

# 目次

<b>1 請求書・明細書等の記載要領</b>	
診療報酬請求書等の記載要領等について	7
<b>■診療報酬請求書等の記載要領</b>	
<b>I 一般的事項</b>	7
<b>II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領</b>	8
<b>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)）</b>	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	8
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	8
6 「 <u>入・外</u> 」欄について	8
7 「医療保険」欄について	8
8 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について	9
9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について	9
10 「公費負担」欄の「公費単独」欄について	10
11 「②合計」欄について	10
12 「総件数①+②」欄について	10
13 「備考」欄について	10
<b>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)）</b>	11
<b>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）</b>	11
1 「後期高齢者医療」欄について	11
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	11
<b>第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第2）</b>	12
1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項	12
2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項	13
(1) 「令和 年 月分」欄について	13
(2) 「都道府県番号」欄について	13
(3) 「医療機関コード」欄について	13
(4) 「保険種別1」，「保険種別2」及び「本人・家族」欄について	13
(5) 「保険者番号」欄について	14
(6) 「給付割合」欄について	14
(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について	14
(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	14
(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	14
(10) 「区分」欄について	14
(11) 「氏名」欄について	14
(12) 「職務上の事由」欄について	15
(13) 「特記事項」欄について	15
(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について	20
(15) 「傷病名」欄について	20
(16) 「診療開始日」欄について	20
(17) 「転帰」欄について	21
(18) 「診療実日数」欄について	21
(19) 「点数」欄について	22
(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	22
ア 通則	22
イ 「初診」欄について	22
ウ 「再診」欄について	23
エ 「医学管理」欄について	23
オ 「在宅」欄について	23
カ 「投薬」欄について	27
キ 「注射」欄について	28
ク 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について	29
ケ 「検査・病理」欄について	31
コ 「画像診断」欄について	32
サ 「その他」欄について	32
シ 「入院」欄について	34
(21) 「療養の給付」欄について	36
(22) 「食事・生活」欄について	38
(23) 「食事・生活療養」欄について	38
(24) 「摘要」欄について	39
(25) 「公費分点数」欄について	40
(26) その他	40
(27) 後期高齢者医療におけるその他	47
<b>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</b>	48
<b>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)）</b>	48
<b>第2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第1(3)）</b>	48
1 「令和 年 月分」欄について	48
2 「医療機関コード」欄について	48
3 「別記 殿」欄について	48
4 「令和 年 月 日」欄について	48

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……………	48	(24) 「投薬・注射」欄について……………	57
6 「医療保険」欄について……………	48	(25) 「X線・検査」欄について……………	58
7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について……………	48	(26) 「処置・手術」欄について……………	59
8 「公費負担」欄の「公費単独」欄について……………	49	(27) 「麻酔」欄について……………	61
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)……………	49	(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について……………	61
10 「総件数①+②+③」欄について……………	49	(29) 歯科矯正について……………	66
11 「明細書枚数①+③」欄について……………	49	(30) その他について……………	66
<b>第2の2 診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領(様式第8)</b> ……………	49	(31) その他の項目について……………	66
1 「後期高齢者医療」欄について……………	49	(32) 「点数」欄について……………	67
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……………	49	(33) 「合計」欄について……………	67
<b>第3 診療報酬明細書の記載要領(様式第3)</b> ……………	50	(34) 「一部負担金額」欄について……………	67
1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項……………	50	(35) 「公費分点数」欄について……………	68
2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項……………	50	(36) 「患者負担額(公費)」欄について……………	68
(1) 「令和 年 月分」欄について……………	50	(37) その他……………	68
(2) 「都道府県番号」欄について……………	50	<b>IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項</b> ……………	74
(3) 「医療機関コード」欄について……………	50	<b>第1 調剤報酬請求書に関する事項(様式第4)</b> ……………	74
(4) 「保険種別1」, 「保険種別2」及び「本人・家族」欄について……………	50	1 「令和 年 月分」欄について……………	74
(5) 「保険者番号」欄について……………	51	2 「薬局コード」欄について……………	74
(6) 「給付割合」欄について……………	51	3 「別記 殿」欄について……………	74
(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について……………	51	4 「令和 年 月 日」欄について……………	74
(8) 「公費負担者番号」欄について……………	51	5 「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名」欄について……………	74
(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄について……………	52	6 「医療保険」欄について……………	74
(10) 「氏名」欄について……………	52	7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について……………	74
(11) 「職務上の事由」欄について……………	52	8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について……………	75
(12) 「特記事項」欄について……………	52	9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について……………	75
(13) 「届出」欄について……………	52	10 「②合計」欄について……………	76
(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について……………	52	11 「総件数①+②」欄について……………	76
(15) 「傷病名部位」欄について……………	52	12 その他……………	76
(16) 「診療開始日」欄について……………	53	<b>第1の2 調剤報酬請求書に関する事項(様式第9)</b> ……………	76
(17) 「診療実日数」欄について……………	53	1 「後期高齢者医療」欄について……………	76
(18) 「転帰」欄について……………	54	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……………	76
(19) 「初診」, 「再診」, 「管理・リハ」, 「投薬・注射」, 「X線・検査」, 「処置・手術」, 「麻酔」, 「歯冠修復及び欠損補綴」, 全体の「その他」及び「摘要」欄について……………	54	<b>第2 調剤報酬明細書の記載要領(様式第5)</b> ……………	77
(20) 「初診」欄について……………	54	1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項……………	77
(21) 「再診」欄について……………	54	2 調剤報酬明細書に関する事項……………	77
(22) 「管理・リハ」欄について……………	55	(1) 「令和 年 月分」欄について……………	77
(23) 在宅医療について……………	56	(2) 「都道府県番号」欄について……………	77
		(3) 「薬局コード」欄について……………	77
		(4) 「保険種別1」, 「保険種別2」及び「本人・家族」欄について……………	77
		(5) 「保険者番号」欄について……………	78
		(6) 「給付割合」欄について……………	78
		(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番	

