

レセプト作成テキストブック

〔医 科〕

点数表の基本とレセプト記載の原則

令和 7 年 4 月版

も く じ

参考資料1	医療保険制度一覧
参考資料2	公費負担医療制度一覧
参考資料3	入院時食事療養・入院 時生活療養
参考資料4	自己負担限度額

第1章

保険請求事務の基礎知識

1	保険請求事務とは	16
(1)	保険請求事務とは	16
(2)	保険請求事務の流れ	17
2	医療保険とは	18
(1)	医療保険のしくみ	18
(2)	医療保険制度のあらまし	19
3	窓口事務とは	24
(1)	受給資格の確認	24
(2)	資格情報等の取り扱い	25
(3)	患者負担金の徴収	27
(4)	入院時食事療養の 食事療養標準負担額の徴収	28
(5)	入院時生活療養の 生活療養標準負担額の徴収	28
(6)	証明書等の発行	28
(7)	領収証等の交付	28
4	医療費のしくみ	29
(1)	診療報酬の決め方	29
(2)	診療報酬点数表とは	29
5	診療報酬の請求から支払いまで	31
(1)	診療報酬請求事務	31
(2)	診療報酬の請求	38

(3)	支払基金(社会保険診療報酬支払基金) …	38
(4)	国保連合会(国民健康保険団体連合会) …	38
(5)	請求に誤りがあったとき ……	38

第2章 基本診療料

1	初・再診料	42
(1)	初診料	44
1)	初診料	47
	算定練習	52
	留意事項	53
	レセプトの記載要領	54
	レセプト記載	55
(2)	再診料	57
1)	再診料	58
2)	外来診療料	62
	算定練習	64
	留意事項	67
	レセプトの記載要領	68
	レセプト記載	69
2	入院料等	73
(1)	入院基本料	74
(2)	入院基本料等加算	84
(3)	特定入院料	90
(4)	短期滞在手術等基本料	96
	入院時食事療養及び入院時生活療養	99
(1)	入院時食事療養費	99
(2)	入院時生活療養費	100
	入院料の算定練習	102
	入院料の留意事項	104
	入院料のレセプト記載	106

第3章 特掲診療料

1 医学管理等 114

- (1) 特定疾患療養管理料 116
- (2) 特定疾患治療管理料 119
- (3) 包括算定の医学管理料等 139
- (4) その他の医学管理料等 145
 - 算定練習 153
 - レセプトの記載要領 155
 - レセプト記載 155

2 在宅医療 158

- (1) 在宅患者診療・指導料 160
- (2) 在宅療養指導管理料 182
 - 算定練習 199
 - レセプトの記載要領 202
 - レセプト記載 205

3 検 査 208

- (1) 検体検査料 211
- (2) 生体検査料 232
- (3) 診断穿刺・検体採取料 246
 - 算定練習 247
 - レセプトの記載要領 252
 - レセプト記載 253

4 画像診断 258

- (1) エックス線診断料 260
- (2) 核医学診断料 271
- (3) コンピューター断層撮影診断料 274
 - 算定練習 279
 - 留意事項 281
 - レセプトの記載要領 282
 - レセプト記載 283

5 投 薬 285

- (1) 薬剤料 286
- (2) 調剤料 291

(3) 処方料 292

(4) 調剤技術基本料 294

(5) 処方箋料 296

算定練習 299

留意事項 302

レセプトの記載要領 303

レセプト記載 305

6 注 射 308

(1) 注射実施料 309

(2) 注射薬剤料 313

(3) 特定保険医療材料料 315

留意事項 319

算定練習 320

レセプトの記載要領 323

レセプト記載 324

7 リハビリテーション 328

(1) 疾患別リハビリテーション料 330

(2) その他のリハビリテーション料 334

算定練習 338

レセプトの記載要領 339

レセプト記載 339

8 精神科専門療法 341

(1) 精神科専門療法料 342

算定練習 347

レセプトの記載要領 348

レセプト記載 349

9 処 置 350

点数算定 353

算定練習 365

留意事項 367

レセプトの記載要領 368

レセプト記載 370

10手術(手術・輸血)..... 372

- (1) 手術料 372
 - 点数算定 379
- (2) 輸血料 381
 - 点数算定 382
 - 留意事項 384
- (3) 手術医療機器等加算 385

11麻 酔 386

- 点数算定 389
- 留意事項 394
- 手術・麻酔の算定練習 395
- 手術・麻酔のレセプトの記載要領 ... 397
- 手術・麻酔のレセプト記載 400

12放射線治療 403

- 点数算定 403
- レセプトの記載要領 406

13病理診断 407

- (1) 病理標本作製料 407
- (2) 病理診断・判断料 410
 - 算定練習 411
 - レセプトの記載要領 412
 - レセプト記載 412

14その他 413

第4章 レセプト作成

1レセプト作成について ... 416

- (1) 外来レセプト作成について ... 416
- (2) 入院レセプト作成について ... 418
- (3) 後期高齢者レセプト作成について 420

2レセプト作成 421

- 薬価一覧表 421
 - (外来カルテ)

- 例1 慢性気管支炎(主)、帯状疱疹 422
- 例2 急性胃腸炎(主)、右手関節捻挫(主)、
右膝打撲 424
- 例3 1型糖尿病(主)、胃潰瘍(主)、
突発性腰痛症(主) 426
- 例4 高血圧症(主)、脳梗塞後遺症、感冒
※後期高齢者医療 428
- 例5 尋常性乾癬(主)、腰部脊柱管狭窄症(主)、
右変形性股関節症の疑い 430
- 例6 右下腿部裂創(主)、右肩、右上腕部打撲、
急性上気道炎(主) 432
- 例7 右高血圧性脳内出血(主)、高血圧症(主)、
網膜静脈閉塞症(右)(主) 434
- 例8 大腸ポリープ(主)、大腸癌の疑い
..... 436
 - (入院カルテ)
- 例9 卵巣腫瘍の疑い、卵巣癌(主) 438
- 例10 左腎癌(主) 441

3模範解答(レセプト)

- 例1～例10 444

4解説・会計欄

- 例1～例10 456

付録

診療報酬明細書の記載要領等

- 診療行為名称等の略号(医科・抜粋)
- 摘要欄への記載事項等(医科・抜粋)
..... 485

参考資料 1 医療保険制度一覧

〈1〉 保険者・対象者・給付率等一覧

		保 険 者	対 象 者	医 療 給 付				入院時食事・生活療養費
				本人給付率		家族給付率		
健康保険	協会管掌健康保険	全国健康保険協会	一般被用者及びその家族	70歳未満	7割	義務教育就学前 義務教育就学後 70歳未満	8割 7割	
	組合管掌健康保険	各健康保険組合（特定健康保険組合）	一般被用者及びその家族（特例退職被保険者及びその家族）	70歳以上	8割（現役並み所得者7割）	70歳以上	8割（現役並み所得者の被扶養者7割）	
	日雇特例被保険者の保険	全国健康保険協会	日雇労働者及びその家族	70歳未満	7割	義務教育就学前 義務教育就学後 70歳未満	8割 7割	
				70歳以上	8割（現役並み所得者の特別療養費は7割）	70歳以上	8割（現役並み所得者の被扶養者における特別療養費は7割）	
船員保険		全国健康保険協会	船員及びその家族	協会管掌健康保険に同じ				「食事療養・生活療養の費用の額算定表」で定める額から標準負担額を控除した額
共済組合等	国家公務員共済組合	各省庁共済組合（特定共済組合）	国家公務員及びその家族（特例退職組合員及びその家族）					
	地方公務員等共済組合	各地方公務員等共済組合（特定共済組合）	地方公務員及びその家族（特例退職組合員及びその家族）					
	私立学校教職員共済	日本私立学校振興・共済事業団	私立学校の教職員及びその家族（特例退職加入者及びその家族）					
国民健康保険		都道府県及び各市町村（特別区） 各国民健康保険組合	被用者保険に加入していない一般住民	70歳未満	7割	義務教育就学前 義務教育就学後 70歳未満	8割 7割	
				70歳以上	8割（現役並み所得者7割）	70歳以上	8割（現役並み所得者7割）	
後期高齢者医療		各後期高齢者医療広域連合	75歳以上の人及び65歳以上の一定の障害の状態にある人	9割（現役並み所得者7割）*				

