

ないこと。

イ 「保険種別 2」欄については、「保険種別 1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号のうち 1 つを○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 「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち 1 つを○で囲むこと。なお、未就学者である患者は「4」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲むこととする。なお、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「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「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、「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 高外七」(若しくは「0 高七」)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。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
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
0 高齢受給者・後期高齢者医療 7 割給付外来	0 高外 7

エ 電子計算機の場合は、以下のいずれかの方法によること。

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

(5) 「保険者番号」欄について

ア 設定された保険者番号 8 桁(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。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

(6) 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合、該当する給付割合を○で囲むか、( ) の中に給付割合を記載すること。

ただし、国民健康保険については、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

(7) 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 被保険者証等の「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄の記号及び番号を記載すること。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。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「-」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載すること。また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載することも差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えないこと。

なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載すること。

(8) 「公費負担者番号①」欄及び「公費負担者番号②」欄について

ア 調剤券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載すること（別添2「設定要領」の第2を参照）。

イ 別添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、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号①」欄に（以下「公費負担者番号①」欄に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公費負担者番号②」欄に（以下「公費負担者番号②」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）記載すること。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱うものとする。

(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

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

(10) 「氏名」欄について

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

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

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

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

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

(11) 「職務上の事由」欄について

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

なお、同一月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、それぞれ1枚の明細書の取扱いとすること。

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

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

該当するものについては、Ⅱの第3の2の(13)と同様とすること。

(13) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

ア 保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。  
また、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

イ 麻薬を調剤した場合は、麻薬小売業の免許番号を欄の下部に「麻：○○○○○○○○○号」と記載すること。

(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

処方せんを発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方せんに基づいて記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

(15) 「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方せんを発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を1の項から順番に記載すること。処方せんを発行した医師又は歯科医師の数が10人を超えた場合は、「摘要」欄に11以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。また、外来服薬支援料及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

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

(16) 「受付回数」欄について

ア 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る処方せんの

受付回数を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の処方せんの受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る処方せんの受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る処方せんの受付回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公費に係る処方せんの受付回数が第1公費に係る処方せんの受付回数と同じ場合は、第2公費に係る処方せんの受付回数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に交付された処方せんを同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は1回となること。ただし、歯科診療に係る処方せんとそれ以外の処方せんについてはこの限りでない。また、長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤、服薬情報等提供、在宅患者訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導、在宅患者緊急時等共同指導、外来服薬支援及び退院時共同指導は、受付回数としては計上しないこと。

(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は生活保護法に係る調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方せんを発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方せんを発行した医師又は歯科医師が1枚の明細書において1名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19) 「処方月日」欄について

処方せんが交付された月日を記載すること。

(20) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）ごとに調剤した医薬品名、用量（内服薬及び湯薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については、投薬全量、屯服薬については1回用量及び投薬全量）、剤形及び用法（注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。）を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、それぞれ別の欄（線により区切られた部分をいう。以下同じ。）に記載すること。

イ 異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には1欄の記載のみで差し支えないこと。

ウ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

エ 剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

オ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

(ア) 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、自家製剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算及び計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）を算定した場合

(イ) 同一処方せんにより、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であって、別剤として調剤料を算定した場合

カ 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針、自己連続携行式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット、在宅成分栄養経管栄養法に用いる在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル及び携帯型ディスポーザブル注入ポンプ）を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及び本数又はセット数を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

キ 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ク 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

ケ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(24)のウの例により「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

## (22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位（内服薬にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「\*」を付すこと。

## (23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数（内服薬及び湯薬にあつては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数）を調剤月日ごとに記載する

こと。

イ 長期投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に  $\boxed{\text{分}}$  の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、 $\boxed{\text{分}}$  に代えて「B」と記載することも差し支えないものであること。

また、後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に  $\boxed{\text{試}}$  の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、 $\boxed{\text{試}}$  に代えて「T」と記載することも差し支えないものであること。

(24) 「調剤料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた調剤料の点数を記載すること。ただし、調剤料が算定できない場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬の分割調剤を同一薬局において行う場合には、第1回目の調剤から通算した日数に対応する調剤料から前回までに請求した調剤料の点数を減じた点数を記載すること。

(25) 「薬剤料」欄について

「処方」欄の所定単位当たりの薬剤料に調剤数量を乗じて得た点数を記載すること。

(26) 「加算料」欄について

ア 嚥下困難者用製剤加算、一包化加算、麻薬・向精神薬・覚せい剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算又は無菌製剤処理加算を算定する場合は、当該欄に  $\boxed{\text{困}}$ 、 $\boxed{\text{包}}$ 、 $\boxed{\text{麻}}$ ・ $\boxed{\text{向}}$ ・ $\boxed{\text{覚原}}$ ・ $\boxed{\text{毒}}$ 、 $\boxed{\text{時}}$ 、 $\boxed{\text{休}}$ 、 $\boxed{\text{深}}$ 、 $\boxed{\text{特}}$ 、 $\boxed{\text{自}}$ 、 $\boxed{\text{計}}$ 、 $\boxed{\text{予}}$  又は  $\boxed{\text{菌}}$  の記号を付して加算点数（無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数）の合計点数を記載すること。

また、一包化加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、同加算を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に（当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの1欄にのみ）、一包化加算に係る点数を記載すること。

ただし、同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、これに該当する場合であっても、これらの加算はどちらか1欄にのみ記載すること。

イ 一包化加算については、上記アのほか、当該加算の算定対象となる剤が複数ある場合は、一包化を行った全ての剤の「加算料」欄に  $\boxed{\text{包}}$  の記号を付すこと。

ウ 調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等加算及び在宅患者調剤加算に係る点数については本欄には記載しないこと。

エ 電子計算機の場合は、 $\boxed{\text{麻}}$  等の○を省略して記載しても差し支えないこと。以下、 $\boxed{\text{麻}}$  等の記号を使用する場合について同様であること。

オ 1行で記載できない場合は、同欄において行を改めて記載しても差し支えないこと。

(27) 「公費分点数」欄について

ア 「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る調剤報酬点数を記載することとするが、

調剤報酬点数が「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険と併用される公費負担医療において、医療保険単独の処方の場合は「公費分点数」欄には、0と記載すること。なお、公費負担医療の併用の場合も同様とすること。

ウ 「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と異なる公費負担医療が2種以上あるときは、「公費分点数」欄を縦に区分し、左から順次「第1公費」、「第2公費」の順で当該公費に係る調剤報酬点数を記載すること。なお、「調剤料」欄から「加算料」欄まで並びに「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄のすべてに係る調剤報酬点数と同じ調剤報酬点数の公費負担医療がある場合は、縦に区分すること及び調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

エ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものについては、公費でないものとみなして記載すること。

(28) 「摘要」欄について

ア 介護保険に相当するサービスを行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合には、「摘要」欄に  の記号を付して居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の合計算定回数を記載すること。

イ 時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例を算定した場合は処方せんを受け付けた月日及び時間等当該加算を算定した事由が明確にわかるよう記載すること。

ウ 自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。

エ 同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方せんに係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、一包化加算、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のときはその事由を記載すること。

オ 配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合には、その理由を記載すること。

カ 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方せんの備考欄に記載されている長期投与の理由を転記すること。

キ 調剤を行っていない月に服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。

ク 在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者について、当該患者の薬学的管理指導計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、薬剤服用歴管理指導料を算定する場合には、算定日を記載すること。

ケ 訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局（以下「在宅基幹薬局」という。）に代わって連携する他の薬局（以下「サポート薬局」という。）が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患

者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付、サポート薬局名及びやむを得ない事由等を記載すること。

コ 在宅基幹薬局に代わってサポート薬局が訪問薬剤管理指導（この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。）を実施した場合であつて、処方せんが交付されていた場合は、サポート薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。

サ 長期投薬情報提供料1を算定する場合は、情報提供の対象となる調剤の年月日、投薬日数及び服薬期間中に情報提供を行った日を記載すること。長期投薬情報提供料2を算定する場合は、指導の対象となる調剤の年月日、投薬日数及び服薬期間中に指導を行った日を記載すること。

シ 外来服薬支援料を算定する場合は、服薬管理を支援した日、服薬支援に係る薬剤の処方医の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。

ス 退院時共同指導料を算定する場合は、指導日並びに共同して指導を行った保険医、看護師又は准看護師の氏名及び保険医療機関の名称を記載すること。なお、保険医等の氏名及び保険医療機関の名称については、算定対象となる患者が入院している保険医療機関とともに当該患者の退院後の在宅医療を担う保険医療機関についても記載するものであること。

