

(1) 特定疾病にかかる自己負担限度額の特例 ((長) という)

慢性腎不全及び血友病に罹っていることにつき、長期にわたり高額な治療を必要とする特定疾病について、自己負担限度額の特例が適用される。

市町村長の認定を受けた者は当該疾病によって、外来・入院ごとに同一月、同一医療機関（レセプト単位）で、月額10,000円を限度として一部負担金を支払うことになる。

<対象疾病>

- ① 人工腎臓を実施している慢性腎不全
- ② 血漿分画製剤を投与している先天性血液凝固第Ⅷ因子障害又は第Ⅸ因子障害（いわゆる「血友病」）
- ③ 抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群（HIV感染を含み、厚生労働大臣が定める者に限る。）

(2) 低所得者にかかる自己負担限度額の特例 (減額認定)

老人医療受給対象者を含む同一世帯（住民基本台帳上）の世帯員全員が、市町村住民税非課税世帯、又は、市町村住民税非課税世帯かつ世帯員全員の所得が一定の基準（「0円」）に満たない場合、及び、老齢福祉年金受給者に対して、市町村長の認定を受けた場合に、同一月における自己負担限度額が減額になる。

<対象者>

- ① 同一世帯の世帯員全員が市町村住民税非課税等である世帯に属する老人医療受給対象者
.....「低所得Ⅱ」
- ② 同一世帯の世帯員全員が市町村住民税非課税等かつ所得が一定の基準に満たない（「0円」）である世帯に属する、又は老齢福祉年金受給者の老人医療受給対象者
.....「低所得Ⅰ」

区 分	外来自己負担限度額	世帯の自己負担限度額 (外来+入院)
低所得 Ⅱ	8,000円	24,600円
低所得 Ⅰ		15,000円

<留意事項>

減額認定証の有効期間の終期については、翌年度の7月末まで（当該認定を行った日の属する月が4月から7月までの場合には、当年度の7月末まで）となる。

(3) 標準負担額差額の支給

減額認定を受けた老人医療受給対象者が入院した場合の入院時食事療養に係る標準負担額については、入院期間、低所得区分に応じて金額が定められている。

医療機関窓口で減額認定証を提示しない場合には、一般の標準負担額を支払い「減額認定証の交付を受けられなかった理由又は減額認定証を医療機関に提示できなかった理由が妥当である」と市町村で認めた場合に差額の支給を行う。

<入院時食事療養に係る標準負担額>

老人医療受給対象者の分類		1日当たり標準負担額	
A	一般の老人医療受給対象者	780円	
B	低所得Ⅱの老人医療受給対象者	(B1) 直近1年間の入院期間が90日以下（長期非該当者）	650円
		(B2) 直近1年間の入院期間が90日超（長期該当者）	500円
C	低所得Ⅰの老人医療受給対象者	300円	

第4章 医療費の支給関係事務

1 概要

老人医療は医療・入院時食事療養費・特定療養費として現物給付が原則である。

しかし、これらを受けられず費用の全額を支払ったとき、次のようにやむをえない事情等があり、市町村長が必要と認める場合、償還払いで医療費を支給することができることとなっている。（法第32条）

- (1) 医療を行うことが困難である場合
- (2) やむを得ない理由により保険医療機関等以外の医療機関等で治療等を受けた場合
- (3) やむを得ない理由により診療費等を保険医療機関等に全額支払った場合

このいわゆる現金給付としての医療費の中には、柔道整復師の施術を受けた場合の料金、付添看護の料金、治療用装具の料金及び高額医療費等が含まれる。

2 支給手続き

(1) 一般診療報酬

<支給対象>

老人医療受給対象者が健康手帳（医療受給者証）等を持たずに保険医療機関等で受診し、医療費の全額を支払った場合等に医療費を支給する。

(2) 治療用装具

<支給対象>

医師が治療上必要があると認めて、関節用装具、コルセット、サポーター等の治療用装具を業者に作らせて患者に装着させた場合には、患者が業者に対して支払った装具購入に要した費用について、その費用の限度内で医療費を支給する。

医療費支給の対象となるものは、疾病又は負傷の治療上必要な範囲のものに限られる。

<支給対象外>

日常生活や職業上必要があるものあるいは美容の目的で使用されるもの。

(例) 眼鏡、補聴器、人工肛門受便器（ペロッテ）、胃下垂帯、脱腸帯等

3 移送費

(1) 概要

移送費は、当該移送の目的である医療が法に基づく適正なものであって、患者が移動困難であり、かつ緊急その他やむを得なかったと認められる場合に支給される。(法46条の6)

(2) 支給要件

- ア 移送により法に基づく適切な医療を受けたこと
- イ 移送の原因である疾病又は負傷により移動をすることが著しく困難であったこと
- ウ 緊急その他やむを得なかったこと

* 個々の事例に応じて社会通念上妥当な範囲で市町村長が適切に判断

【事例】

- ① 負傷した患者が災害現場等から医療機関に緊急に移送された場合
- ② 離島等で疾病にかかり、又は負傷し、その症状が重篤であり、かつ、傷病が発生した場所の付近の医療施設では必要な医療が不可能であるか又は著しく困難であるため、必要な医療の提供を受けられる最寄りの医療機関へ移送された場合
- ③ 移動困難な患者であって、患者の症状からみて、当該医療機関の設備等では十分な診療ができず、医師の指示により緊急に転院した場合