備考 「義務教育就学前」とは、6歳到達日（誕生日の前日）以後の最初の3月31日までが該当。

「70歳以上」とは、70歳到達日(誕生日の前日)が属する月の翌月から該当し、後期高齢者医療の被保険者を除く。

「75歳以上」とは、75歳の誕生日から該当し、「65歳以上の一定の障害の状態」とは、障害認定日から該当。

※ 令和4年10月1日から、9割給付該当者のうち一定所得以上の人は、8割給付。

〈2〉医療給付一覧

		医		療
		一部負担金（自己負担額）		高額療養費
健康保険	協会管掌健康保険	70歳未満	医療費の3割（義務教育就学前は2割） 食事療養を受けた場合は食事療養標準負担額1食510円（難病患者等は300円、低所得者は直近12月以内の入院日数90日以内は1食240円、90日超は1食190円） なお、65歳以上の人が療養病床に入院した場合は、上記の食事療養標準負担額に代えて、1日当たり光熱水費相当額＋1食当たり食費相当額の生活療養標準負担額（所得区分等により設定）を負担	自己負担額（標準負担額を除く）が1か月に所得区分に応じた自己負担限度額（高額療養費算定基準額）を超えた場合、超えた額を支給する。 ①世帯合算（70歳未満のみの世帯は21,000円以上の負担を合算し、70歳以上のみの世帯はすべての負担を合算して、それぞれの自己負担限度額を超えた場合に、超えた額を支給。70歳未満の人と70歳以上の人がいる世帯の場合は、70歳未満の21,000円以上の負担と、70歳以上のすべての負担を合算し70歳未満の自己負担限度額を超えた場合、超えた額を支給） ②多数回該当世帯の負担軽減（以前12か月間に高額療養費の支給が3月以上あるときは、4月日以降の自己負担限度額を軽減） ③70歳以上の高額療養費（外来のみですべての負担が個人単位で自己負担限度額を超えた場合、超えた額を支給（現役並み所得者を除く）） ④高額療養費の現物給付（同一保険医療機関での負担が、自己負担限度額を超えた場合、超えた分を現物給付） ⑤高額長期疾病の特例：特定疾病（人工腎臓を実施している慢性腎不全患者、血漿分画製剤を投与している血友病（先天性血液凝固因子障害）のうち第Ⅷ・Ⅸ因子障害、抗ウイルス剤を投与している後天性免疫不全症候群）の場合の自己負担限度額は10,000円（慢性腎不全患者のうち70歳未満の標準報酬月額53万円以上の人とその被扶養者は20,000円） 【高額医療・高額介護合算療養費】 毎年8月～翌年7月の12か月間に、医療保険または後期高齢者医療の自己負担額と介護保険の自己負担額を合計した額（高額療養費または高額介護サービス費等が支給される場合は、それを控除した額）が、自己負担限度額（介護合算算定基準額、医療合算算定基準額）を超えた場合、超えた額を支給する
		70歳以上	医療費の2割（現役並み所得者は3割） 食事療養標準負担額については、低所得者以外は1食510円、難病患者等は300円、低所得Ⅱは70歳未満の低所得者と同じ、低所得Ⅰは1食110円 生活療養標準負担額については、70歳未満と同じ	
	日雇特例被保険者の保険	70歳未満	協会管掌健康保険に同じ（ただし、特別療養費の場合は医療費の3割）	
		70歳以上	協会管掌健康保険に同じ（ただし、現役並み所得者の特別療養費の場合は医療費の3割）	
	船員保険		協会管掌健康保険に同じ（ただし、下船後の療養補償に相当する療養の給付を受ける場合は不要）	
共済組合等	国家公務員共済組合	協会管掌健康保険に同じ（ただし、船員組合員の下船後の療養補償に相当する療養の給付を受ける場合は不要）		
	地方公務員等共済組合			
	私立学校教職員共済			
国民健康保険	70歳未満	医療費の3割（義務教育就学前は2割）（条例・規約により軽減） 標準負担額については協会管掌健康保険に同じ		
	70歳以上	医療費の2割（現役並み所得者は3割）（条例・規約により軽減） 標準負担額については協会管掌健康保険に同じ		
後期高齢者医療		医療費の1割（現役並み所得者は3割）※ ¹ 標準負担額については協会管掌健康保険に同じ		原則上記の70歳以上に同じ。ただし、後期高齢者医療の被保険者とそれ以外の人との世帯合算はない

* 令和5年4月から、保険医療機関・薬局はオンライン資格確認の導入が原則義務付けられています。なお、被保険者する仕組みに移行しています。

*1 令和4年10月から、1割負担該当者のうち一定所得以上の人については、一部負担金の割合が2割になっています。

*2 令和4年10月から、紹介受診重点医療機関（医療資源を重点的に活用する外来を地域で基幹的に担う医療機関）の

給 付	
医 療 給 付 の 内 容	給 付 期 間
<p>業務上・通勤災害以外の病気・けが（マイナ保険証を利用しない場合）</p> <p>①療養の給付——健康保険を扱っている保険医療機関に資格確認書等を提示すれば、診察・治療・薬の支給・入院など必要な医療の給付が受けられる。70歳以上の人は高齢受給者証も併せて提示。提示しなかった場合は3割負担になる。</p> <p>②入院時食事療養費・入院時生活療養費——入院中の食事については、食事療養の費用額算定表に定める額から標準負担額を除いた部分が現物給付される。標準負担額が減額される人は、限度額適用・標準負担額減額認定証を資格確認書等とともに（70歳以上の人は高齢受給者証も）保険医療機関の窓口に表示する。なお、特別メニューの食事を希望した場合、特別料金は自費負担となる。また、65歳以上の患者が療養病床に入院した場合は、入院中の食事と生活環境の提供について、食事療養・生活療養の費用額算定表に定める額から、標準負担額を除いた部分が現物給付される。減額対象者の取扱い等は入院時食事療養費の場合と同様。</p> <p>③保険外併用療養費——＜選定療養＞4人部屋以下の特別室への入院（特別の療養環境）、入院の必要性が低い人の180日を超える入院、予約診察、希望による時間外診療などは、基礎部分は保険外併用療養費として現物給付、別に特別料金を自費負担。また、200床以上の病院での紹介なし初診や200床未満の保険医療機関に紹介されたのに200床以上の病院で再診を受けた場合も、特別料金を自費負担（特定機能病院や一般病床数200床以上の地域医療支援病院は、特別料金の徴収は義務化^{*2}）。＜評価療養＞先進医療を受けたときは、診察・投薬・入院料など厚生労働大臣の認める基礎部分は保険外併用療養費として現物給付、先進医療部分は自費負担。＜患者申出療養＞患者の申出に基づいて先進的な医療を受けたときは、基礎部分は保険外併用療養費として現物給付、患者申出療養独自の部分は自費負担。</p> <p>④療養費——やむを得ない事情で非保険医にかかったとき、国外で医療を受けたとき、あるいは輸血の生血代やコルセットの代金等は、保険者の承認を得ればあとで払い戻しを受けられる。</p> <p>⑤訪問看護療養費・家族訪問看護療養費——かかりつけ医の指示を受け訪問看護ステーションから派遣された看護師等から、在宅の末期がん患者・難病患者等が療養上の世話等を受けた場合は、その費用から基本利用料を控除した部分が現物給付される。なお、基本利用料は、一部負担金（自己負担額）と同様、年齢・所得の区分により費用の1割～3割。</p>	<p>治るまで。資格喪失後に日雇特例被保険者（被扶養者）になったときは資格喪失後6か月以内（特別療養給付）。</p> <p>①一般療養 給付を受け始めてから1年（結核性疾患は5年）以内。 ②特別療養費 被保険者手帳交付日の属する月の初日から3か月（交付日が月の初日の場合は2か月）。</p>
健康保険に同じ	協会管掌健康保険に同じ
健康保険に同じ	協会管掌健康保険に同じ
健康保険に同じ（ただし、職務上外・通勤災害の区別はない。）	治るまで。
原則、健康保険の70歳以上に同じ	

証については令和6年12月2日から、被保険者証としての利用登録を行ったマイナンバーカード（マイナ保険証）を利用

うち一般病床200床以上の病院についても義務化されています。

		現 金			
		傷病手当金	出産手当金*	休業手当金	出産育児一時金
健康保険	協会健康保険	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の30分の1×2/3	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の30分の1×2/3 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から 出産日後56日まで	—	1児につき 500,000円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円） ^{※1}
	組合健康保険	1.5年分			
	日雇特例被保険者の保険	1日につき 最大月間標準賃金日額総額× $\frac{1}{45}$ 6月（結核性1.5年）分	1日につき 最大月間標準賃金日額総額× $\frac{1}{45}$ 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から 出産日後56日まで		
船員保険		1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の30分の1×2/3 3年分	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の30分の1×2/3 出産日以前に職務に服さなかった期間分と 出産日後56日まで	1日目から3日目まで 標準報酬日額の全額 4日目以降4月以内 標準報酬日額×0.4 （療養開始日から起算して1.5年以降は別途規定あり）	
共済組合等	国家公務員共済組合	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬の月額平均額の22分の1×2/3 1.5年（結核性3年）分	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬の月額平均額の22分の1×2/3 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から 出産日後56日まで	1日につき 標準報酬の日額×0.5	1児につき 500,000円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円）
	地方公務員等共済組合	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬の月額平均額の22分の1×2/3 1.5年（結核性3年）分	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬の月額平均額の22分の1×2/3 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から 出産日後56日まで	1日につき 標準報酬の日額×0.5	1児につき 500,000円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円）
	私立学校教職員共済	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の22分の1×0.8 1.5年（結核性3年）分	1日につき 支給開始日が属する月以前の直近12月間の標準報酬月額平均額の22分の1×0.8 出産日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から 出産日後56日まで	1日につき 標準報酬日額×0.6	1児につき 500,000円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円）
国民健康保険		（任意給付）	（任意給付）	—	条例・規約の定めるところによる。
後期高齢者医療		（任意給付）	—	—	—

* 出産（分べん）が予定日よりおくれた場合は出産予定日以前42日（多胎妊娠の場合98日）から出産日後56日までとなる

※1 令和5年4月から、支給額は420,000（408,000）円から500,000（488,000）円へ増額されています。

給		付		備 考
家族出産育児一時金	移送費（家族移送費）	埋葬料（費）	家族埋葬料	
1 児につき 500,000円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円)	最も経済的な通常の経路及び方法により移送された場合の費用に基づき算定した額の範囲内での実費	50,000円	50,000円	—
				付加給付あり
		50,000円		—
		50,000円	50,000円	付加給付あり
1 児につき 500,000円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円)		50,000円	50,000円	付加給付あり
1 児につき 500,000円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円)		50,000円	50,000円	
1 児につき 500,000円(産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産したときは488,000円)		50,000円	50,000円	
—		条例・規約の定めるところによる。	—	
—		条例の定めるところによる。	—	—