セ その他請求内容について特記する必要があるればその事項を記載すること。

ソ 「摘要」欄に記載しきれない場合においては、「処方」欄下部の余白部分に必要事項を記載しても差し支えないこと。

#### (29) 「調剤基本料」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、第1公費及び第2公費に係る調剤基本料（基準調剤等の届け出を行った場合にあっては、調剤基本料に基準調剤加算1若しくは基準調剤加算2又は後発医薬品調剤体制加算1、後発医薬品調剤体制加算2若しくは後発医薬品調剤体制加算3を加算した点数。以下、調剤基本料において同じ。）に処方せん受付回数に乗じた点数、分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に5点に乗じた点数及び在宅患者調剤加算の算定回数に15点に乗じた点数を合算した点数を記載すること。

また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料について、調剤基本料の場合は「基」及び注1に該当する場合は「基注」と記載すること。さらに、在宅患者調剤加算を算定した場合は「在」の記号を付してその回数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

イ 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する調剤基本料又は加算の記号及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「調剤基本料」欄に記載すること。

#### (30) 「時間外等加算」欄について

ア 調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算若しくは時間外加算の特例又は調剤料に係る夜間・休日等加算が算定される場合は、**時**、**休**、**深**、**特**又は**夜**の記号を「保険」の項の上欄に記載すること。

イ 「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る時間外等の加算点数を記載すること。



なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

(31) 「薬学管理料」欄について

ア 「保険」の項の上欄には、算定した薬学管理料（薬学管理料の加算を含む。以下同じ。）の記号と回数を下記により記載すること。

(ア) 薬剤服用歴管理指導料を算定した場合は、その回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、重複投薬・相互作用防止加算（処方変更あり）、重複投薬・相互作用防止加算（処方変更なし）、特定薬剤管理指導加算又は乳幼児服薬指導加算を算定した場合は、薬剤服用歴管理指導料の回数の次に **麻**、**防A**、**防B**、**特管**又は**乳**の記号を付してそれぞれの回数を記載すること。

(イ) 長期投薬情報提供料1又は長期投薬情報提供料2を算定した場合は、それぞれ **長A** 又は **長B** の記号を付してその回数を記載すること。

(ウ) 外来服薬支援料を算定した場合は、**支** の記号を付してその回数を記載すること。

(エ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、**訪A**又は**訪B**の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、**訪A**又は**訪B**の回数の次に併せて **麻** の記号を付してその回数を記載すること。なお、月に2回以上算定する場合は、それぞれ算定の対象となる訪問指導を行った日を記載すること。

(オ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合は、**緊訪** の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、**緊訪** に併せて **麻** の記号を付してその回数を記載すること。

(カ) 在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、**緊共** の記号を付してその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算を算定した場合は、**緊共** に併せて **麻** の記号を付してその回数を記載すること。

(キ) 退院時共同指導料を算定した場合は、**退共** の記号を付してその回数を記載すること。

(ク) 服薬情報等提供料を算定した場合は、**服** の記号を付してその回数を記載すること。イ「保険」の項の下欄、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る薬学管理料の合計点数を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(27)のウに準じること。

ウ 本欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に算定する薬学管理料又は加算の記号及び回数を記載しても差し支えないが、合計点数は「薬学管理料」欄に記載すること。

(32) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

ア 「請求」欄には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る合計点数（「調剤報酬点数」欄、「調剤基本料」欄、「時間外等加算」欄及び「薬学管理料」欄の合計をいう。(33)において同じ。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の合計点数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載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公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えないこと。

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用

・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用

・標準負担額減額認定証又は特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾患医療受診券（特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾患医療受診券にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療に係る「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 記載することとし支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

(イ) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第5項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。

(ウ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ニ、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ニに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ニ及び同令附則第6条第1項に掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。

(エ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハ及び同令附則第2条第7項に掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ハ及び同令附則第2条第5項に掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

(オ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

(カ) 後期高齢者医療の場合で、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合は、減額後の一部負担

金の金額を記載して「円」を○で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

- エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金」の項に金額を記載するもの場合はウの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないもの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって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者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載すること。

また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用（高額療養費が現物給付された場合に限る。）の場合に10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって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者で高額療養費が現物給付化された者に係るものを除く。）と感染症法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者については、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載すること。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の2割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該2割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合は、10円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないもの場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。）を「一部負担金額」の項に記載すること。

(33) その他

- ア 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合にあつては、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載すること。

ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合であつて、現物給付化することが困難な場合を除くこと。

- イ 特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあつては、法別番号等によらず、次の記載要

領によること。

- (ア) 生活保護法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・被保険者手帳等の記号・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「公費負担者番号①」欄に、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。
  - (イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。
  - (ウ) 生活保護法に係る処方せん受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。
  - (エ) 生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。
  - (オ) 生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。
  - (カ) 生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。
  - (キ) 「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、生活保護法に係る医師番号等を記載すること。
  - (ク) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に2区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。
  - (ケ) 生活保護法に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。
- ウ 厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(38)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。
- エ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合又は「上位所得者（70歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がA又はIVであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。
- オ 「上位所得者の世帯」若しくは「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBであるもの）が提示された場合又は「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券（適用区分がB又はⅢであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。
- カ 高齢受給者（後期高齢者医療の被保険者を含む。）以外で、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がCであるもの）若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が

低所得であるもの)が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券(適用区分がC又はI若しくはIIであるもの)が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

キ 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2(4)に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合には、「特記事項」欄に「二割」と記載すること。

ク 自己負担限度額特例対象被扶養者等の場合には、「特記事項」欄に「高半」と記載すること。

ケ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者(65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者)が75歳に到達した月に療養を受けた場合(自己負担限度額が2分の1とならない場合)には、「摘要」欄に「障害」と記載すること。

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せん（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。
- 2 処方せんの用紙は、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、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法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、障害者自立支援法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（処方せんにあつては、「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、退職者医療被保険者証、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。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」（平成21年7月30日付保発0730第8号）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) 「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。
- 13 「入院期間」欄について
- 保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。
- 14 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について
- 業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。
- 15 「備考」欄について
- 保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。
- 16 「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について
- 受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。
- 17 「処方・手術・処置等」欄について
- 受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。
- 18 「診療の点数等」欄について
- (1) 「月日」欄について
- 受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。
- (2) 「種別」欄について



受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。  
なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

(3) 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

(4) 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

(5) 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

(6) 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

(7) 「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19 その他

様式第1号(1)の2及び(1)の3を一葉にまとめること、(1)の3の記載事項を上下2欄に分けること等は差し支えないこと。

第4 歯科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。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 「部位」欄について

傷病のある部位をそれぞれ記載すること。

ただし、同一傷病名のものについては、同一欄に一括して記載しても差し支えないこと。

8 「傷病名」欄について

傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載すること。

9 「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。

10 「開始」欄について

被保険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。

11 「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。

12 「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。

13 「

上
右 ———— 左
下

」欄について

- (1) 予め歯牙配列図等を印刷して差し支えないこと。
- (2) 必要がある場合、口腔診察の所見等を記載すること。

14 「〔主訴〕その他摘要」欄について

主訴及び参考となる事項を記載すること。

15 「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) 「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

16 「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

17 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

18 「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。

- 19 「月日」欄について  
受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。
- 20 「療法・処置」欄について  
受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載すること。
- 21 「点数」欄について  
受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載すること。
- 22 「負担金徴収額」欄について  
医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。
- 23 「食事療養・生活療養算定額」欄について  
受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。
- 24 「標準負担額」欄について  
食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。
- 25 その他  
「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えないこと。

## 第5 処方せんの記載上の注意事項

- 1 「患者」欄について
    - (1) 氏名  
投薬を受ける者の姓名を記載すること。
    - (2) 生年月日  
投薬を受ける者の生年月日を記載すること。
    - (3) 男・女  
投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。
    - (4) 区分  
該当するものを○で囲むこと。
  - 2 「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。
  - 3 「電話番号」欄について  
保険医療機関の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。
  - 4 「保険医氏名<sup>㊤</sup>」欄について  
処方せんを発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。
- 4の2 「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について  
「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号2桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は1を、歯科は3を記載すること。「医療機関コード」欄には、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（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第63条第3項第2号及び第3号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「9999999」の7桁を記載すること。

## 5 「交付年月日」欄について

患者に処方せんを交付した年月日を記載すること。

## 6 「処方せんの使用期間」欄について

(1) 交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。

(2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて3日以内又は交付の日を含めて4日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。  
この場合において、当該処方せんは当該年月日の当日まで有効であること。

## 7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

(1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位をも記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

(2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。

(3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。

(4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針、自己連続携行式腹膜灌流に用いる腹膜透析液交換セット、在宅中心静脈栄養法に用いる在宅中心静脈栄養用輸液セット、在宅成分栄養経管栄養法に用いる在宅寝たきり患者処置用栄養用ディスポーザブルカテーテル又は携帯型ディスポーザブル注入ポンプ）を保険薬局より支給させる場合は名称及び本数又はセット数を記載すること。

