

<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	
		3,800				
	①	2,500				
	②					※高額

【マル福請求額】

- (1回目) $2,500 \text{点} \times 10 \text{円} \times 0.05 - 500$ (マル福外来自己負担) 円 = 750円
- (2回目) $800 \text{点} \times 10 \text{円} \times 0.3 - 500$ (マル福外来自己負担) 円 = 1,900円
- (3回目) $500 \text{点} \times 10 \text{円} \times 0.3 = 1,500$ 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	精・結 訪問看護	2,500 円	点	患者負担割合 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			金額 (基本利用料)	外来・入院 の別 外来 入院 訪問看護
外来診療実日数	3	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		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	
		750				
	①	650			1,750	
	②					※高額

【マル福請求額】

- (1回目公費)
 - ・難病の一部負担額 $400 \text{点} \times 10 \text{円} \times 0.3 = 1,200$ 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) $100 \text{点} \times 10 \text{円} \times 0.3 = 300$ 円
- (2回目公費)
 - ・難病の一部負担額 $250 \text{点} \times 10 \text{円} \times 0.3 = 750$ 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	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	精・結 訪問看護 特定疾患 長期高額疾病 在総診等	患者負担割合 金額 (基本利用料) 1,750 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	点
		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。

(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
		①	2,000		
	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	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	精・結 訪問看護 特定疾患 長期高額疾病 在総診等	患者負担割合 金額 (基本利用料) 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
		①	2,630		
	②	1,550			1,220
					※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
 $1,330 \text{点} \times 10 \text{円} \times 0.1 = 1,330 \text{円} \rightarrow 1,000 \text{円}$
- ・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 訪問看護	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		特定疾患 長期高額疾病 在総診等	円	金額 (基本利用料)	1,220 円 外来 入院 訪問看護
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		

※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
		20,000			10,000
	①				
	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 訪問看護	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		特定疾患 長期高額疾病 在総診等	円	金額 (基本利用料)	10,000 円 外来 入院 訪問看護
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		

(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 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)	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	780円×30日 23,400 円	※減額	円× 日	円
食事療養	57,600 円	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	※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	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)	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	点			
	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 円	※減額	650円×30日 19,500 円	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 訪問看護	点 15,760 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 63,050	等	特定疾患 長期高額疾病 在総診等	金額 基本利用料)	3,150 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×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	精・結 訪問看護	点 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 金額 (基本利用料)	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	点	決定点数	点
	請求金額	円	決定金額	円
	6,310			
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		公費負担等	精・結 訪問看護	点 円	(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
保険請求点数	1,500		特定疾患 長期高額疾病				円	
外来診療実日数	3 日	外来自己負担金額	500円×2回 1,000 円	領収金額	(ア+イ又はウ) 4,500 円			
入院日数	長期入院 該当・非該当	標準負担額 (イ)	円×	日	※減額 (ウ)	円×	日	
食事療養				円				円
医療機関等証明欄	▲▲年 ▲月 ▲日 医療機関等の所在地及び名義 ▲▲▲ 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	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	負担等	訪問看護	円	金額	円	外来入院 訪問看護
			特定疾患 難 長期高額疾病 長 在総診等		(基本利用料)	1,220	
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		
		1,080					
		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
		20,000			10,000
	①				
	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) \rightarrow 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	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	負担等	訪問看護	円	金額	円	外来入院 訪問看護
			特定疾患 難 長期高額疾病 長 在総診等		(基本利用料)	10,000	
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		
		20,000					
		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	※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	患者負担割合 3割・2割・1割
保険請求金額	円	精・結 訪問看護 特定疾患 難 長期高額疾病 長 在総診等	金額 (基本利用料) 外来・入院の別 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	780円×30日 請求 23,400 円
食事療養	57,600 円	決定	※減額 円× 日 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	点	公費負担等	患者負担割合 3割・2割・1割
保険請求金額	円	精・結 訪問看護 特定疾患 難 長期高額疾病 長 在総診等	金額 (基本利用料) 外来・入院の別 外来 入院 訪問看護
高齢重度者	請求点数 50,000 点	決定点数	点
	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	780円× 日 請求 円 19,500 円
食事療養	57,600 円	決定	※減額 650円×30日 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	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		15,760	円			
	63,050		特定疾患 長期高額疾病 在総診等	難 長	基本利用料)	3,150	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	決定点数	点		
			910	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	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	63,050	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		点	決定 点数			点
	請求 金額		円	決定 金額			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

<p><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)</p>

【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	点	公 費 負 担 等	精・結	点	(ア) 患者負 担割合 金額	3割	外来・入院の 別
			訪問看護	円			
			特定疾患 難 長期高額疾病 長		金額	円	外来 入院 訪問看護
外来診療 実日数	3 日	外来自己負 担金額	500円×2回 1,000 円		領収金額	(ア+イ又はウ) 4,500 円	
入院 日数	長期入院 該当・非該当	標準 負 担 額	(イ)		円× 日	※減額 (ウ)	円× 日
食事 療養		円			円		円
医療 機関 等 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。

