

< 抄 >

保 医 発 0327 第 5 号
令 和 6 年 3 月 27 日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課 長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

殿

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和6年厚生労働省告示第57号）等が告示され、令和6年6月1日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

別添1 「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）の一部改正について

別添2 「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）

別添3 「訪問看護療養費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0330008号）

Ⅳ 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第4）

1 「令和 年 月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料1若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

2 「薬局コード」欄について

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

3 「別記 殿」欄について

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

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「令和 年 月 日」欄について

調剤報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（1） 保険薬局の所在地及び名称、開設者氏名については、保険薬局指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については開設者から調剤報酬につき委任を受けている場合は、保険薬局の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 保険薬局自体で調剤報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名の労を省くため、保険薬局の所在地、名称及び開設者氏名のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

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

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

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

なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれ

それぞれの合計を記載すること。

- (3) 「①合計」欄には、「医保（70以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（70以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（70以上7割）と公費の併用」欄と「医保単独（70以上7割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（6歳）と公費の併用」欄と「医保単独（6歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。
なお、処方箋受付回数及び点数については、記載を省略して差し支えない。

- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「医保単独（70以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（70以上7割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（70以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

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

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

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。
- (3) 「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

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

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

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

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

9 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載することとし、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る請求分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」により示すとおりであること。

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (3) 「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「①」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」の額（調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「点数」欄には、明細書の「請求」欄の「公費①」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計し、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

10 「②合計」欄について

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

11 「総件数①+②」欄について

「①合計」及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

12 その他

- (1) 請求に係る月の処方箋受付回数を「備考」欄に記載すること。
- (2) 服用薬剤調整支援料、服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方箋受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合、調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析、評価を行い、在宅基幹薬局が当該

点数を算定する場合に限る。)又は服薬情報等提供料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急時等共同指導料、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援料 1、外来服薬支援料 2 (在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。)、退院時共同指導料、経管投薬支援料、調剤後薬剤管理指導料 1、調剤後薬剤管理指導料 2 若しくは在宅移行初期管理料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては 1 件、「受付回数」としては 0 件として計上すること。

第 1 の 2 調剤報酬請求書に関する事項(様式第 9)

調剤報酬請求書に関する事項については、次に掲げる事項を除き、第 1 の例によること。

なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 「件数」欄、「処方箋受付回数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄については、第 1 の 6 の(2)と同様であること。この場合、第 1 の 6 の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と読み替えるものであること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険薬局等にあつては、「後期高齢一般・低所得」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢一般・低所得」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

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

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

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と 2 種の公費負担医療(例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法)の併用の場合は、1 枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は 2 件となること。
- (3) 「処方箋受付回数」欄には、明細書の「受付回数」欄の「公費①」及び「公費②」の項を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (4) 「点数」欄には、明細書の請求欄の「公費①」及び「公費②」の項に記載した点数を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。ただし、「公費①」又は「公費②」の項の記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (5) 「一部負担金」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「一部負担金額」欄の「公費①」及び「公費②」の項の額(調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者負担額)を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとすること。
- (2) 左上の隅より右へ 12mm、下へ 12mmの位置を中心に半径 2 mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 同一患者につき、同一医療機関の保険医が交付した処方箋に係る調剤分については、一括して 1 枚の明細書に記載すること。ただし、歯科と歯科以外の診療科の処方箋については、それぞれ別の明細書に記載すること。また、外来服薬支援料 1、服薬情報等提供料 3 及び退院時共同指導料に係る明細書については、処方箋に基づく調剤分に係る明細書とは別とし、それぞれ単独の明細書とすること。
- (4) 1 枚の処方箋の使用期間が次月にまたがる場合については、当該処方箋に係る調剤実行為を行った月の調剤分として請求すること。
- (5) 服薬情報等提供料は、算定の対象となる情報提供を実施した月の分として請求すること。
- (6) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、算定の対象となる訪問薬剤管理指導を実施した月の分として請求すること。
- (7) 在宅移行初期管理料は、当該患者について初めて在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費を算定する月の分として請求すること。
- (8) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の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、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。
- (9) 1 枚の明細書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、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：1 社・国 1 単独 2 本外）、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・被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、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。
- (10) 電子計算機の場合は、以下によること。
 - ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢より○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。
 - イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。
 - ウ 用紙下端の空白部分は、OCR 処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。
 - エ 電子計算機用の OCR 関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成 9 年 8 月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましいこと。
 - オ 記載する文字は、J I S X 0 2 0 8 において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

2 調剤報酬明細書に関する事項

- (1) 「令和 年 月分」欄について

調剤年月等を記載すること。

(2) 「都道府県番号」欄について

別添2の設定要領の別表2に掲げる都道府県番号表に従い、保険薬局の所在する都道府県の番号を記載すること。

(3) 「薬局コード」欄について

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

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄については、以下の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲むこと。

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険	1 社・国
公費負担医療（健康保険、国民健康保険又は後期高齢者医療との併用の場合を除く。）	2 公費
後期高齢者医療	3 後期

イ 「保険種別2」欄については、「保険種別1」欄のそれぞれについて、以下の左の別に応じ、右の番号のうち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7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

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

（注1） 後期高齢者医療一般のうち、1割負担の者と、2割負担の者の判別については、「特記事項」欄に記載される所得区分により行うため、特段の記載は必要ない。

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「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。被保険者証等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

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、枝番は「（枝番）」の後ろに記載すること。

ウ 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」、「5 令」と記載すること。

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

(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

処方箋を発行した保険医（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箋に基づいて記載すること。また、外来服薬支援料1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箋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。処方箋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1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公費に係る処方箋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公費の処方箋の受付回数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る処方箋の受付回数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る処方箋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公費に係る処方箋の受付回数が第1公費に係る処方箋の受付回数と同じ場合は、第2公費に係る処方箋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箋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箋とそれ以外の処方箋についてはこの限りでない。また、以下に掲げる調剤又は薬学管理料を算定すべき薬学管理のみを行った場合については、受付回数としては計上しないこと。

(ア) 長期投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定すべき調剤

(イ) 医師の指示による分割調剤に係る当該保険薬局における2回目以降の調剤

(ウ) 調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

(エ) 服薬情報等提供料

(オ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(カ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(キ) 在宅患者緊急時等共同指導料

(ク) 服用薬剤調整支援料

(ケ) 外来服薬支援料1

(コ) 外来服薬支援料2（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

(サ) 退院時共同指導料

(シ) 経管投薬支援料

(ス) 調剤後薬剤管理指導料

(セ) 在宅移行初期管理料

(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。感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助との併用の場合は、生活保護法による医療扶助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