(5) 処方医が処方せんに記載した医薬品の一部又はすべてについて後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

(6) 処方医が処方せんに記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方せんに基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

(7) なお、内服薬の処方せんへの記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成22年1月29日付医政発0129第3号薬食発0129第5号）も参考にされたい。

## 8 「備考」欄について

- (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。
- (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬取締法第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。
- (3) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。
- (4) 未就学者である患者の場合は「6歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載すること。
- (5) 処方医が、処方せんに記載した医薬品について後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

## 9 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方せんに以下の事項を記載すること。

- (1) 「調剤済年月日」欄について  
処方せんが調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方せんが調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方せんに記載すること。
- (2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について  
保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。
- (3) 「保険薬剤師氏名 ㊟」欄について  
調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。
- (4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。
  - ア 処方せんを交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方せんに記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容
  - イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容

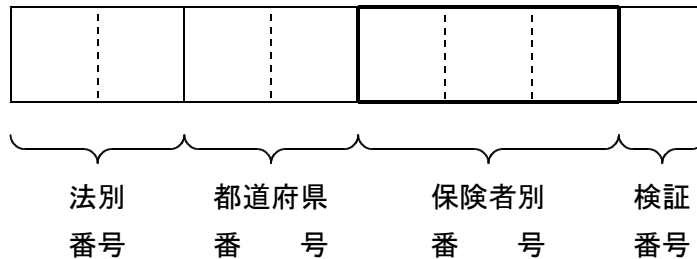
## 診療報酬請求書等一覧表

区 分		様式番号
診療報酬 請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）	様式第 1（1）
	医科、入院外（ " ）	"（2）
	歯科、入院外（ " ）	"（3）
	医科・歯科（国保の被保険者に限る）	様式第 6
	医科、歯科（後期高齢者に限る）	様式第 8
診療報酬 明細書	算定告示別表第 1（医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入院 入院外 様式第 2（1） 様式第 2（2）
	算定告示別表第 2（歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	— 様式第 3
調剤報酬 請求書	（国保の被保険者及び後期高齢者を除く） （国保の被保険者に限る） （後期高齢者に限る）	様式第 4 様式第 7 様式第 9
調剤報酬 明細書	算定告示別表第 3（調剤）	— 様式第 5

# 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

## 第1 保険者番号

- 1 保険者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。ただし、国民健康保険（退職者医療を除く。）の保険者番号については、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号3桁、検証番号1桁、計6桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表1の(1)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表2に定める番号とする。
- 4 保険者(市町村)別番号は、協会管掌健康保険にあっては協会の都道府県支部ごとに厚生労働省保険局が、船員保険にあっては厚生労働省保険局が、国民健康保険にあっては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県が、また、組合管掌健康保険にあっては健康保険組合(社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。)ごとに地方厚生(支)局が、後期高齢者医療にあっては後期高齢者医療広域連合が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあっては各主管官庁が定める番号とする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
- (1) 法別番号、都道府県番号及び保険者別番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。
- (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は、1桁目と2桁目の数字の和とする。
- (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数か0のときは検証番号を0とする。

例

法別番号	都道府県番号	保険者(市町村)別番号	
0 6	1 3	0 4 ⑧	← 起点
× ×	× ×	× × ×	

2 1 2 1 2 1 2

---

$$0 + 6 + 2 + 3 + 0 + 4 + (1 + 6) = 22$$

$$\text{○}10 - 2 = \boxed{8} \text{ ..... 検証番号}$$

- 6 保険者番号の管理は、厚生労働省保険局、都道府県知事、地方厚生（支）局、後期高齢者医療広域連合又は主管官庁において行うものとし、保険者番号の設定変更の際には、社会保険診療報酬支払基金及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。ただし、国民健康保険にあっては、都道府県知事から所在地の国民健康保険団体連合会及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとし、後期高齢者医療にあっては、後期高齢者広域連合から社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に対して速やかに連絡するものとする。

## 第2 公費負担者番号

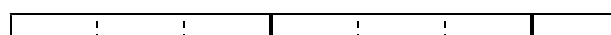
- 1 公費負担者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、実施機関番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。



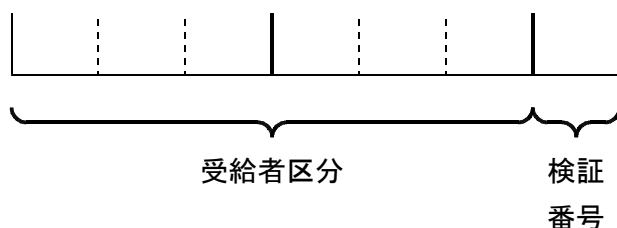
- 2 法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表1の(3)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表2に定める番号とする。
- 4 実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。
- 5 検証番号は、第1の5の例により定める。
- 6 公費負担者番号の管理は、各公費負担医療に係る第2の4の実施機関番号設定者において行うこととし、公費負担者番号の設定変更の際には、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

## 第3 公費負担医療の受給者番号

- 1 公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分6桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



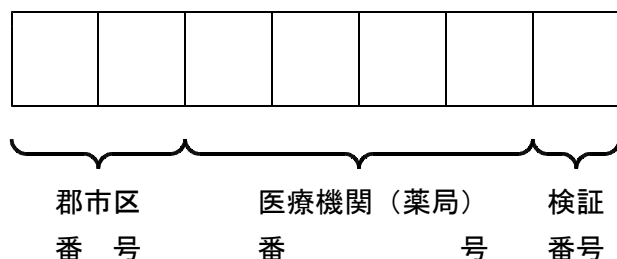




- 2 受給者区分は、各公費負担医療の受給者ごとに公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。
- 3 検証番号は、第1の5の例により定める。

#### 第4 医療機関コード及び薬局コード

- 1 医療機関コード及び薬局コード（以下「医療機関等コード」という。）は、次のように郡市区番号2桁、医療機関（薬局）番号4桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方厚生（支）局長が定めるものとする。ただし、独立行政法人国立病院機構等の各施設を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方厚生（支）局長において郡市区番号にかえて、これらを1単位とした2桁の番号を定めても差し支えないものとする。
- 3 医療機関（薬局）番号は、医療機関について、医科にあつては1,000から2,999、歯科にあつては3,000から3,999、薬局にあつては4,000から4,999の一連番号を前記2の郡市区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、4桁の医療機関（薬局）番号のうち、中2桁又は下2桁が90となる番号は欠番とするものとする。  
 なお、医科と歯科が併設される医療機関にあつては、医科、歯科それぞれの医療機関番号を定めるものとする。
- 4 同一の医療機関及び薬局において、保険医療機関、保険薬局並びに公費負担医療を担当する医療機関及び薬局のうち、2以上の指定を受けているものについては、同一の医療機関等コードを付すものとする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
  - (1) 都道府県番号、点数表番号、郡市区番号及び医療機関番号の各数に末尾の桁を起点として順次2と1を乗じる。この場合の都道府県番号は別表2に定める番号とし、また、点数表番号は医科1、歯科3、薬局4とするものとする。
  - (2) (1)で算出した積の和を求める。ただし、積が2桁となる場合は1桁目と2桁目の数字の和とするものとする。

(3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数が0のときは検証番号を0とする。

例

都道府県 番号	点数表 番号	郡市区 番号	医療機関(薬局) 番号	
3 4	1	0 7	1 2 3 ⑥	← 起点
×	×	×	×	
2 1	2	1 2	1 2 1 2	

$$6 + 4 + 2 + 0 + (1 + 4) + 1 + 4 + 3 + (1 + 2) = 28$$

$$\text{○}10 - 8 = \boxed{2} \text{ ----- 検証番号}$$

○医療機関等コード                    07、1236、2

6 医療機関等コードの管理は、地方厚生(支)局長において行うものとし、医療機関等コードの変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

## 別表 1

## 法別番号及び制度の略称表

(1)

	区 分	法別番号	制度の略称	
社 会 の 保 険  保 険 制 度	全国健康保険協会管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）	01	（協会）	
	船員保険	02	（船）	
	日雇特例被保険者 の 保 険	○一般療養（法第129条、第131条及び第140条関係）	03	（日）
		○特別療養費（法第145条関係）	04	（日 特） 又は（特）
	組管管掌健康保険	06	（組）	
	防衛省職員給与法による自衛官等の療養の給付（法第22条関係）	07	（自）	
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付	39	（高）	
	国家公務員共済組合	31	} （共）	
	地方公務員等共済組合	32		
	警察共済組合	33		
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	34		
	特定健康保険組合	63	} （退）	
	国家公務員特定共済組合	72		
	地方公務員等特定共済組合	73		
	警察特定共済組合	74		
公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団	75			