号」欄について……………	78
(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……………	78
(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……………	79
(10) 「氏名」欄について……………	79
(11) 「職務上の事由」欄について……………	79
(12) 「特記事項」欄について……………	79
(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について……………	79
(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について……………	79
(15) 「保険医氏名」欄について……………	79
(16) 「受付回数」欄について……………	80
(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について……………	80
(18) 「医師番号」欄について……………	80
(19) 「処方月日」欄について……………	80
(20) 「調剤月日」欄について……………	80
(21) 「処方」欄について……………	80
(22) 「単位薬剤料」欄について……………	81
(23) 「調剤数量」欄について……………	81
(24) 「薬剤調製料 調剤管理料」欄について……………	82
(25) 「薬剤料」欄について……………	82
(26) 「加算料」, 「調剤基本料」, 「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について……………	82
ア 通則……………	82
イ 「加算料」欄について……………	82
ウ 「調剤基本料」欄について……………	83
エ 「時間外等加算」欄について……………	83
オ 「薬学管理料」欄について……………	83
(27) 「摘要」欄について……………	84
(28) 「公費分点数」欄について……………	85
(29) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について……………	85
(30) その他……………	87

#### 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)……………	91
診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (歯科)……………	215
調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧……………	246

#### 別表Ⅱ

診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (薬価基準)……………	255
---------------------------------------	-----

#### 別表Ⅲ

診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧
------------------------

(検査値)……………	322
------------	-----

#### 別表Ⅳ

診療行為名称等の略号一覧 (医科)……………	327
診療行為名称等の略号一覧 (歯科)……………	356
調剤行為名称等の略号一覧……………	364
■診療録等の記載上の注意事項……………	368
■別添1 診療報酬請求書等一覧表……………	384
■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……………	385

#### ○関連告示

- ・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命令附則第4条の2第2項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式…………… 390

#### ○関連通知等

- ・「低薬価薬剤の審査等の具体的取扱い方針」について (抄)…………… 408
- ・医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について (抄)…………… 410
- ・疑義解釈資料…………… 411

## 2 DPCの記載要領

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……………	415
-------------------------------------	-----

### ■診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項……………	415
II 診療報酬明細書 (様式第10) の記載要領……………	415
1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項……………	415
2 明細書の記載要領に関する事項……………	415
(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について……………	415
(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について……………	415
(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について……………	416
(4) 「今回入院年月日」欄について……………	416
(5) 「今回退院年月日」欄について……………	416
(6) 「診療実日数」欄について……………	416
(7) 「転帰」欄について……………	416
(8) 「傷病情報」欄について……………	417
(9) 「入退院情報」欄について……………	417
(10) 「診療関連情報」欄について……………	418
(11) 「包括評価部分」欄について……………	418
(12) 「出来高部分」欄について……………	419
(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について……………	420
(14) その他について……………	420

### 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……………	427
○根拠省令・告示等……………	429

### 4 オンライン資格確認関連

■資料1 オンライン資格確認等システムの表示等について（周知依頼）……………	435
■資料2 オンライン資格確認等システムを活用した薬剤情報等の閲覧により診療等を実施する場合における確認について……………	436
■資料3 マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合の対応について……………	437
■資料4 マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合における診療報酬等の請求の取扱いについて……………	444
■資料5 マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合の周知資料について……………	446
■資料6 マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合における対応等に対する疑義解釈について……………	447
■資料7 保険者等を特定することができない診療報酬等の按分方法等について……………	449
■資料8 暗証番号の設定が不要なマイナンバーカードへの医療機関・薬局での対応について（周知）……………	451
■資料9 負担割合等の相違の可能性がある場合の被保険者等からの相談対応について……………	453
■資料10 一部負担金の負担割合等の表示に相違がある事象について（オンライン資格確認）……………	454
■資料11 暗証番号の設定が不要なマイナンバーカードへの医療機関・薬局での対応について（周知）（その2）……………	455
■資料12 被保険者資格の有効終了日等の表示について（オンライン資格確認）……………	459
■資料13 マイナポータルにおける医療保険被保険者資格情報のダウンロード機能のリリースについて（マイナンバーカードによるオンライン資格確認を行うことができない場合の対応についての補足事項）……………	460
■資料14 医療扶助におけるオンライン資格確認の運用開始について……………	462
■資料15 健康保険証の廃止に伴う修学旅行等の学校行事や部活動の合宿・遠征等における児童生徒本人の被保険者資格の確認方法について（周知）……………	463
■資料16 代行請求によりオンライン請求を実施している医療機関・薬局における返戻再請求等に係る取扱いについて……………	464
■資料17 訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）の実施上の留意事項について……………	466

