

目次

1 請求書・明細書等の記載要領	
診療報酬請求書等の記載要領等について……………	7
■診療報酬請求書等の記載要領	
I 一般的事項……………	7
II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領……………	8
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)）……………	8
1 「令和 年 月分」欄について……………	8
2 「医療機関コード」欄について……………	8
3 「別記 殿」欄について……………	8
4 「令和 年 月 日」欄について……………	9
5 「保険医療機関の所在地及び名称，開設者氏名，印」欄について……………	9
6 「 <u>入・外</u> 」欄について……………	9
7 「医療保険」欄について……………	9
8 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について……………	10
9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について……………	11
10 「公費負担」欄の「公費単独」欄について……………	12
11 「②合計」欄について……………	12
12 「総件数①+②」欄について……………	13
13 「備考」欄について……………	13
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)）……………	13
第2の2 診療報酬請求書（医科・歯科）に関する事項（様式第8）……………	13
1 「後期高齢者医療」欄について……………	13
2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について……………	13
第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第2）……………	14
1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項……………	14
2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項……………	16
(1) 「令和 年 月分」欄について……………	16
(2) 「都道府県番号」欄について……………	17
(3) 「医療機関コード」欄について……………	17
(4) 「保険種別1」，「保険種別2」及び「本人・家族」欄について……………	17
(5) 「保険者番号」欄について……………	18
(6) 「給付割合」欄について……………	18
(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について……………	19
(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について……………	19
(9) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及び「公費負担医療の受給者番号②」欄について……………	19
(10) 「区分」欄について……………	19
(11) 「氏名」欄について……………	20
(12) 「職務上の事由」欄について……………	20
(13) 「特記事項」欄について……………	20
(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について……………	28
(15) 「傷病名」欄について……………	28
(16) 「診療開始日」欄について……………	29
(17) 「転帰」欄について……………	29
(18) 「診療実日数」欄について……………	29
(19) 「点数」欄について……………	31
(20) 「初診」，「再診」，「医学管理」，「在宅」，「投薬」，「注射」，「処置」，「手術・麻酔」，「検査・病理」，「画像診断」，「その他」及び「入院」欄について……………	31
ア 通則……………	31
イ 「初診」欄について……………	32
ウ 「再診」欄について……………	32
エ 「医学管理」欄について……………	33
オ 「在宅」欄について……………	33
カ 「投薬」欄について……………	37
キ 「注射」欄について……………	39
ク 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について……………	40
ケ 「検査・病理」欄について……………	43
コ 「画像診断」欄について……………	45
サ 「その他」欄について……………	45
シ 「入院」欄について……………	48
(21) 「療養の給付」欄について……………	50
(22) 「食事・生活」欄について……………	53
(23) 「食事・生活療養」欄について……………	54
(24) 「摘要」欄について……………	55
(25) 「公費分点数」欄について……………	56
(26) その他……………	57
(27) 後期高齢者医療におけるその他……………	65
III 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領……………	67
第1 診療報酬請求書（医科・歯科 入院・入院外併用）の記載要領（様式第1(1)）……………	67
第2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載	