り、出産がおくれた期間分も支給される。

参考資料 2 公費負担医療制度一覧

	感染症法		結核の場合		精神保健福祉法		公害健康被害補償法	
目的	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関し必要な措置を定めることにより感染症の発生を予防、公衆衛生の向上及び増進を図る。				精神障害者の医療・保護、社会復帰促進等を行い、障害者の福祉の増進及び国民の精神保健の向上を図る。		大気汚染や水質汚濁による被害者に対する損害を填補するための補償等、被害者の迅速かつ公正な保護を図る。	
主体	政府、都道府県				政府、都道府県		都道府県、政令市	
給付内容	入院勧告又は入院措置により入院した一類感染症・二類感染症・新型インフルエンザ等感染症・新感染症の患者の医療を行う。		結核医療基準及び結核治療指針による。		健康保険と同じ。		被認定患者に対する補償給付（療養の給付及び療養費、障害補償費、遺族補償費、遺族補償一時金、児童補償手当、療養手当、葬祭料）を行う。	
医療保険等との関係	医療保険・後期高齢者医療で給付した残りの自己負担分を公費負担（新感染症については全額公費負担）。		一般患者（適正医療）の場合は、結核医療基準による医療に要した費用について、95%が公費負担の範囲だが、医保・後医給付分は負担されない（公費負担の範囲と医保・後医の給付割合の差が実際の公費負担となる）。 入院勧告・入院措置の場合は、定められた医療の全額が公費負担の範囲となるが、医保・後医給付分は負担されない（公費負担の範囲と医保・後医の給付割合の差が実際の公費負担となる）。		措置入院（法第29条）の場合は、全額が公費負担の範囲となるが、医保・後医給付分は負担されない（公費負担の範囲と医保・後医の給付割合の差が実際の公費負担となる）。		認定疾患については、全額公費負担となる。	
対象者及び対象疾患	一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症及び新感染症に罹患している患者		通院可能な結核に罹患した一般患者及び入院勧告・入院措置により入院した患者		強制的行政措置による入院が必要な患者		第一種地域 呼吸器疾患（気管支喘息等） 第二種地域 水俣病 イタイイタイ病等 慢性砒素中毒症	
療機関	厚生労働大臣又は都道府県知事が指定		厚生労働大臣又は都道府県知事が指定		指定病院		なし	
一部負担	患者や扶養義務者に費用負担の能力があるときはその限度で公費負担は行われない。		一般患者の場合は、5%の一部負担。入院勧告・入院措置の場合、同左。		患者と扶養義務者の負担能力によっては、費用徴収が行われることがある。		なし	
医療給付名	一類感染症等	28	適正医療	10	措置入院	20	公害医療	—
及び法別番号	新感染症	29	入院勧告・入院措置	11				

参考：「公害健康被害補償法」は「公害健康被害の補償等に関する法律」の略称。
 参考：特定疾患治療研究事業は新たな難病医療費助成制度が始まり、対象疾患の大部分が移行しましたが、スモン等の4つの疾患に罹患している人が対象として残っています（患者負担はなし）。

	難病法		児童福祉法		生活保護法		障害者総合支援法	
目的	難病対策を充実させ、良質・適切な医療の確保と療養生活の質の維持向上を図る。		18歳未満の児童の福祉を保障する。		貧困の程度に応じて、生活や医療等最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長する。		障害の有無にかかわらず、人格や個性を尊重し共生する社会の実現へむけて、障害者の日常生活・社会生活の総合的な支援を行う。	
主体	都道府県		政府、都道府県		政府、都道府県		市町村	
給付内容	健康保険と同じ。 支給認定期間は原則1年以内。ただし、必要に応じて更新。		【療育の給付】健康保険と同じ。 【小児慢性特定疾病医療支援】健康保険と同じ。支給認定期間は原則1年以内。ただし、必要に応じて更新。		健康保険と同じ。		健康保険と同じ。	
医療保険等との関係	医療保険・後期高齢者医療における患者負担分のうち2割を超えた部分又は難病法で定められた月額負担限度額を超えた部分を公費の対象とする。		医療保険の給付が優先し、その自己負担分が児童福祉法の給付の対象となる。		各種医療保険及び公費負担医療は生活保護法に優先するため（他法優先）、それらの適用分以外の自己負担分に生活保護法が適用される。 ただし、国民健康保険と後期高齢者医療では、生活保護を受給する日から被保険者資格を失うので、すべての医療の給付が生活保護法により行われる。		医療保険・後期高齢者医療の給付が優先し、その自己負担分が障害者総合支援法による自立支援医療の給付の対象となる。	
対象者及び対象疾患	指定難病(348疾病)の患者		【療育の給付】結核に罹患している18歳未満の入院児童 【小児慢性特定疾病医療支援】小児慢性特定疾病(858疾病)の患者で18歳未満の児童(引き続き治療が必要と認められる場合は20歳未満)		要保護者 (医療扶助)		自立支援医療 18歳以上の身体障害者 (更生医療) 原則18歳未満の身体障害児 (育成医療) 通院可能な精神障害者 (精神通院医療)	
指定医療機関	都道府県知事が指定		厚生労働大臣及び都道府県知事が指定		厚生労働大臣及び都道府県知事が指定		都道府県知事が指定	
一部負担	世帯の所得階層に応じて自己負担あり。		所得税額を基準として、その程度によって負担額が定められている。		貧困の程度による。		患者は1割を自己負担（医療保険優先で、医療保険・後期高齢者医療の自己負担割合と本法による1割負担との差額が公費負担分となる）。医療保険・後期高齢者医療の高額療養費制度における自己負担限度額が患者負担の上限。 加えて、低所得者や継続的に相当額の医療費負担が生じる人にはさらに低い上限額を設定。	
医療給付名及び法別番号	特定医療	54	療育の給付	17	医療扶助	12	更生医療	15
			小児慢性特定疾病医療支援	52			育成医療	16
			児童保護措置	53			精神通院医療	21

参考：平成20年4月から「肝炎治療特別促進事業」が実施され、B型及びC型肝炎患者のインターフェロン治療と核酸アナログ製剤治療にかかる医療費に対して助成。平成26年9月にはインターフェロンフリー治療が医療費助成。平成30年12月から「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業」が実施。

	医療観察法		戦傷病者特別援護法		原爆被爆者援護法		母子保健法	
目的	心神喪失等の状態で重大犯罪に当たる行為を行った者に対し、専門的な医療や退院後の継続的な医療を確保し、再発の防止・円滑な社会復帰を促進する。		軍人軍属であった者の公務上の傷病に対し、国家補償の精神により医療費等の支給を行う。		被爆者の健康の保持増進を図る。		母性及び乳幼児の健康の保持増進を図り、国民保健の向上に寄与する。	
主体	政府		政府		政府		政府、都道府県	
給付内容	健康保険と同じ。		健康保険とほとんど同様であるが、その他に更生医療給付、補装具支給、国立保養所への収容がある。		健康保険と同じ。		保健指導（妊娠、出産、育児関係）、健康診査（妊婦健康診査、妊婦精密健康診査、産婦健康診査、乳幼児健康診査、乳児精密健康診査、3歳児健康診査、3歳児精密健康診査）、養育医療（未熟児を指定養育医療機関に入院させ、必要な医療給付を行う）等を行う。	
医療保険等との関係	全額公費負担（患者負担なし）。		公務上と認定された傷病は、戦傷病者特別援護法が優先適用されるが、公務外の傷病については、医療保険・後期高齢者医療の給付が行われる。		原爆医療については全額公費負担となるが、一般の疾病においては医療保険・後期高齢者医療が優先適用され、本人又は家族の自己負担分について、本法による給付がなされる。		養育医療は医療保険が優先する。	
対象者及び対象疾患	医療観察が適当と裁判所が決定した者の精神障害やそれに起因した疾病に罹患した場合の合併症		戦傷病者手帳を有する軍人軍属及び準軍人、準軍属等であった者		被爆者健康手帳を有する者		未熟児	
療指定機関	厚生労働大臣が指定		厚生労働大臣の指定した病院（更生医療の場合は厚生労働大臣の委託病院）		厚生労働大臣及び都道府県知事が指定		厚生労働大臣又は都道府県知事が指定	
一部負担	なし		公務上の傷病については全額公費負担（患者負担なし）。それ以外は医療保険のみ適用。		なし		自己負担分については、都道府県又は保健所を設置する市町村が負担する。 扶養義務者等の所得税額によっては、後日負担が発生する場合あり。	
医療給付名及び別番号	医療の給付	30	療養の給付	13	認定疾病医療	18	養育医療	23
			更生医療	14	一般疾病医療	19	健康診査	—

参考：「医療観察法」は「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」の略称。

参考：「原爆被爆者援護法」は「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」の略称。

参考資料③ 入院時食事療養・入院時生活療養

〈1〉入院時食事療養費（基準額）

入院時食事療養（Ⅰ）〔要届出〕	（1日3食限度）	
入院時食事療養（Ⅰ）（1）	1食につき	690円
入院時食事療養（Ⅰ）（2）	1食につき	625円
特別食加算	（1日3食限度）	
（入院時食事療養（Ⅰ）（1）のみ）	1食につき	76円
食堂加算（療養病棟入院患者を除く）	1日につき	50円
入院時食事療養（Ⅱ）	（1日3食限度）	
入院時食事療養（Ⅱ）（1）	1食につき	556円
入院時食事療養（Ⅱ）（2）	1食につき	510円

〈2〉入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額（患者負担額）（1食につき、1日3食分を限度）

患者の区分			標準負担額
A	B、C、Dのいずれにも該当しない者		510円
B	C、Dのいずれにも該当しない指定難病患者又は小児慢性特定疾病児童等		300円
C	低所得者（70歳未満）	過去1年間の入院期間が90日以内	240円
	低所得Ⅱ（70歳以上）	過去1年間の入院期間が90日超	190円
D	低所得Ⅰ（70歳以上）		110円

平成28年3月31日において、すでに1年以上継続して精神病床に入院している患者であって、平成28年4月1日以後引き続き医療機関に入院する者の食事療養標準負担額については、当分の間、それ以前の額に据置き。なお、当該患者が平成28年4月1日以後、合併症等により一の医療機関を退院した日において他の医療機関に再入院する場合についても、この据置きは継続（再び同一日において他の医療機関に再々入院する場合も同様）

〈3〉入院時生活療養費（基準額）

入院時生活療養（Ⅰ）〔要届出〕		
(1)食事の提供たる療養		
イ 食事の提供たる療養1	1食につき（1日3食を限度）	604円
ロ 食事の提供たる療養2	1食につき（1日3食を限度）	550円
特別食加算（イのみ）	1食につき（1日3食を限度）	76円
食堂加算（療養病棟入院患者を除く）	1日につき	50円
(2)療養環境の形成たる療養	1日につき	398円
入院時生活療養（Ⅱ）		
(1)食事の提供たる療養	1食につき（1日3食を限度）	470円
(2)療養環境の形成たる療養	1日につき	398円