4 高額医療費

(1) 概要

原則として償還払いによるものであり、老人医療受給対象者からの申請に基づき支給するものである。

1ヶ月の医療費が世帯の所得状況に応じて定められた限度額を超えた場合、申請をして市町村長に認められると、限度額を超えた分が高額医療費として支給される。

同じ世帯内に老人保健で医療を受けている方が複数いる場合は合算することができる。(法第46条の8)

(2) 支給要件

① 外来での自己負担が限度額を超えたとき

- ・ 同じ人が同じ月内に、外来で支払った自己負担が限度額を超えた場合、超えた分が申請によりあとから支給される。

② 世帯の自己負担の合計額が限度額を超えたとき

- ・ 同一世帯で同じ月に、外来・入院で支払った自己負担の合計が限度額を超えた場合、超えた分が申請により支給される。

(3) 算定方法等

① 医療機関窓口における一部負担金の徴収は

<外来> 定率負担

<入院> 自己負担限度額まで

(定率負担額と自己負担額との差額は高額医療費として現物給付)

② 外来の個人ごとの負担区分に応じた自己負担額について個人で合算し外来の限度額を適用する。

- * 個人単位の外来の限度額は、世帯単位の自己負担限度額を適用する前に適用すること。

③ 次に入院の費用を加え、世帯単位で合算した後、限度額を適用する。

- * 負担区分ごとに設定された自己負担限度額を合算(世帯単位外来・入院全ての自己負担額を合算)
- * 世帯は住民基本台帳上の世帯とする。

④ 世帯単位の支給額を算定する。

⑤ 世帯単位の支給額を個人単位の自己負担合計額に応じて按分し、個人単位の支給額を算定する。

<1ヶ月の自己負担限度額>

負担区分		負担割合	外来(個人単位)	自己負担 限度額 (全ての自己負担額を世帯単位で合算)
				(外来+入院)
一定以上所得者		2割	40,200円	(注1) 72,300円+1% (注2) (40,200円)
一般		1割	12,000円	40,200円
低所得者	II	1割	8,000円	24,600円
	I	1割		15,000円

(注1) 一定以上所得者における世帯単位の自己負担限度額+1%負担については、外来・入院を含む全ての医療費が361,500円の基準額を超えた時に算定する。

(例) 医療費500,000円(自己負担10万円)

$$72,300円 + \{(500,000円 - 361,500円) \times 1\% \} = 73,685円$$

(注2) 一般以上の所得のある方が1年間に4回以上の高額医療費の支給があった場合、4回目以降の自己負担額が40,200円となる。

(4) 留意事項

1ヶ月に高額医療費として合算される自己負担額の対象は、医科・歯科・調剤・老人訪問看護療養費・柔道整復・あんま・鍼灸等コルセットなどの治療用装具などに支払った費用である。

(入院に係る食事療養を受けた場合の標準負担額や特別の療養環境の提供などの選定療養を受けた場合の差額徴収分は含まれない。)

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±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、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、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、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、」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)  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(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(七〇以上九割)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(七〇以上八割)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(三歳)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っては、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っては、「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「

1.2 (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」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あっては、**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っては、**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。

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)								

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、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、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。） 2 公費

老人医療 3 老人

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
- 9 高齢受給者・老人医療8割給付入院
- 0 高齢受給者・老人医療8割給付外来

- 8 高外9
- 9 高入8
- 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。

区 分	自県分の場合	他県分の場合
	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 法別 番号 都道府県 番 号 保険者別 番 号 検証 番号 </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="display: flex; justify-content: space-around; font-size: small;"> 法別 番号 都道府県 番 号 保険者別 番 号 検証 番号 </div>
政府管掌健康保険 (日雇特例被保険者の 保険を除く。)	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">(省略して差し支えないこと)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">(空欄)</p>
船 員 保 険	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">(省略して差し支えないこと)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>
日雇特例被保険者の保険	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <p style="text-align: center; font-size: small;">(省略して差し支えないこと)</p>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>
その他の健康保険 退職者医療	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>
国民健康保険	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>	<div style="display: flex; justify-content: space-around; border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div>

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。

(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。

(ii) 「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

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 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。） ② 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へ赴き、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へ赴き行った診療と、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号に規定する経過的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を変更した場合は、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。

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。
- 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、当該初診に付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」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。

イ 再診及び外来管理加算の項には所定点数、回数及び合計点数を記載すること。

また、継続管理加算を算定した場合は、再診の項に、点数は空白とし、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。

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、当該再診に付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」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**、**外栄**、**集栄**、**ペ**、**慢透**、**手前**又は**救**」と表示してそれぞれ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は、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**、**深**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、「**ウ**、**薬**、**悪**、**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、**開 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(波浪及び滞在に対する加算点数)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(夕)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（復）又は（夕）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（移）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、間歇注入シリン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）（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（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。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 **任透** 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、**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。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 **酸** 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、酸素ポンペ加算、酸素濃縮装置加算、携帯用酸素ポンペ加算、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、**酸** に併せてそれぞれ **ポ**、**濃**、**携ポ**、**設** 又は **携** 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 **中** 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 **輸** 又は **注ポ** 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 **経** 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 **管** 又は **経ポ** 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 **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。
- 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 **人** 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 **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。
- 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 **持呼** 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、**経** 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 **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 **携ポ** 又は **悪ポ** 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「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。