生活保護法による医療扶助の取扱いについて

茨城県保健福祉部厚生指導課

1 生活保護とは

(1) 制度の目的

日本国憲法第25条の理念に基づき、国が生活に困窮するすべての国民に対し、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的としています。

(2) 基本原理

無差別平等の原理	全ての国民は、生活保護法に定める要件を満たす限り、生活保護法による保護を、無差別平等に受けることができる。
最低生活保障の原理	生活保護法により保障される最低限度の生活は、健康で文化的な生活水準を維持することができるものでなければならない。
補足性の原理	保護は、生活に困窮する者が、その利用し得る資産、能力その他あらゆるものを、その最低限度の生活の維持のために活用することを要件として行われる。

(3) 保護の原則

申請保護の原則	保護は、保護を必要とする者、その扶養義務者又はその他の同居の親族の申請に基づいて開始する。
基準及び程度の原則	保護は、厚生大臣の定める基準により測定した保護を必要とする者の需要を基とし、そのうち、その者の金銭又は物品で満たすことのできない不足分を補う程度で行う。
必要即応の原則	保護は、保護を必要とする者の年齢、性別、健康状態等その個人又は世帯の実際の必要の相違を考慮して、有効かつ適切に行う。
世帯単位の原則	保護は、世帯を単位としてその要否及び程度を定める。ただし、これによりがたいときは、個人を単位として定めることができる。

(4) 保護の種類

生活保護法による 8種類の扶助 (平成12年度から 介護扶助の創設)	生活扶助	衣食その他日常生活に必要なものの給付
	教育扶助	義務教育に必要な学用品、教材代等の給付
	住宅扶助	家賃、地代、住宅補修代等の給付
	介護扶助	介護に必要なものの給付
	医療扶助	医療に必要なものの給付
	出産扶助	出産に必要なものの給付
	生業扶助	生業や技能修得に必要なものの給付
	葬祭扶助	葬祭に必要なものの給付

(5) 保護の実施機関（県内30か所の福祉事務所）

市 部：各市の福祉事務所（22か所）

町村部：当該町村を管轄する茨城県の地方福祉事務所（8か所）

（各地方福祉事務所の管轄市町村）

福祉事務所名	郡 名	市 町 村 名
水戸地方	東茨城郡全域	茨城町，小川町，美野里町，内原町，常北町 桂村，御前山村，大洗町
	西茨城郡全域	友部町，岩間町，七会村，岩瀬町
大宮地方	那珂郡全域	東海村，那珂町，瓜連町，大宮町，山方町 美和村，緒川村
	久慈郡の一部	大子町
常陸太田地方	久慈郡の一部	金砂郷町，水府村，里美村
	多賀郡全域	十王町
鉾田地方	鹿島郡全域	旭村，鉾田町，大洋村，神栖町，波崎町
	行方郡全域	麻生町，北浦町，玉造町
江戸崎地方	稲敷郡の一部	江戸崎町，新利根町，河内町，桜川村，東町
	北相馬郡全域	藤代町，利根町
土浦地方	稲敷郡の一部	美浦村，阿見町
	新治郡全域	霞ヶ浦町，玉里村，八郷町，千代田町，新治村
	筑波郡全域	伊奈町，谷和原村
下館地方	真壁郡全域	関城町，明野町，真壁町，大和村，協和町
	結城郡全域	八千代町，千代川村，石下町
境地地方	猿島郡全域	総和町，五霞町，三和町，猿島町，境町

※ 平成14年2月2日から，市制施行により守谷市福祉事務所（旧守谷町区域を管轄）が設置されたほか，平成14年11月1日から，合併により稲敷郡莩崎町区域がつくば市福祉事務所の管轄となっています。

2 医療扶助の取扱い

(1) 指定医療機関制度

- ① 医療機関開設者からの申請に基づき、医療を担当させる機関を知事が指定する。
- ② 保護の実施機関は、指定医療機関に被保護者の傷病に係る診療を委託する。
- ③ 指定医療機関は、【別添1】「指定医療機関医療担当規程」（厚生省告示）に基づき被保護者の医療を担当する。

(2) 他法の活用

生活保護法は他法優先となっており、医療扶助においても活用し得る他法・他施策はすべて活用し、なおかつ補えない部分のみが適用となります。活用される他法の例として、健康保険法、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、結核予防法、学校保健法などがあります。（国民健康保険法は、生活保護法適用と同時に適用除外となります。）