■資料18 医療機関等の窓口におけるマイナンバーカードの取扱いについて……………	469
--	-----

■資料19 医療機関等の窓口におけるオンライン資格確認等システムによる照会の取扱いに関する疑義解釈資料の送付について……………	470
---	-----

### 5 参考資料

■参考1	・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……………	473
	・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……………	476
	・診療録等の保存を行う場所について……………	476
■参考2	保険者番号等の設定について……………	478
■参考3	特別療養費に係る療養についての事務処理について……………	486
■参考4	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命令（抄）……………	488
■参考5	・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命令及び介護給付費及び公費負担医療等に関する費用等の請求に関する命令の一部を改正する命令等の公布について……………	492
	・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命令の一部改正に伴う実施上の留意事項について……………	493
	・高額医薬品に係る療養の給付等の書面による請求について……………	501
■参考6	・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……………	502
	・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……………	516
	・返戻再請求及び再審査申出のオンライン化等について（周知依頼）……………	516
	・電子情報処理組織等を用いた費用の請求等に関する取扱いについて……………	517
	・返戻再請求及び再審査申出のオンライン化に関するQ&Aの送付について（その2）……………	518
■参考7	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の通年化について……………	519
■参考8	薬剤使用に関する明細書のその他の記載について……………	521
■参考9	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）……………	576

**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 6. 3. 27 保医発 0327 5)

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られたい。

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命令附則第4条の2第2項の規定に基づきこども家庭庁長官及び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命令附則第4条の2第2項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和6年こども家庭庁・厚生労働省告示第4号）により改正のあった様式については、令和6年7月1日（6月診療分）から新様式により扱うものとし、令和6年5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」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) 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，記名の労を省くため，保険医療機関の所在地，名称及び開設者氏名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「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

「食事療養・生活療養」欄については，「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を，「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を，「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」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・生活療養」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。

(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。

(4) 「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小

コード	略号	内 容
44	多キ	後期高齢者医療で課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証，特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証，特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって，特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）

※ 「区カ」，「区キ」，「多カ」及び「多キ」については，令和4年10月1日から適用する。令和4年9月30日までの間は，後期高齢者医療にあっては従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

#### (14) 「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を記載すること。また，特定疾患療養管理料を算定する場合，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が増減した場合は，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。

#### (15) 「傷病名」欄について

ア 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」（令和4年4月22日付保発0422第1号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）別添3に規定する傷病名を用いること。別添3に規定する傷病名と同一の傷病病でありながら名称が異なる傷病病については，「傷病病コードの統一の推進について」（令和6年3月27日医療課事務連絡）に取りまとめたので，これを参照し，原則として，傷病病コードに記載されたものを用いること。

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 傷病病名が4以上ある場合には，「傷病病名」欄の余白に順次番号を付し，傷病病名を記載し，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，記載した傷病病名に対応する診療開始日を，傷病病名の右側（傷病病名の右側に余白がない場合は，当該傷病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。

#### (16) 「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，「傷病病名」欄が単一病病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，同月中に治癒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。

#### (17) 【転帰】欄について

治癒した場合には「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。

#### (18) 【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。

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、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、開放型病院共同指導料（I）、退院時共同指導料1及びハイリスク妊産婦共同管理料（I）を算定した日数並びに外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した患者に対する、疾患別リハビリテーション又は放射線照射に係る初診料、再診料又は外来診療料が算定できない期間に行われた疾患別リハビリテーション、放射線照射、の日数を含む。）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。この場合、その回数を【摘要】欄に再掲すること。

なお、平成30年3月31日以前から継続的に情報通信機器を用いて行った診療について電話等再診を算定していた患者であって、平成30年度改定後も引き続き一連の診療として情報通信機器を用いて行った診療について電話等再診を算定する場合は、その旨を【摘要】欄に記載し、その回数と、それ以外で電話等再診を算定する場合は回数を、それぞれ【摘要】欄に記載すること。

エ 同一日に初診、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 (16)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 小児特定疾患カウンセリング料の口、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、がん患者指導管理料の口若しくはハ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、退院時共同指導料1、外来排尿自立指導料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、精神科退院時共同指導料1、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、介護職員等略痰吸引等指示料、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、精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した同一日に医師の診療が行わ

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	紙レセプトのみ記載	令和6年6月1日適用
1	A000	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) 「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。	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		
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				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		
				830100002	2つ目の診療科(初診料); *****		
				820100990	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(初診料)		
2	A001	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) 「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。	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		
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				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		
				112008350	同日再診料	○	
				112024950	同日再診料(情報通信機器)	○	
112016850	同日特定妥結率再診料	○					
112025150	同日特定妥結率再診料(情報通信機器)	○					
112008850	同日電話等再診料	○					
112023450	同日電話等再診料(30年3月以前継続)	○					
112016950	同日電話等特定妥結率再診料	○					
112023750	同日電話等特定妥結率再診料(30年3月以前継続)	○					
830100003	2つ目の診療科(再診料); *****						
820100817	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療であったことを記載すること。						

