

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…………… 9

■診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項…………… 9

II 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領…………… 10

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)）…………… 10

1 「令和 年 月分」欄について…………… 10

2 「医療機関コード」欄について…………… 10

3 「別記 殿」欄について…………… 10

4 「令和 年 月 日」欄について…………… 10

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…………… 10

6 「入・外」欄について…………… 10

7 「医療保険」欄について…………… 10

8 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄に
ついて…………… 11

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…………… 12

13 「備考」欄について…………… 12

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…………… 15

(1) 「令和 年 月分」欄について…………… 15

(2) 「都道府県番号」欄について…………… 15

(3) 「医療機関コード」欄について…………… 15

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人
・家族」欄について…………… 15

(5) 「保険者番号」欄について…………… 16

(6) 「給付割合」欄について…………… 16

(7) 「被保険者資格に係る記号・番号」欄につ
いて…………… 16

(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…………… 16

(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…………… 16

(10) 「区分」欄について…………… 16

(11) 「氏名」欄について…………… 16

(12) 「職務上の事由」欄について…………… 17

(13) 「特記事項」欄について…………… 17

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄につ
いて…………… 22

(15) 「傷病名」欄について…………… 22

(16) 「診療開始日」欄について…………… 22

(17) 「転帰」欄について…………… 23

(18) 「診療実日数」欄について…………… 23

(19) 「点数」欄について…………… 24

(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…………… 24

ア 通則…………… 24

イ 「初診」欄について…………… 24

ウ 「再診」欄について…………… 25

エ 「医学管理」欄について…………… 25

オ 「在宅」欄について…………… 25

カ 「投薬」欄について…………… 29

キ 「注射」欄について…………… 30

ク 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄につい
て…………… 31

ケ 「検査・病理」欄について…………… 33

コ 「画像診断」欄について…………… 34

サ 「その他」欄について…………… 34

シ 「入院」欄について…………… 36

(21) 「療養の給付」欄について…………… 38

(22) 「食事・生活」欄について…………… 40

(23) 「食事・生活療養」欄について…………… 41

(24) 「摘要」欄について…………… 42

(25) 「公費分点数」欄について…………… 42

(26) その他…………… 43

(27) 後期高齢者医療におけるその他…………… 49

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…………… 51

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)）…………… 51

第2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領

（様式第1(3)）…………… 51

1 「令和 年 月分」欄について…………… 51

2 「医療機関コード」欄について…………… 51

3 「別記 殿」欄について…………… 51

4 「令和 年 月 日」欄について…………… 51

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……………	51
6	「医療保険」欄について……………	51
7	「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について……………	51
8	「公費負担」欄の「公費単独」欄について……………	52
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）……………	52
10	「総件数①+②+③」欄について……………	52
11	「明細書枚数①+③」欄について……………	52
第2の2 診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領（様式第8）…………… 52		
1	「後期高齢者医療」欄について……………	52
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……………	52
第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）…………… 53		
1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項…………… 53		
2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項…………… 53		
(1)	「令和 年 月分」欄について……………	53
(2)	「都道府県番号」欄について……………	53
(3)	「医療機関コード」欄について……………	53
(4)	「保険種別1」,「保険種別2」及び「本人・家族」欄について……………	53
(5)	「保険者番号」欄について……………	54
(6)	「給付割合」欄について……………	54
(7)	「被保険者資格に係る記号・番号」欄について……………	54
(8)	「公費負担者番号」欄について……………	54
(9)	「公費負担医療の受給者番号」欄について……………	55
(10)	「氏名」欄について……………	55
(11)	「職務上の事由」欄について……………	55
(12)	「特記事項」欄について……………	55
(13)	「届出」欄について……………	55
(14)	「保険医療機関の所在地及び名称」欄について……………	55
(15)	「傷病名部位」欄について……………	55
(16)	「診療開始日」欄について……………	56
(17)	「診療実日数」欄について……………	56
(18)	「転帰」欄について……………	57
(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……………	57
(20)	「初診」欄について……………	57
(21)	「再診」欄について……………	57
(22)	「管理・リハ」欄について……………	58
(23)	在宅医療について……………	59

