８福薬業発第１３号
令和８年４月８日

各地区薬剤師会会長　殿

公益社団法人福岡県薬剤師会
常務理事　竹野　将行

令和８年度診療報酬改定に関する通知の発出について（その２）

平素より本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

さて、標記については、令和８年３月９日付７福薬発第 326 号にてお知らせしたところですが、日本薬剤師会より別添のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

今般、令和８年度診療報酬改定に関する通知文書が、下記の厚生労働省ホームページに掲載されました。本通知には、診療報酬請求書の記載要領、掲示事項、長期収載品の取扱い等の内容が含まれておりますので、適宜ご確認ください。

なお、診療報酬請求書等の記載要領に係る調剤関係部分については、今後、訂正が行われる予定です。確定次第、改めてお知らせいたします。

ご多忙とは存じますが、貴会会員へのご周知方よろしくお願い申し上げます。

記

〇厚生労働省ホームページ
「令和８年度診療報酬改定について」
厚生労働省トップページ ＞ 政策について ＞ 分野別の政策一覧 ＞ 健康･医療 ＞ 医療保険 ＞ 令和８年度診療報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67729.html

以　上

日 薬 業 発 第 18 号
令 和 8 年 4 月 7 日

都道府県薬剤師会担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会
副 会 長　森　昌 平

令和８年度診療報酬改定に関する通知の発出について（その２）

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。
令和８年度診療報酬改定に関する通知の発出については令和８年３月６日付け日薬発第 457 号等にて、お知らせしたところですが、今般、令和８年度診療報酬改定に関する下記の通知が厚生労働省ホームページで掲載されました。
取り急ぎお知らせいたしますので、貴会会員にご周知下さいますようお願い申し上げます。

記

１．関係通知　※いずれも令和８年３月 27 日付け通知
①「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
→注）本通知の調剤関係の部分については、今後、訂正が行われる予定です。訂正内容が確定次第、改めてお知らせいたしますので、その旨ご承知おきください。

②「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について
③「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について
④「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について
⑤「長期収載品の処方等又は調剤について」の一部改正について
⑥「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について」の一部改正について

２．厚生労働省ホームページ
令和８年度診療報酬改定について
厚生労働省ホームページ〉 政策について 〉 分野別の政策一覧 〉
健康・医療 〉 医療保険 〉 令和８年度診療報酬改定について
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_67729.html

以上

①

注）本通知の調剤関係の部分については、今後、訂正が行われる予定です。
訂正内容が確定次第、改めてお知らせいたしますので、その旨ご承知おきください。

＜ 抄 ＞

保医発 0327 第２号
令和８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　　殿
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

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８年厚生労働省告示第 69 号）等が告示され、令和８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）

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）

別紙１

診療報酬請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

１　診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式」（平成 20 年厚生労働省告示第 126 号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和８年こども家庭庁・厚生労働省告示第二号）により改正のあった様式については、令和８年７月１日（６月診療分）から新様式により扱うものとし、令和８年５月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。

２　診療報酬請求書等の用紙の大きさはＡ列４番とすること。

ただし、電子計算機により作成する場合は、Ａ列４番と±６ｍｍ（縦方向）、＋６ｍｍ、－４ｍｍ（横方向）の差は差し支えないものであること。

３　診療報酬請求書等は、別添１「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。

４　診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。

５　診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。

なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。

６　「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

Ⅱ　診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第１　診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）に関する事項（様式第１（１））

１　「令和　年　月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。

なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分については、この限りではないこと。

２　「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁を記載すること（別添２「保険者番号公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）の第４を参照）。

３　「別記　　殿」欄について

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

（例）　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「令和　年　月　日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

５　「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（１）　保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

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

６　「 入・外 」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を〇で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

なお、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合は、入院に係るものとして取り扱うこと。

７　「医療保険」欄について

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

なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」

に示すとおりであること。

（２） 入院分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「負担金額」の項の合計を記載すること。

「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

（３） 入院外分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。

（４） 「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄にはそれぞれの合計を記載すること。

（５） 「①合計」欄には、「医保（７０以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独七〇以上一般・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（七〇以上七割）」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（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

（６） 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあっては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」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（七〇以上一般・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。

８ 「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、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成 10 年法律第 114 号。以下「感染症法」という。）による結核患者の適正医療と障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律（平成 17 年法律第 123 号。以下「障害者総合支援法」という。）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（以下「精神通院医療等」という。）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） 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」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」の項に係る「請求」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」の項に係る「請求」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。