(3) 受給権の確認方法

被保護者の持参する「生活保護法医療券」または「診療連絡票」により確認し、疑義がある場合は、福祉事務所に電話で確認してください。

（診療連絡票により診察した場合は、後日、医療券が福祉事務所から送付される。）

【別添2】 被保護者に休日・夜間用の受給証を交付しています。

(4) 給付手続

医療扶助は以下の流れにより給付することになります。

- ① 被保護者は、市部では福祉事務所、郡部では町村役場へ、申請書（傷病届）を提出する。
 - ② 福祉事務所は、被保護者本人または医療機関へ「医療要否意見書（一般・結核・精神別）」を交付する。
 - ③ 医療機関は、医療要否意見書を記入のうえ福祉事務所へ送付する。
 - ④ 福祉事務所は、医療要否意見書に基づき（囑託医審査・決裁を経て）医療券を被保護者本人または医療機関へ交付する。
- ※1 明らかに外来治療の必要が認められるものについては、医療要否意見書の聴取を省略して3か月間に限り医療券を交付できる。この場合、郡部町村にあつては申請者にとりあえず診療連絡票を交付する。
- ※2 医療継続ケースについては、原則3か月（最長6か月）ごとに福祉事務所が医療機関に対し医療要否意見書の提出を求める。
- ⑤ 医療券または診療連絡票に基づき医療機関は診療を行う。

(5) 診療方針及び診療報酬

指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、国民健康保険の診療方針及び診療報酬の例によります。詳細は【別添3】「生活保護法第52条第2項の規程による診療方針及び診療報酬」を参照してください。

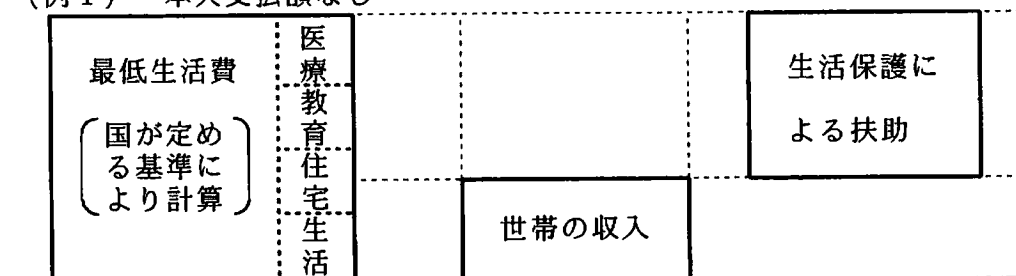
(6) 自己負担

生活保護法の医療扶助を受給している患者の多くは本人負担はなく、医療扶助単独の場合全額が、他法併用ケースは自己負担部分が、それぞれ生活保護法による負担となります。(下記の【参考】の例1のケース)

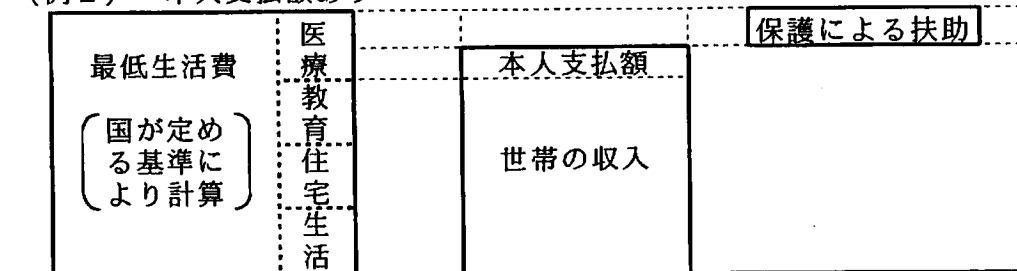
しかし、世帯の収入の関係で本人支払額が生じるケースがあり、その場合は、医療券の「本人支払額」欄にその額が記入されているので、医療機関窓口で徴収してください。(下記の【参考】の例2のケース)

【参 考】生活保護による扶助例

(例1) …本人支払額なし



(例2) …本人支払額あり



(7) 医療費の請求等

請求先は、茨城県社会保険診療報酬支払基金です。

平成12年4月から、生活保護法医療券・調剤券の様式が変更となったことに伴い、省令レセプトに公費負担者番号、公費受給者番号及び氏名等を転記して請求することになりました。

また、平成13年4月から、旧総合病院における診療報酬請求の方式が改正になり、従来、複数の診療科で受診した場合であっても各診療科分の明細をまとめて記載することとされていたものが、他法における取扱いと同様に、診療科ごと別個にレセプトを記載していただくことになりました。なお、この場合であっても、福祉事務所の発行する医療券は、従来どおり1枚(各診療科とも同じ公費受給者番号で請求することになる。)ですのでご注意願います。

3 指定医療機関へのお願い

(1) 保険内診療

生活保護は、あらゆるものを活用したうえで、なおかつ生活に困窮する人たちに対して、最低生活に不足する部分を保障しているもので、生活保護世帯は一般の世帯と比較して経済的な余力は大変乏しい状況といえます。保険外のもので医療扶助により給付できるものは、一部の治療材料などごく限られたものです。