(24)	「投薬・注射」欄について……………	60
(25)	「X線・検査」欄について……………	61
(26)	「処置・手術」欄について……………	62
(27)	「麻酔」欄について……………	64
(28)	「歯冠修復及び欠損補綴」欄について……………	64
(29)	歯科矯正について……………	69
(30)	その他について……………	70
(31)	その他の項目について……………	70
(32)	「点数」欄について……………	70
(33)	「合計」欄について……………	70
(34)	「一部負担金額」欄について……………	70
(35)	「公費分点数」欄について……………	71
(36)	「患者負担額（公費）」欄について……………	71
(37)	その他……………	72

IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項…………… 77

第1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第4）…………… 77		
1	「令和 年 月分」欄について……………	77
2	「薬局コード」欄について……………	77
3	「別記 殿」欄について……………	77
4	「令和 年 月 日」欄について……………	77
5	「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名」欄について……………	77
6	「医療保険」欄について……………	77
7	「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について……………	77
8	「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について……………	78
9	「公費負担」欄の「公費単独」欄について……………	78
10	「②合計」欄について……………	79
11	「総件数①+②」欄について……………	79
12	その他……………	79

第1の2 調剤報酬請求書に関する事項（様式第9）…………… 79

1	「後期高齢者医療」欄について……………	79
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……………	79

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）…………… 80

1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項…………… 80		
2 調剤報酬明細書に関する事項…………… 80		
(1)	「令和 年 月分」欄について……………	80
(2)	「都道府県番号」欄について……………	80
(3)	「薬局コード」欄について……………	80
(4)	「保険種別1」,「保険種別2」及び「本人・家族」欄について……………	80
(5)	「保険者番号」欄について……………	81
(6)	「給付割合」欄について……………	81
(7)	「被保険者資格に係る記号・番号」欄について……………	81

いて……………	81
(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……………	82
(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……………	82
(10) 「氏名」欄について……………	82
(11) 「職務上の事由」欄について……………	82
(12) 「特記事項」欄について……………	82
(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について……………	82
(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……………	82
(15) 「保険医氏名」欄について……………	82
(16) 「受付回数」欄について……………	83
(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について……………	83
(18) 「医師番号」欄について……………	83
(19) 「処方月日」欄について……………	83
(20) 「調剤月日」欄について……………	83
(21) 「処方」欄について……………	83
(22) 「単位薬剤料」欄について……………	85
(23) 「調剤数量」欄について……………	85
(24) 「薬剤調製料 調剤管理料」欄について……………	85
(25) 「薬剤料」欄について……………	85
(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……………	85
ア 通則……………	85
イ 「加算料」欄について……………	85
ウ 「調剤基本料」欄について……………	86
エ 「時間外等加算」欄について……………	86
オ 「薬学管理料」欄について……………	86
(27) 「摘要」欄について……………	88
(28) 「公費分点数」欄について……………	88
(29) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について……………	88
(30) その他……………	90

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）……………	94
診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）……………	201
調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧……………	228

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）……………	236
-----------------------------------	-----

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）……………	310
------------	-----

別表Ⅳ

診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）……………	314
-------------------------------------	-----

別表Ⅴ

診療行為名称等の略号一覧（医科）……………	326
診療行為名称等の略号一覧（歯科）……………	355
調剤行為名称等の略号一覧……………	363
■診療録等の記載上の注意事項……………	366
■別添 1 診療報酬請求書等一覧表……………	382
■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……………	383

○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……………	388
---	-----

○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）……………	406
・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）……………	408
・疑義解釈資料……………	409

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……………	413
-------------------------------------	-----

■診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項……………	413
II 診療報酬明細書（様式第10）の記載要領……………	413
1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項……………	413
2 明細書の記載要領に関する事項……………	413
(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について……………	413
(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について……………	413
(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について……………	414
(4) 「今回入院年月日」欄について……………	414
(5) 「今回退院年月日」欄について……………	414
(6) 「診療実日数」欄について……………	414
(7) 「転帰」欄について……………	414
(8) 「傷病情報」欄について……………	415
(9) 「入退院情報」欄について……………	415
(10) 「診療関連情報」欄について……………	416
(11) 「包括評価部分」欄について……………	416
(12) 「出来高部分」欄について……………	418