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	紙レセプトの記載	令和6年6月1日適用
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であったことを記載すること。	820100818	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(再診料)		
3	A001 注20	看護師等遠隔診療補助加算	(へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合) 前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190207	前回の対面診療を実施した年月日(再診料(看護師等遠隔診療補助加算));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				820190492	初回(再診料(看護師等遠隔診療補助加算))		※
4	A002	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) 「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。	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		
				820100002	イ 往診等の後に薬剤のみを取りに来院		
				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		
			(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) 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);*****		
			(情報通信機器を用いた診療を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って診療を行う場合) 当該指針において示されている一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診に適さない症状」等を踏まえ、当該診療が指針に沿った適切な診療であることを記載すること。	820100819	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な診療である(外来診療料)		
			(情報通信機器を用いた処方を行う際に、厚生労働省「オンライン診療の適切な実施に関する指針」に沿って処方を行う場合) 一般社団法人日本医学会連合が作成した「オンライン診療の初診での投与について十分な検討が必要な薬剤」等の関係学会が定める診療ガイドラインを踏まえ、当該処方が指針に沿った適切な処方であることを記載すること。	820100820	オンライン診療の適切な実施に関する指針に沿った適切な処方である(外来診療料)		
5	A002 注11	看護師等遠隔診療補助加算	(へき地診療所の医師又はへき地医療拠点病院の医師が、看護師等という患者に対して情報通信機器を用いた診療を実施した場合) 前回の対面診療を実施した年月日(初回である場合は初回である旨)を記載すること。	850190208	前回の対面診療を実施した年月日(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				820190493	初回(外来診療料(看護師等遠隔診療補助加算))		※
6	A100	一般病棟入院基本料の救急・在宅等支援病床初期加算	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)。	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);*****		
				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);*****		

別表Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

項番	医薬品名称	効能・効果	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	令和6年6月1日適用
1	アイモビーグ皮下注70mgペン		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600001	医師要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600002	医師要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600003	医師要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600004	医師要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600005	医師要件オ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アイモビーグ皮下注70mgペン）；*****	
			820600006	投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	前治療要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			820600007	前治療要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）		
			820600008	前治療要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）		
			820600009	前治療要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）		
820600010	投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アイモビーグ皮下注70mgペン）				
2	アキシャルックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由（アキシャルックス点滴静注250mg）；*****	
3	アクトヒブ		ペグセタコプランの投与を行った又は行う予定の年月日を記載すること。	850600157	ペグセタコプランの投与を行った年月日（アクトヒブ）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日	※
				850600158	ペグセタコプランの投与を行う予定の年月日（アクトヒブ）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日	※
4	アコファイド錠100mg	機能的ディスペシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能的ディスペシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能的ディスペシア」を用いること。 診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	
				850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコファイド錠100mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日	
				850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠100mg）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日	

別表Ⅲ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (検査値)

項番	区分等	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	別表Ⅰ・Ⅱ	重複するレセプト電算処理システム用コード	令和6年6月1日適用
1	D009の9	前立腺特異抗原(P S A)	(前立腺癌の確定診断がつかず2回以上算定する場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値を記載すること。	880100012	検査実施年月日及び検査結果(前立腺特異抗原(P S A));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"検査値:*****	I	850100164	
2	D007の25	フェリチン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100013	検査実施年月日及び検査結果(フェリチン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"検査値:*****			
3	D005の5	末梢血液一般	(同一日に2回以上の算定の場合) 当該検査(H b測定に限る)の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100014	検査実施年月日及び検査結果(末梢血液一般(H b測定));(元号)yy"年"mm"月"dd"日"検査値:*****			
4	D006の15	Dダイマー	(同一月に3回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100015	検査実施年月日及び検査結果(Dダイマー);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"検査値:*****			
5	D015の10	β2-マイクログロブリン	(同一月に2回以上の算定の場合) 当該検査の実施年月日及び前回測定値をすべて記載すること。	880100016	検査実施年月日及び検査結果(β2-マイクログロブリン);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"検査値:*****			
6	J039	血漿交換療法	(血栓性血小板減少性紫斑病の算定可否の場合) 検査の実施年月日及び血小板値を記載すること。	880100017	検査実施年月日及び血小板値(血漿交換療法);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"検査値:*****	I	842100059	
7	医薬品	解凍赤血球液-L R「日赤」 赤血球液-L R「日赤」 洗浄赤血球液-L R「日赤」 照射赤血球液-L R「日赤」 照射解凍赤血球液-L R「日赤」 照射洗浄赤血球液-L R「日赤」	本製剤を投与するにあたってH b値を測定した場合は、投与の直前に測定したH b値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100018	検査実施年月日及びH b値(人赤血球液等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"検査値:*****			
8	医薬品	照射洗浄血小板-L R「日赤」 照射濃厚血小板-L R「日赤」 濃厚血小板-L R「日赤」 照射洗浄血小板H L A-L R「日赤」 照射濃厚血小板H L A-L R「日赤」 濃厚血小板H L A-L R「日赤」	本製剤を投与するにあたって血小板値を測定した場合は、投与の直前に測定した血小板値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100025	検査実施年月日及び血小板値(人血小板濃厚液等);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"検査値:*****			
9	医薬品	新鮮凍結血漿-L R「日赤」120 新鮮凍結血漿-L R「日赤」240 新鮮凍結血漿-L R「日赤」480	本製剤を投与するにあたってプロトロンビン時間(PT)及びフィブリノゲン値を測定した場合は、投与の直前に測定したPT(I N R又は%)及びフィブリノゲン値を記載すること。また測定した年月日を記載すること。	880100092	検査実施年月日及びプロトロンビン時間(I N R)(新鮮凍結人血漿);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"検査値:*****			※