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「疼」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、「疼信」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「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、併せて「肺ポ」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「気」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「気鼻」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、「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、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に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「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。

(20) 「投薬」欄について

ア 入院分について

(イ) 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。

(ロ) 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 (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、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。
- (ク) 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 (特処) と表示し、回数及び点数を記載すること。

イ) 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 (化) 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 (菌) 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、(文) 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. 4m ²	
	(ホローファイバー型(1. 5m 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〕○○○○
- ペースメーカー(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(ウ)のウ、同3の(イ)及び同3の(ロ)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)、酸素ポンペ(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) (使用量) (補正率)

$$(0.20円 \times 300 \text{リットル} \times 1.3) \div 10 = 8 \text{点}$$

(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。

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(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、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。

サ 生体腎を移植した場合には、「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 連続携行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 (洗浄) 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号ニ又はりに該当する患者)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「墨」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にあっては、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 K920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、「**デ**」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、(持精)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(早)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(3)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。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、(4)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日以上の間について、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、I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2（療養病棟入院基本料1～2）、療特1、療特2（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II3（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II3（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2（専門病院入院基本料1～2）、障1、障2、障3、障4、障5（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）、**重皮潰**、**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**、**新介**、**乳介**、**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(有看)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。
- 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イ又はロを算定した場合は、「在宅」欄のその他の項に「在宅総合イ」又は「在宅総合ロ」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、「在宅総合イ、ロ」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「緊」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」、「緊」の字句の次に「夕」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「洗淨」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「早」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法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1、Ⅰ群2、Ⅰ群3、Ⅰ群4、Ⅰ群5（一般病棟Ⅰ群入院基本料1～5）」とあるのは「老Ⅰ群1、老Ⅰ群2、老Ⅰ群3、老Ⅰ群4、老Ⅰ群5（老人一般病棟Ⅰ群入院基本料1～5）」と、「Ⅱ群3、Ⅱ群4、Ⅱ群5（一般病棟Ⅱ群入院基本料3～5）」とあるのは「老Ⅱ群3、老Ⅱ群4、老Ⅱ群5（老人一般病棟Ⅱ群入院基本料3～5）」と、「Ⅰ群特1、Ⅰ群特2（一般病棟Ⅰ群特別入院基本料1～2）」とあるのは「老Ⅰ群特1、老Ⅰ群特2（老人一般病棟Ⅰ群老人入院基本料1～2）」と、「Ⅱ群特1、Ⅱ群特2（一般病棟Ⅱ群特別入院基本料1～2）」とあるのは「老Ⅱ群特1、老Ⅱ群特2（老人一般病棟Ⅱ群入院基本料1～2）」と、「療1、療2（療養病棟入院基本料1～2）」とあるのは「老療1、老療2（老人療養病棟入院基本料1～2）」と、「療特1、療特2（療養病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老療特1、老療特2（老人療養病棟特別入院基本料1～2）」と、「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）」とあるのは「老結1、老結2、老結

3、老結4、老結5、老結6、老結7（老人結核病棟入院基本料1～7）」と、「結特1、結特2（結核病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老結特1、老結特2（老人結核病棟特別入院基本料1～2）」と、「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）」とあるのは「老精1、老精2、老精3、老精4、老精5、老精6、老精7（老人精神病棟入院基本料1～7）」と、「精特1、精特2（精神病棟特別入院基本料1～2）」とあるのは「老精特1、老精特2（老人精神病棟特別入院基本料1～2）」と、「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）」とあるのは「老特一Ⅰ1、老特一Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅰ群1～2）」と、「特一Ⅱ1、特一Ⅱ2、特一Ⅱ3（特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1～3）」とあるのは「老特一Ⅱ1、老特一Ⅱ2、老特一Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料一般病棟Ⅱ群1～3）」と、「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）」とあるのは「老特結Ⅰ1、老特結Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅰ群1～2）」と、「特結Ⅱ1、特結Ⅱ2、特結Ⅱ3（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Ⅱ1、老特結Ⅱ2、老特結Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料結核病棟Ⅱ群1～3）」と、「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）」とあるのは「老特精Ⅰ1、老特精Ⅰ2（老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅰ群1～2）」と、「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）」とあるのは「老特精Ⅱ1、老特精Ⅱ2、老特精Ⅱ3（老人特定機能病院入院基本料精神病棟Ⅱ群1～3）」と、「専1、専2（専門病院入院基本料1～2）」とあるのは「老専1、老専2（老人専門病院Ⅰ群入院基本料1～2）」と、「障1、障2、障3、障4、障5（障害者施設等入院基本料1～5）」とあるのは「老障1、老障2、老障3、老障4、老障5（老人障害者施設等入院基本料1～5）」と、「診Ⅰ1、診Ⅰ2、診Ⅰ3（有床診療所Ⅰ群入院基本料1～3）」とあるのは「老診Ⅰ1、老診Ⅰ2、老診Ⅰ3（老人有床診療所Ⅰ群入院基本料1～3）」と、「診Ⅱ3、診Ⅱ4（有床診療所Ⅱ群入院基本料3～4）」とあるのは「老診Ⅱ3、老診Ⅱ4（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号ロ、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号ロ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号ロ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(この額に一円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。

(ニ) 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（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。

(30) 「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(イ)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 (介) 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・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、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（別業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（別業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。