(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について	418
(14) その他について	419

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	425
○根拠省令・告示等	427

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）	433
■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	434
■資料3 マイナ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	435
■資料4 マイナ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	442
■資料5 マイナ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	444
■資料6 マイナ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	445
■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	447
■資料8 暗証番号の設定が不要なマイナ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）	449
■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	451
■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）	452
■資料11 暗証番号の設定が不要なマイナ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）	453
■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）	457
■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）	458
■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	460
■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」の一部改正について（周知）	461
■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	463
--------	-----

■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	465
■資料18 医療機関等の窓口におけるマイナナンバーカードの取扱いについて	468
■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	469
■資料20 医療機関等におけるスマートフォンでのマイナ保険証の利用開始について（周知）	470
■資料21 医療機関等の窓口におけるスマートフォンでのマイナ保険証への対応に関する疑義解釈資料の送付について	474
■資料22 マイナ保険証を基本とする仕組みへの移行について（周知）	475
■資料23 マイナ保険証・資格確認書の受付時のチェックリスト等について（周知依頼）	478
■資料24 マイナ資格確認アプリにおけるスマートフォンのマイナ保険証の読み取り機能の追加について（周知）	481
■資料25 マイナ保険証の円滑な利用に向けた対応について（周知）	483

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	487
・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	490
・診療録等の保存を行う場所について	490
■参考2 保険者番号等の設定について	492
■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	500
■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）	502
■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	506
・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	507
・オンライン請求への移行及び経過措置に係る周知資料の送付について	515
・「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」の一部改正について……………	517
・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……………	518
・高額医薬品に係る療養の給付費等の書面による 請求について……………	518
■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……	519
・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……………	529
・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）……………	529
・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……………	530
・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）……………	531
■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……………	532
■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……………	534
■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）……………	609

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 8. 3. 27 保医発 0327 2)

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8年こども家庭庁・厚生労働省告示第2号）により改正のあった様式については、令和8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8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。）に入院したもののみをみなす場合は、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

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。
- (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。

また、再診から直ちに入院した場合であって、入院の明細書において、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算を算定する場合は「特定入院料・その他」の項に点数及び回数を記載し、【摘要】欄に当該加算の名称を記載すること。ただし、入院基本料を算定する入院の場合は「入院基本料・加算」の項に点数及び回数を記載し、【摘要】欄に当該加算の名称を記載すること。

- (5) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者を除く。）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「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「他」（受診日数：○日）」を記載すること。ただし、特定入院料、一般病棟入院基本料（療養病棟入院料Ⅰの例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（療養病棟入院料Ⅰの例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（療養病棟入院料Ⅰの例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を10%減算する場合（他の保険医療機関において、シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、体外照射の強度変調放射線治療（IMRT）、ガンマナイフによる定位放射線治療、直線加速器による放射線治療の定位放射線治療の場合又は粒子線治療に係る費用を算定し、5%減算する場合を含む。）には、受診した他

の保険医療機関のレセプトの写しを下端を50mm程度切りとって添付すること。レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの【摘要】欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他」（受診日数：○日）」を記載すること。

また、入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）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、入院医療機関のレセプトの【摘要】欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に「他」とそれぞれ記載すること。他の保険医療機関を受診した際の費用の一切を入院医療機関において算定する場合は、入院医療機関のレセプトの【摘要】欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に「他」とそれぞれ記載すること。

- (6) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別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。高齢受給者証又は後期高齢者の資格確認書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、介護老人保健施設又は介護医療院に入所中の診療と介護老人保健施設又は介護医療院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) 短期滞在手術等基本料Ⅰ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 電子計算機の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、JIS X0208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) 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。

(2) 「都道府県番号」欄について

別添2「設定要領」の別表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 1 社・国民健康保険又は後期高齢者医療との併用の場合を除く。） 2 公費後期高齢者医療 3 後期