別表Ⅳ 診療行為名称等の略号一覧（医科）

項番	区分	診療行為名称等	略号	対応する記載欄
1	A.000	情報通信機器を用いた初診を行った場合	情初	「初診」欄
2	A.000	初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関において、他の保険医療機関等からの文書による紹介がない初診の場合	初減	「初診」欄
3	A.000	初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	初妥減	「初診」欄
4	A.000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合	複初	「初診」欄
5	A.000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合（初診料の注2、注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合）	複初減	「初診」欄
6	A.000	初診料の注5のただし書に規定する2つ目の診療科において初診を行った場合（初診料の注4に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複初妥減	「初診」欄
7	A.000	時間外加算の特例を算定した場合	特	「初診」欄
8	A.000	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「初診」欄
9	A.000	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「初診」欄
10	A.000	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「初診」欄
11	A.000	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「初診」欄
12	A.000	外来感染対策向上加算を算定した場合	初感	「初診」欄
13	A.000	発熱患者等対応加算を算定した場合	初熱対	「初診」欄
14	A.000	連携強化加算を算定した場合	初連	「初診」欄
15	A.000	サーベイランス強化加算を算定した場合	初サ	「初診」欄
16	A.000	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	初抗菌適	「初診」欄
17	A.000	医療情報取得加算1を算定した場合	医情1	「初診」欄
18	A.000	医療情報取得加算2を算定した場合	医情2	「初診」欄
19	A.000	医療DX推進体制整備加算を算定した場合	医DX	「初診」欄
20	A.001	情報通信機器を用いた再診を行った場合	情再	「再診」欄
21	A.001	再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合	再妥減	「再診」欄
22	A.001	再診料の注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合	複再	「再診」欄
23	A.001	再診料の注3に規定する2つ目の診療科において再診を行った場合（再診料の注2に規定する妥結率が低い保険医療機関の場合）	複再妥減	「再診」欄
24	A.001	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「再診」欄
25	A.001	時間外対応加算1を算定した場合	時外1	「再診」欄
26	A.001	時間外対応加算2を算定した場合	時外2	「再診」欄
27	A.001	時間外対応加算3を算定した場合	時外3	「再診」欄
28	A.001	時間外対応加算4を算定した場合	時外4	「再診」欄
29	A.001	明細書発行体制等加算を算定した場合	明	「再診」欄
30	A.001	地域包括診療加算1を算定した場合	再包1	「再診」欄
31	A.001	地域包括診療加算2を算定した場合	再包2	「再診」欄
32	A.001	認知症地域包括診療加算1を算定した場合	再認包1	「再診」欄
33	A.001	認知症地域包括診療加算2を算定した場合	再認包2	「再診」欄
34	A.001	地域包括診療加算又は認知症地域包括診療加算の薬剤適正使用連携加算を算定した場合	薬適連	「再診」欄
35	A.001	外来感染対策向上加算を算定した場合	再感	「再診」欄
36	A.001	発熱患者等対応加算を算定した場合	再熱対	「再診」欄
37	A.001	連携強化加算を算定した場合	再連	「再診」欄
38	A.001	サーベイランス強化加算を算定した場合	再サ	「再診」欄
39	A.001	抗菌薬適正使用体制加算を算定した場合	再抗菌適	「再診」欄
40	A.001 A.002	時間外加算の特例を算定した場合	特	「再診」欄
41	A.001 A.002	小児科を標榜する保険医療機関における夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「再診」欄
42	A.001 A.002	小児科を標榜する保険医療機関における休日加算の特例を算定した場合	小特休	「再診」欄
43	A.001 A.002	小児科を標榜する保険医療機関における深夜加算の特例を算定した場合	小特深	「再診」欄
44	A.001 A.002	医療情報取得加算3を算定した場合	医情3	「再診」欄
45	A.001 A.002	医療情報取得加算4を算定した場合	医情4	「再診」欄
46	A.001 A.002	看護師等遠隔診療補助加算を算定した場合	看師補	「再診」欄

## 別紙 2

## 診療録等の記載上の注意事項

## 第 1 一般的事項

- 1 診療録，歯科診療録及び処方箋（以下「診療録等」という。）の様式については，「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和32年厚生省令第15号）によるものであること。保険薬局に分割調剤を指示する場合は，様式第二号の二を用いること。
- 2 処方箋の用紙は，A列5番を標準とすること。なお，診療録及び歯科診療録の用紙については，用紙の大きさに特段の定めはないが，A列4番とすることが望ましいものであること。
- 3 医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし，公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。
- 4 公費負担医療に係る診療録等については，「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と，「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

## 第 2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

## 1 「公費負担者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添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2を参照）。
- (2) 1種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は，当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）。
- (3) 2種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は，別添2の別表1「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に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は，左上部の該当欄に記載すること。

- (5) 公費負担医療のみが2種併用される場合は，第1公費に係るものは左上部の該当欄に，第2公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお，特例的に，生活保護法による医療扶助，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による精神通院医療等の3種の公費負担医療の併用の場合があるが，この場合にあっては，生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に，公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し，感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に，障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

- (6) 同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号が変更となった場合は，変更前の公費負担医療に係る分は第1公費とし，変更後の公費負担医療に係る分は第2公費として取り扱うものとする。

なお，該当欄に書ききれない場合は，「備考」欄に記載すること。

## 2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている受給者番号7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。
- (2) その他は，1の(2)から(6)までと同様であること。