診療内容は保険内診療としていただき、患者自己負担金が生じることがないように特別のご配慮をお願いいたします。

(2) 医療要否意見書

医療扶助の決定及び世帯の指導・援助を行ううえで大変重要な資料となります。主要な症状、今後の診療見込、検査結果等についてできるだけ詳細なご記入をお願いします。福祉事務所が医療扶助の開始・継続を決定するにあたって、一番重要な根拠書類となるもので、これがないと一部の場合を除いて医療券を発行することができません。よろしくをお願いいたします。

(3) 病状調査

適正な保護及び自立助長の指導援助のいずれの面においても患者の身体的状況を正確に把握することは、保護の実施機関にとってきわめて重要なことです。医療要否意見書で把握できる範囲には限りがあるため、保護申請時やその後必要に応じて福祉事務所職員が医療機関を訪問し、傷病の状況、治療内容、今後の見込及び稼働能力等について直接主治医のお話を伺う病状調査を、厚生省の通知に基づき実施させていただきます。あらかじめご都合の良い日時を予約のうえ伺いますのでご協力をお願いいたします。

(4) 変更・廃止等の届出

指定医療機関に、開設者変更、所在地の移転、廃止、休止及び再開等があった場合は、健康保険法の保険医療機関の取扱いにほぼ準じた各種届出や申請が必要となります。用紙は、茨城社会保険事務局にも備えてありますので、保険医療機関関係手続きの際、併せて手続きされるようお願いいたします。（提出は、茨城県保健福祉部厚生指導課または最寄りの福祉事務所までお願いいたします。郵送でも受け付けております。）

各種届出の提出・問合せ先

茨城県保健福祉部厚生指導課保護グループ
(県庁行政棟15階南側)

住所：〒310-8555 水戸市笠原町978-6
電話：029-301-3164 (直通)

別添 1

指定医療機関医療担当規程

昭和25年8月23日厚生省告示第222号
改正 昭和26年 厚生省告示第193号
改正 平成6年 厚生省告示第310号
改正 平成12年 厚生省告示第213号

生活保護法（昭和25年法律第144号）第50条第1項の規程により，指定医療機関医療担当規程を次のとおり定める。

指定医療機関医療担当規程

（指定医療機関の義務）

第1条 指定医療機関は，生活保護法に定めるところによるのほか，この規程の定めるところにより，医療を必要とする被保護者（以下「患者」という。）の医療を担当しなければならない。

（医療券及び初診券）

第2条 指定医療機関は，保護の実施機関の発給した有効な医療券（初診券を含む。以下同じ）を所持する患者の診療を正当な事由がなく拒んではならない。

第3条 指定医療機関は，患者から医療券を提出して診療を求められたときは，その医療券が，その者について発給されたものであること及びその医療券が有効であることをたしかめた後でなければ診療をしてはならない。

（診療時間）

第4条 指定医療機関は，自己の定めた診療時間において診療するほか，患者がやむを得ない事情により，その診療時間に診療を受けることができないときは，患者のために便宜な時間を定めて診療しなければならない。

（援助）

第5条 指定医療機関が，患者に対し次に掲げる範囲の医療の行われることを必要と認めたときは，速やかに，患者が所定の手続をすることができるよう患者に対し必要な援助を与えなければならない。

- 1 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- 2 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- 3 移送
- 4 歯科の補てつ

(証明書等の交付)

第6条 指定医療機関は、その診療中の患者及び保護の実施機関から生活保護法による保護につき、必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない。

(診療録)

第7条 指定医療機関は、患者に関する診療録に、国民健康保険の例によって医療の担当に関し必要な事項を記載し、これを他の診療録と区別して整備しなければならない。

(帳簿)

第8条 指定医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及び書類を完結の日から5年間保存しなければならない。

(通知)

第9条 指定医療機関が、患者について左の各号の一に該当する事実のあることを知った場合には、すみやかに、意見を附して医療券を発給した保護の実施機関に通知しなければならない。

- 1 患者が正当な理由なくして、診療に関する指導に従わないとき。
- 2 患者が詐偽その他不正な手段により診療を受け、又は受けようとしたとき。

(指定訪問看護事業者等に関する特例)

第10条 指定医療機関である健康保険法（大正11年法律第70号）第44条ノ4第1項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第7条第8項に規定する訪問看護を行う者に限る。）にあっては、第5条の規定は適用せず、第7条中「関する診療録」とあるのは「対する指定訪問看護又は指定老人訪問看護の提供に関する諸記録」と、「国民健康保険の例によって」とあるのは「国民健康保険又は老人保健の例によって」と、「診療録」とあるのは「諸記録」と、それぞれ読み替えて適用するものとする。

(薬局に関する特例)

第11条 指定医療機関である薬局にあっては、第5条の規定は適用せず、第7条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替えて適用するものとする。

(準用)