（４） 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額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。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額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。

（５） 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ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」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

９ 「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、例えば生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）による医療扶助に係る分と感染症法による結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には「１２（生保）／１０（感 37 の２）」欄に記載することとし、これ以外の公費負担医療の組合せについ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、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並びに食事療養及び生活療養に係る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） 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」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②」の項に係る「請求」の項の記載を省略した明細書については、「公費①」の項に係る「請求」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は、生活保護法による医療扶助に係る点数は「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数をも合計して記載すること。

（４） 「一部負担金（控除額）」欄の記載方法は、８の（４）と同様であること。

（５） 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ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②」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、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は、生活保護法による医療扶助に係る金額は明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

10 「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並びに食事療養及び生活療養に係る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） 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「請求」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。

（４） 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額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。また、入院外分については、公費負担医療制度ごとに明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「一部負担金額」の項の金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

（５） 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ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。

11 「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。

12 「総件数①＋②」欄について

「①合計」欄及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

13 「備考」欄について

（１） 定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、超過 （略称の□囲みについては、〇囲みでもよいこと。以下同じ。）と記載すること。

（２） 医療法（昭和 23 年法律第 205 号）の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、標欠 と記載すること。

第２ 診療報酬請求書（医科・入院外）に関する事項（様式第１（２））

診療報酬請求書（医科・入院外）の記載要領については、第１の例によること。この場合において、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、入院外分の記載に係る例によること。

第２の２　診療報酬請求書（医科・歯科）に関する事項（様式第８）

診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領については、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）　療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄、食事療養・生活療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、第１の７の（２）及び（３）と同様であること。この場合、「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第 69 条第１項の規定に基づき減額された一部負担金」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医療機関等にあっては、「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障害者総合支援法による精神通院医療等）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）　「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」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」の項に係る「請求」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」の項に係る「請求」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。

（４）　「一部負担金」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」の項に記載した金額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。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」の項に記載した金額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。

（５）　「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項

に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ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」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」の項に記載した金額が当該公費負担医療の金額と同じであるので、これを加えて合計すること。

第３　診療報酬明細書の記載要領（様式第２）

１　診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１）　明細書は、白色紙黒色刷りとすること。

（２）　左上の隅より右へ 12mm、下へ 12mmの位置を中心に半径２mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。

（３）　同一の被保険者等が２以上の傷病について診療を受けた場合においても、１枚の明細書に併せて記載すること。

（４）　同一月に同一患者につき、入院診療と入院外診療とが継続してある場合には、入院、入院外についてそれぞれ別個の明細書に記載すること。

なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。

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

（５）　入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者を除く。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「 他（受診日数：〇日）」を記載すること。ただし、特定入院料、一般病棟入院基本料（療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（療養病棟入院料１の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を１０％減算する場合（他の保険医療機関において、シングルホトンエミッションコンピューター断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、体外照射の強度変調放射線治療（ＩＭＲＴ）、ガンマナイフによる定位放射線治療、直線加速器による放射線治療の定位放射線治療の場合又は粒子線治療に係る費用を算定し、５％減算する場合を含む。）には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端を 50mm程度切りとって添付すること。レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：〇日）」を記載すること。

また、入院中の患者（ＤＰＣ算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載す

ること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に 他 とそれぞれ記載すること。他の保険医療機関を受診した際の費用の一切を入院医療機関において算定する場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、所在都道府県名（都道府県番号でも可）及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為の近傍に 他 とそれぞれ記載すること。

（６） 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の資格確認書が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も、同様とすること。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

（７） 同一月に同一患者につき、介護老人保健施設又は介護医療院に入所中の診療と介護老人保健施設又は介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

（８） 短期滞在手術等基本料１を算定する場合は、入院外の明細書（様式第２（２））を使用すること。

（９） 電子計算機の場合は、以下によること。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えないこと。また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄については、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えないこと。

イ 枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

ウ 用紙下端の空白部分は、ＯＣＲ処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的には使用しないこと。

エ 電子計算機用の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、ＪＩＳＸ０２０８において文字コードが設定された範囲とすることが望ましいこと。

２ 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（１） 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。

（２） 「都道府県番号」欄について

別添２「設定要領」の別表２に掲げる都道府県番号表に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載すること。