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（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）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、右の番号のうち1つを○で囲むこと。なお、未就学者である患者（6歳に達する日以後最初の3月31日以前の患者をいう。以下同じ。）は「3」又は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「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（未就学者である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（未就学者である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 六入」（若しくは「3 六」）、「5 家入」（若しくは「5 家」）、「7 高入一」（若しくは「7 高一」）又は「9 高入7」（若しくは「9 高7」）、外来の場合は、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 六外」（若しくは「4 六」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外一」（若しくは「8 高一」）又は「0 高外7」（若しくは「0 高7」）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 未就学者入院	3 六入
4 未就学者外来	4 六外
5 家族入院	5 家入
6 家族外来	6 家外
7 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院	7 高入一
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来	8 高外一

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 の記載	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		
			(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)	830100923	1つ目の診療科(初診料);*****		※
			1つ目及び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);*****		
			(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。	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	(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。	820100816	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(初診料)		
			(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		
			(同一日に2回以上の再診(電話等再診を含む。)がある場合) 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	○	
				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)	○	
			(健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合) 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実施したことを記載すること。	820101331	健診等の実施とは別の受診において保険診療を実施した(再診料)		※
			(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) 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100964	1つ目の診療科(再診料);*****		※
				830100003	2つ目の診療科(再診料);*****		
			(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ったことを記載すること。	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る(再診料)		
			(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)		

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 の記載	令和8年 6月1日 適用
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 820190492	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" 初回（再診料（看護師等遠隔診療補 助加算））		
4	A002	外来診療料	（当該病院において過去1年間に12回以上外来診療料 （「注1」から「注4」までに限る。）を算定した患者であっ て、過去1年間に、紹介を行った医療機関との連携により、 「B005－11」遠隔連携診療料又は「B011」連携強化診療 情報提供料を算定していない場合） 「緊急その他やむを得ない事情がある患者」又は「専門 性の高い医学管理を要する等の理由により、当該患者の 他の医療機関への紹介が困難であり、自院において継続 した通院が必要であると医師が認めた患者」のいずれか 該当するものを選択して記載すること。	820101332 820101333	イ 緊急その他やむを得ない事情が ある患者（外来診療料） ウ 専門性の高い医学管理を要する 等の理由により、当該患者の他の医 療機関への紹介が困難であり、自院 において継続した通院が必要である と医師が認めた患者（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 820100002 820100003	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 イ 往診等の後に薬剤のみを取りに 来院 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		
			（健診等に関する疾病に対して、健診等を実施した保険 医の属する保険医療機関において、保険診療を行う場合） 当該保険診療よりも前に、健診等を別の受診において実 施したことを記載すること。	820101334	健診等の実施とは別の受診において 保険診療を実施した（外来診療料）	※	
			（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） 1つ目及び2つ目の診療科の診療科名を記載すること。	830100998 830100004	1つ目の診療科（外来診療料）； ***** 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 820190493	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" 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を算定してい 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 830100006	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）；***** 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）；*****		