(4) 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 (原) の表示をすること。

エ その他は、(0)のア、イ及びオからケまでと同様であること。

医科診療報酬請求書の記載方法

診療年月を記載する。
診療年月の異なる明細書がある場合には、それぞれの診療年月について請求書を作成すること。
なお、返戻分及び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。

支払基金へ提出する年月日を記載する。

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。

- 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、指定申請の際に地方社会保険事務局長あて届け出たものを記載する。
なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求書等につき委任を受けている場合は、管理者の氏名であっても差し支えない。
- 2 印については、必ず捺印する。
なお、印形を一括印刷している場合、又は、ゴム印等を製作し押捺しても差し支えない。

入院・外来別に作成する。
該当文字を○で囲む。
なお、入院又は、外来のみを印刷した様式を用いても差し支えない。

平成 年 月 日 診療報酬請求書(医科・歯科 入院・入院外併用) 別記 版

下記のとおり請求します。

平成 年 月 日

医療機関コード
保険医療機関の所在地及び名称
開設者氏名

印 入・外

区分	療養の給付				食事療養			
	件数	診療実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
医保(70以上9割)と公費の併用								
01 (政)								
02(船) 職務上								
02(船) 職務外								
03 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) 下船3月								
一般								
06 (組)								
63・72~75(過) (過)								
小計								
医保(70以上8割)と公費の併用								
01 (政)								
02(船) 職務上								
02(船) 職務外								
03 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) 下船3月								
一般								
06 (組)								
63・72~75(過) (過)								
小計								
医保本人と公費の併用								
01 (政)								
02(船) 職務上								
02(船) 職務外								
03 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) 下船3月								
一般								
06 (組)								
07 (自)								
63・72~75(過) (過)								
小計								
医保家族と公費の併用								
01 (政)								
02 (船)								
03 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) (共)								
06 (組)								
63・72~75(過) (過)								
小計								
医保(3歳)と公費の併用								
01 (政)								
02 (船)								
03 (日)								
04 (日特)								
31~34(共) (共)								
06 (組)								
63・72~75(過) (過)								
小計								
①合計								

医療保険(70歳以上9割・8割)と公費負担医療の併用分をそれぞれに記載する。

医療保険単独に係る明細書分を「医保(70歳以上9割・8割・本人・家族・3歳)ごと」に区分してそれぞれ管業ごとに記載する。

医療保険(本人・家族・3歳)と公費負担医療の併用分をそれぞれに記載する。

「医保(70以上9割・8割・本人・家族・3歳)と公費の併用」欄と「医保単独(70以上9割・8割・本人・家族・3歳)の小計」欄とを合計して記載する。

1 医療保険又は老人保健と公費負担医療の併用分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件数、点数及び一部負担金を記載する。

2 「区分」欄の不動文字(法別番号12、10)以外に公費負担医療の請求がある場合は、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。

3 医療保険又は老人保健に係る請求点数と公費負担医療の点数が同じ場合は、明細書の「公費分①」欄の記載を省略した点数(「合計点数」欄の点数)を加えて合計して記載する。

1 老人医療(9割・8割)と公費負担医療の併用分のうち老人医療に係る分をそれぞれに記載する。

2 老人医療単独分(9割・8割)をそれぞれに記載する。(老人被爆者も含む)

1 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」の項の合計をそれぞれの制度の該当欄に記載する。

2 外来分については、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」の項の合計をそれぞれの制度の該当欄に記載する。

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、当該併用に係る明細書分の件数及び点数等を記載する。

2 2種以上の公費負担医療を請求する場合で「区分」欄の不動文字(法別番号12、10)以外に公費負担医療の請求がある場合は、空欄に法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載する。

1 公費負担医療単独分明細書の件数及び点数等を記載する。

2 「区分」欄の不動文字(法別番号12、11、20)以外に公費負担医療の請求がある場合は、空欄に法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載する。

「公費と医療(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。

医療保険の「①合計」欄、老人保健の「②合計」欄及び公費単独の「③合計」欄の請求件数を合計して記載する。

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
老人保健と特定疾患治療研究事業の併用
以上については、件数、日数等を記載する。
なお、外来分については療養の給付に係る事項のみで差し支えない。

医療機関コード

区分	療養の給付				食事療養			入・外
	件数	診療 実日数	点数	一部負担金 (控除額)	件数	日数	金額	
老人 保健	老人9割と公費の併用							
	老人単独							
	小計							
	老人8割と公費の併用							
老人 保健	老人単独							
	小計							
② 合計								
公費と 老人の 併用	12(生保)							
	10(結核34)							
公費と 公費の 併用	12(生保)							
	10(結核34)							
公費 単独	12(生保)							
	11(結核35)							
	20(精神29)							
③ 合計								
総合計①+②+③					件	請求金額		円

「老人9割と公費の併用」及び「老人単独」を合計して記載する。

「老人8割と公費の併用」及び「老人単独」を合計して記載する。

「老人9割の小計欄」と「老人8割の小計欄」を合計して記載する。

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」の項に係る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。

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」の項に係る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。

公費負担医療制度ごとに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。

備考

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(結核34)								
11(結核35)								
12(生保)								
15(身障)								
20(精神29)								
21(精神32)								
22(麻薬)								
28(感染症)								
51(特疾)								

1 定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、**超過** と記載する。

2 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、**標欠** と記載する。

平成15年8月

茨城県基金

正しい診療報酬請求明細書の提出について (お願い)