## 3 「保険者番号」欄について

- (1) 設定された保険者番号8桁（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）。なお，国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。
- (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。
- (3) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。

## 4 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「記号・番号」欄（処方箋にあっては，「被保険者証・被保険者手帳の記号・番号」欄）について

健康保険被保険者証、国民健康被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「被保険者証等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

なお、被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、枝番も併せて記載すること。

また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の被保険者番号を記載すること。

### 第3 診療録の記載上の注意事項

#### 1 「受診者」欄について

- (1) 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。
- (2) 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを○で囲むこと。

- (3) 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。

なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。

- (4) 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

- (5) 「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

#### 2 「被保険者証・被保険者手帳」欄の「有効期限」欄について

被保険者証等の有効期限を記載すること。

#### 3 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

#### 4 「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

#### 5 「事業所（船舶所有者）」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略

しても差し支えないこと。

- (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

#### 6 「保険者」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

- (2) 「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

#### 7 「傷病名」欄について

傷病名については、原則として、「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」（令和4年4月22日付保発0422第1号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。）別添3に規定する傷病名を用いること。

#### 8 「職務」欄について

- (1) 「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲むこと。

- (2) 「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲むこと。

#### 9 「開始」欄について

受診者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

#### 10 「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

#### 11 「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲むこと。

#### 12 「労務不能に関する意見」欄について

- (1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。



2

## D P C の記載要領

# 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 6.3.27 保医発 0327 5)

「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407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」欄には厚生労働大臣が指定する病院の病棟における

# 4

## オンライン資格確認関連

## 〈資料 1〉

## オンライン資格確認等システムの表示等について（周知依頼）

（令 5. 6. 6 保険局医療介護連携政策課・保険局医療課・医薬・生活衛生局総務課事務連絡）  
 （最終改正；令 5. 6. 9 保険局医療介護連携政策課・保険局医療課・医薬・生活衛生局総務課事務連絡）

日頃より、貴団体におかれては、医療保険行政の推進にご協力いただき、厚く御礼を申し上げます。

医療保険のオンライン資格確認については、昨今、保険者が登録した加入者データに誤りがあったことにより、別の方の資格情報が紐付き、薬剤情報等が閲覧される事案や、医療現場においてシステムに関連したトラブルが生じたといった事案が報告されています。

これを受け、オンライン資格確認等システムに「資格（無効）」や「資格情報なし」と表示されることについて、当省ホームページに別添のとおり Q & A を掲載しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対してご周知いただきますよう、お願い申し上げます。

また、

- ・ 別添 Q & A に示されているような事案が生じた場合には、マイナンバーカードの健康保険証利用に関する問い合わせ先のマイナンバー総合フリーダイヤル（0120-95-0178）※ 1 でお問い合わせを受け付けていること
- ・ 医療機関等の問い合わせについては、オンライン資格確認等コールセンター（0800-080-4583）※ 2 でも受け付けていること
- ・ 資格情報が「資格（無効）」または「資格情報なし」となる場合は、電子処方箋対応施設においても、電子処方箋の交付や、処方箋情報の登録・取得等ができなくなるため、従来の紙の処方箋による対応をお願いしたいこと

につきまして、併せて周知いただきますよう、よろしくお願いいたします。

※ 1 受付時間（年末年始を除く）平日 9 時半～20 時，土日祝 9 時半～17 時半

※ 2 受付時間（年末年始を除く）平日 8 時～18 時，土 8 時～16 時

（参考：掲載ページ URL）

・マイナンバーカードの健康保険証利用について Q21（厚生労働省 HP）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_08277.html#Q21](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08277.html#Q21)

・オンライン資格確認 QA 集 Q21（厚生労働省 HP）

[https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage\\_24976.html#Q21](https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24976.html#Q21)

・マイナンバー総合フリーダイヤルについて

<https://www.kojinbango-card.go.jp/contact/tel/>

・医療機関等向けのオンライン資格確認等コールセンター  
<https://www.iryohokenjyoho-portal.jp/post-7.html>

#### （別添）オンライン資格確認の表示に関する Q & A

Q 医療機関等でオンライン資格確認を利用したら「資格（無効）」や「資格情報なし」と表示されるのですが、なぜこうした事象が起こるのですか。

A 転職等により医療保険の資格変更があった場合には、資格変更後の保険者が、事業主から資格取得届の提出を受けて、新たな資格情報をオンライン資格確認等システムに登録します。事業主から保険者への届出は 5 日以内とされており、また、今般新たに、保険者は、事業主による届出から 5 日以内にデータ登録を行うこととしています。事業主が、加入前から被保険者に係る情報を収集するよう促すなどして、当該届出が 5 日以内に徹底されるようにしていますが、現在、新しい保険証がお手元に届くまでに一定の期間を要するのと同様に、データ登録までには一定の期間を要するため、この間に医療機関等でオンライン資格確認を利用すると、「資格（無効）」や「資格情報なし」と表示されます。

また、オンライン資格確認等システムにおいては、新規データ登録時にシステムチェックを行っています。データ登録時の誤りを防止するために、誤りの疑いがある場合には、オンライン資格確認等システムへの連携を一時的に止めて、保険者において確認を行っています。当該確認の期間中に医療機関等でオンライン資格確認を利用した場合にも「資格（無効）」や「資格情報なし」と表示されることがあります。