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	アイザベイ硝子体内注射液 20mg/mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「眼底自発蛍光検査や眼底三次元画像解析を用いて、投与開始時に加え投与中には定期的に地図状萎縮の中心窩への拡大の有無を評価した上で、治療上の有益性と危険性を十分に勘案し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。」とされており、その他の注意において、「地図状萎縮の中心窩への拡大が認められた被験者では、持続性視力喪失のハザード比の点推定値において、本剤群とシャム群の間に差は認められなかった。」とされているので、地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、当該評価の結果を記載すること。	830600196	地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価の結果（アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL）；*****	○
2	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）	
			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。	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（アイモビーグ皮下注70mgペン）；*****	
			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。	820600006	前治療要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			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。	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）	
3	アキラルックス点滴静注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（アキラルックス点滴静注250mg）；*****	
4	アクトヒブ		ベグセタコبران又はイブタコパン塩酸塩水和物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こと（同一の診療報酬明細書においてベグセタコبران又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く。）。	850600157	ベグセタコبران又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与を行った年月日（アクトヒブ）；（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600158	ベグセタコبران又はイブタコパン塩酸塩水和物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"	
5	アコファイド錠100mg	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	「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こと。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3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16	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-ミクログロブリン	(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-ミクログロブリン); (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」 照射洗浄血小板－L R B S「日赤」 照射濃厚血小板－L R「日赤」 照射濃厚血小板－L R B S「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」 照射洗浄血小板H L A－L R B S「日赤」 照射濃厚血小板H L A－L R「日赤」 照射濃厚血小板H L A－L R B S「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 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	I	006	在宅血液透析用特定保険医療材料 (2) 吸着型血液浄化器 (β2-ミクログロブリン除去用)	(吸着型血液浄化器 (β2-ミクログロブリン除去用) を使用した場合) 使用開始日を記載すること。	850900001	使用開始年月日 (在宅血液透析用特定保険医療材料 ((2) 吸着型血液浄化器 (β2-ミクログロブリン除去用))) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日"	※
2	I	008	皮膚欠損用創傷被覆材	(区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	830900001	3週間を超えて算定する詳細な理由 (皮膚欠損用創傷被覆材) ; *****	※
3	I	009	非固着性シリコンガーゼ	(区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	830900002	3週間を超えて算定する詳細な理由 (非固着性シリコンガーゼ) ; *****	※
4	I	010	水循環回路セット	(前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830900003	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由 (水循環回路セット) ; *****	※
5	I	011	膀胱瘻用カテーテル	(2個以上算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830900004	2個以上算定する詳細な理由 (膀胱瘻用カテーテル) ; *****	※
6	I	013	局所陰圧閉鎖処置用材料	(局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を超えて算定した場合。ただし、感染等により当該処置を中断した場合を除く。) 理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900005	3週間を超えて算定する理由及び医学的な根拠 (局所陰圧閉鎖処置用材料) ; *****	※
				処置開始日を記載すること。	850900002	処置開始年月日 (局所陰圧閉鎖処置用材料) ; (元号) yy"年"mm"月"dd"日"	※
7	I	015	人工鼻材料 (1) 人工鼻	(1月当たり60個を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	830900006	60個を超えて算定する医学的必要性 (人工鼻材料) ; *****	※
8	I	015	人工鼻材料 (2) 接続用材料 ① シール型	(合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	830900007	30枚を超えて算定する医学的必要性 (人工鼻材料 ((2) 接続用材料・シール型)) ; *****	※
9	I	016	体表面用電場電極 (1) 膠芽腫用	(4枚以外の枚数を算定する場合) 理由を記載すること。	830900008	4枚以外の枚数を算定する理由 (体表面用電場電極 ((1) 膠芽腫用)) ; *****	※
10	II	010	血管造影用マイクロカテーテル (3) 遠位端可動型治療用	遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900009	遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠 (血管造影用マイクロカテーテル (3) 遠位端可動型治療用) ; *****	※
11	II	010	血管造影用マイクロカテーテル (4) 気管支バルブ治療用	重症慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠を詳細に記載すること。	830900010	重症慢性閉塞性肺疾患 (COPD) 患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠 (血管造影用マイクロカテーテル (4) 気管支バルブ治療用) ; *****	※