第12条 第1条から第9条までの規定は、医療保護施設が患者の診療を担当する場合及び指定助産婦又は指定施術者が被保護者の助産又は施術を担当する場合に準用する。

別添 3

生活保護法第52条第2項の規定による 診療方針及び診療報酬

昭和34年5月6日厚生省告示第125号
改正 昭和48年 厚生省告示第39号
改正 昭和58年 厚生省告示第34号
改正 昭和59年 厚生省告示第170号
改正 昭和63年 厚生省告示第11号
改正 昭和63年 厚生省告示第111号
改正 平成6年 厚生省告示第311号
改正 平成7年 厚生省告示第27号
改正 平成12年 厚生省告示第212号
改正 平成14年 厚生省告示第129号

- 1 歯科の歯冠修復及び欠損補綴の取り扱いにおいて、歯科材料として金を使用することは行わない。
- 2 国民健康保険の診療方針及び診療報酬のうち、特定療養費の支給に係るもの（健康保険法第43条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養（平成6年厚生省告示第236号）第12号に規定する療養（次項において「長期入院選定療養」という。）につき別に定めるところによる場合を除く。第4項において同じ。）は指定医療機関及び医療保護施設には適用しない。
- 3 前項の規定により指定医療機関及び医療保護施設に適用される長期入院選定療養に係る費用の額は、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）第42条第1項第1号に規定する一般被保険者の例による。
- 4 前3項に定めるもののほか、結核の医療その他の特殊療法又は新療法による医療その他生活保護法（昭和25年法律第144号）の基本原則及び原則に基づき、国民健康保険の診療方針及び診療報酬（特定療養費の支給に係るものを除く。）と異なる取扱いを必要とする事項に関しては、別に定めるところによる。
- 5 70歳以上の者及び65歳以上70歳未満の者であって老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）別表に定める程度の障害の状態にあるものに係る診療方針及び診療報酬は、前4項に定めるもののほか、老人保健の診療方針及び診療報酬（健康保険法（大正11年法律第70号）第44条ノ4第1項に規定する指定訪問看護事業者及び介護保険法（平成9年法律第123号）第41条第1項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第7条第8項に規定する訪問看護を行う者に限る。）に

あつては老人保健法（昭和57年法律第80号）第46条の5の2第4項の規定による厚生労働大臣の定め）の例による。

- 6 指定医療機関が健康保険の保険医療機関又は保険薬局であり、かつ、国民健康保険法第45条第3項（同法第52条第6項及び第53条第8項において準用する場合を含む。）の規定による別段の定め契約当事者であるときは、当該契約の相手方である市町村（特別区を含む。）の区域に居住地（生活保護法第19条第1項第2号又は同条第2項に該当する場合にあつては現在地とし、同条第3項に該当する場合にあつては入所前の居住地又は現在地とする。）を有する被保護者について当該指定医療機関が行った医療に係る診療報酬は、当該定め例による。
- 7 指定医療機関がそれぞれその指定を受けた地方厚生局長又は都道府県知事若しくは地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）若しくは同法252条の22第1項の中核市（以下「中核市」という。）の市長との間に及び医療保護施設がその設置について認可を受けた都道府県知事若しくは指定都市若しくは中核市の市長又はこれを設置した都道府県若しくは指定都市若しくは中核市を管轄する都道府県知事若しくは指定都市若しくは中核市の市長との間に、診療報酬に関して協定を締結したときは、当該指定医療機関又は医療保護施設に係る診療報酬は、当該協定による。ただし、当該協定による診療報酬が健康保険法第43条ノ9第2項の規定による厚生労働大臣の定め、同法第43条ノ17第2項の規定による厚生労働大臣の定める基準若しくは同法第44条第2項第1号の規定による厚生労働大臣の定め（前項に該当する指定医療機関にあつては、当該定めのうち診療報酬が最低となる定め）若しくは同法第44条ノ4第4項の規定による厚生労働大臣の定め又は老人保健法第30条第1項の規定による厚生労働大臣の定め、同法第31条の2第2項の規定による厚生労働大臣の定める基準若しくは同法第46条の5の2第4項の規定による厚生労働大臣の定める基準の例による場合に比べて同額又は低額である場合に限る。
- 8 第6項に該当する指定医療機関について前項に規定する協定の締結があつたときは、第6項の規定は、これを適用しない。

老人保健医療について

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限制の廃止 ・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)