※ 資格情報が「資格（無効）」「資格情報なし」となる場合は、電子処方箋対応施設においても、電子処方箋の交付や、処方箋情報の登録・取得等ができなくなるため、従前どおり紙の処方箋により対応いただくようお願いいたします。

## 〈資料17〉

## 訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）の実施上の留意事項について

（令 6. 3. 21 保連発0321第1号・保医発0321第9号）

訪問診療等におけるオンライン資格確認の仕組み（居宅同意取得型）については、医療機関・薬局において、令和5年11月30日からプレ運用期間として利用することが可能になっており、令和6年4月1日から運用開始することとしている。また、指定訪問看護ステーションにおいて、令和6年2月1日からプレ運用期間を開始し、令和6年6月1日から運用開始することとしている。

今般、居宅同意取得型の利用等に係る留意事項を下記のとおりとりまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう保険医療機関・薬局、指定訪問看護事業者等に対し、周知徹底を図られたい。

## 記

### 第1 居宅同意取得型の導入・機能追加

居宅同意取得型の機能を利用することにより、訪問診療等（往診、オンライン診療等を含む。）を行う居宅においてオンライン資格確認を実施し、患者・利用者（以下「患者等」という。）の医療保険の直近の資格情報を確認することができるほか、本人の同意に基づき薬剤情報、診療情報、特定健診等情報を閲覧することが可能となり、業務効率化や質の高い医療の提供が可能となる。

#### （利用開始手続について）

居宅同意取得型の機能を利用するためには、まず保険医療機関（※1）・薬局又は指定訪問看護ステーション（※2）（以下「保険医療機関等」という。）において、オンライン資格確認の本体システムの導入として、資格確認端末の準備や回線敷設を行う必要がある。その上で、オンライン資格確認の管理者画面における環境設定から、利用規約に同意の上、「訪問診療等機能」又は「オンライン診療等機能」を「利用しない」から「利用する」に変更することにより、居宅同意取得型の機能を利用することが可能になる（※3）。

そのため、既に外来窓口においてオンライン資格確認を導入している保険医療機関・薬局においては、オンライン資格確認の管理者画面から環境設定の変更を行っていただきたい。また、訪問診療のみを実施する保険医療機関（経過措置第3号）及び指定訪問看護ステーション

においては、オンライン資格確認の本体システムを導入した上で、環境設定により「訪問診療等機能」を「利用する」に変更していただきたい。

（※1）在宅患者訪問看護・指導料等を算定する保険医療機関を含む。

（※2）介護保険の指定を受けることで、医療保険の指定訪問看護事業者としてのみなし指定を受ける事業所を含む。具体的には、指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準（平成12年厚生省令第80号）の人員基準を満たす（介護予防）訪問看護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護における訪問看護、看護小規模多機能型居宅介護の事業所は、地方厚生（支）局に別段の申出をしない限り、指定訪問看護ステーションに含まれる。

（※3）往診でオンライン資格確認を行う場合は、「訪問診療等機能」を利用することとなる。

#### （利用可能端末・操作手順について）

居宅同意取得型のオンライン資格確認は、保険医療機関等の職員が持参するモバイル端末等（スマートフォン、タブレット、市販の汎用カードリーダーに接続したノートPC等）（※4）又は患者のモバイル端末等から、Webサービス「マイナ在宅受付Web」にアクセスし、モバイル端末等で患者等のマイナンバーカードを読み取り、本人確認を行うことで実施する（※5）。「マイナ在宅受付Web」のURL及びその二次元コードは、保険医療機関等ごとに発行されるものであり、オンライン資格確認の管理者画面から作成・取得することができる。

上記の機能追加やURLの発行に係る具体的な操作手順は別添1（略）のとおりであるため、参考にしていただきたい。

（※4）保険医療機関等が業務用のみに用いる端末であることが望ましいが、適切な安全管理を行うことにより、保険医療機関等の職員個人が保有する又は個人の管理下にある端末の業務利用（Bring Your Own Device；BYOD）も想定される。端末の安全管理に当たっては、別添2（略）のチェックリストも活用していただきたい。

（※5）初回におけるマイナンバーカードによる本人確認では、現在、4桁の暗証番号の入力を求めている

〈参考8〉

## 薬剤使用に関する明細書のその他の記載について

(掲載している医薬品)