当支払基金では適正なレセプトの提出促進を図るため、各保険医療機関への医療保険請求に関する情報等の広報及び支払基金ホームページへの掲載等により取組んでおります。

つきましては、診療報酬請求書等を提出される際には、院内における事前点検の励行並びに下記の事項につきましてご留意のうえ提出されますよう宜しくお願いいたします。

記

1 【投薬料】

(1) 内服薬の投薬日数について

薬事法又は通知において投薬日数に制限がある内服薬を制限日数以上で請求されている。

ア 麻 薬	14日分を限度
イ 新医薬品	14日分を限度 (告示後1年間)
ウ 向精神薬	14日分、30日分又は90日分を限度

注 長期の旅行等特殊の事情がある場合においては、必要最小限の範囲において、1回30日分を限度として投与して差し支えない。

なお、この場合には診療報酬明細書に事情理由のコメントを記載願います。

(2) 調剤技術基本料について

同一医療機関において同一月内に処方せんの交付がある場合は、調剤技術基本料は算定できません。

2 【指導管理料】及び【検査料】

採血料の算定について

- ・ 採血料が含まれている管理料及び検査料を実施した日に、採血料が請求されている。

指導管理料	・ B001-2	特定薬剤治療管理料
	・ B001-3	悪性腫瘍特異物質治療管理料
検査料	・ D286	肝及び腎のクリアランステスト
	・ D287	内分泌負荷試験
	・ D288	糖負荷試験
	・ D289	その他の機能テスト

★ 支払基金ホームページ

<http://www.shiharaikikin.go.jp/>「お知らせコーナー」
掲載内容は、告示による医薬品情報及び保険者の異動情報等を掲載しております。

なお、10月1日(水)からホームページアドレスを変更し「<http://www.ssk.or.jp/>」となります。

国民健康保険診療報酬等の請求事務について（医科）

茨城県国民健康保険団体連合会

国民健康保険診療報酬（一般、退職者）及び老人保健診療報酬の請求に際しては、次の事項に留意のうえ提出してください。

1. 診療報酬請求総括票について

(1) 診療報酬請求書を県内保険者と県外保険者に区分して、それぞれに診療報酬請求総括票を貼付し左上端部を綴じる。

（編綴例 7の(1)(2)を参照）

なお、全国土木国保組合（133033）中央建設国保組合（133264）全国建設工事業国保組合（133298）は県内保険者分とする。

(2) 記入方法

ア. 国保・一般被保険者欄は、入院、入院外別に各保険者の診療報酬請求書の前期高齢者・一般・3歳未満の件数、点数の合計を、退職者欄も、入院、入院外別に各保険者ごとの診療報酬請求書の本人・前期高齢者・被扶養者・3歳未満の件数、点数の合計を記入する。

なお、食事療養欄は、一般、退職別に食事療養に係る件数、金額の合計を記入する。

イ. 老人保健欄については、入院・入院外別に9割・8割の件数、点数の合計を記入する。

食事療養についても、9割、8割の食事療養に係る件数、金額の合計を記入する。

ウ. 医療福祉及び公費負担欄は、それぞれの件数のみを再掲する。

2. 診療報酬請求書について（A4版・2枚1組）

各保険者ごとに、国民健康保険（一般・退職）と老人保健分を分けて、それぞれに診療報酬請求書（2枚1組）を添付し提出する。

なお、前期高齢者の在宅末期医療総合診療料又は、老人保健の寝たきり老人在宅総合診療料・在宅末期医療総合診療料を算定した場合は、その他の診療報酬明細書とは別に診療報酬請求書を添付し提出する。

記入方法

(1) 医療機関コード欄 指定された医療機関コードを記入する。

(2) 所在地及び名称欄 所在地及び名称、電話番号、開設者氏名を記入し届出の印鑑を押印する。

(3) 保険者コード欄 保険者コードを記入する。

(4) 国民健康保険
(1枚目)

一般（前期高齢者・一般被保険者・3歳未満）退職（本人・前期高齢者・被扶養者・3歳未満）については、それぞれの区分ごとに入院、入院外別に件数、診療実日数、点数、及び一部負担金（前期高齢者のみ）の合計を記入する。

また、食事療養欄は、それぞれ区分ごとの食事療養に係る件数、日数、金額及び標準負担額の合計を記入する。

(5) 老人保健
(2枚目)

9割・8割ごとに入院、入院外別に件数、診療実日数、点数、一部負担金の合計を記入する。

食事療養欄は、区分ごとに食事療養に係る件数、日数、金額及び標準負担額の合計を記入する。

(6) 公費負担医療欄
(2枚目)

入院、入院外別に公費負担医療に該当する件数、診療実日数、点数、一部負担金の合計を記入する。

食事療養欄は、公費負担医療に該当する食事療養の件数、日数、金額、標準負担額の合計を記入する。

3. 診療報酬明細書について

(1) 「保険種別1」「保険種別2」「本人・家族」及び「給付割合」の記入については、該当する番号を○で囲んでください。

記入例については、次の頁のとおりとする。

(2) 電子計算機の場合は、当該欄の上部に選択する番号及び保険種別等のみを記載するか、全部を記入し選択しない方を抹消する方法とする。

診療報酬明細書 (医科入脱出)