（３） 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第４を参照）。

（４） 「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

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

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険　　１ 社・国

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、右の番号を〇で囲むこと。

単独　　１　単独

１種の公費負担医療との併用　　２　２併

２種以上の公費負担医療との併用　　３　３併

（注）　公費負担医療には、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含むこと。

ウ　ア及びイについては、〇で囲むことを省略しても差し支えないこと。

エ　「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち１つを〇で囲むこと。なお、未就学者である患者（６歳に達する日以後最初の３月 31 日以前の患者をいう。以下同じ。）は「３」又は「４」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「７」、「８」、「９」又は「０」を〇で囲むこととし、また、公費負担医療については本人に該当するものとする。

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合については被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「１」又は「２」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「５」又は「６」を〇で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲むこと。

なお、入院の場合は、「１　本入」（若しくは「１　本」）、「３　六入」（若しくは「３　六」）、「５　家入」（若しくは「５　家」）、「７　高入一」（若しくは「７　高一」）又は「９　高入７」（若しくは「９　高７」）、外来の場合は、「２　本外」（若しくは「２　本」）、「４　六外」（若しくは「４　六」）、「６　家外」（若しくは「６　家」）、「８　高外一」（若しくは「８　高一」）又は「０　高外７」（若しくは「０　高７」）の項のみを印刷したものを使用することとしても差し支えないこと。

１　本人入院　　１　本入

２　本人外来　　２　本外

３　未就学者入院　　３　六入

４　未就学者外来　　４　六外

５　家族入院　　５　家入

６　家族外来　　６　家外

７　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者入院　　７　高入一

８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者外来　　８　高外一

９　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付入院　　９　高入７

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。

オ　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。

（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〇で囲むか、（　）の中に給付割合を記載すること。ただし、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えないこと。

（７）　「被保険者資格に係る記号・番号」欄について

ア　健康保険資格確認書、国民健康保険資格確認書、船員保険資格確認書、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「資格確認書等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。また、後期高齢者医療資格確認書の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、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〇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、記号若しくは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、変更後の記号又は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　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「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こと。

（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

医療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)　「区分」欄について

当該患者が入院している病院又は病棟の種類に応じ、該当する文字を〇で囲むこと。また、月の途中において病棟を移った場合は、そのすべてに〇を付すこと。

なお、電子計算機の場合は、コード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。

０１精神（精神病棟）、０２結核（結核病棟）、０７療養（療養病棟）

(11)　「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〇で囲むこと。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）　該当する元号を〇で囲み、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。

(12)　「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〇で囲むこと。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」の番号を〇で囲むこと。

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、入院外分についてはそれぞれ１枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として１枚の診療報酬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号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）

(13)　「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略　号	内　　容
０１	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和 48 年 10 月 30 日付保発第 42 号、庁保発第 26 号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）第 42 条及び高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成 19 年政令第 318 号。以下「高齢者医療確保法施行令」という。）第 15 条に規定する金額を超える場合
０２	長	以下のいずれかに該当する場合 ①　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号に

		規定する金額を超えた場合（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、既に同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。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第６項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項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。）
０３	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（ＣＡＰＤ）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
０４	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
０７	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
０８	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
０９	施	平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
１０	第三	患者の疾病又は負傷が、第三者の不法行為（交通事故等）によって生じたと認められる場合
１１	薬治	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（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）第１条第２号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１２	器治	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３号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
１３	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあっては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
１４	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であって「保険外

		併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成 18 年厚生労働省告示第 498 号）の第７号の５に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあっては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）
１６	長２	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２号に規定する金額を超えた場合（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、既に同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。）
２１	高半	月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
２５	出産	平成 23 年１月 31 日保発 0131 第２号から４号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合
２６	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「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」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号。以下「難病法」という。）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３１」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「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資格確認書（一部負担金の割合（３割））の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 「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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「３１」に該当する場合を除く。）
２７	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合

		①　「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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「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」の適用区分（イ）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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３２」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「３２」に該当する場合を除く。）
２８	区ウ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「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」の適用区分（ウ）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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「３３」に該当する場合を除く。 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「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っては、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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「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っては、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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「３３」に該当する場合を除く。）
２９	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・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（特記事項「３４」に該当する場合を除く。）