（注） 63・72～75は、特例退職被保険者、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

(2)

	区 分	法別番号
※	国民健康保険法による退職者医療	67

※ 国民健康保険制度

(3)

	区 分	法別番号	制度の略称	
公	戦傷病者特別 援護法による	○療養の給付（法第10条関係）	13	—
		○更生医療（法第20条関係）	14	—
	原子爆弾被爆者に 対する援護に関 する法律による	○認定疾病医療（法第10条関係）	18	—
	感染症の予防及び 感染症の患者に対 する医療に関する 法律による	○新感染症の患者の入院（法第37条関係）	29	—
費	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 察等に関する法律による医療の実施に係る医療の給付（法第 81条関係）	30	—	
負	感染症の予防及び 感染症の患者に対 する医療に関する 法律による	○結核患者の適正医療（法第37条の2関 係）	10	（感37の2）
		○結核患者の入院（法第37条関係）	11	（結核入院）
担	精神保健及び精神 障害者福祉に関 する法律による	○措置入院（法第29条関係）	20	（精29）
	障害者自立支援法 による	○精神通院医療（法第5条関係）	21	（精神通院）
		○更生医療（法第5条関係）	15	—
		○育成医療（法第5条関係）	16	—
医	○療養介護医療（法第70条関係）及び基 準該 当療養介護医療（法第71条関係）	24	—	
	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の8関	22	—	

療	感染症の予防及び 感染症の患者に対 する医療に関する 法律による	○一類感染症等の患者の入院(法第37条 関係)	2 8	(感 染 症 入 院)
	児童福祉法による	○療育の給付(法第20条関係)	1 7	—
		○障害児施設医療(法第24条の20関係)	7 9	—
制	原子爆弾被爆者に 対する援護に関 する法律による	○一般疾病医療費(法第18条関係)	1 9	—
	母子保健法による養育医療(法第20条関係)		2 3	—
度	特定疾患治療費、先天性血液凝固因子障害等治療費、水俣病 総合対策費の国庫補助による療養費及び研究治療費、茨城県 神栖町における有機ヒ素化合物による環境汚染及び健康被害 に係る緊急措置事業要綱による医療費及びメチル水銀の健康 影響による治療研究費		5 1	—
	肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付		3 8	—
児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療 の給付(法第21条の5関係)		5 2	—	
児童福祉法の措置等に係る医療の給付		5 3	—	
石綿による健康被害の救済に関する法律による医療費の支給 (法第4条関係)		6 6	—	
特定B型肝炎ウイルス感染症給付費等の支給に関する特別措 置法による定期検査費及び母子感染症防止医療費の支給(法 第12条第1項及び第13条第1項関係)		6 2	—	
中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の 支援に関する法律第14条第4項に規定する医療支援給付(中 国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支 援に関する法律の一部を改正する法律附則第4条第2項にお		2 5	—	

	いて準用する場合を含む。)		
	生活保護法による医療扶助（法第15条関係）	1 2	（生保）

別表 2

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	01	石川	17	岡山	33
青森	02	福井	18	広島	34
岩手	03	山梨	19	山口	35
宮城	04	長野	20	徳島	36
秋田	05	岐阜	21	香川	37
山形	06	静岡	22	愛媛	38
福島	07	愛知	23	高知	39
茨城	08	三重	24	福岡	40
栃木	09	滋賀	25	佐賀	41
群馬	10	京都	26	長崎	42
埼玉	11	大阪	27	熊本	43
千葉	12	兵庫	28	大分	44
東京都	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川県	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		

「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」（平成18年3月30日保医発第0330007号）

## 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

## 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。また、「包括評価部分」欄にはその旨（例 社本より国保 ○年○月○日）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、(33)から(35)まで及び(37)から(39)までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記載に係る例によること。

(1) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。

この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載すること。

(2) 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には算定告示別表11に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等1」、「手術・処置等2」、「副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

(3) 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名）」及びその対応するICD10コード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁まで）。

以下同じ。)を記載すること。「副傷病名」欄には副傷病名及びその対応するICD10コードを記載すること。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」(平成21年7月30日)別添3に規定する傷病名を用いること。また、別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」(平成22年3月26日医療課事務連絡)にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

(4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日(一般病棟以外の病棟(以下「対象外病棟」という。)から一般病棟に転棟した場合は転棟年月日)を和暦により記載すること。ただし、入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断された患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、医療資源を最も投入した傷病名が同一である患者については当該病院の入院年月日を、医療資源を最も投入した傷病名が同一ではない患者については診断群分類区分に該当すると判断された日を記載すること。

なお、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院があった場合には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。

(5) 「今回退院年月日」欄について

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

なお、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。

(6) 「診療実日数」欄について

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

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

② 診療実日数は、入院日数を記載することとし、入退院日は、それぞれ1日として数えること。

なお、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院があった場合には、当該退院日の翌日から再入院の前日までの日数は含めないこと。

(7) 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1 治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2 軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3 寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4 不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5 増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6 死亡



医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合

7 外死亡

一般病棟以外又は入院日Ⅲを超えている等に該当し対象外となった場合 9 その他

(8) 「傷病情報」欄について

- ① 「傷病情報」欄については、次に掲げるア及びイの事項については必ず記載し、ウからオまでの事項については該当がある場合は順次記載すること。「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合、「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、重要なものからそれぞれ最大4つまで記載すること。退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が、診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。

なお、傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（平成21年7月30日）別添3に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICD10コードを用いること。また、別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名については、「傷病名コードの統一の推進について」（平成22年3月26日医療課事務連絡）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として1つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載すること。

ウ 「医療資源を2番目に投入した傷病名」

医療資源を2番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

- ② 心身医学療法を算定する場合にあつては、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。なお、この際のICD10コードは、身体的傷病に対応するコードによること。

- ③ 「転帰」欄に「7 外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。

(9) 「入退院情報」欄について

「入退院情報」欄については、次に掲げる②の事項については必ず記載し、①、③及び④の事項については該当がある場合は順次記載すること。

- ① 「一般病棟以外の病棟移動の有無」について

対象外病棟へ転棟又は対象外病棟から一般病棟へ転棟した場合は、「有」と記載すること。

- ② 「予定・緊急入院区分」について

予め当該医療機関に入院すること（入院日）が決まっていた場合は「1 予定入院」、それ以外の場合は「2 緊急入院」と記載すること。ただし、緊急入院等の場合のうち、救急自動車又はドクターヘリにより搬入された場合は「3 緊急入院（2以外の場合）」と記載すること。

③ 「前回退院年月日」について

当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。

なお、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院があった場合には前回入院を一連の入院とみなし、それ以前の退院年月日を記載すること。

④ 「前回同一傷病での入院の有無」について

当該医療機関において、今回入院時の入院契機病名と前回入院時に最も医療資源を投入した傷病名が同一（診断群分類番号の上6桁が同一）である場合に「有」を記載すること。

(10) 「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を記載すること。

① 入院時年齢（入院時月齢を含む。）、出生時体重、JCS（Japan Coma Scale）、Burn Index。

② 手術、手術・処置等1、手術・処置等2について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合にあつては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）。

なお、手術・処置等1及び手術・処置等2において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日。

③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあつては、重症度等。

(11) 「包括評価部分」欄について

① 「包括評価部分」欄については、診断群分類点数表等に基づき、各月の算定式を記載すること。（記載例参照）

② 入院月が複数月ある場合は、退院するまでの各月診療分を全て記載すること。

③ 退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「〇月請求分」として記載すること。

④ 診療報酬改定日以降の診療報酬明細書については、診療報酬改定日以前の請求月分までの算定式の記載を省略して差し支えないこと。

⑤ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した2日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。

⑥ 診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院については、「3日以内の再入院までの日 ○日、○日」と記載すること。なお、当該診療年月の月末日に退院した後、翌月3日以内に当該傷病名による再入院を行う予定がある場合には、「翌月再入院予定あり」と記載すること。

（記載例）

※ 入院日Ⅰ以下：入Ⅰ

入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下：入Ⅱ

入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下：入Ⅲ

1点未満については四捨五入

例1：脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等2 1あり 副傷病 なし

（4月3日入院、6月4日退院の場合）の例（6月診療分）

1	93	4月請求分	入Ⅰ	$2,897 \times 16 =$ 小計	… a
		入Ⅱ	$2,141 \times 12 =$ 小計	… b	
		$(a+b) \times 4$ 月医療機関別係数=合計			
		5月請求分	入Ⅱ	$2,141 \times 4 =$ 小計	… c
		入Ⅲ	$1,820 \times 27 =$ 小計	… d	
		$(c+d) \times 5$ 月医療機関別係数=合計			
		6月請求分	入Ⅲ	$1,820 \times 4 =$ 小計	… e
		$e \times 6$ 月医療機関別係数=合計			