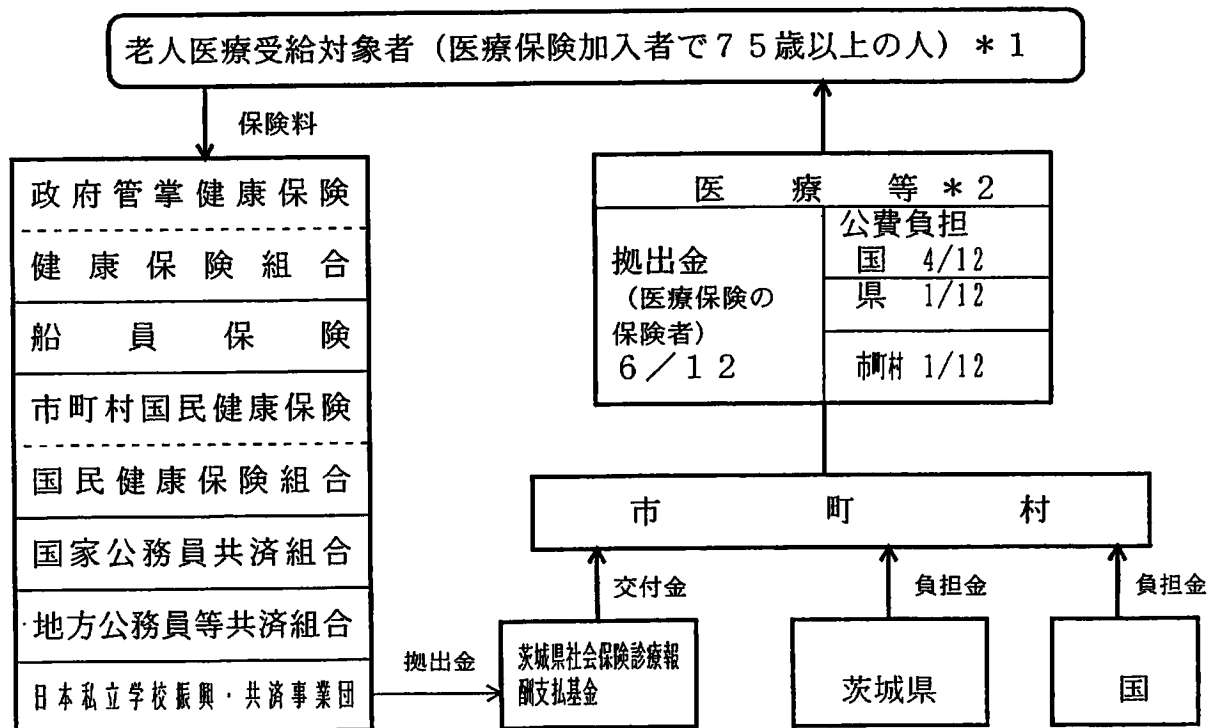
老人保健法は、国民の老後における健康の保持と適切な医療の確保を図るため、疾病の予防、治療、機能訓練等の保健事業を総合的に実施し、もって国民保険の向上及び老人福祉の増進を図る。

<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)

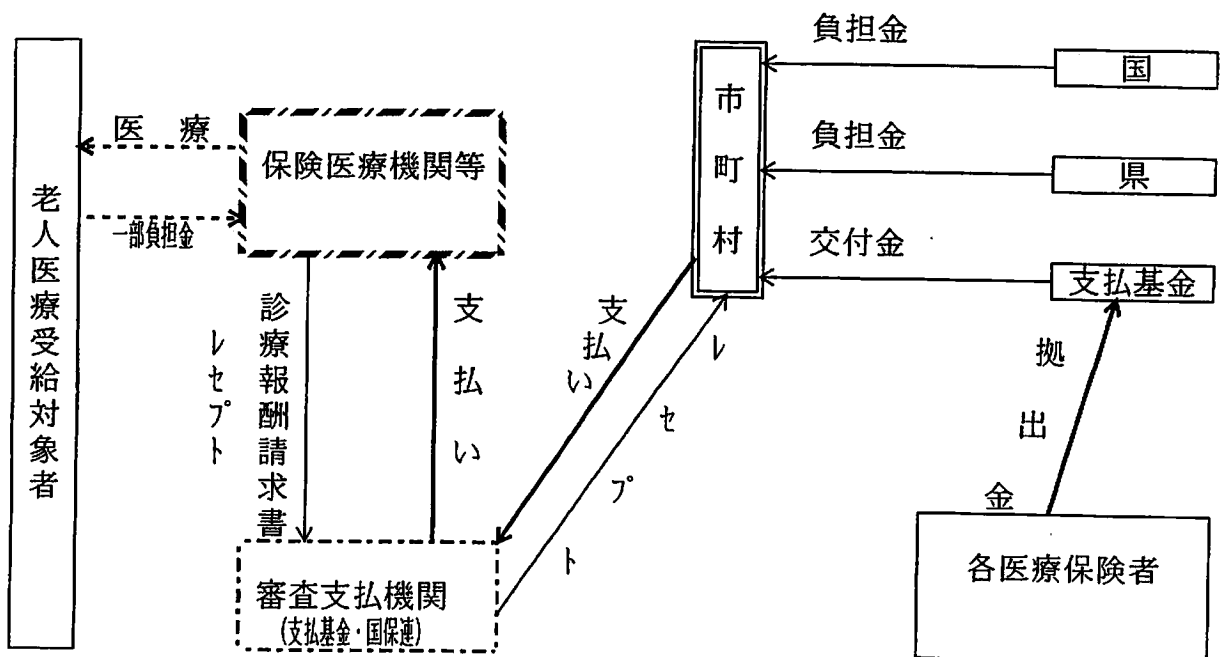
* 2 平成14年10月改正により、医療等にかかる公費負担割合の段階的引上げにより、拠出金が引下げられ、平成18年10月からは公費50%：拠出金50%となる。