平成 年 月 日

診療科 医師氏名

1 社団	3 老人	1 専従	2 本外	8 高別9
2. 扶	4 選	2 2期	4 三外	
		3 3期	6 家外	0 高別8

給付割合

例	保険種別1	保険種別2	本人・家族	給付割合
国保単独本人外来	① 国	① 単独	② 本 外	⑦
国保公費併用 家族 入院	① 国	② 2 併	⑤ 家 入	⑦
一般(70以上9割) 外来	① 国	① 単独	⑧ 高外 9	⑨
退職(3歳未満) 入院	④ 退 国	① 単独	③ 三 入	⑧
退職(70歳以上 8割) 外来	④ 退 国	① 単独	⑦ 高外 8	⑧
老人 9割 外来	③ 老 国	① 単独	⑧ 高外 9	⑨

(3) 「給付割合」については、該当する給付割合を○で囲む。ただし、自県分の場合は、記載を省略することができる。

(4) その他

福 原 については、診療報酬明細書の上部中央余白に朱書、又はスタンプ押印により表示する。

4. 医療福祉費請求書（ピンク色）について

国民健康保険分の医療福祉費請求書は、診療報酬明細書（一般・退職・老人とも）とペアにて、社会保険分の医療福祉費請求書は、給付割合等の記載をし医療福祉費請求書のみ、県内分の最後に編綴し提出する。

5. 妊産婦医療福祉費支給申請書（水色）について

妊産婦医療福祉費支給申請書内訳書を添付して、国民健康保険分・社会保険分とも本会へ提出する。

6. 提出先 〒 3 1 0 - 0 8 2 5

水戸市笠原町 9 7 8 番 2 6 （茨城県市町村会館内）

茨城県国民健康保険団体連合会

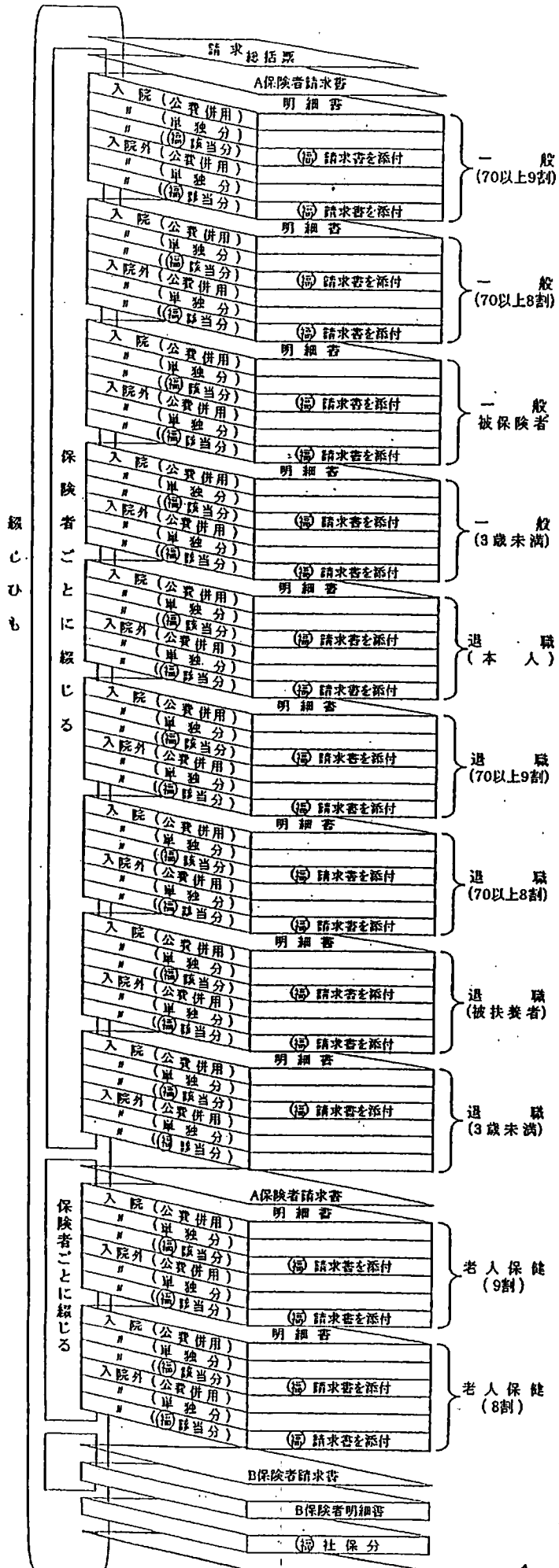
TEL 029-301-1550 (Fax 029-301-1578)