例2：急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 その他の手術あり 手術・処置等1 なし、1あり  
手術・処置等2 なし  
→ 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 その他の手術あり 手術・処置等1 5あり  
手術・処置等2 なしに変更の場合  
(4月17日入院、5月3日診断群分類区分変更、5月12日退院の場合)の例  
(5月診療分)

1	93	4月請求分	入Ⅰ	$2,822 \times 7 =$ 小計	… a
		入Ⅱ	$2,087 \times 7 =$ 小計	… b	
		$(a+b) \times 4$ 月医療機関別係数=合計 … A			
		5月診療分	入Ⅱ	$2,230 \times 2 =$ 小計	… c
		入Ⅲ	$1,895 \times 10 =$ 小計	… d	
		$(c+d) \times 5$ 月医療機関別係数=合計 … B			
		調整分	入Ⅰ	$3,015 \times 8 =$ 小計	… e
		入Ⅱ	$2,230 \times 6 =$ 小計	… f	
		$((e+f) \times 4$ 月医療機関別係数) - A =小計 … C			
		5月請求分	B + C =合計		

(12) 「出来高部分」欄について

① 算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の(20)から(32)までの例によるものとする。

② 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

ア 特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数を記載すること。

なお、救命救急入院料を算定している患者、特定集中治療室管理料を算定している患者及び小児入院医療管理料を算定している患者について加算がある場合にあっては、それぞれの加算後の点数を記載すること。

イ 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「今回入院年月日」の欄の入院年月日が異なる場

合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。

ウ 新生児特定集中治療室管理料を総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合又は総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料を新生児特定集中治療室管理料及び新生児治療回復室入院医療管理料と合計して22日以上算定した場合は、出生時体重を記載すること。

- ③ 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場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。ただし、平成24年3月診療以前分については、「摘要」欄に算定日を記載することとされている点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記録すること。

(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について

明細書については、その診療行為の内容がわかる情報（以下「コーディングデータ」という。）を別添様式により添付すること。

その場合の具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

- ① 明細書及びコーディングデータについては、「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」により提出すること。

ただし、それが困難な場合であって明細書を紙媒体により提出する場合についても、コーディングデータは別添様式により電子媒体にて提出すること。

- ② コーディングデータについては、明細書の該当月における包括評価による算定を行った期間の診療行為、医薬品及び特定器材の情報（以下「診療行為等」という。）を医科点数表の項目に従い入力すること。なお、特定入院料等を算定している期間については、当該特定入院料等に包括される診療行為等のうち、コーディングに係る診療行為等も併せて入力すること。

(14) その他について

- ① 「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する「負担区分コード番号」（別表）及び「診療識別コード番号」（別表）を順次記載すること。

- ② 「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。

- ③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」欄に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独 1本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

- ④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第2（一））」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、1件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、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)まで及び(18)並びに本

通知Ⅱの2の(1)と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書1件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

なお、当該記載においては、総括表の「出来高」欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること。

(例)

算定告示第1項第1号に該当する患者 入院後24時間以内に死亡した患者又は生後1週間以内に死亡した新生児

同 第1項第2号に該当する患者 評価療養を受ける患者

同 第1項第3号に該当する患者 臓器の移植術を受ける患者

同 第1項第4号に該当する患者 包括対象とならない入院料を算定する患者

同 第1項第5号に該当する患者 区分番号J×××に掲げる〇〇〇を受ける患者、区分番号K×××に掲げる〇〇〇を受ける患者又は〇〇〇の薬剤を投与される患者

※「区分番号J×××に掲げる〇〇〇」、「区分番号K×××に掲げる〇〇〇」又は「〇〇〇の薬剤」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第1項第5号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者」(平成24年厚生労働省告示第140号)に掲げる医科診療報酬点数表の区分番号及びその名称又は薬剤名を記載する。

同 別表11の診断群分類点数表に該当しない患者 診断群分類区分××××××××××××××××××××××××に該当する患者

※「診断群分類区分××××××××××××××××××××××××」には、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」(平成24年3月19日保医発0319第2号)別添1診断群分類定義樹形図に記載されている診断群分類区分(14桁コード)を記載する。

なお、入院日Ⅲを超えて入院している患者については、直近に算定していた診断群分類区分を記載する。

⑤ 当該病院における入院医療について、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合は、④の例により記載すること。

なお、総括表の「出来高」欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

⑥ ④及び⑤の場合において、各種(減・免・猶・Ⅰ・Ⅱ・3月超)のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

⑦ 入院中に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「出来高」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、他医療機関の名称、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等の近傍に他と記載すること。

(別 表)

・負担区分コード番号

		負担区分 コード番号	医療保険 (後期高齢者)	公費①	公費②	公費③	公費④		
医療 保 険 と 公 費 又 は 公 費 と 公 費 の 併 用	1者	1	○						
		5		○					
		6				○			
		B					○		
		C						○	
	2者	2	○	○					
		3	○			○			
		E	○				○		
		G	○					○	
		7		○	○				
		H		○			○		
		I		○				○	
		J				○	○		
		K				○		○	
		L					○	○	
		3者	4	○	○	○			
			M	○	○			○	
			N	○	○				○
	O		○			○	○		
	P		○			○		○	
	Q		○				○	○	
	R			○	○	○			
	S			○	○			○	
	T			○			○	○	
	U					○	○	○	
	4者	V	○	○	○	○			
		W	○	○	○			○	
		X	○	○			○	○	
Y		○			○	○	○		
Z			○	○	○	○	○		
5者	9	○	○	○	○	○			

注1 ○は請求点数のある管掌（法別）である。

2 国民健康保険又は退職者医療については、医療保険を国民健康保険又は退職者医療と読み替える。

・ 診療識別コード番号

診 療 識 別	コード番号
初 診	11
医学管理	13
在 宅	14
内 服	21
屯 服	22
外 用	23
調 剤	24
麻 毒	26
調 基	27
投薬その他	28
皮下筋肉内	31
静 脈 内	32
注射その他	33
薬剤料減点	39
処 置	40
手 術	50
麻 酔	54
検査・病理	60
画像診断	70
そ の 他	80
入院基本料	90
特定入院料・その他	92
診断群分類	93
食事療養・標準負担額	97

別添様式

コーディングデータに係る記録条件仕様

平成24年4月版



# 目 次 ( 1 / 2 )

	頁
光ディスク等を用いた費用の請求に関する事項	1
1 光ディスクに関する事項	1
(1) マグネットオプティカルディスク (MO)	1
ア 媒体関連仕様	1
(ア) 媒体及び物理フォーマット	1
(イ) 論理フォーマット	1
(ウ) ファイル構成	1
イ 情報表記仕様	1
(ア) 提出ファイルの構成	1
(イ) 提出ファイル構成イメージ	3
(ウ) レコード形式	4
(エ) 内容を表現する文字の符号	5
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	6
(ア) 医療機関情報	6
(イ) レセプト共通情報	7
(ウ) レセプト情報	9
(エ) コーディングデータ情報	11
(オ) 診療報酬請求書情報	12
(2) コンパクトディスク (CD-R)	13
ア 媒体関連仕様	13
(ア) 媒体及び物理フォーマット	13
(イ) 論理フォーマット	13
(ウ) ファイル構成	13
イ 情報表記仕様	13
(ア) 提出ファイルの構成	13
(イ) 提出ファイル構成イメージ	13
(ウ) レコード形式	13
(エ) 内容を表現する文字の符号	13
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	13
(ア) 医療機関情報	13
(イ) レセプト共通情報	13
(ウ) レセプト情報	13
(エ) コーディングデータ情報	13
(オ) 診療報酬請求書情報	13
2 フレキシブルディスク (FD) に関する事項	14
(1) 媒体関連仕様	14
ア 媒体及び物理フォーマット	14
(ア) 媒体	14
(イ) 物理フォーマット	14
イ 論理フォーマット	14
ウ ファイル構成	14
(2) 情報表記仕様	14
ア 提出ファイルの構成	14
イ 提出ファイル構成イメージ	14
ウ レコード形式	14
エ 内容を表現する文字の符号	14
(3) 各種レコードの記録要領に関する事項	14
ア 医療機関情報	14
イ レセプト共通情報	14
ウ レセプト情報	14
エ コーディングデータ情報	14
オ 診療報酬請求書情報	14