<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 抗ウィ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、市町村民税非課税世帯、又は、市町村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（ペロツテ）、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	8,000円	24,600円
	I		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

H.15.3月24日付の通知

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

2 「医療機関コード」欄について

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


3 「別記 殿」欄について

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


(例) 別記 社会保険庁長官
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、」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(70以上9割)と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上九割」欄の「小計」欄と、「医保(70以上8割)と公費の併用」欄と「医保単独(七〇以上八割)」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独(本人)」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独(家族)」欄の「小計」欄と、「医保(3歳)と公費の併用」欄と「医保単独(三歳)」の「小計」欄とを合計して記載すること。

(6) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独(七〇以上九割)」欄と、「医保単独(七〇以上八割)」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独(七〇以上九割)」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

8 「老人保健」欄について

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

記載すること。

また、寝たきり老人在宅総合診療料届出保険医療機関及び在宅末期医療総合診療料届出保険医療機関にあっては、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、請求点数等が分かる方法により請求を行うこと。

ア 「寝たきり老人在宅総合診療料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」のそれぞれについて診療報酬請求書を作成する。

イ 診療報酬請求書を取り繕い、「寝たきり老人在宅総合診療料又は在宅末期医療総合診療料を算定した診療報酬明細書」及び「その他の診療報酬明細書」をそれぞれ別の欄に記載する。

(2) 療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金（控除額）」欄並びに食事療養の「件数」欄、「日数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、7の(2)及び(3)と同様であること。この場合、7の(2)及び(3)中「医療保険」とあるのは「老人医療」と、「在宅末期医療総合診療料」とあるのは「寝たきり老人在宅総合診療料及び在宅末期医療総合診療料」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料」とあるのは「老人保健法（昭和57年法律第80号）第28条第3項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。なお、「老人九割」欄の小計欄、「老人八割」欄の小計欄にはそれぞれの合計を記載すること。

(3) 「②合計」欄には、「老人九割」欄の「老人9割と公費の併用」欄と「老人単独」欄と、「老人八割」欄の「老人8割と公費の併用」欄と「老人単独」欄とを合計して記載すること。

(4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあっては、「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」に示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書及び食事療養に係る明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、入院外分については、公費負担医療制度ごとに明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「一部負担金額」の項の金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

12 「③合計」欄について

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

13 「総件数①+②+③」欄について

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

14 「備考」欄について

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

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（他受診分）についてそれぞれ別個の明細書に記載することとする。)

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

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

- (7) 同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

- (8) 短期滞在手術基本料1を算定する場合は、入院外の明細書（様式第2（2））を使用すること。

- (9) 電子計算機の場合は、以下によること。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

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

エ 電子計算機用の明細書様式及び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 | 8 高外 9 |
| 9 高齢受給者・老人医療 8割給付入院 | 9 高入 8 |
| 0 高齢受給者・老人医療 8割給付外来 | 0 高外 8 |

オ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

- (ア) 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。
- (イ) 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて=線で抹消する。




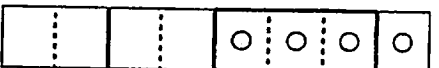

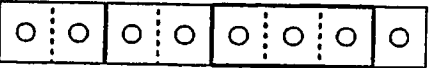
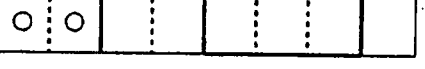

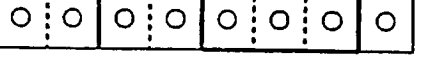
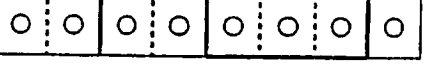
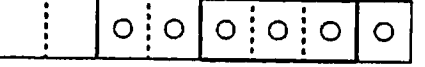
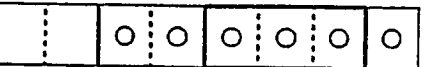
(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号 8桁（政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）については4桁、国民健康保険については6桁）を記載すること（別添2「設定要領」の第1を参照）。