〈4〉入院時生活療養費に係る生活療養標準負担額

食事療養費は1食当たり （1日3食限度）、療養環境費は1日当たり		右記以外の患者		厚生労働大臣が定める患者 （医療の必要性の高い者）		指定難病患者	
		食事療養	療養環境	食事療養	療養環境	食事療養	療養環境
低所得以外		生活療養(Ⅰ) 510円 生活療養(Ⅱ) 470円	370円	生活療養(Ⅰ) 510円 生活療養(Ⅱ) 470円	370円	300円	0円
70歳未満	70歳以上						
低所得者	低所得Ⅱ	240円	370円	240円（90日超の入院は190円）	370円	240円（90日超の入院は190円）	0円
	低所得Ⅰ	140円	370円	110円	370円	110円	0円
老齢福祉年金受給者（後期高齢者医療制度のみ）		110円	0円	110円	0円	110円	0円
境界層該当者 ^注							

注 境界層該当者とは、食事療養・療養環境の負担が、1食110円+0円に減額されれば、生活保護を必要としない状態となる者をいう。

参考資料 4 自己負担限度額(1 か月につき)

〈1〉70 歳未満の所得区分と自己負担限度額

(健保は標準報酬月額、国保は年間所得額)

所得区分	適用区分	自己負担限度額〔 〕は多数回該当
年収約1,160万円以上 (健保/83万円以上、国保/901万円超)	ア	252,600円 + (かかった医療費 - 842,000円) × 1 % 〔140,100円〕
年収約770万～1,160万円 (健保/53～79万円、国保/600～901万円)	イ	167,400円 + (かかった医療費 - 558,000円) × 1 % 〔93,000円〕
年収約370万～770万円 (健保/28～50万円、国保/210～600万円)	ウ	80,100円 + (かかった医療費 - 267,000円) × 1 % 〔44,400円〕
年収約370万円以下 (健保/26万円以下、国保/210万円以下)	エ	57,600円 〔44,400円〕
低所得者 (市町村民税非課税)	オ	35,400円 〔24,600円〕

〈2〉70 歳以上 75 歳未満 (高齢受給者)、75 歳以上 (後期高齢者医療) の自己負担限度額

所得区分		適用区分	自己負担限度額 (高額療養費算定基準額)	
			個人単位 (外来)	入院 (世帯単位)
現役並み所得者Ⅲ (課税所得690万円以上)			252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1 % 〔多数回該当 140,100円〕	
現役並み所得者Ⅱ (課税所得380万円～690万円未満)		現役並みⅡ 又は 現役Ⅱ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1 % 〔多数回該当 93,000円〕	
現役並み所得者Ⅰ (課税所得145万円～380万円未満)		現役並みⅠ 又は 現役Ⅰ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1 % 〔多数回該当 44,400円〕	
一 般	(負担割合2割)	一般Ⅱ	18,000円又は配慮措置のいずれか低い額	(75歳到達月) 9,000円又は配慮措置のいずれか低い額
	(負担割合1割)	一般Ⅰ	18,000円	9,000円
低 所 得 Ⅱ		区分Ⅱ	8,000円	
低 所 得 Ⅰ		区分Ⅰ	8,000円	
			57,600円 〔多数回該当 44,400円〕	
			24,600円	
			15,000円	

※ 一般における「個人単位 (外来)」については、年間で 144,000 円が上限。
※ 「一般Ⅱ」の配慮措置は、6,000 円 + (医療費 - 30,000 円) × 0.1 で、令和 7 年 9 月までの措置。75 歳到達月は診療報酬等の合計点数が 3,000 点から 6,000 点の場合に対象。

第 1 章

保険請求事務の基礎知識

- 第 1 章では、保険請求事務の基礎を学習します。

基本的な医療保険制度から医療保険のしくみ・種類・保険診療の範囲、そして診療報酬点数表から診療報酬請求のしくみまでを学習します。

複雑な部分もありますが、全体のしくみとその流れを理解してください。

- 第 2 章・第 3 章では、医療保険の点数算定とその診療報酬明細書（レセプト）記載の基礎を学習します。

各項目の点数について医科診療報酬点数表に定められた区分番号を表示してあります。

- 第 4 章では、実際にカルテよりレセプトを作成する学習をします。

外来カルテ 8 例（後期高齢者カルテ含む）及び入院カルテ 2 例について、会計欄を作成し、レセプトを完成させます。

第 2 章及び第 3 章の参照レセプトとしてもご活用ください。

1 保険請求事務とは

学習のポイント

- 病気やけがをした際に保険を扱っている病院（保険医療機関）で治療を受ける場合、医療保険の受給資格が確認されれば、医療費の一部を支払うだけで保険診療が受けられます。保険医療機関では、診療報酬点数表、薬価基準等に基づいて計算した医療費（診療報酬）のうち患者の負担分を窓口で徴収して、残りを保険者に請求します。
- 医療保険は、病気やけがなど（保険事故）にそなえて保険料を納めておき、病気にかかったり、けがをしたときなどに医療（保険給付）を受けるものです。
- 医療保険では、保険料を納めて保険給付を受ける人を「被保険者」、保険料を徴収して保険給付を行う保険事業の経営主体を「保険者」といいます。
- 公的な医療保険は「社会保険」、「国民健康保険」及び75歳以上の後期高齢者を対象とした「後期高齢者医療」があります。制度によって保険料の負担だけでなく、患者負担の異なるものがあります。
- 社会保険（社保）は被用者保険又は職域保険、国民健康保険（国保）は地域保険ともいわれています。
- 国や地方自治体（都道府県・市区町村など）が医療費を負担する制度として、結核・精神疾患など特定の病気や特別に保護・援助を必要とする人たちを対象とした「公費負担医療制度」があります。

（1）保険請求事務とは

私たちが病気やけがをしたときは、だれでも保険による診療を受けることができます。これは、すべての国民が何らかの公的な医療保険（以下単に「医療保険」といいます）に加入しているからです。このように、だれもが保険診療を受けられる国民皆保険制度は、昭和36年に実施され、国民全体が病気やけがにそなえるシステムができあがりました。

私たちは病気やけがをしたときは、医療保険を利用すれば保険を扱っている病院や診療所（保険医療機関といいます）に医療費の一部を支払うだけで保険診療が受けられます。これは、私たちが保険料を納めて加入している医療保険の保険者（健康保険組合等）が、保険医療機関の請求により、残りの医療費を支払っているからです。

保険診療を行った診療所や病院などの保険医療機関が保険での医療費を保険者に請求するための「診療報酬請求書」及び「診療報酬明細書」を作成する仕事が保険請求事務です。



「社会保険」とは、保険的な方法によって行う社会保障制度の総称ですが、医療関係者の間では一般的に被用者保険のことを社会保険と称しておりますので、本書でもそれにならって記述しました。

(2) 保険請求事務の流れ

保険請求事務の流れとしては、まず保険医療機関が受付窓口で受給資格を確認し、その情報から必要事項を記入した診療録（「カルテ」といいます）を準備し、医師に送ります。医師は、患者の症状を聞いて診察を行い、必要に応じて検査、投薬、注射などの診療を行いカルテに記入します。

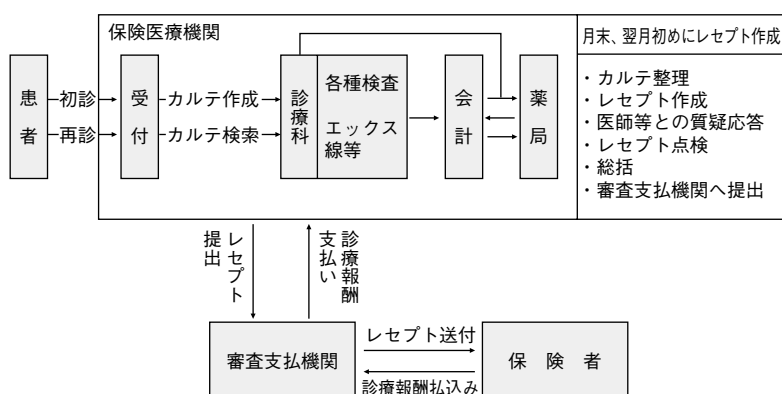
診療後カルテは会計窓口に戻りますので、医師がカルテに記入した診療行為や薬をそれぞれ診療報酬点数表や薬価基準に基づいて決められた点数で計算し、その日の診療にかかった合計点数を算出します。費用の計算は1点単価が10円なので、この合計点数に10円をかけて金額に換算します。この金額がその日の医療費となります。医療費のうち患者負担分を徴収します。

医療費の残りは、その患者が加入している医療保険の保険者に請求します。その方法は、診療にかかった医療費を1か月（暦月）単位にまとめ、入院、入院外（外来）別に、原則として1人につき1枚の診療報酬明細書（「レセプト」といいます）を作成し、診療月の翌月10日までに保険者から委託を受けた審査支払機関に提出し、そこから保険者に送付されます。したがって、医療費の残りの分も審査支払機関から支払われます。

これらの業務は、病院などの保険医療機関にとって欠くことのできない大変重要な業務です。

保険請求事務では、カルテの準備、医療費の計算、患者負担の徴収及び医療費の請求という一連の行為のなかで、医療保険制度の知識、ある程度の医学的基礎知識、正しい点数算定の知識が必要です。聞き慣れない用語も出てきますが、保険請求事務の基本をしっかりマスターしていきましょう。

保険請求事務の流れ



2 医療保険とは

(1) 医療保険のしくみ

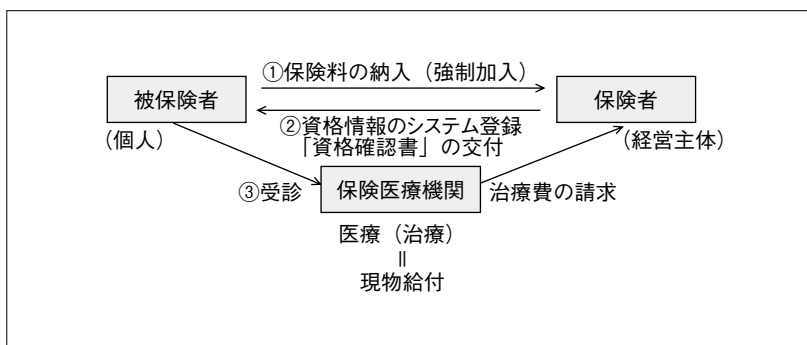
医療保険も民間の生命保険などと基本的なしくみは同じです。生命保険では、私たちは決められた保険料を生命保険会社に支払い、私たちが死亡したときに、生命保険会社から決められた保険金が支払われます。医療保険でも、私たちは病気やけがにそなえて決められた保険料を納め、病気やけがをしたときなどに、医療保険の保険者が決められた医療費（医療費の大部分）を支払ってくれます。