要領（様式第1(3)）	67	(16) 「診療開始日」欄について	76
1 「令和 年 月分」欄について	67	(17) 「診療実日数」欄について	77
2 「医療機関コード」欄について	67	(18) 「転帰」欄について	77
3 「別記 殿」欄について	67	(19) 「初診」, 「再診」, 「管理・リハ」, 「投	
4 「令和 年 月 日」欄について	67	薬・注射」, 「X線・検査」, 「処置・手	
5 「保険医療機関の所在地及び名称, 開設		術」, 「麻酔」, 「歯冠修復及び欠損補綴」,	
者氏名, 印」欄について	67	全体の「その他」及び「摘要」欄につい	
6 「医療保険」欄について	68	て	78
7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」		(20) 「初診」欄について	78
欄について	68	(21) 「再診」欄について	78
8 「公費負担」欄の「公費単独」欄につい		(22) 「管理・リハ」欄について	79
て	69	(23) 在宅医療について	80
9 (公費負担医療のみで2種の公費負担医		(24) 「投薬・注射」欄について	81
療の併用が行われた場合)	69	(25) 「X線・検査」欄について	82
10 「総件数①+②+③」欄について	69	(26) 「処置・手術」欄について	83
11 「明細書枚数①+③」欄について	69	(27) 「麻酔」欄について	87
第2の2 診療報酬請求書(医科・歯科)の記		(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について	87
載要領(様式第8)	70	(29) 歯科矯正について	93
1 「後期高齢者医療」欄について	70	(30) その他の項目について	93
2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医		(31) 「点数」欄について	94
療の併用」欄について	70	(32) 「合計」欄について	94
第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3)		(33) 「一部負担金額」欄について	94
	71	(34) 「公費分点数」欄について	95
1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般		(35) 「患者負担額(公費)」欄について	96
的事項	71	(36) その他	97
2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項		IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する	
	72	事項	102
(1) 「令和 年 月分」欄について	72	第1 調剤報酬請求書に関する事項(様式第	
(2) 「都道府県番号」欄について	72	4)	102
(3) 「医療機関コード」欄について	72	1 「令和 年 月分」欄について	102
(4) 「保険種別1」, 「保険種別2」及び		2 「薬局コード」欄について	102
「本人・家族」欄について	72	3 「別記 殿」欄について	102
(5) 「保険者番号」欄について	73	4 「令和 年 月 日」欄について	102
(6) 「給付割合」欄について	73	5 「保険薬局の所在地及び名称, 開設者氏	
(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記		名, 印」欄について	102
号・番号」欄について	73	6 「医療保険」欄について	103
(8) 「公費負担者番号」欄について	74	7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」	
(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄につ		欄について	103
いて	74	8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」	
(10) 「氏名」欄について	74	欄について	104
(11) 「職務上の事由」欄について	75	9 「公費負担」欄の「公費単独」欄につい	
(12) 「特記事項」欄について	75	て	105
(13) 「届出」欄について	75	10 「②合計」欄について	105
(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄		11 「総件数①+②」欄について	105
について	75	12 その他	105
(15) 「傷病名部位」欄について	75		

第1の2 調剤報酬請求書に関する事項(様式		ア 通則	115
第9)	106	イ 「加算料」欄について	116
1 「後期高齢者医療」欄について	106	ウ 「調剤基本料」欄について	116
2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医		エ 「時間外等加算」欄について	117
療の併用」欄について	106	オ 「薬学管理料」欄について	117
第2 調剤報酬明細書の記載要領(様式第5)		(27) 「摘要」欄について	118
	107	(28) 「公費分点数」欄について	119
1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般		(29) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄に	
的事項	107	ついて	119
2 調剤報酬明細書に関する事項	108	(30) その他	122
(1) 「令和 年 月分」欄について	108	別表I	
(2) 「都道府県番号」欄について	108	診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧	
(3) 「薬局コード」欄について	108	(医科)	126
(4) 「保険種別1」, 「保険種別2」及び		診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧	
「本人・家族」欄について	108	(歯科)	228
(5) 「保険者番号」欄について	110	調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧	
(6) 「給付割合」欄について	110		253
(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記		別表II	
号・番号」欄について	110	診療行為名称等の略号一覧(医科)	257
(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負		診療行為名称等の略号一覧(歯科)	284
担者番号②」欄について	110	調剤行為名称等の略号一覧	290
(9) 「公費負担医療の受給者番号①」欄及		■診療録等の記載上の注意事項	293
び「公費負担医療の受給者番号②」欄に		■別添1 診療報酬請求書等一覧表	309
ついて	111	■別添2 保険者番号, 公費負担者番号, 公費負	
(10) 「氏名」欄について	111	担医療の受給者番号並びに医療機関コー	
(11) 「職務上の事由」欄について	111	ド及び薬局コード設定要領	310
(12) 「特記事項」欄について	111	○関連告示	
(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄につ		・療養の給付及び公費負担医療に関する費用の	
いて	112	請求に関する省令第7条第3項の規定に基づ	
(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄,		き厚生労働大臣が定める様式	315
「都道府県番号」欄, 「点数表番号」欄及		○関連通知等	
び「医療機関コード」欄について	112	・「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」	
(15) 「保険医氏名」欄について	112	について(抄)	334
(16) 「受付回数」欄について	112	・医療保険と介護保険の給付調整に関する留意	
(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄につ		事項及び医療保険と介護保険の相互に関連す	
いて	113	る事項等について(抄)	337
(18) 「医師番号」欄について	113	・旧総合病院における療養担当手当の取扱いに	
(19) 「処方月日」欄について	113	ついて	340
(20) 「調剤月日」欄について	113	・医療観察診療報酬明細書等の記載要領につ	
(21) 「処方」欄について	113	いて(抄)	341
(22) 「単位薬剤料」欄について	115	・難病法による特定医療及び小児慢性特定疾病	
(23) 「調剤数量」欄について	115	医療支援の受給者証等に所得区分が記入され	
(24) 「調剤料」欄について	115	るまでの間の取扱いの延長について	350
(25) 「薬剤料」欄について	115	・疑義解釈資料等	351
(26) 「加算料」, 「調剤基本料」, 「時間外等		2 DPCの記載要領	
加算」及び「薬学管理料」欄について	115	厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の	