当該処方箋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、処方箋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

処方箋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（ただし、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。）を除く。）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。また、貼付剤の用量については、貼付剤の枚数としての投薬全量を記載するとともに、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を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箋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 特別調剤基本料A又は特別調剤基本料Bを算定する保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬の調剤を行い、薬剤料を所定点数の100分の90に相当する点数で算定した場合は、該当の「処方」欄の薬剤名の下に「薬剤料逡減（90/100）（内服薬）」と表示すること。

ウ 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。ただし、この場合であっても、前イに該当する調剤日と該当しない調剤日の調剤については、それぞれ別の「処方」欄として記載すること。

エ 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。

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

カ 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） 自家製剤加算（予製剤による場合又は錠剤を分割する場合を含む。以下同じ。）、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、計量混合調剤加算（予製剤による場合を含む。以下同じ。）及び外来服薬支援料2（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該

点数を算定する場合を除く。)を算定した場合

(イ) 同一処方箋により、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、別剤として薬剤調製料及び調剤管理料を算定した場合

(ウ) 前イの薬剤料逡減に該当する場合

キ 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及び「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」(平成20年3月厚生労働省告示第61号)の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料)を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。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。

ク 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。

ケ 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。

コ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第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(20)の力の(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 分割調剤の場合は以下によること。

(ア) 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 分 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、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。

(イ) 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 試 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、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。

(ウ) 医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、医に代えて「D」と記載することも差し支えないものであること。

(24) 「薬剤調製料 調剤管理料」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薬剤調製料及び調剤管理料の点数を記載すること。ただし、薬剤調製料及び調剤管理料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、長期投薬又は後発医薬品に係る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薬剤調製料及び調剤管理料から前回までに請求した薬剤調製料及び調剤管理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。なお、前(21)のイの薬剤料逡減に該当する場合は、薬剤料の所定点数の下に、算定点数から所定点数を控除して得た点数を△書きにより記載すること。この場合、薬剤料の逡減に該当する場合であっても、控除して得た点数が0点となるものについては記載しない。

(26) 「加算料」、「調剤基本料」、「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について

ア 通則

各欄又は「摘要」欄への調剤行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、回数及び点数の記載方法は、次のイからオまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」のとおりであること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「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」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ（令和6年6月1日適用の旨が表示されたコードに限る。）のコードについては、令和6年10月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅳ「調剤行為名称等の略号一覧」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ 「加算料」欄について

(ア) 麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・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、無菌製剤処理加算又は外来服薬支援料2を算定した場合は、当該名称を記載して加算点数（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（ただし、医師の指示による分割調剤にあっては「0」）を記載すること。

また、外来服薬支援料2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）、外来服薬支援料2に係る点数（ただし、医師の指示による分割調剤にあっては「0」）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箋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) 外来服薬支援料2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」欄に名称を記載すること。

(ウ) 調剤基本料に対応する加算点数、夜間・休日等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、麻等の□を省略して記載しても差し支えないこと。以下、麻等

の略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。

ウ 「調剤基本料」欄について

(ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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（地域支援体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあつては、調剤基本料に地域支援体制加算1、地域支援体制加算2、地域支援体制加算3若しくは地域支援体制加算4、連携強化加算、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、在宅薬学総合体制加算1若しくは在宅薬学総合体制加算2、又は区分番号00の注3、注4若しくは注8を適用して算出した点数。）に処方箋受付回数を乗じた点数、医療DX推進体制整備加算については月1回分の点数、長期投薬又は後発医薬品に係る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点を乗じ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及びその加算等について、名称を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

(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及びその加算等の名称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。

エ 「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薬剤調製料に係る夜間・休日等加算（かかりつけ薬剤師包括管理料を基礎額とする場合を含む。）を算定した場合（ただし、医師の指示による分割調剤の場合を除く。）は、名称を「保険」の項の上欄に記載すること。

(イ) リフィル処方箋による調剤については、「リ1/2」のように、リフィル処方箋の総使用回数に対する当該調剤を行う回数を「時間外等加算」欄に記載すること。なお、電子計算機の場合は、それぞれの回数に対応するものを記載すること。

(ウ) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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、(28)のウを参照すること。

オ 「薬学管理料」欄について

(ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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。）の名称と回数を下記により記載すること。

① 調剤管理料の加算である重複投薬・相互作用等防止加算、調剤管理加算又は医療情報取得加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

② 服薬管理指導料の「1」、「2」、「3」、「4」又は注13若しくは注14の特例を算定した場合は該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。また、麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算1、特定薬剤管理指導加算2、特定薬剤管理指導加算3、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算又は吸入薬指導加算、を算定した場合は、服薬管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

③ かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、

麻薬管理指導加算、特定薬剤管理指導加算 1、特定薬剤管理指導加算 2、特定薬剤管理指導加算 3、乳幼児服薬指導加算、小児特定加算又は吸入薬指導加算を算定した場合は、かかりつけ薬剤師指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。

- ④ かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑤ 外来服薬支援料 1 を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑥ 施設連携加算を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑦ 服用薬剤調整支援料 1 又は服用薬剤調整支援料 2 のイ若しくはロを算定した場合は、該当するものの名称及びその回数を記載すること。
- ⑧ 調剤後薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑨ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の「1」、「2」又は「3」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算又は在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合は、在宅患者訪問薬剤管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑩ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、乳幼児加算又は小児特定加算を算定した場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑪ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の「1」又は「2」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算、在宅中心静脈栄養法加算、夜間訪問加算、休日訪問加算又は深夜訪問加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑫ 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、乳幼児加算又は小児特定加算を算定した場合は、在宅患者オンライン薬剤管理指導料の回数の次に、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑬ 在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。また、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算、乳幼児加算、小児特定加算又は在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合は、該当するものの名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑭ 退院時共同指導料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑮ 服薬情報等提供料 1、2 のイ、ロ若しくはハ又は 3 を算定した場合は、該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。
- ⑯ 在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料の「1」又は「2」を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑰ 経管投薬支援料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑱ 在宅移行初期管理料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。
- ⑲ 在宅基幹薬局が、在宅協力薬局で行われた調剤に係る調剤管理料及び外来服薬支援料

2を算定する場合、本欄に該当する名称及びその回数をそれぞれ記載すること。なお、その際の時間外等加算については、前エのとおり記載すること。

- (イ) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「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、(28)のエを参照すること。

- (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名称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。

- (エ) 前(ア)の⑮の場合を除き、調剤管理料及び外来服薬支援料2に係る点数については本欄に記載せず、前(24)及び前(26)のイのとおり記載すること。

(27) 「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ついて、居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費により訪問指導を行った日を「摘要」欄に記載すること。その場合、当該請求月の最終算定時の要支援度若しくは要介護度を記載すること。