医薬品	頁	医薬品	頁
英数字			
B型肝炎母子感染防止に係る保険診療上の取扱い	524	ヴァイトラックピカプセル 25mg, 同カプセル 100mg 及び同内用液 20mg/mL	530
ア			
アイモビーグ皮下注 70mg ペン	524	ヴァンフリタ錠 17.7mg 及び同錠 26.5mg	530
アキラルックス点滴静注 250mg	524	ウゴービ皮下注 0.25mg S D, 同皮下注 0.5mg S D, 同皮下注 1.0mg S D, 同皮下注 1.7mg S D 及び同皮下注 2.4mg S D	530
アクトヒブ	524	エ	
アコファイド錠 100mg	524	エクロックゲル 5%	532
アジョビ皮下注 225mg シリンジ及び同皮下注 225mg オートインジェクター	525	エスポー皮下用 24000 シリンジ	532
アドセトリス点滴静注用 50mg	525	エスワンタイハウ配合OD錠 T 20 及び同配合OD錠 T 25	532
アドトラザ皮下注 150mg シリンジ	525	エドルミズ錠 50mg	532
アプレピタントカプセル 80mg 「サワイ」, 同カプセル 125mg 「サワイ」, 同カプセルセット 「サワイ」, 同カプセル 80mg 「NK」, 同カプセル 125mg 「NK」 及び同カプセルセット 「NK」	526	エフィエント錠 2.5mg 及び同錠 3.75mg	532
アベクマ点滴静注	526	エブリスディドライシロップ 60mg	532
アリセプト錠 3mg, 同錠 5mg, 同錠 10mg, 同D錠 3mg, 同D錠 5mg, 同D錠 10mg, 同細粒 0.5%, 同内服ゼリー 3mg, 同内服ゼリー 5mg, 同内服ゼリー 10mg 及び同ドライシロップ 1%	526	エボジン注シリンジ 1500, 同 3000	533
アルンブリグ錠 30mg 及び同錠 90mg	527	エボジン皮下注シリンジ 24000	533
アレセンサカプセル 150mg	527	エムガルティ皮下注 120mg オートインジェクター及び同 120mg シリンジ	533
アレモ皮下注 15mg, 同皮下注 60mg 及び同皮下注 150mg	527	エムバベリ皮下注 1080mg	533
アロフィセル注	527	エンハーツ点滴静注用 100mg	533
イ		エンレスト錠 50mg, 同錠 100mg 及び同錠 200mg	
イエスカルタ点滴静注	527	オ	
イデルピオン静注用 50, 同 500, 同 1000, 同 2000 及び同 3500	527	オブジーボ点滴静注 20mg, 同点滴静注 100mg, 同点滴静注 120mg 及び同点滴静注 240mg	534
イブグリース皮下注 250mg オートインジェクター及び同皮下注 250mg シリンジ	527	オルプロリクス静注用 250	541
イブランス錠 25mg 及び同錠 125mg	528	オルプロリクス静注用 500, 同 1000, 同 2000 及び同 3000	541
イベニティ皮下注 105mg シリンジ	528	オルプロリクス静注用 4000	541
イミフィンジ点滴静注 120mg 及び同点滴静注 500mg	528	オルミエント錠 2mg 及び同錠 4mg	541
イメンドカプセルセット, イメンドカプセル 80mg, イメンドカプセル 125mg	530	オンデキサ静注用 200mg	542
イラリス皮下注射液 150mg	530	カ	
ウ		ガザイバ点滴静注 1000mg	542
		カナグル錠 100mg	542
		カルケンスカプセル 100mg	542
		乾燥人血液凝固因子抗体迂回活性複合体製剤 (ファイバ静注用 500, 同 1000)	542
		キ	
		キイトルーダ点滴静注 100mg	542

### B型肝炎母子感染防止に係る保険診療上の取扱いについて

- 1 以下の診療については、健康保険の給付の対象とする。
- (1) HBs抗原検査陽性妊婦に対するHBe抗原検査
  - (2) HBs抗原陽性妊婦から生まれた乳児に対する抗HBs人免疫グロブリン注射、沈降B型肝炎ワクチン注射及びHBs抗原抗体検査
  - (3) (1)及び(2)に係る再診料、採血料等（「新診療報酬点数表の制定（昭和33年告示の全部改正）等に伴う実施上の留意事項について」（平成6年3月16日保険発第25号）等関係通知に定めるところによる。）

なお、B型肝炎母子感染防止事業により平成7年3月31日以前にHBe抗原検査受診票が交付されている妊婦であって、同日までに検査を受けていないもののHBe抗原検査及びそれに係る再診料等、並びに、同事業により平成7年3月31日以前に母子感染予防票の交付を受けている乳児の抗HBs人免疫グロブリン注射、沈降B型肝炎ワクチン注射、HBs抗原抗体検査及びそれらに係る初再診料等については、平成7年度においても引き続き公費負担されるので保険給付の対象とはしない。

- 2 診療報酬明細書の記載に当たっては、傷病名欄には「B型肝炎の疑い」等と記載し、さらに、乳児診療分の摘要欄には「HBs抗原陽性妊婦からの出生」と記載する。

また、新生児に対する抗HBs人免疫グロブリン注射の請求に当たっては、他に保険診療がない場合には、入院外の診療報酬明細書を使用する。

（平7.3.31 保険発53）

### アイモビーグ皮下注70mgペン

- 1 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。

① 本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に以下のア～オのうち該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）

ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している。

イ 日本神経学会

ウ 日本頭痛学会

エ 日本内科学会（総合内科専門医）

オ 日本脳神経外科学会

- ② 本剤の投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたり

の片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均。

- ③ 本剤の投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。
- ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている。
  - イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。
  - ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。
  - エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。
- 2 本剤投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、症状の改善が認められた旨を記載する。

（令3.8.11 保医発0811 4）

### アキシャルックス点滴静注250mg

- ◇ 本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を診療報酬明細書に記載する。

（令2.11.17 保医発1117 3）

### アクトヒブ

- ◇ 本製剤は、ペグセタコプラシド投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるため、ペグセタコプラシドの投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入する（同一の診療報酬明細書においてペグセタコプラシドの投与が確認できる場合を除く）。

（令5.8.29 保医発0829 6）

### アコファイド錠100mg

- 1 本剤は、「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できる。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」を用いる。
- 2 本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において