生命保険の大部分は、“死亡”を「保険事故」といい、支払われる保険金を「保険給付」といいます。医療保険では病院などの保険医療機関を通じて、病気やけが（保険事故）を治すのに必要な医療を現物で給付する方法（現物給付方式といいます）で保険給付が行われています。

生命保険などへの加入は、私たちの自由意思で決めることができますが、医療保険は法律によって、私たちの意思に関係なく加入しなければならないことになっています（強制加入といいます）。

私たちは医療保険に加入すると、毎月決められた保険料を納めなければなりません。保険料を納めて保険給付を受ける人を「被保険者」といい、被保険者から保険料を徴収して保険給付を行う保険事業の経営主体（全国健康保険協会、健康保険組合、後期高齢者医療広域連合、市町村など）を「保険者」といいます。

医療保険の流れ



（注）上の図は被保険者、保険者、保険医療機関との関係を分かりやすく示したもので、実際には保険医療機関と保険者の間に審査支払機関が存在します。

(2) 医療保険制度のあらまし

医療保険制度のあらましを、一覧表（5～9頁：参考資料①）にまとめました。それぞれの制度の違いは、一覧表を見て理解してください。

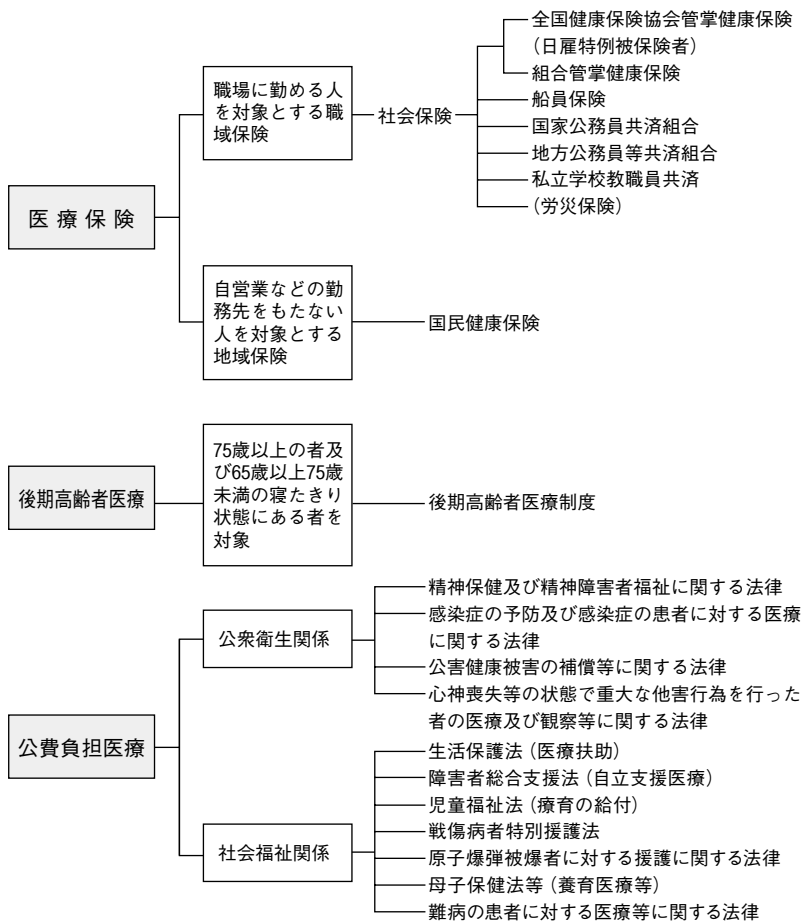
● 医療保険の種類

わが国の医療保障は、医療保険、後期高齢者医療、公費負担医療の3本柱から構成されています。（下図）

医療保険は、社会保険（社保と略称されます）と国民健康保険（国保と略称されます）の2つに大きく分けられ、職業等によりいずれかの医療保険に加入しています。

そして、75歳の誕生日から後期高齢者医療の被保険者となり、それまで加入していた社会保険や国民健康保険から除かれます。

医療保険（障）制度一覧



65歳以上75歳未満で一定の障害の状態にある人は、広域連合に申請し認定を受けた日から後期高齢者医療制度の被保険者となります。

(1)社会保険

社会保険は民間の会社や官公庁で働く人を対象にした制度で、「被用者保険＝職域保険」ともいいます。社会保険は勤め先などによって、加入する保険の種類が異なります。主に中小企業に勤める給与所得者を対象とする協会管掌健康保険（協会けんぽ）、主に大企業の給与所得者を対象とする組合管掌健康保険、日雇労働者を対象とする日雇特例被保険者の保険、船員を対象とする船員保険、官公庁や学校に勤める人を対象とする共済組合等に分けられます。このほか、厚生労働大臣の認可を受けた特定健康保険組合の退職者を対象とした特例退職被保険者制度もあります。

(2)国民健康保険

国民健康保険は、社会保険に加入していない農業や自営業などの人を対象とした制度で、「地域保険」ともいいます。主に個人で農業や自営業を営んでいる人達の保険を一般国保といいます。その中に医師や弁護士など同じ業種の人たちを対象とした、社会保険の組合健保と同じような国民健康保険組合（組合国保）というものもあります。

(3)後期高齢者医療制度

75歳以上の人及び65歳以上75歳未満で寝たきり等の一定の障害の状態にある人は、都道府県の区域ごとに設立された広域連合が行う後期高齢者医療の被保険者となります。

後期高齢者医療制度の保険者（運営団体）は、都道府県ごとにすべての市町村及び特別区が加入して設立した広域連合（後期高齢者医療広域連合）です。

これまで加入していた被用者保険又は国民健康保険から脱退し、後期高齢者医療制度に移行して、一人ひとりが保険料（都道府県後期高齢者広域連合（保険者）ごとに定める額）を支払うことになります。後期高齢者医療の被保険者となる人は、医療保険制度の被保険者（組合員等）・被扶養者から除かれます。後期高齢者医療制度の療養の給付は75歳の誕生日から行われ、給付内容は、医療保険と同じです。

(4)公費負担医療制度

国の医療保障制度の1つの柱として公費負担医療制度があります。これは、国として公衆衛生の向上を図るために特定の病気を対象として、その医療費の全部又は一部を公費で負担する制度と、医療保険の自己負担分を公費で負担する方法で、経済的弱者を救済する生活保護を中心とする公的扶助の社会福祉的なものに大きく分かれます。

● 保険者と保険の対象者

保険者とは、保険事業の経営主体のことをいいます。たとえば、協会管掌健康保険の保険者は全国健康保険協会（協会けんぽ）であり、組合管掌健康保険の保険者はそれぞれの健康保険組合です。国民健康保険は各都道府県及び市区町村又は国民健康保険組合が保険者・実施者であり、後期高齢者医療制度は各都道府県の後期高齢者医療広域連合が保険者です。



前期高齢者と
後期高齢者

高齢者医療において、65歳以上75歳未満を前期高齢者、75歳以上を後期高齢者といいます。

75歳以上については独立した「後期高齢者医療制度」の被保険者であり、前期高齢者は各保険者（健康保険又は国民健康保険）の被保険者等となります。



公費負担医療制度のあらましを、一覧表（10～12頁：参考資料②）にまとめました。参照してください。

保険の対象者は、保険料を納めている被保険者及び被扶養者です。

● 医療給付と現金給付

保険者は、被保険者から集めた保険料などを財源として、さまざまな給付を行っています。給付は、病気やけがのため医療を受けた場合（現物給付）のほか、出産や死亡の場合（8、9頁：現金給付参照）にも行われます。

● 給付率と一部負担

(1) 給付率と患者負担

医療保険（社会保険・国民健康保険）の給付率は、義務教育就学前8割、義務教育就学後、70歳未満7割、70歳以上75歳未満8割（現役並み所得者は7割）、後期高齢者医療の給付率は9割又は一定以上所得者の場合は8割（現役並み所得者は7割）です。

それぞれ給付率を差し引いた残りが患者負担（自己負担）となります。ただし、患者負担が過大になってしまった場合のために自己負担限度額が設けられ、限度額を超えてかかった費用は保険医療機関に直接、医療保険から支払われることになっています。（14頁：参考資料④を参照）

(2) 入院時食事療養費

入院時食事療養費は、入院中に提供される食事の費用のことです。保険医療機関の体制（施設基準）や提供される内容によって1食当たりの基準額が定められていて（13頁：参考資料③参照）、患者が負担する「食事療養標準負担額」を除いた額を支給するもので、現物給付により行われます。

1食当たりの食事療養標準負担額は、被保険者本人・家族とも同じ額であり、1日につき3食が限度となります（13頁：参考資料③参照）。

(3) 入院時生活療養費

療養病床に入院する65歳以上75歳未満及び後期高齢者の患者に対しては、(2)の入院時食事療養費に代えて、入院時生活療養費が支給されます（13頁：参考資料③参照）。これは、食費（食事療養）と温度・照明・給水等（療養環境）の費用について、患者が負担する「生活療養標準負担額」を除いた額を支給するもので、現物給付により行われます。

生活療養標準負担額は、1日につき、食費（1食当たり。食材料費＋調理コスト。1日3食が限度）相当と光熱水費相当（1日当たり）の合計額です。

(4) 高額療養費

保険診療に係る一部負担金等（入院時食事療養及び生活療養の標準負担額を除く）が、1か月（暦月）に、所得区分に応じた自己負担限度額（14頁：参考資料④参照）を超えた場合は、超えた額が高額療養費として保険者から支給されます。