- イ 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。

- ウ 「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。

(28) 「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「薬剤調製料 調剤管理料」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 前(21)のウの薬剤料逡減に該当する場合は、各公費負担医療の調剤報酬点数の下に前(25)において△書きにより記載した点数のうち、当該公費に係る算定点数から所定点数を控除して得た点数を△書きにより記載すること。この場合、薬剤料の逡減に該当する場合であっても、控除して得た点数が0点となるものについては記載しない。

- ウ 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。

- エ 「薬剤調製料 調剤管理料」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、「薬剤調製料 調剤管理料」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。

(29) 「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（分割調剤に係るものについては当該分割調剤の分割調剤技術料、薬剤料及び特定保険医療材料料の合計点数を、それ以外については「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」欄の合計点数を計算し、それぞれ合算したものをいう。(30)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医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供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医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供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） 高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、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号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号二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号二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、「一部負担金額」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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供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、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定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。）と障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用（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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供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、難病法による特定医療又は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。

(30) 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又は特定疾病療養受療証情報を提供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っては、「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又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、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って、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、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の 3 種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、法別番号等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者証・被保険者手帳等の記号・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、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「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) 生活保護法による医療扶助に係る処方箋受付回数は「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、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

(エ) 生活保護法による医療扶助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、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

(オ) 生活保護法による医療扶助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、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。

(カ) 生活保護法による医療扶助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、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は「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、生活保護法による医療扶助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、右欄に障害者総合支援法による精神通院医療等に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法による医療扶助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) 生活保護法による医療扶助に係る合計点数は「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、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る合計点数は「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、患者申出療養及び選定療養第1条第5号、第7号又は第8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(26)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。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の調剤報酬請求項目と区別して記載すること。
- エ 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。
- オ 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。
- カ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号の2又は第7号の2に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。
- キ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合、又は70歳以上の場合であって、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（3割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。
- ク 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合、又は70歳以上の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得380万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。
- ケ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」

の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

コ 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあつては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（2 割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあつては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

サ 70 歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の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（適用区分が（オ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の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（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

シ 後期高齢者医療において「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

ス 後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一

部負担金の割合（１割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

※ シ及びスについては、令和 4 年 10 月 1 日から適用する。令和 4 年 9 月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあつてはコに従い、従前どおり「区エ」を使用されたい。

セ 医師の分割指示に係る分割調剤を行った場合は、「医師番号」欄、「処方月日」欄及び「調剤月日」欄に当該分割調剤に係る医師番号、処方月日及び調剤月日を記載すること。また、「処方」欄に指示された分割回数及び当該分割調剤が何回目の分割調剤に相当するかを記載するほか、当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等の名称及び点数、薬剤調製料及びその加算並びに調剤管理料及びその加算等の名称及び点数、薬学管理料及びその加算の名称及び点数を記載するとともに、分割調剤技術料（当該分割調剤における調剤基本料及びその加算等、薬剤調製料及びその加算並びに薬学管理料の点数を合算し、当該合算点数を分割指示回数で除し、小数点以下第一位を四捨五入して得た点数をいう。）を併せて記載すること。ただし、服薬情報等提供料については、分割指示回数で除さず、「薬学管理料」欄に名称、回数及び点数を記載すること。

ソ 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、調剤基本料及び薬学管理料を算定した年月日を記録して請求すること。

別表Ⅰ 調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセ のみ記載	令和6年 6月1日 適用
1	00	同日に複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を受け付けた際に、2回目以降の受付に対して調剤基本料の減算規定を適用しない場合（注3に該当しない場合）	同日の異なる時刻に処方箋を複数受け付けた場合は、処方箋を受け付けた年月日及び時刻をそれぞれ記載すること。	850100486	処方箋受付年月日（調剤基本料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				851100065	処方箋受付時刻（同日1回目受付）；hh“時”mm“分”		
				851100066	処方箋受付時刻（同日2回目以降受付）；hh“時”mm“分”		
2	01	薬剤調製料（内服薬）	（配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合） 「配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合」、 「内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服注射液剤の場合」、 「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」又は 「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。 「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820100367	薬剤調製料（内服薬）：配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合		
				820100368	薬剤調製料（内服薬）：内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服注射液剤の場合		
				820100369	薬剤調製料（内服薬）：内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合		
				830100001	薬剤調製料（内服薬）：その他理由；*****		
3	01	自家製剤加算	（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） 算定理由が明確となるように記載すること。 （医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合） 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。 （医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合） 調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	830100438	算定理由（自家製剤加算）；*****		
				830100908	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名（自家製剤加算）；*****		※
				820101255	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：医薬品の供給上の問題		※
				830100909	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）；その他；*****		※
4	01	自家製剤加算 計量混合調剤加算	（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箋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、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） 算定理由が明確となるように記載すること。	830100439	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（自家製剤加算）；*****		
				830100441	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（計量混合調剤加算）；*****		
5	01	時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外加算の特例	処方箋を受け付けた年月日及び時刻を記載すること。	850100366	処方箋受付年月日（時間外加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				851100035	処方箋受付時刻（時間外加算）；hh“時”mm“分”		
				850100367	処方箋受付年月日（休日加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100368	処方箋受付年月日（深夜加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				851100036	処方箋受付時刻（深夜加算）；hh“時”mm“分”		
				850100369	処方箋受付年月日（時間外加算の特例）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				851100037	処方箋受付時刻（時間外加算の特例）；hh“時”mm“分”		
6	10の2	重複投薬・相互作用等防止加算 イ 残薬調整に係るもの以外の場合	処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	820101030	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：同種・同効の併用薬との重複投薬		
				820101031	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：併用薬・飲食物等との相互作用		
				820101032	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：過去のアレルギー歴、副作用歴		
				820101256	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：年齢や体重による影響		※
				820101257	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：肝機能、腎機能等による影響		※
				820101034	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：授乳・妊婦への影響		
				830100775	内容の要点（重複投薬・相互作用等防止加算）：その他薬学的観点から必要と認める事項；*****		
7	10の3 13の2	特定薬剤管理指導加算2	当該患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100372	情報提供を行った年月日（特定薬剤管理指導加算2）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				830100445	患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関名（特定薬剤管理指導加算2）；*****		
8	10の3 13の2	特定薬剤管理指導加算3ロ	（医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合） 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100910	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名（特定薬剤管理指導加算3）；*****		※
9	10の3 13の2	吸入薬指導加算	対象となる吸入薬の調剤年月日及び吸入薬の名称を記載すること。	850100480	吸入薬の調剤年月日（吸入薬指導加算）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				830100446	吸入薬の名称（吸入薬指導加算）；*****		
10	14の4	調剤後薬剤管理指導料1	当該患者に糖尿病用剤を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190255	情報提供を行った年月日（調剤後薬剤管理指導加算1）；（元号）yy“年”m m“月”dd“日”		※
				830100911	糖尿病用剤を処方した保険医療機関名（調剤後薬剤管理指導加算1）；*****		※
11	14の4	調剤後薬剤管理指導料2	当該患者に循環器用薬等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190256	情報提供を行った年月日（調剤後薬剤管理指導加算2）；（元号）yy“年”m m“月”dd“日”		※
				830100912	循環器用薬等を処方した保険医療機関名（調剤後薬剤管理指導加算2）；*****		※
12	10の3 13の2 13の3	服薬管理指導料 かかりつけ薬剤師指導料 かかりつけ薬剤師包括管理料	（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的投薬が行われ、服薬管理指導料、かかりつけ薬剤師指導料又はかかりつけ薬剤師包括管理料を算定する場合） 算定年月日を記載すること。	850100374	算定年月日（服薬管理指導料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100375	算定年月日（かかりつけ薬剤師指導料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100376	算定年月日（かかりつけ薬剤師包括管理料）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
13	10の3	服薬管理指導料3	服薬管理指導料3の対象患者の入所する施設類型について選択し記載すること。（介護医療院又は介護老人保健施設に入所中の患者については、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合に限る。）	820101258	服薬管理指導料3：介護老人福祉施設（特養）に入所している患者		※
				820101259	服薬管理指導料3：短期入所生活介護（ショートステイ）を受けている患者		※
				820101260	服薬管理指導料3：介護医療院に入所している患者		※
				820101261	服薬管理指導料3：介護老人保健施設（老健）に入所している患者		※
14	14の2	外来服薬支援料1	外来服薬支援料1の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。	820100793	外来服薬支援料1：注1		
				820100794	外来服薬支援料1：注2		
				850100370	服薬管理を実施した年月日（外来服薬支援料1）；（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				830100442	保険医療機関の名称（外来服薬支援料1）；*****		
15	14の2	外来服薬支援料2	（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箋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、外来服薬支援料2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） 算定理由が明確となるように記載すること。	830100776	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由（外来服薬支援料2）；*****		