別表V 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に規定する受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に規定する受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	特定機能病院等紹介患者受入加算を算定した場合	特紹受	「初診」欄
18	A.000	電子的診療情報連携体制整備加算1を算定した場合	電情1	「初診」欄
19	A.000	電子的診療情報連携体制整備加算2を算定した場合	電情2	「初診」欄
20	A.000	電子的診療情報連携体制整備加算3を算定した場合	電情3	「初診」欄
21	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
22	A.001	再診料の注2に規定する受結率が低い保険医療機関の場合	再妥減	「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	複再	「再診」欄
24	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に規定する受結率が低い保険医療機関の場合）	複再妥減	「再診」欄
25	A.001	夜間・早朝等加算を算定した場合	夜早	「再診」欄
26	A.001	時間外対応体制加算1を算定した場合	時外1	「再診」欄
27	A.001	時間外対応体制加算2を算定した場合	時外2	「再診」欄
28	A.001	時間外対応体制加算3を算定した場合	時外3	「再診」欄
29	A.001	時間外対応体制加算4を算定した場合	時外4	「再診」欄
30	A.001	明細書発行体制等加算を算定した場合	明	「再診」欄
31	A.001	地域包括診療加算1（認知症を有する患者等の場合）を算定した場合	再包1認	「再診」欄
32	A.001	地域包括診療加算1（その他の慢性疾患等を有する患者の場合）を算定した場合	再包1慢	「再診」欄
33	A.001	地域包括診療加算2（認知症を有する患者等の場合）を算定した場合	再包2認	「再診」欄
34	A.001	地域包括診療加算2（その他の慢性疾患等を有する患者の場合）を算定した場合	再包2慢	「再診」欄
35	A.001	外来データ提出加算を算定した場合	再外デ	「再診」欄
36	A.001	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
37	A.001	外来感染対策向上加算を算定した場合	再感	「再診」欄
38	A.001	発熱患者等対応加算を算定した場合	再熱対	「再診」欄
39	A.001	連携強化加算を算定した場合	再連	「再診」欄
40	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
41	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
42	A.001 A.002	時間外加算の特例を算定した場合	特	「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夜間加算の特例を算定した場合	小特夜	「再診」欄
44	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
45	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
46	A.001 A.002	電子的診療情報連携体制整備加算を算定した場合	電情再	「再診」欄
47	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
48	A.002	情報通信機器を用いた外来診療を行った場合	情外	「再診」欄
49	A.002	外来診療料の注2又は注3に規定する紹介率等が低い保険医療機関の場合	外診減	「再診」欄
50	A.002	外来診療料の注4に規定する受結率が低い保険医療機関の場合	外診妥減	「再診」欄
51	A.002	外来診療料の注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	複外診	「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（歯科診療録にあつては「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「被保険者資格に係る記号・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 「被保険者資格に係る情報」欄の「記号・番号」欄（処方箋にあつては，「被保険者資格に係る記号・番号」欄）について

健康保険資格確認書、国民健康資格確認書、船員保険資格確認書、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「資格確認書等」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、資格確認書等の「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、後期高齢者医療資格確認書の「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 「被保険者資格に係る情報」欄の「有効期限」欄について

資格確認書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6年4月22日付保発0422第2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 8. 3.27 保医発 0327 2)

「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, 周知徹底を図られたい。

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405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

次に掲げるものを除き, 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資格確認書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

次に掲げるものを除き, 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。なお, 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療養に要する費用の額の算定方法(平成20年厚

〈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
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	538
ア	
アイザベイ硝子体内注射液 20mg/mL	538
アイモビーグ皮下注 70mg ペン	538
アキラルックス点滴静注 250mg	538
アクイプタ錠 10mg, 同錠 30mg 及び同錠 60mg	539
アクトヒブ	539
アコファイド錠 100mg	539
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	539
アドセトリス点滴静注用 50mg	540
アドトラザ皮下注 150mg シリンジ及び同皮下注 300mg ペン	540
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」	540
アベクマ点滴静注	540
アムヴトラ皮下注 25mg シリンジ	541
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%	541
アリッサ配合錠	541
アルンプリグ錠 30mg 及び同錠 90mg	541
アレセンサカプセル 150mg	541
アロフィセル注	542
イ	
イエスカルタ点滴静注	542
イデルピオン静注用 50, 同 500, 同 1000, 同 2000 及び同 3500	542
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	542
イブトロジーカプセル 200mg	543
イブランス錠 25mg 及び同錠 125mg	543
イベニティ皮下注 105mg シリンジ	543
イミフィンジ点滴静注 120mg 及び同点滴静注 500mg	543