患者が高額療養費の現物給付を受けるには、以下の認定証の内容を確認します。



後期高齢者医療は75歳の誕生日から該当し、高齢者医療（被保険者又は被扶養者が70歳）の場合は、70歳の誕生日の翌月の1日（誕生日が月の初日の場合は誕生日）から該当します。



令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間、後期高齢者医療の75歳以上の方等で2割負担となる方について、1か月の外来医療の窓口負担割合の引き上げに伴う負担増加額を3,000円までに抑える配慮措置があります（入院医療費は対象外）。

同一の医療機関・薬局等での受診については、上限額以上窓口で支払う必要はありません。（負担増加額が3,000円を超えた場合は、同月内のそれ以降の受診は1割負担になります。）そうでない場合では、1か月の負担増を3,000円までに抑えるための差額を後日高額療養費として払い戻します。

- ・低所得者（70歳未満、70歳以上）＝限度額適用・標準負担額減額認定証
※70歳以上（現役並み所得者以外）で「限度額適用・標準負担額減額認定証」の内容が確認できない場合は、所得区分は「一般」とみなされます。
- ・低所得者以外（70歳未満）、現役並み所得者Ⅰ・Ⅱ（70歳以上）＝限度額適用認定証
※70歳以上（現役並み所得者）で「限度額適用認定証」の内容が確認できない場合は、所得区分は「現役並み所得者Ⅲ」とみなされます。

(5)75歳到達月の高額療養費の自己負担限度額の特例

後期高齢者医療制度の被保険者となる75歳の誕生月の療養については、誕生日前は今まで加入していた医療保険での高額療養費の対象となり、誕生日以後は後期高齢者医療制度での高額療養費の対象となります。この場合の自己負担限度額は、特例として、両制度とも、個人単位で本来額の2分の1の額が適用されます。この特例は、被用者保険の被扶養者が、被用者保険本人の後期高齢者医療への移行にともない、国民健康保険の被保険者となった場合でも同様です。

(6)医療給付の内容

医療給付（療養の給付）については、健康保険法、高齢者医療確保法及び「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（以下「療養担当規則」といいます）などによって保険による診療の範囲や基準などが定められており、業務上・通勤災害以外の病気・けがについて必要な医療の給付が行われます。

●療養の給付の担当の範囲

健康保険法第63条及び療養担当規則第1条では、保険医療機関が担当する療養の給付の範囲として、次のものを掲げています。

- (1) 診察
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 処置、手術その他の治療
- (4) 在宅療養の際の管理、看護
- (5) 病院又は診療所への入院及び入院に伴う看護

●健康保険で受けられない診療

- (1) 業務上、通勤災害の病気・けが
- (2) 病気とみなされないもの
 - ①健康診断やそのための検査、一般的な予防注射など
 - ②正常な妊娠、出産、経済上の妊娠中絶など
 - ③隆鼻術、二重まぶたの手術等の美容整形
- (3) 特殊な薬の使用や特殊な治療法

そのほかに、「保険外併用療養費」、「療養費」、「訪問看護療養費・家族訪問看護療養費」などがあります（7頁参照）。

(7)給付期間

給付期間とは、保険給付を行う期間のことです。被保険者の資格がある間は、病気にかかったり、けがをした都度治るまで療養の給付が受けられます。

ただし、日雇特例被保険者の場合は1年（結核性疾患は5年）となってい



高額療養費を申請する月以前の直近12か月の間に高額療養費の支給を受けた月が3か月以上ある場合、4か月目からを「多数回該当」という扱いになり、自己負担額がさらに軽減されます。（14頁：参考資料④を参照）



療養の給付とは、健康保険法第63条で定める保険医療に係る給付の範囲のことです（本文の表を参照）。

ます。

(8)現金給付

現行制度における現金給付は、病気やけがなどによって会社などを休んだり、出産や死亡したときなどに一定の額を被保険者に現金で支払うものです。その場合、保険医療機関等の証明書が必要になる場合が多いので、現金給付の内容については8、9頁を参照してください。

● その他の医療保障制度

(1)労働者災害補償保険（労災保険）

労働者の業務上の災害について、迅速・公正な補償を事業主に代わって行うために、政府が保険者となって必要な医療や年金の給付を行います。

また、通勤災害についても給付が行われます。なお、保険料は事業主負担となっています。

(2)自動車損害賠償保障法（自賠責）

自動車事故によるけがや死亡に対して、損害賠償を保障する制度を確立することにより、被害者の保護を図ることを目的としています。

医療保険の被保険者が被害を受けたときは、医療保険で給付を受けられますが、その医療費を加害者に請求する権利は、被保険者に代わって保険者が持つ（代位取得といいます）ことになります。



健康保険以外の医療保険（障）については、それぞれの法律により、健康保険を準用しています。

3 窓口事務とは

(1) 受給資格の確認

保険医療機関は、患者から保険診療を求められた場合は、電子資格確認等によって、保険診療を受ける資格があるかどうかを確認しなければなりません。確認をおこたって受給資格のない患者を診療した場合は、医療保険から診療報酬は支払われません。

(1) 資格情報等の確認

電子資格確認の場合は、マイナ保険証の利用により、オンラインにより提供された資格情報から患者情報及び受給資格を確認します。保険者の情報（名称、番号等）、患者の情報（被保険者証の記号及び番号等、氏名、性別、生年月日、被保険者又は被扶養者の区別、一部負担金の割合、資格取得年月日等）、資格の有効期限などを確認し、診療録（カルテ）に反映させます。

(2) 健康保険被保険者受給資格者票

日雇特例被保険者については、その就労の特性から、被保険者証ではなく「健康保険被保険者受給資格者票」が発行されます。なお、加入後すぐに受給資格者票は交付されないため、申請により「健康保険被保険者特別療養費受給票」の交付を受け、保険診療を受けることができます。

日雇特例被保険者の保険の一般療養の給付期間は1年（結核性疾患は5年）です。特別療養費の支給は、被保険者手帳の交付を受けた月の初日から3か月間ですが、月の初日に被保険者手帳の交付を受けた者は2か月間の給付となっています。「健康保険被保険者特別療養費受給票」の最下段に有効期間が記載されていますので確認します。

(3) 減額認定証等の確認

高額療養費の自己負担限度額や入院した際の食事等の負担額について、低所得者Ⅰ・Ⅱの額が適用される場合は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が交付され、70歳以上の現役並み所得者Ⅰ・Ⅱの方については「限度額適用認定証」が交付されます。また、人工腎臓実施者など長期かつ高額治療が必要な患者については「特定疾病療養受療証」が、公費負担医療適用の場合は「受給者証」等（各制度により名称は異なる）が交付されます。自己負担額や請求先（医療費を支払うところ）が異なりますので認定証等を確認します。



重要

令和6年12月2日から健康保険証の新規発行が終了し、受給資格確認については、原則、マイナ保険証による電子資格確認が行われます。

なお、マイナ保険証を使わない場合の受診方法としては、「資格確認書」を提示する、若しくは発行済みの健康保険証（有効期限の範囲内で令和7年12月1日まで使用可）を提示することで保険診療を受けることができます。



重要

任意継続被保険者の給付期間は、2年間（その間に75歳に到達する場合は、75歳の誕生日の前日まで）。



memo

日雇特例被保険者はオンライン資格確認の対象外となります。



重要

マイナ保険証の場合には、高齢受給者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の提示は不要になります。

(2) 資格情報等の取り扱い

初診の際、電子資格確認等により受給資格の確認を行います。それ以降においても受診の都度、資格確認を行って無資格診療を防ぐことが大切です。

◎オンライン資格確認等については、社会保険研究所発行「保険診療、基本法令テキストブック」を参照

●マイナンバーカード（例）



●発行済み健康保険証（例）及び資格確認書（例）

※資格確認書は保険者によって様式・発行形態が異なります。また、有効期限は、5年以内で保険者が設定することになっています。

【健康保険被保険者証（例）】

健康保険被保険者証	(被保険者)	年 月 日交付
記号	番号	(枝番)
氏名		
性別		
生 年 月 日	年 月 日	
資格取得年月日	年 月 日	
事業所所在地		
事業所名称		
保険者所在地		
保険者番号・名称		

印

健康保険被保険者証	(被扶養者)	年 月 日交付
記号	番号	(枝番)
氏名	被保険者氏名	
性別		
生 年 月 日	年 月 日	
資格取得年月日	年 月 日	
事業所所在地		
事業所名称		
保険者所在地		
保険者番号・名称		

印

【健康保険高齢受給者証（例）】

健康保険高齢受給者証		年 月 日交付
記号	番号	(枝番)
氏名	被保険者氏名	
性別		
生 年 月 日	年 月 日	
発効年月日	年 月 日	
有効期限	年 月 日	
一部負担金の割合		
保険者所在地		
保険者番号・名称		

印

【国民健康保険被保険者証（例）】

〇〇都道府県国民健康保険被保険者証	有効期限	年 月 日
記号	番号	(枝番)
氏名	性別	
生 年 月 日	年 月 日	
適用開始年月日	年 月 日	
交付年月日	年 月 日	
世帯主氏名		
住 所		
保険者番号・名称	交付者名	

印

【国民健康保険高齢受給者証（例）】

〇〇都道府県 国民健康保険 高齢受給者証		有効期限 記号	年	月	日
		番号	(枝番)		
氏名	性別				
生 年 月 日	年	月	日		
交 付 年 月 日	年	月	日		
発 効 期 日	年	月	日		
一部負担金の割合					
世 帯 主 氏 名					
住 所					
保 険 者 番 号			交 付 者 名		
			印		

【後期高齢者医療被保険者証（例）】

後期高齢者医療被保険者証		有効期限	年	月	日
被保険者番号					
住所					
氏名	性別				
生 年 月 日	年	月	日		
資 格 取 得 年 月 日	年	月	日		
発 効 期 日	年	月	日		
交 付 年 月 日	年	月	日		
一部負担金の割合 ○割					
保 険 者 番 号			保 険 者 名		
			印		