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
16	14の2	施設連携加算	特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要理由を選択し記載すること。	820101262	算定理由(施設連携加算):施設入所時であって、服用している薬剤が多いため		※
				820101263	算定理由(施設連携加算):新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となったため		※
				820101264	算定理由(施設連携加算):患者が服薬している薬剤に関する副作用・体調の変化等における当該施設職員からの相談があったため		※
17	14の3	服用薬剤調整支援料1	減薬の提案を行った年月日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。 〔記載例〕 〇〇市立病院にて〇種類から〇種類に調整。〇〇医院にて〇種類から〇種類に調整。	850100371	減薬の提案を行った年月日(服用薬剤調整支援料1):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				830100443	保険医療機関名及び調整前後の種類数(服用薬剤調整支援料1): *****		
18	14の3	服用薬剤調整支援料2	提案を行った全ての保険医療機関の名称を記載すること。	830100444	提案を行った保険医療機関名(服用薬剤調整支援料2):*****		
19	15 15の2 15の3 15の5	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等共同指導料 服薬情報等提供料(服薬情報等提供料3を除く)	(調剤を行っていない月に在宅患者訪問薬剤管理指導料(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を含む)、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又は服薬情報等提供料(服薬情報等提供料3を除く)を算定した場合) 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。	基本料・薬学管理料レコード 「前回調剤年月日」	(元号)yy“年”mm“月”dd“日調剤”	○	
				基本料・薬学管理料レコード 「前回調剤数量」	ddd”日分投薬”	○	
20	15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	(月に2回以上算定する場合) それぞれ算定の対象となる訪問指導(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を含む)を行った日を記載すること。(特養のがん末期の患者の場合は、項番23(特養のがん末期の患者)のコードにより記載すること。) (単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。 (1つの患家に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	850100378	訪問指導年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				842100071	単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):*****		
				820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100371	訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100372	当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
21	15 15の2	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	(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「在宅協力薬局」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) 在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付及び在宅協力薬局名を記載すること。	850100379	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				830100448	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者訪問薬剤管理指導料): *****		
				850100380	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				830100449	(在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料): *****		
22	15 15の2	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	(在宅基幹薬局に代わって在宅協力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って、処方箋が交付されていた場合) 在宅協力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。	850100381	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				850100382	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
23	15 15の2 15の3	在宅患者訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料 在宅患者緊急時等共同指導料	(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム)の入所者であって末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合) 訪問薬剤管理指導等(在宅患者オンライン薬剤管理指導料を含む)を実施した日付を記載すること。	850190257	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
				850190258	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者オンライン薬剤管理指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
				850190259	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
				850190260	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
				850190261	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急時共同指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
24	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	(末期の悪性腫瘍の患者及び注射による麻薬の投与が必要な患者に対して実施する場合であって、月8回を超えて算定する場合) 当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101265	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方		※
				820101266	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方		※
				820101267	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方		※
				830100913	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):その他:*****		※
				820101268	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方		※
				820101269	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方		※
				820101270	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方		※
				830100914	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):その他:*****		※
25	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定する場合) 直近の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日(訪問薬剤管理指導):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
26	15の2	夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	処方箋を受け付けた年月日及び時刻、訪問指導した年月日及び時刻を記載すること。	850190262	保険医から訪問指示があった年月日(夜間訪問加算):(元号)yy“年”m“月”dd“日”		※
				851100071	保険医から訪問指示があった時刻(夜間訪問加算):hh“時”mm“分”		※
				850190263	訪問指導年月日(夜間訪問加算):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
				851100072	訪問指導時刻(夜間訪問加算):hh“時”mm“分”		※
				850190264	保険医から訪問指示があった年月日(休日訪問加算):(元号)yy“年”m“月”dd“日”		※
				851100073	保険医から訪問指示があった時刻(休日訪問加算):hh“時”mm“分”		※
				850190265	訪問指導年月日(休日訪問加算):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
				851100074	訪問指導時刻(休日訪問加算):hh“時”mm“分”		※
				850190266	保険医から訪問指示があった年月日(深夜訪問加算):(元号)yy“年”m“月”dd“日”		※
				851100075	保険医から訪問指示があった時刻(深夜訪問加算):hh“時”mm“分”		※
				850190267	訪問指導年月日(深夜訪問加算):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
				851100076	訪問指導時刻(深夜訪問加算):hh“時”mm“分”		※
			当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101271	訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):末期の悪性腫瘍患者であるため		※
				820101272	訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):注射による麻薬の投与が必要な患者であるため		※