記載要領について…………… 359

■診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項…………… 359

II 診療報酬明細書（様式第10）の記載要領…………… 359

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的

事項…………… 359

2 明細書の記載要領に関する事項…………… 360

(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄に

ついて…………… 360

(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」

欄について…………… 360

(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄につい

て…………… 360

(4) 「今回入院年月日」欄について…………… 361

(5) 「今回退院年月日」欄について…………… 361

(6) 「診療実日数」欄について…………… 361

(7) 「転帰」欄について…………… 362

(8) 「傷病情報」欄について…………… 362

(9) 「入退院情報」欄について…………… 363

(10) 「診療関連情報」欄について…………… 364

(11) 「包括評価部分」欄について…………… 365

(12) 「出来高部分」欄について…………… 366

(13) 明細書提出時における診療行為内容の添

付について…………… 367

(14) その他について…………… 367

3 診療報酬明細書添付資料

■診療報酬明細書に添付する資料について…………… 377

○根拠省令・告示等…………… 380

4 参考資料

■参考 1 診療録等の記載方法等について…………… 387

■参考 2

・民間事業者等が行う書面の保存等における情

報通信の技術の利用に関する法律等の施行等

について…………… 388

・診療録に貼付等する書面の電磁的記録による

保存について…………… 391

・診療録等の保存を行う場所について…………… 391

■参考 3 保険者番号等の設定について…………… 394

■参考 4

・生活保護法による医療扶助における医療券等

様式（診療報酬等請求様式）の変更について

…………… 402

・生活保護法による医療券等の記載要領につい

て…………… 403

・生活保護法による医療扶助における診療報酬

請求方式の一部改正…………… 404

■参考 5 感染症の予防及び感染症の患者に対す

る医療に関する法律に係る医療に関する費用の

請求事務について…………… 406

■参考 6 肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

に係る医療費の支給に関する費用の請求事務並

びに当該請求に係る審査及び支払事務の都道府

県の社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保

険団体連合会への委託について…………… 408

■参考 7 高齢者の医療の確保に関する法律に基

づく療養の給付と公害健康被害の補償等に関す

る法律に基づく療養の給付との調整について… 411

■参考 8 特別療養費に係る療養についての事務

処理について…………… 414

■参考 9 療養の給付及び公費負担医療に関する

費用の請求に関する省令（抄）…………… 416

■参考10 療養の給付及び公費負担医療に関する

費用の請求に関する省令の一部を改正する省令

の施行等について…………… 420

■参考11

・保険医療機関又は保険薬局に係る光ディスク

等を用いた費用の請求等に関する取扱いにつ

いて…………… 425

・電子情報処理組織の使用による請求又は光デ

ィスク等を用いた請求により療養の給付等の

請求を行う保険医療機関から提出された診療

報酬明細書の取扱いについて…………… 436

■参考12 病床機能報告制度に関する電子レセプ

トへの病棟情報の記録について…………… 437

■参考13 薬剤使用に関する明細書のその他の記

載について…………… 439

■参考14 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（抄）…………… 471

■参考15 診療情報の提供等に関する指針の策定

について…………… 492

■参考16 診療報酬明細書等の被保険者等への開

示について…………… 495

■参考17 診療報酬明細書等の審査及び支払に係

る事務の委託先の変更について…………… 496

■参考18 新型コロナウイルス核酸検出の保険適

用に伴う行政検査に係る費用の請求に関する診

療報酬明細書の記載等について…………… 499

1

請求書・明細書等の記載要領

診療報酬請求書等の記載要領等について

(昭51. 8. 7 保険発82)