【後期高齢者医療被保険者証（例）】

後期高齢者医療被保険者証		
有効期限		
被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	男・女
	生年月日	
資格取得年月日		
発効期日		
交付年月日		
一部負担金の割合		
保険者番号並びに保険者の名称及び印 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>		

【限度額適用認定証（例）】

後期高齢者医療限度額適用認定証		
有効期限		
交付年月日		
被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	男・女
	生年月日	
発効期日		
適用区分		
保険者番号並びに保険者の名称及び印 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>		

【限度額適用・標準負担額減額認定証（例）】

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額認定証		
有効期限		
交付年月日		
被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	男・女
	生年月日	
発効期日		
適用区分		
長期入院 該当年月日 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>		
保険者番号並びに保険者の名称及び印 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>		

【特定疾病療養受療証】

後期高齢者医療特定疾病療養受療証		
交付年月日		
認定疾病名		
被保険者番号		
被 保 険 者	住 所	
	氏 名	男・女
	生年月日	
発効期日		
保険者番号並びに保険者の名称及び印 <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 20px; margin: 5px;"></div>		

(3) 患者負担金の徴収

保険診療には一部負担金などの患者負担金が定められており、保険医療機関は必ず徴収しなければならないことになっています。したがって、保険医療機関では、外来の場合は診療のつど、入院の場合は一定の期間又は療養の区切りごとに徴収します。

なお、この患者負担金の徴収は、原則として10円未満の端数を四捨五入して、10円単位で行うことになっていますが、高額療養費が現物で給付される場合に限り、1円未満の端数を四捨五入して、1円単位で行うことになっています。

(1)医療保険の本人の一部負担金

本人（被保険者・組合員）については、医療費の一部負担金が70歳未満3割、70歳以上75歳未満2割（現役並み所得者は3割）となっています。それぞれ該当する一部負担金を窓口で徴収します。

ただし、①公費負担医療併用の場合、②限度額適用認定証（又は限度額適用・標準負担額減額認定証）の提示があった場合は、高額療養費（自己負担限度額を超えた額）が現物給付となりますので、窓口徴収はそれぞれの自己負担限度額までとなります。

(2)医療保険の家族の一部負担金

家族（被扶養者）については、保険の給付率により医療費の一部負担金が、義務教育就学前2割、義務教育就学後70歳未満3割、70歳以上75歳未満2割（現役並み所得者は3割）となっていますので、それぞれ該当の一部負担金を窓口で徴収します。上記①②の場合の取り扱いについては、被保険者本人と同じになります。

(3)後期高齢者医療制度の一部負担金

後期高齢者医療制度の被保険者の一部負担金は、1割又は2割（現役並み所得者は3割）です。上記①②の場合の取り扱いについては、被保険者本人と同じになります。

(4)特定疾病療養受療証

人工腎臓を行っている慢性腎不全の患者や血友病等の特定の病気にかかっている患者については、「特定疾病療養受療証」が交付されています。この受療証を窓口で提示した患者の自己負担限度額は、医療機関ごとに入院・入院外とも1か月に10,000円となっています。ただし、人工腎臓を実施している慢性腎不全患者のうち、70歳未満の上位所得者とその被扶養者の自己負担限度額は月20,000円です。なお、血友病等の患者の自己負担額は公費負担医療で現物給付されますので、実際には患者の自己負担はありません。



Q 入院であっても、高額療養費の現物給付がない場合には、一部負担金の徴収は10円単位になるのですか。

A そのとおりです。すなわち、一部負担金が自己負担限度額以下の場合は、高額療養費が給付されませんので、保険医療機関での徴収は10円単位となります。



公費負担医療適用の場合とは、たとえば、感染症法による「結核患者の適正医療」患者については、患者票（適用を証明するもの。制度により証明証は異なる）を提示することにより、一部負担割合は5%となります。



マイナ保険証の場合には、高齢受給者証、限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証、特定疾病療養受療証の提示は不要になります。

(4) 入院時食事療養の食事療養標準負担額の徴収

食事療養を行ったときは、被保険者、被扶養者ともに1食当たりの食事療養標準負担額を徴収します。なお、低所得者には軽減措置があります（13頁：参考資料③参照）。

(5) 入院時生活療養の生活療養標準負担額の徴収

療養病床に入院する65歳以上の高齢者に対して生活療養を行ったときは、食費として1食当たりの額、光熱水費相当として1日につきの額の合計を生活療養標準負担額として徴収します。なお、低所得者等には軽減措置があります（13頁：参考資料③参照）。

(6) 証明書等の発行

保険医療機関は、保険給付を受けるために必要な保険医の証明書、意見書等の交付を患者から求められたときは証明書等の発行が必要です。

(7) 領収証等の交付

保険医療機関等は、被保険者等から一部負担金等の支払いを受けるときは、正当な理由（1. 明細書発行の機能が付与されていないレセコンを使用、2. 自動入金機の改修が必要な場合（要届出））がない限り、個別の費用ごとに区分して記載した領収証（診療報酬点数表の各部単位で金額の内訳の分かるもの）を無償で交付しなければなりません。また、領収証を交付するときは、さらに詳細な医療費の内容が分かる明細書も無償で交付しなければなりません。

領 収 証									
患者番号		氏 名			請求期間（入院の場合）				
		様			令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日				
受診科	入・外	領収書No.	発 行 日		費 用 区 分	負担割合	本・家	区 分	
			令和 年 月 日						
保 険	初・再診料	入院料等	医学管理等	在宅医療	検 査	画像診断	投 薬		
	点	点	点	点	点	点	点		
	注 射	リハビリテーション	精神科専門療法	処 置	手 術	麻 酔	放射線治療		
	点	点	点	点	点	点	点		
	病理診断	診断群分類(DPC)	食事療養	生活療養					
	点	点	円	円					
保 険 外 負 担	評価療養・選定療養		その他		保 険		保 険 (食事・生活)		保険外負担
	(内訳)		(内訳)		合 計		円		円
					負担額		円		円
					徴収額		円		円

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都 ○○区 ○○ ○-○-○
 ○○○病院 ○○ ○○

領収印



Q 領収証とともに無償で「明細書」の発行が求められていますが、どのようなものですか。

A 医療費の算定の基礎となった項目ごとに明細が記載されているものです。具体的には、個別の診療報酬点数の算定項目が分かるものであればよいとされています。

なお、診療所において、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある場合は、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りるものとされ、明細書の交付を無償で行うことが困難であることについて正当な理由がある場合は、当分の間、有償で行うことができます。

（療養担当規則第5条の2）

診療明細書			
入院外		保険	
患者番号	氏名	受診日	
受診科			
部	項目名	点数	回数
再診 処方 検査	・外来診療科	***	1
	・処方薬科(その他)	***	1
	・生化学検査(1)	***	1
	ALP、LAP、γ-GT、CK、ChE、アミラーゼ、総蛋白、アルブミン、ビリルビン/総ビリルビン/直(10項目以上)	***	1
	・生化学的検査判断科(1)	***	1
	・B-V	***	1

4 医療費のしくみ

(1) 診療報酬の決め方

(1) 現物給付、個別出来高払方式

保険給付には、医療を受けるのに必要な金銭を支給する現金給付方式と、病気・けがを治すのに必要な医療を現物で給付する現物給付方式があります。現金給付方式では、医療に要した費用を患者がいったん保険医療機関に支払い、後でその費用を保険者に請求して払い戻しを受けます。現物給付方式では、患者が保険医療機関で医療を受け、その費用を保険者が保険医療機関に支払います。わが国では、この現物給付方式を採用しています。

保険者が保険医療機関に支払う医療費（診療報酬といいます）は、個別出来高払方式で行われています。この支払方式は、各診療行為についてそれぞれ評価を行い、実際に行った診療行為の評価額の合計額を診療報酬として支払う方式です。各診療行為の評価は診療行為の難易度などに応じて金額でなく点数で定められています。これを点数単価方式といい、現在1点単価は10円となっています。

(2) 中医協（中央社会保険医療協議会）

診療報酬は、厚生労働大臣が中央社会保険医療協議会（中医協といいます）に諮問し、その意見を聞いて定めます。中医協は、保険者、被保険者、事業主等を代表する委員7名、医師、歯科医師、薬剤師を代表する委員7名、公益を代表する委員6名で構成されています。

(2) 診療報酬点数表とは

「診療報酬点数表」は、健康保険（後期高齢者医療制度を含みます）で療養（医療）の給付として支払う各診療行為の費用を「診療報酬の算定方法」という告示によって定めたもので、保険医療機関で行う保険診療行為はすべて診療報酬点数表に基づいて点数化され、その診療行為の内容も細かく規定されています。

たとえば、初診の場合の診察料は何点、この検査をした場合は何点、この手術をした場合は何点というように、それぞれの診療行為ごとに診療報酬の点数を定めたものと理解すればよいでしょう。

健康保険以外の社会保険、国民健康保険及び公費負担医療による診療行為の診療報酬にも適用されています。

「診療報酬の算定方法」は、本文と3つの別表から構成されており、本文では、診療報酬の算定方法などが示され、点数1点の単価を10円とすることも定められています。

診療報酬点数表は「内科診療報酬点数表」（別表第1）、「歯科診療報酬点数表」（別表第2）、「調剤報酬点数表」（別表第3）となっています。



診療報酬点数表は、健康保険法第76条第2項の規定により、厚生労働大臣が告示しています。そのなかで、別表第1を「内科診療報酬点数表」、別表第2を「歯科診療報酬点数表」、別表第3を「調剤報酬点数表」と定め、算定することになっています。

本書では医科診療報酬点数表について勉強していきます。

(1)医科診療報酬点数表

医科診療報酬点数表は、第1章「基本診療料」、第2章「特掲診療料」、第3章「介護老人保健施設入所者に対する医療に係る診療料」、第4章「経過措置」で構成されています。1つ1つの診療行為は、基本診療料のみの算定か、基本診療料と特掲診療料を併せて算定することになります。

①基本診療料（本書においては第2章）

第1章の「基本診療料」は、一連の医療サービスを初診、再診、入院という基本的な医療行為の費用として、その際に行われる特掲診療料に掲げられていない簡単な診療行為の費用も一括して支払う方式で、第1部「初・再診料」と第2部「入院料等」の2区分から成り立っています。