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
27	15の4	退院時共同指導料	指導年月日、共同して指導を行った患者が入院する保険医療機関の保険医等の氏名及び保険医療機関の名称並びに退院後の在宅医療を担う保険医療機関の名称を記載すること。	850100385	指導年月日(退院時共同指導料):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		
				830100450	患者が入院している保険医療機関の保険医等の氏名(退院時共同指導料):****		
				830100451	患者が入院している保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
				830100452	退院後の在宅医療を担う保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
28	15の5	服薬情報等提供料3	情報提供先の保険医療機関の名称及び診療科名を記載すること。 なお、情報提供先の保険医療機関の名称について、複数の保険医療機関に対して服薬情報等の提供を行った場合は各保険医療機関の名称を記載すること。診療科名については、同一保険医療機関の複数の診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合に各診療科名を記載すること。	830100638	情報提供先の保険医療機関名(服薬情報等提供料3):*****		
				830100639	情報提供先の診療科名(服薬情報等提供料3):*****		
29	15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 1 処方箋に基づく場合(残薬調整に係るもの以外の場合)	処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	820101035	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):同種・同効の併用薬との重複投薬		
				820101036	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):併用薬・飲食物等との相互作用		
				820101037	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):過去のアレルギー歴、副作用歴		
				820101275	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):年齢や体重による影響		※
				820101276	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):肝機能、腎機能等による影響		※
				820101039	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):授乳・妊婦への影響		
				830100777	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料):その他薬学的観点から必要と認める事項:*****		
30	15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 2のイ 処方箋交付前の場合(残薬調整に係るもの以外の場合)	処方箋の交付前に行った処方医への処方提案の内容の要点を記載すること。	820101277	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):同種・同効の併用薬との重複投薬		※
				820101278	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):併用薬・飲食物等との相互作用		※
				820101279	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):過去のアレルギー歴、副作用歴		※
				820101280	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):年齢や体重による影響		※
				820101281	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):肝機能、腎機能等による影響		※
				820101282	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):授乳・妊婦への影響		※
				830100915	内容の要点(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):その他薬学的観点から必要と認める事項:*****		※
			患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談した年月日を記載すること。	850190268	相談年月日(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
			薬剤の変更内容について選択し記載すること。	820101283	薬剤の変更内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):薬剤の追加		※
				820101284	薬剤の変更内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):薬剤の削減		※
				820101285	薬剤の変更内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):同種同効薬への変更		※
				820101286	薬剤の変更内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):剤形の変更		※
				820101287	薬剤の変更内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):用量の変更		※
				820101288	薬剤の変更内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):用法の変更		※
				830100916	薬剤の変更内容(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:前):その他:*****		※
31	15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料 2のロ 処方箋交付前の場合(残薬調整に係るものの場合)	患者へ処方箋を交付する前に処方医と処方内容を相談した年月日を記載すること。	850190269	相談年月日(在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料:事前の残薬調整):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※
32	15の8	在宅移行初期管理料	(計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患家を訪問して実施した場合)訪問を実施した日付について、記載すること。	850190270	訪問を実施した年月日(在宅移行初期管理料):(元号)yy“年”mm“月”d“日”		※
			特に重点的な服薬支援を行う必要性があると判断した対象患者を選択し記載すること。	820101289	対象患者(在宅移行初期管理料):認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者		※
				820101290	対象患者(在宅移行初期管理料):障害児である18歳未満の患者		※
				820101291	対象患者(在宅移行初期管理料):6歳未満の乳幼児		※
				820101292	対象患者(在宅移行初期管理料):末期のがん患者		※
				820101293	対象患者(在宅移行初期管理料):注射による麻薬の投与が必要な患者		※
33	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合	(一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品を調剤しなかった場合)	820100373	後発医薬品を調剤しなかった理由:患者の意向		
			その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。	820100374	後発医薬品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄		
				820100375	後発医薬品を調剤しなかった理由:後発医薬品なし		
				820100376	後発医薬品を調剤しなかった理由:その他		
34	—	長期収載品の選定療養に関する取扱い	(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合)理由を記載すること。 ※記載は制度が施行となる令和6年10月からとする。	※レセプト電算処理システム用コード、レセプト表示文言(理由の具体例)については、追ってお示しする。			
35	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、日数制限を超えて投与された場合	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、処方箋の備考欄に記載されている長期投与の理由について、「海外への渡航」、「年末・年始又は連休」又は「その他」からもっとも当てはまるものをひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は具体的な理由を記載すること。	820100795	長期投与の理由:海外への渡航(年末・年始又は連休に該当するものは除く。)		
				820100796	長期投与の理由:年末・年始又は連休		
				830100453	長期投与の理由:その他理由:*****		
36	—	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820100377	処方箋記載により確認		
				820100378	疑義照会により確認		
			居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費により訪問指導を行った日を記載すること。	850190271	訪問指導年月日(居宅療養管理指導費等):(元号)yy“年”mm“月”dd“日”		※

項番	区分	調剤行為 名称等	記 載 事 項	レセプト電算処理 システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	紙レセの み記載	令和6年 6月1日 適用
37	－	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	要支援度及び要介護度（月末時点）を選択し、記載すること。	820101294	要支援1		※
				820101295	要支援2		※
				820101296	要介護1		※
				820101297	要介護2		※
				820101298	要介護3		※
				820101299	要介護4		※
				820101300	要介護5		※
38	－	プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム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。	820000095	（器評）		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		※
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		※