(最終改正：令 2. 3.27 保医発 0327 1)

診療報酬請求書等の様式については、昭和51年8月2日厚生省令第36号「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令」が制定されたところであるが、診療報酬請求書等の記載要領は別紙1、診療録等の記載上の注意事項は別紙2のとおりであるので、了知のうえ、その取扱いに遺憾のないよう関係者に対し周知徹底を図りたい。

なお、従前の通知で本通知に示した事項に係るものは廃止する。

また、国民健康保険については、本通知に示した事項に係るものは、健康保険と同様である。

おって、この件については、厚生省保健医療局、薬務局、社会局、児童家庭局及び援護局の関係各課並びに保険局保険課及び国民健康保険課とは協議済みであるので念のため申し添える。

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第7条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式」（平成20年厚生労働省告示第126号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令第7条第3項の規定に基づき厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和2年厚生労働省告示第106号）により改正のあった様式については、令和2年5月1日（4月診療分）から新様式により扱うものとし、令和2年3月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。
- 2 診療報酬請求書等の用紙の大きさはA列4番とすること。
ただし、電子計算機により作成する場合は、A列4番と±6mm（縦方向）、+6mm、-4mm（横方向）の差は差し支えないものであること。
- 3 診療報酬請求書等は、別添1「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。

- 4 診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号。以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。
- 5 診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。
- 6 「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

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

- 1 「令和 年 月分」欄について
診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。
- 2 「医療機関コード」欄について
それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「保険者番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）の第4を参照）。
- 3 「別記 殿」欄について
保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えないこと。
(例) 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長

東京都知事

- 4 「令和 年 月 日」欄について
診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。
- 5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について
(1) 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。
(2) 「印」については、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には捺印として取り扱うものであること。また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。
- 6 「入・外」欄について
入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を○で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。
なお、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合は、入院に係るものとして取り扱うこと。
- 7 「医療保険」欄について
(1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。
なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」に示すとおりであること。
(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

の途中において病棟を移った場合は、そのすべてに○を付すこと。

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

01精神（精神病棟）、02結核（結核病棟）、07療養（療養病棟）

(11) 「氏名」欄について

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

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

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

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

(イ) 電子計算機の場合は、元号については「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」、「5 令」と記載すること。

エ 電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(12) 「職務上の事由」欄について

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

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

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

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(13) 「特記事項」欄について

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

コード	略号	内 容
01	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和48年10月30日付保発第42号、庁保発第26号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正15年勅令第243号）第42条及び高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第15条に規定する金額を超える場合
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第6項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
05	削除	（削除）
07	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
08	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
09	施	平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等

		に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成18年厚生労働省告示第495号）第1条第2号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和35年法律第145号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
13	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
14	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であつて「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成18年厚生労働省告示第498号）の第7号の5に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあつては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）
15	削除	（削除）
16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であつて、現物給付化することが困難な場合を除く。）
17	削除	（削除）
18	削除	（削除）
19	削除	（削除）
20	二割	平成20年2月21日保発第0221003号の別紙「70歳代前半の被保険者等に

		係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の4の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合
21	高半	月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であつて、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
22	削除	（削除）
23	削除	（削除）
24	削除	（削除）
25	出産	平成21年5月29日保発第0529005号から第0529010号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合
26	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示された場合 ② 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。） 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得690万円以上）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（3割））の提示のみの場合 ② 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある

額が2分の1とならない場合)には、「摘要」欄に「障害」と表示すること。
オ その他は、26のア、イ、オからセまで及びチ、ナ、ニと同様であること。

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

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

Ⅱの第1の例による。

第2 診療報酬請求書(歯科・入院外)の記載要領(様式第1(3))