## 目 次 ( 2 / 2 )

	頁
別 表 各種コードに関する事項 .....	1 5
別表 1 審査支払機関コード .....	1 5
別表 2 都道府県コード .....	1 6
別表 3 点数表コード .....	1 7
別表 4 診療科名コード .....	1 7
別表 5 年号区分コード .....	1 8
別表 6 レセプト種別コード ( D P C ) .....	1 9
別表 7 男女区分コード .....	2 0
別表 8 診療識別コード .....	2 1
別表 9 特定器材単位コード .....	2 2
別 添 電子媒体への表記 .....	2 4

光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項

保険医療機関から審査支払機関へのコーディングデータの提出を行う場合の厚生労働大臣の定める光ディスク若しくはフレキシブルディスクに係る規格及び厚生労働大臣の定める方式については、記録形式をMS-DOSフォーマットのCSV形式とする。

なお、提出については光ディスク等に所要の事項を記載したラベル（別添）を貼付する。

1 光ディスクに関する事項

(1) マグネットオプティカルディスク (MO)

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S X 6 2 7 5 - 1 9 9 7 に適合する 9 0 m m 2 3 0 M B 又は J I S X 6 2 7 7 - 1 9 9 8 に適合する 9 0 m m 6 4 0 M B の光ディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

光ディスクの論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

(ウ) ファイル構成

光ディスクのファイル構成は以下に規定するものを除き J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠する。

a ルートディレクトリのディレクトリ項目は以下のとおりとする。

(a) ボリュームラベル項目の有無は任意とする。

(b) サブディレクトリ指示項目はあってはならない。

(c) ディレクトリ項目のうち使用中のファイル項目を以下に示す。

文字位置	名 前	内 容
1 ~ 8	名前	“CODING”
9 ~ 1 1	拡張名	“DPC”
1 2	属性	(00) 又は (20)
1 3 ~ 2 2	予約	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 3 ~ 2 4	記録時刻	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 5 ~ 2 6	記録日付	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 7 ~ 2 8	先頭クラスタ番号	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 9 ~ 3 2	ファイル長	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠

注1 文字列は、記述する文字を引用符でくくって表現する。

2 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

b その他のディレクトリ項目はすべて空きディレクトリ項目でなければならない。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

a ファイルは1ボリューム1ファイルとする。

b 1ボリュームに収まらないような保険医療機関単位のレセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

c ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

d レセプトファイルを構成するレセプトは、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトとする。

区 分	内 容
DPCレセプト	診断群分類適用入院レセプト
総括対象DPCレセプト	総括レセプトの明細情報である診断群分類適用入院レセプト

なお、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトは同一ファイルに記録する。

e ファイルは、医療機関情報、DPCレセプト、総括対象DPCレセプト及び診療報酬請求書情報により構成し、保険医療機関単位に医療機関情報、DPCレセプト又は総括対象DPC及び診療報酬請求書情報の順に記録する。

f 医療機関情報は、医療機関情報レコードにより構成する。

g 診療報酬請求書情報は、診療報酬請求書レコードにより構成する。

h DPCレセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

i 総括対象DPCレセプトは、レセプト共通情報、レセプト情報及びコーディングデータ情報により構成する。

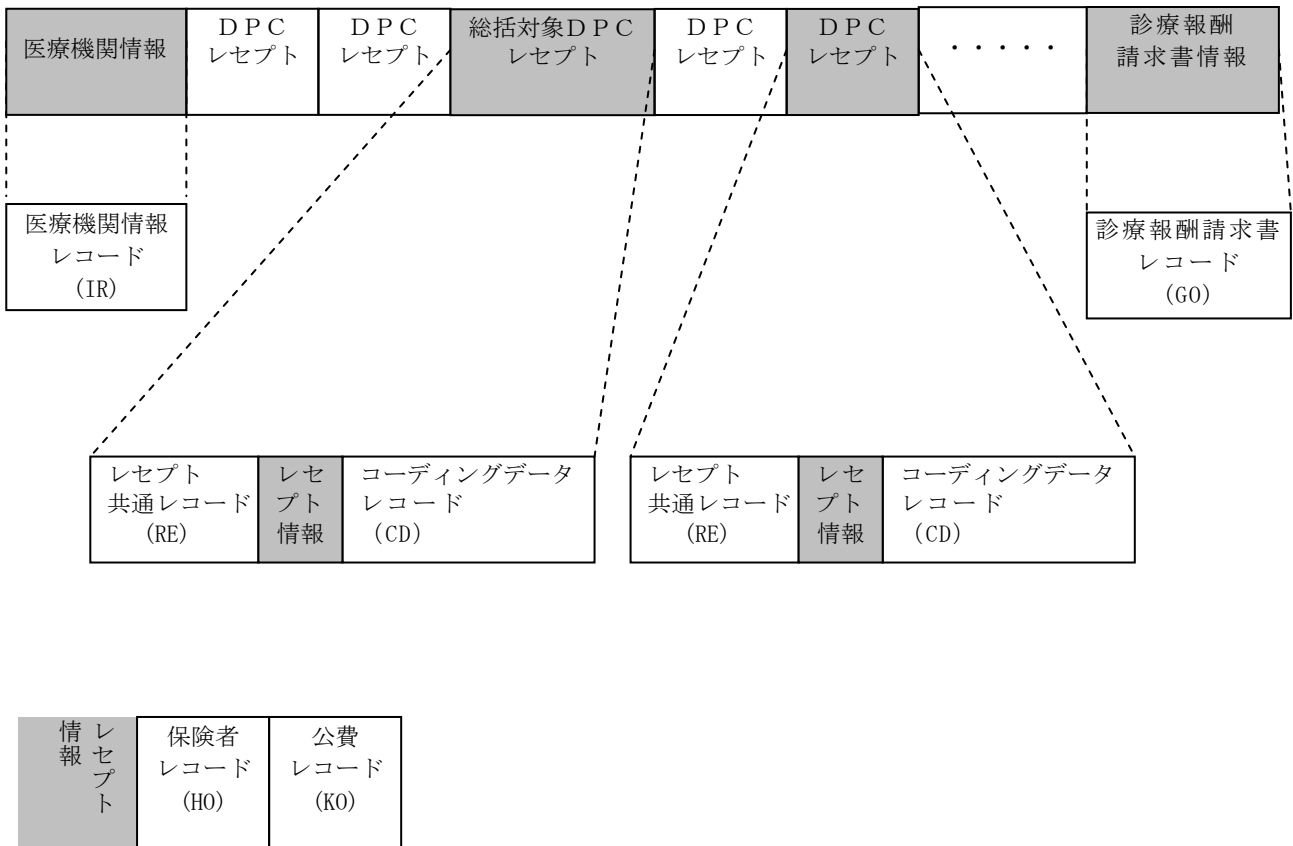
j レセプト共通情報は、レセプト共通レコードにより構成し、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの先頭に記録する。

k レセプト情報は、保険者レコード及び公費レコード（複数記録可能）により構成し、レセプト種別に応じて必要なレコードの組み合わせにより、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトに記録する。

l ファイル最終レコードの最終部分は、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列（以下「EOFコード」という。）を記録する。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

提出ファイル



(ウ) レコード形式

- a レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを記録する。
- b レコードにおける各項目間は、項目の区切りを示す1バイトの文字列（以下「コンマ」という。）で区切り識別する。
- c 各項目は最大バイト数を規定するのみとする。項目形式が固定の項目については最大バイト数までの記録を必須とする。項目形式が可変の項目で記録内容が最大桁数に満たない場合は、有効桁数までの記録としても差し支えないものとする。  
モード毎の有効桁の判断は次のとおりとする。

モード	有効桁の判断
数字モード	上位桁のゼロを除いた数字
英数モード	有効文字以降に継続する“英数スペース”を除いた英数文字
英数モード (小数点付き数字)	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字（小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く）
英数モード (符号付き数字)	上位桁のゼロを除いた数字（マイナスの場合、符号1桁+上位桁のゼロを除いた数字）
漢字モード	有効文字以降に継続する“漢字スペース”を除いた漢字文字

- d レコードの種類は、医療機関情報（医療機関情報レコード）、レセプト共通情報（レセプト共通レコード）、レセプト情報（保険者レコード及び公費レコード）、コーディングデータ情報（コーディングデータレコード）及び診療報酬請求書情報（診療報酬請求書レコード）とする。

- e 各レコードの先頭にはレコードの識別情報を記録する。

レコード種別	モード	バイト	識別情報	備考
医療機関情報レコード	英数	2	I R	保険医療機関単位の前頭に記録必須
レセプト共通レコード			R E	該当レセプトの前頭に記録
レセプト情報 保険者レコード			H O	医療保険レセプトの場合に記録
レセプト情報 公費レコード			K O	公費負担医療レセプトの場合に記録
コーディングデータレコード			C D	包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を出来高部分に係る診療行為の情報も含め記録
診療報酬請求書レコード			G O	保険医療機関単位の前データの最後に記録必須