※「記載事項」欄における括弧書は、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「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」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表Ⅳ 調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
1	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
2	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
3	区分番号01	覚醒剤原料加算を算定した場合	覚原	「加算料」欄
4	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
5	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算を算定した場合	薬時	「加算料」欄
6	区分番号01	薬剤調製料に係る休日加算を算定した場合	薬休	「加算料」欄
7	区分番号01	薬剤調製料に係る深夜加算を算定した場合	薬深	「加算料」欄
8	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算の特例を算定した場合	薬特	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合	調時	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合	調休	「加算料」欄
11	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合	調深	「加算料」欄
12	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合	調特	「加算料」欄
13	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
14	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合：錠剤を分割する場合（100分の20に該当する場合）	分自	「加算料」欄
15	区分番号01	計量混合調剤加算を算定した場合	計	「加算料」欄
16	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
17	区分番号01	無菌製剤処理加算を算定した場合	菌	「加算料」欄
18	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	調剤基本料3のハの場合	基E	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	特別調剤基本料Aの場合	特基A	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	特別調剤基本料Bの場合	特基B	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	調剤基本料注3（受付2回目以降）に該当する場合	同	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	調剤基本料注4（未妥結減算等）に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
27	区分番号00	地域支援体制加算1を算定した場合	地支A	「調剤基本料」欄
28	区分番号00	地域支援体制加算2を算定した場合	地支B	「調剤基本料」欄
29	区分番号00	地域支援体制加算3を算定した場合	地支C	「調剤基本料」欄
30	区分番号00	地域支援体制加算4を算定した場合	地支D	「調剤基本料」欄
31	区分番号00	連携強化加算を算定した場合	連強	「調剤基本料」欄
32	区分番号00	地域支援体制加算3を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷C	「調剤基本料」欄
33	区分番号00	地域支援体制加算4を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷D	「調剤基本料」欄
34	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算1を算定した場合	後A	「調剤基本料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
35	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算2を算定した場合	後B	「調剤基本料」欄
36	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算3を算定した場合	後C	「調剤基本料」欄
37	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算1を算定した場合：100分の10に該当する場合	後敷A	「調剤基本料」欄
38	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算2を算定した場合：100分の10に該当する場合	後敷B	「調剤基本料」欄
39	区分番号00	後発医薬品調剤体制加算3を算定した場合：100分の10に該当する場合	後敷C	「調剤基本料」欄
40	区分番号00	調剤基本料注8(後発医薬品減算)に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
41	区分番号00	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合	在総A	「調剤基本料」欄
42	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2を算定した場合	在総B	「調剤基本料」欄
43	区分番号00	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷A	「調剤基本料」欄
44	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2を算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷B	「調剤基本料」欄
45	区分番号00	医療DX推進体制整備加算を算定した場合	薬DX	「調剤基本料」欄
46	区分番号00	調剤基本料の加減算を行うと3点以下になり3点を算定した場合	基一定	「調剤基本料」欄
47	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数2回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/2	「時間外等加算」欄
48	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数2回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/2	「時間外等加算」欄
49	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数3回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/3	「時間外等加算」欄
50	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数3回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/3	「時間外等加算」欄
51	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数3回のうち、3回目の調剤を行う場合	リ3/3	「時間外等加算」欄
52	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算を算定した場合	時	「時間外等加算」欄
53	区分番号00	調剤基本料に係る休日加算を算定した場合	休	「時間外等加算」欄
54	区分番号00	調剤基本料に係る深夜加算を算定した場合	深	「時間外等加算」欄
55	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「時間外等加算」欄
56	区分番号01	薬剤調製料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄
57	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調時	「時間外等加算」欄
58	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調休	「時間外等加算」欄
59	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調深	「時間外等加算」欄
60	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調特	「時間外等加算」欄
61	区分番号10の2	調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算のイを算定した場合	防A	「薬学管理料」欄
62	区分番号10の2	調剤管理料を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	調管	「薬学管理料」欄
63	区分番号10の2	調剤管理料の重複投薬・相互作用等防止加算のロを算定した場合	防B	「薬学管理料」欄
64	区分番号10の2	調剤管理料の調剤管理加算のイを算定した場合	調管A	「薬学管理料」欄
65	区分番号10の2	調剤管理料の調剤管理加算のロを算定した場合	調管B	「薬学管理料」欄
66	区分番号10の2	調剤管理料の医療情報取得加算1を算定した場合	医情A	「薬学管理料」欄
67	区分番号10の2	調剤管理料の医療情報取得加算2を算定した場合：電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合	医情B	「薬学管理料」欄
68	区分番号10の2	調剤管理料の医療情報取得加算1を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析、評価等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	医情A	「薬学管理料」欄
69	区分番号10の2	調剤管理料の医療情報取得加算2を算定した場合：電子資格確認により患者に係る薬剤情報を取得等した場合（在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合）	医情B	「薬学管理料」欄
70	区分番号10の3	服薬管理指導料1を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬A	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
71	区分番号10の3	服薬管理指導料2を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬B	「薬学管理料」欄
72	区分番号10の3	服薬管理指導料2を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬C	「薬学管理料」欄
73	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬3A	「薬学管理料」欄
74	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬3B	「薬学管理料」欄
75	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬3C	「薬学管理料」欄
76	区分番号10の3	服薬管理指導料4を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	薬オA	「薬学管理料」欄
77	区分番号10の3	服薬管理指導料4を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	薬オB	「薬学管理料」欄
78	区分番号10の3	服薬管理指導料4を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	薬オC	「薬学管理料」欄
79	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	特1A	「薬学管理料」欄
80	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	特1B	「薬学管理料」欄
81	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	特1C	「薬学管理料」欄
82	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり））	特1オA	「薬学管理料」欄
83	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし））	特1オB	「薬学管理料」欄
84	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者以外）	特1オC	「薬学管理料」欄
85	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	特2A	「薬学管理料」欄
86	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	特2B	「薬学管理料」欄
87	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	特2C	「薬学管理料」欄
88	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり））	特2オA	「薬学管理料」欄
89	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし））	特2オB	「薬学管理料」欄
90	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（59点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者以外）	特2オC	「薬学管理料」欄
91	区分番号10の3	服薬管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
92	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のイを算定した場合	特管AI	「薬学管理料」欄
93	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のロを算定した場合	特管AO	「薬学管理料」欄
94	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
95	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のイを算定した場合	特管CI	「薬学管理料」欄
96	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のロを算定した場合	特管CO	「薬学管理料」欄
97	区分番号10の3	服薬管理指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
98	区分番号10の3	服薬管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
99	区分番号10の3	服薬管理指導料の吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
100	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合	薬指	「薬学管理料」欄
101	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料を算定した場合：情報通信機器を用いた場合	薬指オ	「薬学管理料」欄
102	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
103	区分番号10の3	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算1のイを算定した場合	特管AI	「薬学管理料」欄
104	区分番号10の3	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算1のロを算定した場合	特管AO	「薬学管理料」欄
105	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
106	区分番号10の3	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算3のイを算定した場合	特管Cイ	「薬学管理料」欄
107	区分番号10の3	かかりつけ薬剤師指導料の特定薬剤管理指導加算3のロを算定した場合	特管Cロ	「薬学管理料」欄
108	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
109	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
110	区分番号13の2	かかりつけ薬剤師指導料の吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
111	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合	薬包	「薬学管理料」欄
112	区分番号13の3	かかりつけ薬剤師包括管理料を算定した場合：情報通信機器を用いた場合	薬包オ	「薬学管理料」欄
113	区分番号14の2	外来服薬支援料1を算定した場合	支A	「薬学管理料」欄
114	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合	支B	「加算料」欄
115	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合：在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合	支B	「薬学管理料」欄
116	区分番号14の2	施設連携加算を算定した場合	施連	「薬学管理料」欄
117	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料1を算定した場合	剤調A	「薬学管理料」欄
118	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2のイを算定した場合	剤調B	「薬学管理料」欄
119	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2のロを算定した場合	剤調C	「薬学管理料」欄
120	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料1を算定した場合	調後A	「薬学管理料」欄
121	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料2を算定した場合	調後B	「薬学管理料」欄
122	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	訪A	「薬学管理料」欄
123	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	訪B	「薬学管理料」欄
124	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料3を算定した場合	訪C	「薬学管理料」欄
125	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料を算定した場合	在オ	「薬学管理料」欄
126	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
127	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
128	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
129	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
130	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
131	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻オ	「薬学管理料」欄
132	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳オ	「薬学管理料」欄
133	区分番号15	在宅患者オンライン薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特オ	「薬学管理料」欄
134	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	緊訪A	「薬学管理料」欄
135	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	緊訪B	「薬学管理料」欄
136	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を算定した場合	緊在オ	「薬学管理料」欄
137	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
138	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
139	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
140	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
141	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
142	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の夜間訪問加算を算定した場合	夜訪	「薬学管理料」欄
143	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の休日訪問加算を算定した場合	休訪	「薬学管理料」欄
144	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の深夜訪問加算を算定した場合	深訪	「薬学管理料」欄
145	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を「注10」に基づき算定した場合	感訪	「薬学管理料」欄
146	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻オ	「薬学管理料」欄
147	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳オ	「薬学管理料」欄
148	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特オ	「薬学管理料」欄
149	区分番号15の2	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料を「注10」に基づき算定した場合	感オ	「薬学管理料」欄
150	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合	緊共	「薬学管理料」欄
151	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
152	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
153	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
154	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
155	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
156	区分番号15の4	退院時共同指導料を算定した場合	退共	「薬学管理料」欄
157	区分番号15の5	服薬情報等提供料1を算定した場合	服A	「薬学管理料」欄
158	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のイを算定した場合	服Bイ	「薬学管理料」欄
159	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のロを算定した場合	服Bロ	「薬学管理料」欄
160	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のハを算定した場合	服Bハ	「薬学管理料」欄
161	区分番号15の5	服薬情報等提供料3を算定した場合	服C	「薬学管理料」欄
162	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1のイを算定した場合	在防Aイ	「薬学管理料」欄
163	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料1のロを算定した場合	在防Aロ	「薬学管理料」欄
164	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2のイを算定した場合	在防Bイ	「薬学管理料」欄
165	区分番号15の6	在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料2のロを算定した場合	在防Bロ	「薬学管理料」欄
166	区分番号15の7	経管投薬支援料を算定した場合	経	「薬学管理料」欄
167	区分番号15の8	在宅移行初期管理料を算定した場合	在初	「薬学管理料」欄