1 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載する。

また、診療年月の異なる診療報酬明細書(以下「明細書」という。)がある場合は、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。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はこの限りでない。

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(別添2「設定要領」の第4を参照)。

3 「別記 殿」欄について

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

(例) 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「令和 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。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

(1) 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名は、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生(支)局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載する。なお、開設者氏名は、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。

(2) 印は、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は捺印として取り扱う。

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

6 「医療保険」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載し、医療保険単独の者に係る分は医療保険制度ごとに記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」とおりとする。
- (2) 「件数」欄は明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄は明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄は明細書の「合計」欄の点数の合計を記載する。
また、「一部負担金」欄は明細書の「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。
なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄はそれぞれの合計を記載する。
- (3) 「①合計」欄は、「医保（70以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（70以上7割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（6歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載する。
- (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は、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄に記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄への記載をもって請求できる。この場合において、当該合算を実施した上で各項の記載がわかるよう「備考」欄に合算している旨を記載する。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載し、「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。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」とおりとする。
- (2) 「件数」欄は、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。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件

となる。

- (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計する。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。
- (5) 「区分」欄の「②計」欄は、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載する。

8 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載し、生活保護法以外の公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」とおりとする。
- (2) 「件数」欄は、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。
- (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれ制度の該当欄に記載する。
- (5) 「区分」欄の「③計」欄は、「公費単独」欄の件数を合計して記載する。

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

10 「総件数①+②+③」欄について

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

11 「明細書枚数①+③」欄について

「①合計」及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載する。なお、公費負担医療

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第 1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第 4）

1 「令和 年 月分」欄について

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

2 「薬局コード」欄について

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

3 「別記 殿」欄について

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

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「令和 年 月 日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名、 印 」欄について

- (1) 保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。
- (2) 「印」については、当該様式に、予め保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合には、捺印として取り扱うものであること。また、保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労をばくため、保険薬局の所在地、名称及び開設者の氏名及び印のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

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

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

- (2) 「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「処方せん受付回数」欄には明細書の受付回数の合計を、「点数」欄には明細書の「請求」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「一部負担金」欄の「保険」の項に係る「一部負担金」の項の合計を記載すること。

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

- (3) 「①合計」欄には、「医保（70以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（70以上7割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（6歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。なお、処方箋受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。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。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

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

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

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と 2 種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1 枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数

は2件となること。

- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。

公費負担医療が2種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

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

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、1枚の明細書であっても、公費負担医療に係る件数は、2件ないし3件となること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計してそれぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「請求」欄の「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数が、当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。また、特例的に3種の公費負担医療の併用を行った場合には、生活保護法に係る点数は「請求」欄の「保険」の項の点数をも合計して記載すること。

9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る請求分を記載すること。
 なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」により示すとおりであること。
- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「処方せん受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

10 「②合計」欄について

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

11 「総件数①+②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 その他

- (1) 請求に係る月の処方箋受付回数を「備考」欄に記載すること。
- (2) 服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方せん受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合又は服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援料、退院時共同指導料若しくは経管投薬支援料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては1件、「受付回数」としては0件として計上すること。

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
1	A.000	初診料	(初診の後、当該初診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該初診日が前月である場合)	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」(平成30年3月5日保医発0305第1号)別添1第1章第1部通則2の「アからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
			(注5のただし書に規定する2つ目の診療科に係る初診料を算定した場合)	820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100002	2つ目の診療科(初診料);*****
2	A.001	再診料	(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合)	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2の「アからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
			(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある場合)	820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある旨を記載すること。	112008350	同日再診料
				112016850	同日特定妥結率再診料
				112008850	同日電話等再診料
				112015950	電話等再診料(同一日複数科受診時の2科目)
				112016950	同日電話等特定妥結率再診料
				112017150	電話等特定妥結率再診料(同一日複数科受診時の2科目)
				830100003	2つ目の診療科(再診料);*****
3	A.001	再診料の乳幼児加算	(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合) 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
4	A.002	外来診療料	(再診の後、当該再診に附随する一連の行為を後日行った場合であって当該再診日が前月である場合)	820100001	ア 初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを聞きに来院
			「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部通則2の「アからウまでに規定するものの中から、該当するものを選択して記載すること。	820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院
			(注5に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合)	820100003	ウ 一旦帰宅し、後刻又は後日検査、画像診断、手術等を受けに来院
			2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100004	2つ目の診療科(外来診療料);*****
5	A.002	外来診療料の乳幼児加算	(月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合)	820100005	月の途中まで乳幼児