提出協力日 毎月8日までにご協力をお願いしています。

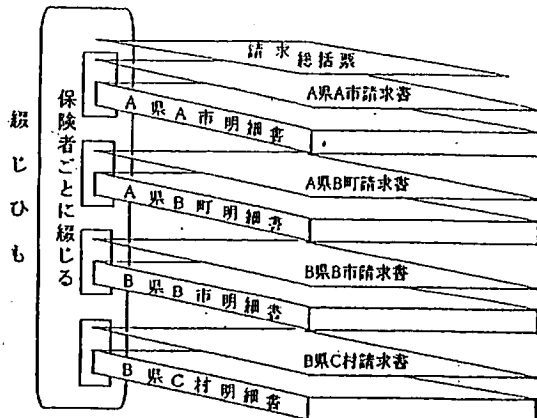
7. 診療報酬請求書の編綴について

次の図のように整理し、県内分と県外分は別冊に編綴して下さい。

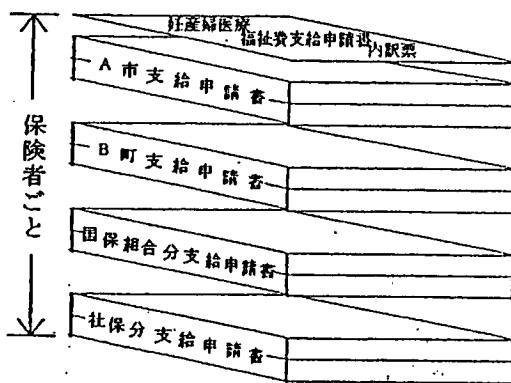
(1) 県内分



(2) 県外分



(3) 妊産婦医療福祉費(水いろ)



(注) (1) 県内分の(注)社保分の下に綴る。

- (注) ・請求総括票、県内分と県外分は別綴りとする。
 ・県内分、社保の医療福祉費分、妊産婦医療福祉費分の順に編綴して下さい。
 ・全国土木建築国保組合 (133033)
 中央建設国保組合 (133264) } は
 全国建設工事業国保組合 (133298) } は
 県内国保組合として下さい。
 ・返戻及び過誤調整による再請求分は、月毎に集計し(当月とは別請求書にて)再請求されますようお願いいたします。
 ・医療福祉費の社保分は、請求市町村毎に区分し請求されるようお願いいたします。

(株式会社第6号)

医療機関・指定訪問看護コード

医 科 歯 科 調 剤 訪 問

08. 080085

福 医療福祉費請求書

有効期限 平成16年7月診療分まで

平成 年 月 日

茨城県龍ヶ崎市長 殿

保険医療機関等の所在地及び名称
開設者氏名

[Redacted Name]

電話番号

[Redacted Phone Number]

平成 15 年 10 月分の医療福祉費を下記のとおり請求します。

④受給者証 記号番号	茨-208 0140840		受給者氏名	高橋 未穂 (女)	
			生年月日	[Redacted] 年 [Redacted] 月 [Redacted] 日生	
被保険者証 記号番号	15 龍 02589105		保険種別	国・退・政・組・船・共・国組	
			保険者番号	080085	
本人・家族区分	患者負担限度額(老人・前期高齢者)		一定以上所得・一般・低所得II・低所得I		
保険請求点数	点	公費負担等	精・結 訪問看護	患者負担割合金額	3割・2割・1割 外来・入院の別
保険請求金額	円	特定疾患 長期高額疾病 在総診等	④ ⑤	(基本利用料)	円 外 来 入 院 訪 問 看 護
外来診療 実日数	日	外来自己 負担金額 (重度を除く)	500円×	回数	決定点数 決定金額
高齢 重度 者	請求点数	点	決定点数		
	請求金額	円	決定金額		
入院日数	長期入院 該当・非該当	標準 負担 額	請 求	780円×	日 円 × 日 円
食事療養	円	決 定	円	※	円 × 日 円
訪問日 (訪問看護)	日 ()				
備考					

〈医療機関を受診される方・訪問看護を受ける方への注意〉

医療機関、薬局及び訪問看護ステーション（以下「医療機関等」という。）では、この請求書によってかかることはできません。

2 この請求書と被保険者証（又は組合員証）及び医療福祉費受給者証を医療機関等の窓口へ提出してください。（老人保健法の適用を受けている方は、これらにあわせて健康手帳も提出してください。）

「標準負担額減額認定証」（老人の場合は、「一部負担金限度額適用・標準負担額減額認定証」）の交付を受けている方が入院する場合は、これらもあわせて提出してください。

この請求書を提出しないと、医療保険各法の「一部負担金」等を支払うことになります。

3 この請求書は、原則として毎月1枚医療機関等へ提出してください。ただし、入院と通院をした場合等は、2枚以上必要となることがあります。なお、薬局は医療機関とは別に1枚必要になります。

4 請求書の手持ちがなくなった場合は、すぐ龍ヶ崎市役所（又は東部・西部出張所）へ申し出てください。この場合、受給者証及び被保険者証（又は組合員証）を提示してください。

5 入院以外の場合は、1日500円（500円に満たない場合は、その満たない額）、月2回までの外来自己負担金をお支払いください。（重度心身障害者を除く。）ただし、薬局では外来自己負担金をお支払いいただく必要はありません。

医療機関等へのお願

この医療福祉費は、次の方法により請求してください。

1 この請求書は、処方箋（調剤報酬明細書、調剤報酬明細書又は訪問看護療養費明細書（以下「レセプト」という。））から記入してください。この場合、レセプトの上部欄外に㊟印を押してください。

2 国保分（退職及び国保組合を含む。）についてはレセプトの下にこの請求書を重ね、国保以外のもの（退職及び国保組合を除く。）については一括して国保のレセプトの一番下に綴じ込み、茨城県国保連合会へ送付してください。この場合、開設者氏名印、請求点数欄等に記入漏れがあると返戻されますので、とくに注意してください。

また、訪問看護の場合は、㊟受給者証を発行している龍ヶ崎市へ直接送付してください。送付の際は、レセプトの写した請求書の下に添付してください。

3 本人・家族区分欄は、レセプトの「本人・家族」欄に記載した番号を記載してください。

4 患者負担限度額欄は、一定以上所得・一般・低所得Ⅱ・低所得Ⅰのいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。