医薬品	頁
イラリス皮下注射液 150mg	546
ウ	
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	546
ヴァンフリタ錠 17.7mg 及び同錠 26.5mg	546
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, 同皮下注 2.4mg S D, 同皮下注 0.25mg ペン 1.0 MD, 同皮下注 0.5mg ペン 2.0 MD, 同皮下注 1.0mg ペン 4.0 MD, 同皮下注ウゴービ皮下注 1.7mg ペン 6.8 MD 及び同皮下注 2.4mg ペン 9.6 MD	546
エ	
エキシデンサー皮下注 100mg シリンジ及びエキシデンサー皮下注 100mg ペン	548
エクロックゲル 5%	549
エスポー皮下用 24000 シリンジ	549
エスワントイホウ配合OD錠T 20 及び同配合OD錠T 25	549
エドルミズ錠 50mg	549
エフィエント錠 2.5mg 及び同錠 3.75mg	549
エブリスディドライシロップ 60mg 及び同錠 5mg	550
エポジン注シリンジ 1500, 同 3000	550
エポジン皮下注シリンジ 24000	550
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	550
エムパベリ皮下注 1080mg	550
エレビジス点滴静注	551
エンハーツ点滴静注用 100mg	551
エンレスト錠 50mg, 同錠 100mg 及び同錠 200mg	551
オ	
オータイロカプセル 40mg 及び同カプセル 160mg	552
オブジーポ点滴静注 20mg, 同点滴静注 100mg, 同点滴静注 120mg 及び同点滴静注 240mg	552
オルプロリクス静注用 250	559

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

- 以下の診療については、健康保険の給付の対象とする。
 - H Bs抗原検査陽性妊婦に対するH Be抗原検査
 - H Bs抗原陽性妊婦から生まれた乳児に対する抗H Bs人免疫グロブリン注射、沈降B型肝炎ワクチン注射及びH Bs抗原抗体検査
 - (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H Be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H Be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H Bs人免疫グロブリン注射、沈降B型肝炎ワクチン注射、H Bs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。

- 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「H Bs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H Bs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）

アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL

- ◇ 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「眼底自発蛍光検査や眼底三次元画像解析を用いて、投与開始時に加えて投与中には定期的に地図状萎縮の中心窩への拡大の有無を評価した上で、治療上の有益性と危険性を十分に勘案し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。」とされており、その他の注意において、「地図状萎縮の中心窩への拡大が認められた被験者では、持続性視力喪失のハザード比の点推定値において、本剤群とシャム群の間に差は認められなかった。」とされているので、地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、当該評価の結果を記載する。

（令 7.11.11 保医発 1111 6）

アイモビーグ皮下注70mgペン

- 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）

アキラルックス点滴静注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）

アクイブタ錠10mg, 同錠30mg及び同錠60mg

- 1 本製剤の効能又は効果に関連する注意において「十分な診察を実施し、前兆のある又は前兆のない片頭痛の発作が月に複数回以上発現している、又は慢性片頭痛であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。」とされており、反復性片頭痛患者を対象とした国内第Ⅱ／Ⅲ相試験では、「月間片頭痛日数（MMD）が4日以上、月間頭痛日数（MHD）が15日未満」の患者が対象とされており、慢性片頭痛患者を対象とした国際共同第Ⅲ相試験では、「MMDが8日以上、MHDが15日以上」の患者が対象とされていることから、使用に当たっては十分留意し、本製剤の投与開始前の月間片頭痛日数の平均を診療報酬明細書の摘要欄に記載する。
- 2 本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「本剤投与開始後3カ月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。」とされているので、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 8. 4. 14 保医発 0414 1)

アクトヒブ

- ◇ 本製剤は、ペグセタコプラシド又はイブタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用した場合に限り算定できるものである。ペグセタコプラシド又はイブタコパン塩酸塩水和物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又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く）。

(令 5. 8. 29 保医発 0829 6)

(最終改正；令 6. 8. 14 保医発 0814 7)

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「上部消化管内視鏡検査等により、胃癌等の悪性疾患を含む器質的疾患を除外すること」とされているので、器質的疾患を有する場合には算定できないものである。また、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摘要欄に記入する。

なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載する。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。

(平25. 5. 24 保医発 0524 4)

(最終改正；平30. 3. 26 保医発 0326 8)

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

- 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行っている患者であり、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、4週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（3回投与後）、12週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（1回投与後）又は6ヶ月（2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。