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
6	A.003	オンライン診療料	月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。		
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部A.003オンライン診療料の(3)の「ア又はイに該当する患者に当該診療料を算定する場合」)	850100001	特定疾患療養管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			特定疾患療養管理料、小児科療養指導料、てんかん指導料、難病外来指導管理料、糖尿病透析予防指導管理料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、生活習慣病管理料、在宅時医学総合管理料、精神科在宅患者支援管理料又は在宅自己注射指導管理料のうち、当該患者が算定しているものを選択して記載するとともに、当該管理料等の算定を開始した年月日を記載すること。	850100002	小児科療養指導料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100003	てんかん指導料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			(「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添1第1章第1部A.003オンライン診療料の(3)の「ウ」に該当する患者に当該診療料を算定する場合)	850100004	難病外来指導管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日	850100005	糖尿病透析予防指導管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100006	地域包括診療料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100007	認知症地域包括診療料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100008	生活習慣病管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100009	在宅時医学総合管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100010	精神科在宅患者支援管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850100011	在宅自己注射指導管理料の算定を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
	850100012	頭痛患者に対する対面診療を開始した年月日(オンライン診療料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"			
7	A.100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初	入院元を記載すること。	830100005	入院元(一般病棟入院基本料)(救急・在宅等支援病床初期加算);*****

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
		期加算	(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100006	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援病床初期加算); *****
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院から○年○月○日に退院後、自宅療養していた。	830100007	直近の入院医療機関名及び退院年月日(救急・在宅等支援病床初期加算); *****
8	A101	療養病棟入院基本料	(必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100008	他の病棟又は病床へ移動させた医療上の必要性(療養病棟入院基本料); *****
			(患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転院又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であって、療養病棟入院基本料の入院料Iを算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100009	医療上の必要性(療養病棟入院基本料); *****
			(回復期リハビリテーション入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料の入院料Iを算定する場合) 非該当患者である旨を記載すること。	820100392	非該当患者(療養病棟入院基本料)
9	A101	療養病棟入院基本料の急性期患者支援療養病床初期加算又は在宅患者支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。	830100010 ----- 830100011	入院元(急性期患者支援療養病床初期加算); ***** 入院元(在宅患者支援療養病床初期加算); *****
			(入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。	830100012	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(急性期患者支援療養病床初期加算); *****
			(入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合) 直近の入院医療機関名及び退院日を記載すること。(記載例2参照) [記載例2] 入院元は自宅である。本患者はXXX病院か	830100013 ----- 830100014 ----- 830100015	算定対象である旨及び転院(転棟)回数(在宅患者支援療養病床初期加算); ***** 直近の入院医療機関名及び退院年月日(急性期患者支援療養病床初期加算); ***** 直近の入院医療機関名及び退院年月日(在宅患者支援