5 保険請求点数欄は、レセプトと一致するようにしてください。ただし、公費負担（精神・結核を除く。）があった場合は、その点数を差し引いた点数を記入してください。

6 保険請求金額欄は、訪問看護に該当した場合に記入してください。

7 公費負担等の欄は、国保（退職及び国保組合を含む。）以外で精神・結核に係る公費負担がある場合、その点数を記入してください。この場合の点数は、請求点数欄の点数の内数となります。また、訪問看護の場合は金額を記入してください。

特定疾患、長期高額疾病、在総診等に該当した場合は、いずれか該当する箇所を○印で囲んでください。

8 患者負担割合・金額（基本利用料）の欄は、3割・2割・1割のいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。

また、老人（又は前期高齢者）の入院の場合又は特定疾患、長期高額疾病、在総診等に該当した場合、金額を記入してください。

訪問看護を利用した場合は、 $[\text{「保険請求金額」} - \text{「公費負担額」}] \times \text{「患者負担割合 (0.3・0.2・0.1)」}$ の算式により求めてください。

9 外来・入院の別の欄は、外来・入院・訪問看護のいずれか該当する箇所を○印で囲んでください。（即日入院の場合は入院とし、外来自己負担金は徴収しないでください。）

10 外来自己負担金額の欄は、当該負担金の回数とその金額を記入してください。500円未満の場合で、10円未満の端数金額が生じるときは、保険医療機関等における一部負担金等の支払いと同様に取り扱ってください。

11 老人保健法適用者の場合は、高齢重度者の欄の請求点数欄は点数を、請求金額欄は一部負担金をそれぞれレセプトから転記してください。

12 入院の場合は、入院日数、食事療養及び標準負担額の欄に次により記入してください。

(1) 入院日数の欄は、長期入院該当・非該当のいずれか該当する方を○印で囲み、日数を記入してください。

(2) 食事療養の欄は、食事療養の費用額を記入してください。

(3) 標準負担額の欄は、1日当たりの標準負担額の対象となる日数を記入したうえ、請求金額を記入してください。

(4) 標準負担額の減額があったときは、※印欄に記入してください。

13 訪問日の欄は、訪問した日数と（ ）内にその日を記入してください。

保険医療
機関番号

平成 年 月 分 診療報酬請求総括票

保険医療機関の
所在地及び名称
開設者氏名

区	分	件数	点	食事療養		※受付件数
				件数	金額	
国保	入院					件
	入院外					
	入院					
	入院外					
老人保健	入院					受付日付印
	入院外					
医療費負担	福祉社					
公費	負担					

保険者コード

08

殿
下記のとおり請求する。

保険医療機関の
所在地及び名称
電話番号
開設者氏名

平成 年 月 日
国民健康保険

印

		療養の給付				食事療養			
		件数	診療 実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
一般(七〇以上九割)	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般(七〇以上八割)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般被保険者	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
一般(三歳未満)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(本人)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(七〇以上九割)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(七〇以上八割)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(被扶養者)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
退職(三歳未満)	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

備考 1. ※の欄は記入しないこと。
2. この用紙は、A列4番とすること。

保険者コード _____

老人保健

		療養の給付				食事療養			
		件数	診療 実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
老人九割	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
老人八割	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

公費負担医療

		療養の給付				食事療養			
		件数	診療 実日数	点数	一部負担金	件数	日数	金額	標準負担額
	請求	入院			円			円	円
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							
	請求	入院							
		入院外							
	※決定	入院							
		入院外							

備考

※高額療養費	一般被保険者	件数		退職者	件数		老人保健 高額医療費	長期高額
		金額	円		金額	円		

区分	件数	日数	点数	一部負担金	食事 件数	食事 日数	金額	標準負担額	点数
※一般被保険者	返								増
※退職者									
※老人保健	戻								減

備考 1. ※の欄は記入しないこと。
2. この用紙は、A列4番とすること。

平成 年 月分

妊産婦医療福祉費支給申請書内訳票

保険医療機関番号 _____

所在地及び名称 _____

	件数
国保	
社保	
合計	

福 医療福祉費受給者証

記号番号	茨一 862	0 2 1 3 2 3
対 氏 名	[REDACTED]	
	女	
生年月日	昭和 [REDACTED] 年 [REDACTED] 月 [REDACTED] 日	
住 所	300-1331 [REDACTED]	
有 効 期 間	平成 15 年 7 月 1 日	から
	平成 16 年 6 月 30 日	まで
発行機関名 及 び 印	茨城県 河内町 町章	
交付年月日	平成 15 年 7 月 1 日	

注 意 事 項

- この証は、河内町医療福祉費の支給に関する条例により、医療福祉費の支給を受けることができる証です。から、大切に保管してください。
- 医療費の支給を申請するときは、この証と医療機関からの領収書又は医療保険の保険者が発行する療養費、附加給付に関する証明書及び印鑑を持参してください。
- 加入医療保険又はこの証に記載してある事項に変更があったときは、ただちに河内町役場に届け出てください。
- 生活保護法の適用を受けるようになったとき、転出、死亡、又はこの証の有効期間を経過したときは、すみやかに河内町役場へ返還してください。
- その他おわかりにならないことは、河内町役場窓口でおたずねください。