- f 公費負担医療の併用の場合は公費レコードを複数記録し、「法別番号及び制度の略称表」（診療報酬請求書等の記載要領）に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

- g レセプト情報は、レセプト種別毎に必要なレコードを記録する。  
 明細情報単位に記録が必要なレセプト情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者レコード	公費レコード
医療保険単独	○	×
医療保険と1～4種の公費負担医療の併用	○	○（1～4レコード記録）
公費負担医療単独	×	○（1レコード記録）
2～4種の公費負担医療の併用	×	○（2～4レコード記録）

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を示す。

(エ) 内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、JISX0201-1976の8単位符号及びJISX0208-1983の附属書1にて規定されているシフト符号化表現（シフトJIS）によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	16進数	バイト数	用途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	"	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D) (0A)	2	レコードの区切りを表現する。
EOFコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。
疑問符（全角）	？	(81) (48)	2	使用しない。（JIS規定外コードが記録された場合、疑問符（全角）に置換する。）

注 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

(ア) 医療機関情報

a 医療機関情報レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“IR”を記録する。	
審査支払機関	数字	1	固定	審査支払機関コード（別表1）を記録する。	
都道府県	数字	2	固定	保険医療機関の所在する都道府県コード（別表2）を記録する。	
点数表	数字	1	固定	点数表コード（別表3）“1”（医科）を記録する。	
医療機関コード	数字	7	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
医療機関名称	漢字	40	可変	1 地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の名称を記録する。 2 医療機関名称が40バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。	
請求年月	数字	5	固定	1 請求年月を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	英数	15	可変	記録を省略する。	

注 GYMMのGは年号区分コード（別表5）、YYは和暦年、MMは月を示す。



(イ) レセプト共通情報

レセプト共通情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

a レセプト共通レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“RE”を記録する。	
レセプト番号	数字	6	可変	1 レコードが属するレセプト番号を記録する。 2 レセプト番号は、レセプト記録順に1から昇順に連続番号を記録する。 3 有効桁数が6桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。	
レセプト種別	数字	4	固定	レセプト種別コード（別表6）を記録する。	
診療年月	数字	5	固定	1 診療年月を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMM”の形式で記録する。	
氏名	英数 又は 漢字	40	可変	1 姓名を記録する。 2 姓と名の間に“スペース”を1桁記録する。 3 姓名が40バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 4 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	モード毎の桁数は次のとおりとする。 英数：40桁 漢字：20桁
男女区分	数字	1	固定	男女区分コード（別表7）を記録する。	
生年月日	数字	7	固定	1 生年月日を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
入院年月日	数字	7	固定	1 今回入院年月日を和暦で年号区分コード（別表5）を含めた形で記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
予備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予備	数字	4	可変	記録を省略する。	
カルテ番号等	英数	20	可変	1 カルテ番号又は患者ID番号等を記録する。 2 記録するカルテ番号又は患者ID番号等が20バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。	

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
診療科コード	数字	2	可変	1 診療科を記録する場合は、別に定める 診療科名コード（別表4）を記録する。 2 診療科の記録は任意であり、記録しな い場合は記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	30	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予 備	英数 又は 漢字	40	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	

注 GYYMM(DD)のGは年号区分コード（別表5）、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

(ウ) レセプト情報

レセプト情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

a 保険者レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“H0”を記録する。	
保険者番号	英数	8	固定	1 保険者番号を記録する。 2 8桁以内で設定された保険者番号については、右づめに記録し残りは“スペース”を記録する。	
被保険者証（手帳）等の記号	英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号を左づめに記録する。 2 記録する記号が38バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 4 英数モードで記録する場合は、有効桁数を最大19桁以内で記録する。 5 番号のみ設定されている場合は、記録を省略する。	番号の記録バイト数と合せて38バイト（19桁）以内とする。
被保険者証（手帳）等の番号	英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の番号を左づめに記録する。 2 後期高齢者被保険者証の被保険者番号を左づめに記録する。 3 記録する番号が38バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 4 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 5 英数モードで記録する場合は、有効桁数を最大19桁以内で記録する。	記号の記録バイト数と合せて38バイト（19桁）以内とする。
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	数字	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予備	英数	9	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予備	数字	6	可変	記録を省略する。	
予備	数字	8	可変	記録を省略する。	

b 公費レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考	
レコード識別情報	英数	2	固定	“K0”を記録する。		
公費負担医療	負担者番号	英数	8	固定	医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記録する。	
	受給者番号	数字	7	可変	1 医療券等に記入されている受給者番号7桁を記録する。 2 受給者番号が7桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、7桁で記録する。 3 医療観察法（法別30）の場合は、記録を省略する。	
	予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予備	数字	6	可変	記録を省略する。		
予備	英数	6	可変	記録を省略する。		
予備	数字	5	可変	記録を省略する。		
予備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予備	数字	8	可変	記録を省略する。		
予備	数字	8	可変	記録を省略する。		

## (エ) コーディングデータ情報

コーディングデータ情報は、レセプトがDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合、「診療識別の昇順」に記録する。

## コーディングデータレコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“CD”を記録する。	
実施年月日	数字	7	固定	1 実施年月日を和暦で年号区分コード(別表5)を含めた形で記録する。 2 数字“GYMMDD”の形式で記録する。	
診療識別	数字	2	固定	診療識別コード(別表8)を記録する。	
順序番号	数字	4	可変	診療識別及び一連の行為毎に昇順に番号を記録する。	
行為明細番号	数字	3	可変	順序番号毎の行為明細単位に昇順に番号を記録する。	
レセプト電算処理システム用コード	数字	9	固定	診療行為コード(入院料、食事療養費、生活療養費及び標準負担額は除く)、医薬品コード又は特定器材コードを記録する。	
使用量	英数	11	可変	1 医薬品又は特定器材の場合、使用量を記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 有効桁数が11桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。 4 使用量を必要としない場合及び診療行為の場合は、記録を省略する。	
数量データ	数字	8	可変	1 数量データの記録が必要な診療行為の場合、数量データを記録する。 2 有効桁数が8桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。 3 数量データを必要としない場合及び医薬品又は特定器材の場合は、記録を省略する。	
単位コード	数字	3	可変	1 特定器材の場合、特定器材単位コード(別表9)を記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 酸素の補正率等使用量がない場合は、記録を省略する。 4 診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。	
回数	数字	3	可変	1 診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。 2 有効桁数が3桁に満たない場合は、有効桁までの記録としても差し支えない。	
特定器材名称	漢字	254	可変	1 未コード化特定器材の場合は、告示名を記録する。 2 特定器材名称が254バイトに満たない場合は、後続する“スペース”を省略しても差し支えない。 3 その他の場合は、記録を省略する。	

注 GYYMMDDのGは年号区分コード(別表5)、YYは和暦年、MMは月、DDは日を示す。

(オ) 診療報酬請求書情報  
診療報酬請求書レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“GO”を記録する。	
総件数	数字	6	可変	レセプト共通レコードの最終レコードのレセプト番号を記録する。	
予 備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	

(2) コンパクトディスク (CD-R)

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S T S X 0 0 2 5 - 2 0 0 5 の規格に適合する 1 2 0 mm コンパクトディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

論理フォーマットは I S O 9 6 6 0 形式 (レベル 1) に準拠する。

書き込みは、ディスクアットワンス (シングルセッション方式) 方式とする。

(ウ) ファイル構成

第 1 章-1-(1)-ア-(ウ) の「マグネットオブティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

第 1 章-1-(1)-イ-(ア) の「マグネットオブティカルディスク」の「提出ファイルの構成」と同じ。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

第 1 章-1-(1)-イ-(イ) の「マグネットオブティカルディスク」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

(ウ) レコード形式

第 1 章-1-(1)-イ-(ウ) の「マグネットオブティカルディスク」の「レコード形式」と同じ。

(エ) 内容を表現する文字の符号

第 1 章-1-(1)-イ-(エ) の「マグネットオブティカルディスク」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

(ア) 医療機関情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(ア) の「マグネットオブティカルディスク」の「医療機関情報」と同じ。

(イ) レセプト共通情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(イ) の「マグネットオブティカルディスク」の「レセプト共通情報」と同じ。

(ウ) レセプト情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(ウ) の「マグネットオブティカルディスク」の「レセプト情報」と同じ。

(エ) コーディングデータ情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(エ) の「マグネットオブティカルディスク」の「コーディングデータ情報」と同じ。