項番	区分	診療行為名称等	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
			ら○年○月○日に退院後、自宅療養していた。		療養病床初期加算); *****
10	A103	精神病棟入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の基準に基づくADL得点又はランク)及び評価日を記載すること。(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。)	830100016 ----- 850100013	算定根拠となる評価(重度認知症加算(精神病棟入院基本料)); ***** 評価年月日(重度認知症加算(精神病棟入院基本料));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
11	A104	特定機能病院入院基本料の重度認知症加算	当該加算を当月に算定した根拠となる評価(当該加算の基準に基づくADL得点又はランク)及び評価日を記載すること。(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。)	830100016 ----- 850100013	算定根拠となる評価(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料)); ***** 評価年月日(重度認知症加算(特定機能病院精神病棟入院基本料));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
12	A106	障害者施設等入院基本料	(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) 「特」と記載すること。 (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」に該当しない場合) 「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。		— —
13	A109	有床診療所療養病床入院基本料	(必要があって患者を他の病棟又は病床へ移動させた場合) その医療上の必要性を記載すること。 (患者の急性増悪により、有床診療所療養病床入院基本料を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であって、有床診療所療養病床入院基本料の入院基本料Eを算定した場合) その医療上の必要性を記載すること。	830100018 830100019	他の病棟又は病床へ移動した医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料); ***** 同一の保険医療機関の療養病床以外又は別の保険医療機関の一般病棟等以外へ転院する医療上の必要性(有床診療所療養病床入院基本料); *****
14	A109	有床診療所療養病床入院基本料の救急・在宅等支援療養病床初期加算	入院元を記載すること。 (入院元が急性期医療を担う病院である場合) 当該加算の算定対象である旨、過去に当該患者が当該病院(病棟)から転院(転棟)した回数を記載すること。(記載例1参照) [記載例1] 入院元であるXXX病院は地域一般入院料2を算定しており、かつ救急医療管理加算の届出を行っている。本患者がXXX病院から当院に転院したことは、過去に2回ある。 (転院日:○年○月○日及び○年○月○日)。 (入院元が介護保健施設、介護医療院、居住系施設等又は自宅である場合)	830100020 830100021	入院元(救急・在宅等支援療養病床初期加算); ***** 算定対象である旨及び転院(転棟)回数(救急・在宅等支援療養病床初期加算); *****

厚生労働大臣が定める病院の診療報酬請求書等の記載要領について

(平18. 3.30 保医発 0330007)

(最終改正：令 2. 3.27 保医発 0327 1)

「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法」(平成18年厚生労働省告示第138号。以下「算定告示」という。), 「厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院及び調整係数」(平成18年厚生労働省告示第141号。以下「調整係数告示」という。), 「厚生労働大臣が定める傷病名, 手術, 処置等及び副傷病名」(平成18年厚生労働省告示第140号) 等が公布されたところであるが, これに伴い, 当該費用の額の請求に関する診療報酬請求書等の記載要領を別紙のとおり定めたので, その取扱いに遺漏のないよう関係者に対し, 周知徹底を図りたい。

なお, 本通知は, 平成18年4月1日から適用することとし, 従前の「特定機能病院の入院医療の包括評価に係る診療報酬請求書等の記載要領について(通知)」は, 平成18年3月31日限り廃止する。

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号。以下「一般記載要領」という。)別紙1のIと同様であること。

II 診療報酬明細書(様式第10)の記載要領

(編注：様式第10は333頁掲載)

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは, 一般記載要領別紙1のII第3の1の(1), (2), (4)及び(9)と同様であること。

- (1) 同一の被保険者等が2以上の傷病について診療を受けた場合においても, 1件の診療報酬明細書(以下「明細書」という。)に併せて記載すること。

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

なお、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更前の明細書の「出来高部分」欄及び変更後の明細書の「包括評価部分」欄にその旨（例 社本より国保 ○年○月○日）を記載すること。また、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の(1)から(9)まで、(11)から(13)まで、(21)から(23)まで及び(25)から(27)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記載に係る例によること。

(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

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

(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には算定告示別表19に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」、「定義副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応する I C D コード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁まで）。以下同じ。）を記載すること。「副傷病名」欄には、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（令和2年3月23日保医発0323第2号）（以下「留意事項通知」という。）の別添2定義テーブルに掲げる「定義副傷病」名及びその対応する I C D コードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成30年4月27日保発0427第10号）（本通知が改正さ

れた場合は、改正後の通知によること。以下同じ。）の別添3に規定する傷病名を用いること。また、別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和2年3月27日医療課事務連絡）（以下「傷病名コードの統一の推進について」という。）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

(4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日（D P C 算定対象となる病棟等以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）からD P C 算定対象となる病棟等に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。また、退院時には診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定することとなった場合は当該入院の年月日を記載すること。

なお、留意事項通知の第3の1の(7)同一傷病等での再入院に係る取扱いに基づく7日以内の再入院があった場合（以下「7日以内の再入院」という。）には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした入院年月日を記載し、あわせて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

(5) 「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

なお、7日以内の再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした退院年月日を記載し、あわせて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

(6) 「診療実日数」欄について

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

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