②特掲診療料（本書においては第3章）

第2章の「特掲診療料」は、基本診療料として一括して支払うことが妥当でない特別の診療行為に対して個別的に評価を行い、個々に点数を設定したものであり、それらの診療行為を行った場合は、特に定めがある場合を除いて、個々にそれらの費用を支払う方式です。この特掲診療料は、第1部「医学管理等」、第2部「在宅医療」、第3部「検査」、第4部「画像診断」、第5部「投薬」、第6部「注射」、第7部「リハビリテーション」、第8部「精神科専門療法」、第9部「処置」、第10部「手術」、第11部「麻酔」、第12部「放射線治療」、第13部「病理診断」及び第14部「その他」の14区分から成り立っています。

③介護老人保健施設入所者に係る医療に係る診療料(本書においては省略)

第3章の「介護老人保健施設入所者に係る診療料」は、介護老人保健施設の入所者である患者に対して行った療養又は医療の給付に係る診療報酬の算定方法を定めたものです。

④経過措置（本書においては省略）

第4章の「経過措置」は、第1章「基本診療料」の規定にかかわらず、特定の診療料について算定できる保険医療機関や算定できる期間などを定めています。

(2)診療報酬点数表の実施上の留意事項

「医科診療報酬点数表」（告示）のみでは、実際に運用する場合に、その適用範囲あるいは適用条件等が必ずしも明確でないことがあります。このような点を補充するために、厚生労働省保険局医療課長より「診療報酬点数表の算定方法の制定等に伴う実施上の留意事項について」という通知が出されています。この通知は、実際に行った診療行為の費用を「診療報酬点数表」によって算定する場合の留意点について、具体的に規定したものです。したがって、それぞれの診療行為の点数を算定する際には、留意事項を十分に把握・理解しておく必要があります。この留意事項通知は、点数表制定の際に出された後も改正あるいは追加されますので注意します。



「医科診療報酬点数表」は本書では「診療報酬点数表」として略している場合もあります。

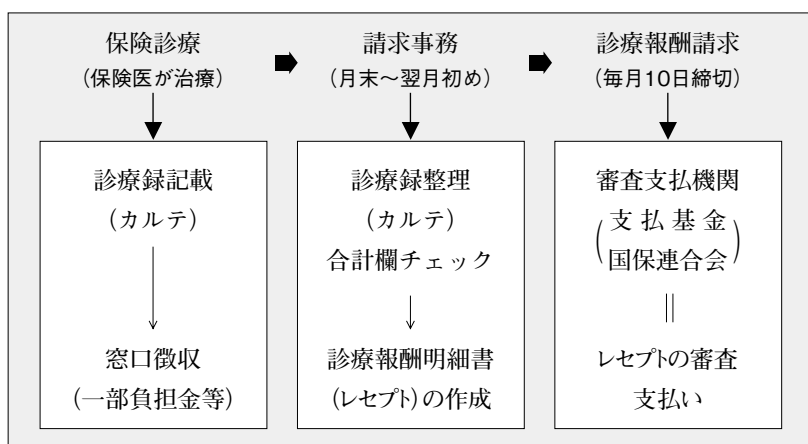
⑤ 診療報酬の請求から支払いまで

(1) 診療報酬請求事務

保険医療機関では、その診療報酬について、窓口ではその一部分しか一部負担金として徴収しません。では、残りはどこへ請求するのでしょうか。

保険者に代わって保険給付を行ったのですから、保険者へ直接請求すべきなのですが、それでは非常に事務処理が煩雑になります。そこで、請求側である保険医療機関と支払側である保険者との間に第三者的な審査支払機関が設けられております。

診療報酬請求事務は下図のような一連の流れになります。



●診療録（カルテ例）と診療報酬明細書（レセプト例）

次頁のカルテは、実際に保険医療機関における保険医の記載した診療録（カルテ）です。診療録と書かれた用紙（図1）に患者の「近石みずき」さんの保険証番号や生年月日、住所などが記載されています。

傷病名は「副鼻腔炎」です。開始が令和〇年6月2日となっており、カルテ第2面（図2）も〇.6.2で初診となっていますから、この病気で初めて来院（診療所）したものです。6月10日まで4日間の診療ですが、患者が来院するたびに会計欄（診療の点数等）（図3下段）にその日の診療内容の点数を記入し、一部負担金を徴収します。翌月（7月）の10日までに、1か月分の診療費を請求しますが、請求するための用紙は診療報酬明細書（レセプト）医科入院外（図5）又は医科入院（図6）のいずれかを使用します。（図4）は、診療録の記載内容から作成された「近石みずき」さんのレセプトです。



第三者的な審査支払機関とは、支払基金、国保連合会を指します（38、39頁参照）。

〈図1〉診療録（カルテ）第1面

診療録

公費負担者番号										保険者番号		0		1		1		3		0		0		1		2	
公費負担医療の受給者番号												被保険者資格に 係る情報		記号・番号		51424601・28 (枝番)02											
受診者	氏名	近石 みずき										有効期限		年 月 日													
	生年月日	20年		12月		22日		男		被保険者氏名		近石 明															
	住所	東京都江戸川区〇〇〇 電話 03 局 3689△△△△番										資格取得		20年		12月		22日		所在地		電話 局 番		名称		(省 略)	
	職業			被保険者 との続柄		子		所在地		(省 略)		電話 局 番		名称		全国健康保険協会東京支部											

傷病名		職務	開始	終了	転帰	診療 実日数	期間満了 予定日
1) 副鼻腔炎		上外	令和〇年 6月2日	年月日	治癒・死亡・中止	日	年月日
2)		上外	年月日	年月日	治癒・死亡・中止	日	年月日
3)		上外	年月日	年月日	治癒・死亡・中止	日	年月日
4)		上外	年月日	年月日	治癒・死亡・中止	日	年月日
5)		上外	年月日	年月日	治癒・死亡・中止	日	年月日
6)		上外	年月日	年月日	治癒・死亡・中止	日	年月日
7)		上外	年月日	年月日	治癒・死亡・中止	日	年月日
8)		上外	年月日	年月日	治癒・死亡・中止	日	年月日

傷病名	労務不能に関する意見				入院期間				
	意見書に記入した労務不能期間				意見書交付				
	自 至		日間		年 月 日		自 至		
月 日		月 日		月 日		月 日		月 日	
月 日		月 日		年 月 日		自 至		月 日	
月 日		月 日		年 月 日		自 至		月 日	

業務災害又は通勤災害の疑いのある場合は、その旨

備考											公費負担者番号													
											公費負担医療 の受給者番号													

〈図2〉診療録（カルテ）第2面

[illegible]

〈図3〉診療録（カルテ）第3面

既往症・原因・主要症状・経過等										処方・手術・処置等							
○. 6. 7 鼻閉、少しいい 咳減少										○. 6. 7 鼻処置（鼻吸引） ネブライザ （リンデロン点眼・点耳・ 点鼻液0.1% 0.5mL ベストロン耳鼻科用1% 1mL 生食（5mL 1管） 2mL RP サワシリン細粒10% 100mg 6g 分3×3日分							
○. 6. 10										○. 6. 10 鼻処置（鼻吸引） ネブライザ do							
診 療 の 点 数 等																	
種 別 月 日	初 診	再 診	薬 情	内 服	調 剤	処 方	調 基	鼻 処 置	ネ ブ ラ イ ザ	薬 剤				合 計		食事・生活療養	
														点 数	負担金 徴収額	算定額	標 準 負担額
6 2	302		4	4×5	11	42	14	16	12	16				437	1,310		
6 6		75						16	12	16				119	360		
6 7		75		4×3	11	42		16	12	16				184	550		
6 10		75						16	12	16				119	360		
計	302	225	4	32	22	84	14	64	48	64				859	2,580		

〈図4〉診療報酬明細書（レセプト）医科入院外

診療報酬明細書
(医科入院外)

令和〇年6月分

都道府県番号
医療機関コード

1	①社・国	3	後期	①単独	2	本外	8	高外
医科	2公費			22併	4六	6外	0高	7
				33併	6家		0外	

保険者番号	0	1	1	3	0	0	1	2	給付割合	10	9	8
被保険者資格に係る 記号・番号										51424601・28 (枝番)02		

氏名
近石みずき
1男②女1明2大3昭④平5令20・12・22生
職務上の事由
1職務上2下船後3月以内3通勤災害

特記事項

保険医療機関の所在地及び名称
(床)

傷病名	(1)副鼻腔炎 (2) (3)	診療開始日	(1)令和〇年6月2日 (2)年 月 日 (3)年 月 日	転帰	治療	死亡	中止	診療実日数	保険公費①公費②	4日 日 日
11	初診	時間外・休日・深夜	1回	302点	公費分点数	11	初診料 医療情報取得加算 医療DX推進体制整備加算4	302×1		
12	再診	再外来管理加算	75× × × × ×	3回 回 回 回 回	225	13	薬剤情報提供料	4×1		
13	医学管理			4		21	サワシリン細粒 10% 6.0	4×8		
14	在宅	往診 夜間 深夜・緊急 在宅患者訪問診療 その他の薬剤	回 回 回 回			40	鼻処置(鼻吸引) ネブライザー	16×4 12×4		
20	投薬	21内服薬剤 22屯服薬剤 23外用薬剤 25処方 26麻毒 27調基	11× × × 42× ×	8単位 2回 単位 単位 2回 回 回	32 22 84 14		リンデロン点眼・点耳・点鼻液0.1% ベストロン耳鼻科用1% 生食(5mL1管)	0.5mL 1mL 2mL	16×4	
30	注射	31皮下筋肉内 32静脈内 33その他	回 回 回							
40	処置	薬剤	8回	112 64						
50	手麻酔	薬剤	回							
60	検病	薬剤	回							
70	画像診断	薬剤	回							
80	その他	処方箋 薬剤	回							

保険診療の給付

請求点
859

※決定点

一部負担金額
円

減額
円

※高額療養費
円

※公費負担点数
点

※公費負担点
点