※略称については、「**麻**」等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、口を省略しても差し支えないこと。

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

第 2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

1 「公費負担者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第 2 を参照）。
- (2) 1 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）。
- (3) 2 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添 2 の別表 1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第 1 公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
- (5) 公費負担医療のみが 2 種併用される場合は、第 1 公費に係るものは左上部の該当欄に、第 2 公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

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

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

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

(2) 「意見書交付」欄は、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。

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。

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は、当該傷病名及び当該傷病原因を記載する。

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。

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。

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。

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。

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。

23 「食事療養・生活療養算定額」欄について

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。

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。

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。

第5 処方箋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[㊟]」欄について

処方箋を発行した保険医（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「999999」の7桁を記載すること。

5 「交付年月日」欄について

患者に処方箋を交付した年月日を記載すること。

6 「処方箋の使用期間」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、当該処方箋は当該年月日の当日まで有効であること。
- (3) 様式第二号の二に基づく処方箋（以下「分割指示に係る処方箋」という。）の場合は、分割の1回目に係る使用期限を記載することとし、当該使用期限が交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。

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、当該規格単位を併せて記載すること。

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。特に鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）については、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数又は投与日数を必ず記載すること。

なお、分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数（回数）を付記すること。

- (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又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年厚生労働省告示第61号）の別表のⅠに規定されている特定保険医療材料）を保険薬

局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。

- (5) 処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて、医療上の必要性があるため、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（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋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。この場合において、「患者希望」欄には「✓」又は「×」は記載しないこと。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（医療上必要）」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) 処方医が処方箋に記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可（医療上必要）」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、患者及び処方箋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) 患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。
- (8) リフィル処方を行う場合には、「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数（上限3回）を記載すること。なお、「処方」欄には、リフィル処方箋1回の使用による投与日数（回数）等を記載すること。
- (9) 外用薬をリフィル処方する場合について、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数を記載した場合であっても、必ず投与日数を記入すること。
- (10) なお、内服薬の処方箋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、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）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。なお、後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者については、令和4年10月1日以降、8割給付の患者の場合は「高8」、9割給付の患者の場合は「高9」と記載すること。

- (5) 処方医が、処方箋に記載した医薬品について、医療上の必要性があるため、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。

なお、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。また、電子処方箋を発行する際は、「薬品補足レコード」内の「薬品補足情報」欄に、後発品変更不可の理由を記載した場合は、「備考」欄の記載は省略しても差し支えない。

- (6) 入院中の患者以外の患者に対する処方について、患者の服薬管理が困難である等の理由により、保険薬局に分割調剤を指示する場合には、分割の回数及び当該分割ごとの調剤日数を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に指示しておくべき事項等があれば具体的に記載すること。

- (7) 1処方につき63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）を投与する場合は、当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。
- (8) 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。
- (9) 地域包括診療加算若しくは認知症地域包括診療加算又は地域包括診療料若しくは認知症地域包括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方箋への書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。
- (10) 情報通信機器を用いた診療の実施に伴い処方箋を発行する場合については、「情報通信」と記載すること。

9 「分割指示に係る処方箋」について

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に相当するかを右上の所要欄に記載すること。
- (2) 別紙の発行保険医療機関情報には、保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載すること。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載すること。

10 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方箋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

処方箋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、当該処方箋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箋に記載すること。

- (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 処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋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

(5) 分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入すること。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えないこと。

(6) 「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」が記載されている処方箋（以下「リフィル処方箋」という。）に基づき調剤した場合は、「調剤実施回数」欄に調剤回数に応じて、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。

(7) 保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）第 26 条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、当該リフィル処方箋の写しを調剤録と共に保管すること。