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

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

エ 前記により、「保険者番号」欄の記載は、次表のとおりとなること。

区 分	自県分の場合	他県分の場合
	<div style="text-align: center;">  法別 都道府県 保険者別 検証 番号 番 号 番 号 番号 </div>	<div style="text-align: center;">  法別 都道府県 保険者別 検証 番号 番 号 番 号 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="text-align: center;">  (省略して差し支えないこと) </div>	<div style="text-align: center;">  (空 欄) </div>
船 員 保 険	<div style="text-align: center;">  (省略して差し支えないこと) </div>	<div style="text-align: center;">  </div>
日雇特例被保険者の保険	<div style="text-align: center;">  (省略して差し支えないこと) </div>	<div style="text-align: center;">  </div>
その他の健康保険 退職者医療	<div style="text-align: center;">  </div>	<div style="text-align: center;">  </div>
国民健康保険	<div style="text-align: center;">  </div>	<div style="text-align: center;">  </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。(注:変更あり)

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こと。

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

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

(12) 「区分」欄について

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

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

01精神（精神病棟）、02結核（結核病棟）、03特例（特例許可病棟）、05老人（老人病棟）、07療養（療養病棟）、08複合（複合病棟）、09複療（複合病棟のうち療養病床に入院している場合）

(13) 「氏名」欄について

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

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

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

ウ 生年月日は以下によること。

（ア）該当する元号を○で囲み、生まれた年を記載すること。

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

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

（ウ）小児科療養指導料を算定した患者については、生まれた月も記載すること。

（エ）電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」と記載すること。また、生年月日を記載することが望ましいものであること。

(14) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、職務上の取扱いとなる場合のみ該当するものを○で囲むこと。共済組合の船員組合員については、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲むこと。

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

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

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(15) 「特記事項」欄について

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

コード	略号	内 容
01	公	医療保険単独の者及び老人保健単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条及び老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 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に赴き、特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるように「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
11	薬治	健康保険法第63条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件第7号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合
12	材治	健康保険法第63条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件第10号の規定に基づく薬事法に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合

(6) 「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 (8)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

(1) 「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。

(2) 「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の時間外加算と同様に記載し、「摘要」欄に $\textcircled{\text{特}}$ 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、慢性維持透析患者外来医学管理料、手術前医学管理料又は救急救命管理料を算定した場合は、「**ウ**、**薬**、**悪**、**外栄**、**集栄**、**ペ**、**慢透**、**手前**又は**救**」と表示してそれぞれの所定点数を記載すること。なお、特定薬剤治療管理料を算定した場合は、血中濃度を測定している薬剤名及び初回の算定年月を「摘要」欄に記載し、臓器移植加算を算定した場合は、当該臓器移植を行った月日を「摘要」欄に記載すること（抗てんかん剤及び免疫抑制剤以外の薬剤を投与している患者について4月目以降の特定薬剤治療管理料を算定する場合又は抗てんかん剤若しくは免疫抑制剤を投与している患者について特定薬剤治療管理料を算定する場合には、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。）。また、悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合は、行った腫瘍マーカーの検査名を、心臓ペースメーカー指導管理料のイを算定した場合は、ペースメーカー移植術を行った月日を「摘要」欄に記載すること。
- ウ 小児特定疾患カウンセリング料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、皮膚科特定疾患指導管理料(I)、皮膚科特定疾患指導管理料(II)、在宅療養指導料、高度難聴指導管理料、喘息治療管理料、慢性疼痛疾患管理料、小児悪性腫瘍患者指導管理料又は地域連携小児夜間・休日診療料を算定した場合は、「小児特定、小児療養、てんかん、難病、皮膚(I)、皮膚(II)、在宅指導、高度難聴、喘息、疼痛、小児悪腫又は地域小児」と表示して所定点数を記載すること。なお、慢性疼痛疾患管理料を算定した場合（当該患者に対し最初に当該管理料を算定した場合に限る。）は、算定日を、小児特定疾患カウンセリング料を算定した場合は、第1回目のカウンセリングを行った月日を、高度難聴指導管理料のイを算定した場合は、人工内耳埋込術を行った月日を「摘要」欄に記載すること。
- エ 小児科外来診療料又は生活習慣病指導管理料を算定した場合は、「児外初、児外再、児内初、児内再、生外又は生内」と表示して所定点数を記載すること。また、初診料の紹介患者加算又は初診料、再診料若しくは外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に**紹加**1、2、3、4、5、6若しくは診又は**外**、**休**、**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月日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(波浪及び滞在对する加算点数)とを併記すること。また、「摘要」欄には往診地域、海路距離、往、復、往復の波浪の別及び滞在時間を記載すること。

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

(ア) 患家診療時間加算がある場合には、その旨及び時間を「摘要」欄に記載すること。

(イ) 在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、所定点数に当該点数を加算した点数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次に(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(波浪及び滞在对する加算点数)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（複）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 **在透** と表示して点数を記載すること。また、1月に2回以上在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、「摘要」欄に回数及び2回以上の在宅血液透析指導管理が必要と認めた理由を記載し、透析液供給装置加算を算定した場合は、**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、酸素ポンベ加算、酸素濃縮装置加算、携帯用酸素ポンベ加算、設置型液化酸素装置加算又は携帯型液化酸素装置加算を算定した場合は、**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、睡眠ポリグラフィ一上の所見及び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