(オ) 診療報酬請求書情報

第 1 章-1-(1)-ウ-(オ) の「マグネットオブティカルディスク」の「診療報酬請求書情報」と同じ。

## 2 フレキシブルディスク（FD）に関する事項

### (1) 媒体関連仕様

#### ア 媒体及び物理フォーマット

##### (ア) 媒体

J I S X 6 2 2 3 - 1 9 8 7 の規格に適合するフレキシブルディスクを使用する。

##### (イ) 物理フォーマット

物理フォーマットは J I S X 6 2 2 5 - 1 9 9 5 に規定する情報記録方式に準拠する。

#### イ 論理フォーマット

論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

#### ウ ファイル構成

第1章-1-(1)-ア- (ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「ファイル構成」と同じ。

### (2) 情報表記仕様

#### ア 提出ファイルの構成

第1章-1-(1)-イ- (ア) の「マグネットオプティカルディスク」の「提出ファイルの構成」と同じ。

#### イ 提出ファイル構成イメージ

第1章-1-(1)-イ- (イ) の「マグネットオプティカルディスク」の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

#### ウ レコード形式

第1章-1-(1)-イ- (ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「レコード形式」と同じ。

#### エ 内容を表現する文字の符号

第1章-1-(1)-イ- (エ) の「マグネットオプティカルディスク」の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

### (3) 各種レコードの記録要領に関する事項

#### ア 医療機関情報

第1章-1-(1)-ウ- (ア) の「マグネットオプティカルディスク」の「医療機関情報」と同じ。

#### イ レセプト共通情報

第1章-1-(1)-ウ- (イ) の「マグネットオプティカルディスク」の「レセプト共通情報」と同じ。

#### ウ レセプト情報

第1章-1-(1)-ウ- (ウ) の「マグネットオプティカルディスク」の「レセプト情報」と同じ。

#### エ コーディングデータ情報

第1章-1-(1)-ウ- (エ) の「マグネットオプティカルディスク」の「コーディングデータ情報」と同じ。

#### オ 診療報酬請求書情報

第1章-1-(1)-ウ- (オ) の「マグネットオプティカルディスク」の「診療報酬請求書情報」と同じ。



## 各種コードに関する事項

別表1 審査支払機関コード

コード名	コード	内容
審査支払機関コード	1	社会保険診療報酬支払基金
	2	国民健康保険団体連合会

別表2 都道府県コード

コード名	コード	内容
	01	北海道
	02	青森
	03	岩手
	04	宮城
	05	秋田
	06	山形
	07	福島
	08	茨城
	09	栃木
	10	群馬
	11	埼玉
	12	千葉
	13	東京
	14	神奈川県
	15	新潟
	16	富山
	17	石川
	18	福井
	19	山梨
	20	長野
	21	岐阜
	22	静岡
	23	愛知
都道府県コード	24	三重
	25	滋賀
	26	京都
	27	大阪
	28	兵庫
	29	奈良
	30	和歌山
	31	鳥取
	32	島根
	33	岡山
	34	広島
	35	山口
	36	徳島
	37	香川
	38	愛媛
	39	高知
	40	福岡
	41	佐賀
	42	長崎
	43	熊本
	44	大分
	45	宮崎
	46	鹿児島
	47	沖縄

別表3 点数表コード

コード名	コード	内容
点数表コード	1	医科

別表4 診療科名コード

コード名	コード	内容	
診療科名 コード	診療科コード	01	内科
		02	精神科
		09	小児科
		10	外科
		19	皮膚科
		20	泌尿器科
		23	産婦人科（産科又は婦人科）
		26	眼科
		27	耳鼻いんこう科
		30	放射線科（放射線診断科又は放射線治療科）
		31	麻酔科
		34	アレルギー科
		35	リウマチ科
		36	リハビリテーション科
		37	病理診断科
		38	臨床検査科
		39	救急科
	経過措置診療科コード	03	神経科
		04	神経内科
		05	呼吸器科
		06	消化器科
		07	胃腸科
		08	循環器科
		11	整形外科
		12	形成外科
		13	美容外科
		14	脳神経外科
		15	呼吸器外科
		16	心臓血管外科
		17	小児外科
		18	皮膚泌尿器科
		21	性病科
		22	こう門科
24	産科		
25	婦人科		
28	気管食道科		
33	心療内科		

注 経過措置診療科コードとは、医療法施行令附則（平成20年2月27日政令第36号）の第二条に掲げる診療科である。

別表5 年号区分コード

コード名	コード	内容
年号区分コード	1	明治
	2	大正
	3	昭和
	4	平成

別表6 レセプト種別コード (DPC)

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種別 (DPC)	1111	医科・医保単独 ・本人 ・入院	医科・国保単独 ・世帯主 ・入院
	1113	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1115	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1117	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1119	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1121	〃 ・ 医保と1種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と1種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1123	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1125	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1127	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1129	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1131	〃 ・ 医保と2種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と2種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1133	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1135	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1137	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1139	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1141	〃 ・ 医保と3種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と3種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1143	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1145	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1147	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1149	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1151	〃 ・ 医保と4種の公費併用・本人 ・入院	〃 ・ 国保と4種の公費併用 ・世帯主 ・入院
	1153	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1155	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院	〃 ・ 〃 ・ その他 ・入院
	1157	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・入院
	1159	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者7割・入院
	1211	〃 ・ 公費単独 ・入院	—————
	1221	〃 ・ 2種の公費併用 ・入院	—————
	1231	〃 ・ 3種の公費併用 ・入院	—————
	1241	〃 ・ 4種の公費併用 ・入院	—————
	1317	〃 ・ 後期高齢者単独 ・一般・低所得者・入院	医科・後期高齢者単独 ・一般・低所得者・入院
	1319	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院
	1327	〃 ・ 後期高齢者と1種の公費併用 ・一般・低所得者・入院	〃 ・ 後期高齢者と1種の公費併用 ・一般・低所得者・入院
	1329	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院
	1337	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・一般・低所得者・入院	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・一般・低所得者・入院
	1339	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院
	1347	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・一般・低所得者・入院	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・一般・低所得者・入院
	1349	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院
	1357	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・一般・低所得者・入院	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・一般・低所得者・入院
	1359	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院	〃 ・ 〃 ・ 7割 ・入院

コード名	コード	社会保険診療報酬支払基金	国民健康保険団体連合会
レセプト 種別 (DPC)	1411	_____	医科・退職者単独 ・本人 ・入院
	1413	_____	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1415	_____	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院
	1421	_____	〃 ・ 退職者と1種の公費併用 ・本人 ・入院
	1423	_____	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1425	_____	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院
	1431	_____	〃 ・ 退職者と2種の公費併用 ・本人 ・入院
	1433	_____	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1435	_____	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院
	1441	_____	〃 ・ 退職者と3種の公費併用 ・本人 ・入院
	1443	_____	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1445	_____	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院
	1451	_____	〃 ・ 退職者と4種の公費併用 ・本人 ・入院
	1453	_____	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・入院
	1455	_____	〃 ・ 〃 ・ 家族 ・入院

別表7 男女区分コード

コード名	コード	内容
男女区分コード	1	男
	2	女

別表8 診療識別コード

コード名	コード		
診療識別コード	11	初診	
	13	医学管理	
	14	在宅	
	21	投 薬	内服
	22		屯服
	23		外用
	24		調剤
	26		麻毒
	27		調基
	28		投薬その他
	31		注 射
	32	静脈内	
	33	注射その他	
	39	薬剤料減点	
	40	処置	
	50	手術	
	54	麻酔	
	60	検査・病理	
	70	画像診断	
	80	その他	

別表9 特定器材単位コード

コード名	コード	内容
特定器材単位コード	001	分
	002	回
	003	種
	004	箱
	005	巻
	006	枚
	007	本
	008	組
	009	セット
	010	個
	011	裂
	012	方向
	013	トローチ
	014	アンプル
	015	カプセル
	016	錠
	017	丸
	018	包
	019	瓶
	020	袋
	021	瓶(袋)
	022	管
	023	シリンジ
	024	回分
	025	テスト分
	026	ガラス筒
	027	桿錠
	028	単位
	029	万単位
	030	フィート
	031	滴
	032	mg
	033	g
	034	kg
	035	cc
	036	mL
	037	L
	038	mLV
	039	バイアル
	040	cm
	041	cm <sup>2</sup>
	042	m
	043	μCi
	044	mCi
	045	μg



コード名	コード	内 容
特定器材単位コード	046	管(瓶)
	047	筒
	048	GBq
	049	MBq
	050	KBq
	051	キット
	052	国際単位
	053	患者当り
	054	気圧
	055	缶
	056	手術当り
	057	容器
	058	mL (g)
	059	プリスター
	060	シート