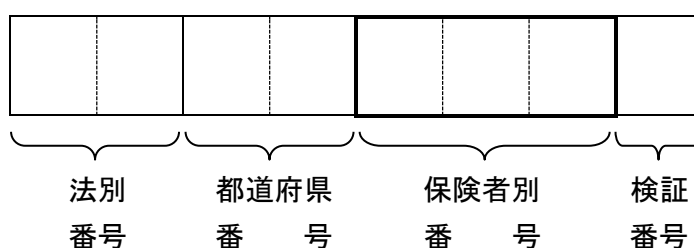
診療報酬請求書等一覧表

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。
 なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード(例：北海道の場合「01」)から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な保険者別番号がなくなり次第、右に掲げるコード(例：北海道の場合「51」)を設定することとする。
- 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 が 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	

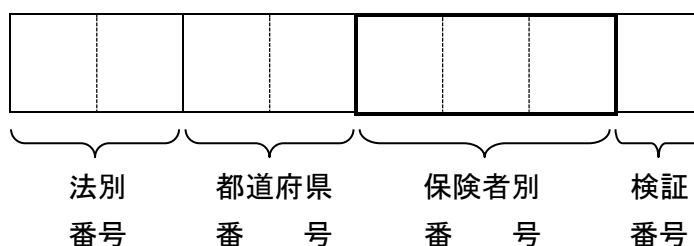
$$0 + 6 + 2 + 3 + 0 + 4 + (1 + 6) = 22$$

$$010 - 2 = \boxed{8} \quad \text{………検証番号}$$

- 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にあたっては、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、国民健康保険にあつては、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つては、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。

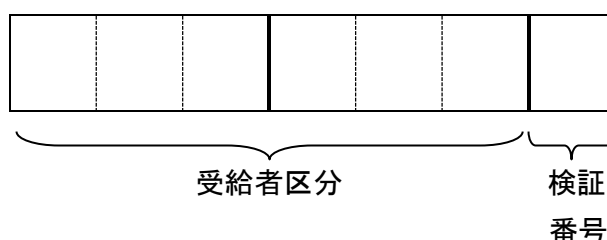


- 2 法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表1の(3)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表2に定める番号とする。
- なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード（例：北海道の場合「01」）から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な実施機関番号がなくなり次第、右に掲げるコード（例：北海道の場合「51」）を設定することとする。
- 4 実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。
- 5 検証番号は、第1の5の例により定める。

- 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。

第3 公費負担医療の受給者番号

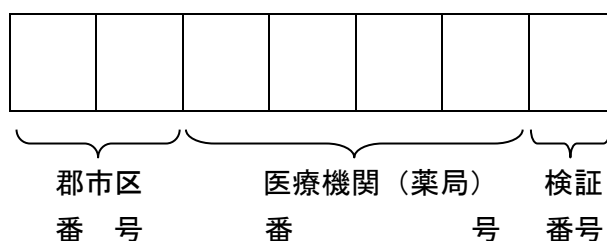
- 1 公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分6桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 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、点数表番号は内科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	
$6 + 4 + 2 + 0 + (1 + 4) + 1 + 4 + 3 + (1 + 2) = 28$				
$○10 - 8 = \boxed{2}$ ……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の際は、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 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。）		0 1	（協会）
	船員保険		0 2	（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）	0 3	（日）
		○特別療養費（法第 145 条関係）	0 4	（日 特） 又は（特）
	組管掌健康保険		0 6	（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）		0 7	（自）
	高齢者の医療の確保に関する法律による療養の給付		3 9	（高）
	国家公務員共済組合		3 1	} （共）
	地方公務員等共済組合		3 2	
	警察共済組合		3 3	
	公立学校共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		3 4	
	特定健康保険組合		6 3	} （退）
	国家公務員特定共済組合		7 2	
	地方公務員等特定共済組合		7 3	
	警察特定共済組合		7 4	
	公立学校特定共済組合 日本私立学校振興・共済事業団		7 5	

（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	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）	1 3	—	
		○更生医療（法第 20 条関係）	1 4	—	
	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）	1 8	—	
	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）	2 9	—	
		○新感染症外出自粛対象者の医療（法第 50 条の 3 関係）		—	
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）		3 0	—	
	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）	1 0	（感 37 の 2）	
		○結核患者の入院（法第 37 条関係）	1 1	（結核入院）	
	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）	2 0	（精 29）	
	障害者総合支援法による	○精神通院医療（法第 5 条関係）	2 1	（精神通院）	
		○更生医療（法第 5 条関係）	1 5	—	
		○育成医療（法第 5 条関係）	1 6	—	
		○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）	2 4	—	
	担	麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第 58 条の 8 関係）		2 2	—
	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）	
○新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者の医療（法第 44 条の 3 の 2 関係）		—			
医	児童福祉法による	○療育の給付（法第 20 条関係）	1 7	—	
		○肢体不自由児通所医療（法第 21 条の 5 の 29 関係）及び障害児入所医療（法第 24 条の 20 関係）	7 9	—	

療	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	—
	児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援（法第 19 条の 2 関係）		5 2	—
制	難病の患者に対する医療等に関する法律による	○特定医療（法第 5 条関係）	5 4	—
	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及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る医療費の支給		3 8	—
度	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並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者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 項において準用する場合を含む。）		2 5	—
	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 又は 51	石川	17 又は 67	岡山	33 又は 83
青森	02 又は 52	福井	18 又は 68	広島	34 又は 84
岩手	03 又は 53	山梨	19 又は 69	山口	35 又は 85
宮城	04 又は 54	長野	20 又は 70	徳島	36 又は 86
秋田	05 又は 55	岐阜	21 又は 71	香川	37 又は 87
山形	06 又は 56	静岡	22 又は 72	愛媛	38 又は 88
福島	07 又は 57	愛知	23 又は 73	高知	39 又は 89
茨城	08 又は 58	三重	24 又は 74	福岡	40 又は 90
栃木	09 又は 59	滋賀	25 又は 75	佐賀	41 又は 91
群馬	10 又は 60	京都	26 又は 76	長崎	42 又は 92
埼玉	11 又は 61	大阪	27 又は 77	熊本	43 又は 93
千葉	12 又は 62	兵庫	28 又は 78	大分	44 又は 94
東京	13 又は 63	奈良	29 又は 79	宮崎	45 又は 95
神奈川	14 又は 64	和歌山	30 又は 80	鹿児島	46 又は 96
新潟	15 又は 65	鳥取	31 又は 81	沖縄	47 又は 97
富山	16 又は 66	島根	32 又は 82		