		70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、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））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合 ②　「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・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（特記事項「３４」に該当する場合を除く。）
３０	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ①　「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））が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が提供された場合 ②　「低所得者の世帯」の適用区分（オ）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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・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（特記事項「３５」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ①　「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が提供された場合 ②　「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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・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
３１	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で「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」の適用区分（ア）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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近１２か月間において４月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「３４」及び同「３５」に限る。） ②　70 歳以上で「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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３２	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ①　70 歳未満で「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」の適用区分（イ）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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３３	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で「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」の適用区分（ウ）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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「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っては、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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３４	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
３５	多オ	70 歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分（オ）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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
３６	加治	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３号の２の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等（医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和 36 年厚生省令第１号）第 275 条の２に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合

３７	申出	別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合（この場合にあっては、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
３８	医併	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
３９	医療	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
４１	区カ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 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）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 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）の後期高齢者医療資格確認書（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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書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（特記事項「４３」に該当する場合を除く。）
４２	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 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）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 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）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書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（特記事項「４４」に該当する場合を除く。）

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

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

(14)　「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地及び名称を記載すること。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（　床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあっては、「（　床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病床数が変更した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

(15)　「傷病名」欄について

ア　傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和６年４月 22 日付保発 0422 第２号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）別添３に規定する傷病名を用いること。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」（令和８年３月 27 日医療課事務連絡）に取りまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いること。

イ　主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として１つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ　薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が 175 円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はないものとすること。ただし、強心剤、糖尿病薬などの投与又は使用の原因となった傷病名についてはこの限りでないこと。

エ　傷病名が４以上ある場合には、「傷病名」欄の余白に順次番号を付し、傷病名を記載し、又は当該欄に記載しきれない場合は、「摘要」欄に順次番号を付して記載し、最終行の下に実線を引いてその他の記載事項と区別し、記載した傷病名に対応する診療開始日を、傷病名の右側（傷病名の右側に余白がない場合は、当該傷病名の次の行の行末）に記載すること。

オ　心身医学療法を算定する場合にあっては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。

(16)　「診療開始日」欄について

ア　当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載すること。ただし、「傷病名」欄が単一病名の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治癒又は死亡したものについては、記載を省略しても差し支えないこと。

イ　同月中に保険種別等の変更があった場合には、その変更があった日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

ウ　同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日として記載し、「摘要」欄にその旨を記載すること。

(17)　「転帰」欄について

治癒した場合には「治ゆ」の字句を、死亡した場合には「死亡」の字句を、中止又は転医の場合には「中止」の字句をそれぞれ〇で囲むこと。

なお、２以上の傷病にわたる場合は「傷病名」欄の番号を付して「転帰」欄に区分して記載すること。

電子計算機の場合は、それぞれの傷病名と同じ行に「治ゆ」、「死亡」又は「中止」の字句を記載することとしても差し支えないこと。

(18)　「診療実日数」欄について

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

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

イ　入院外分については、診療を行った日数（小児科外来診療料、地域包括診療料、小児かかり

つけ診療料、開放型病院共同指導料(Ⅰ)、退院時共同指導料１及びハイリスク妊産婦共同管理料（Ⅰ）を算定した日数並びに外来リハビリテーション診療料又は外来放射線照射診療料を算定した患者に対する、疾患別リハビリテーション又は放射線照射に係る初診料、再診料又は外来診療料が算定できない期間に行われた疾患別リハビリテーション、放射線照射、の日数を含む。）を記載すること。

ウ　患者又はその看護に当たっている者から電話等によって治療上の意見を求められて指示した場合（以下「電話等再診」という。）の実日数は１日として数えること。この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

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

エ　同一日に初診、再診（電話等再診を含む。）が２回以上行われた場合の実日数は、１日として数えること。

なお、この場合、その回数を「摘要」欄に再掲すること。

オ　入院分については、入院日数を記載すること。

なお、入退院日は、それぞれ１日として数えること。

カ　(16)のアのただし書きの場合、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、この場合においても、診療実日数は記載するものであること。

キ　同一日に複数科を受診した場合の初診料・再診料・外来診療料を算定しない科に係る診療実日数については、初診料・再診料・外来診療料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載するものとすること。

ク　小児特定疾患カウンセリング料のロ、外来栄養食事指導料、集団栄養食事指導料、在宅療養指導料、がん患者指導管理料のロ若しくはハ、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、退院時共同指導料１、外来排尿自立指導料、傷病手当金意見書交付料、療養費同意書交付料、精神科退院時共同指導料１、在宅がん医療総合診療料、在宅患者訪問看護・指導料、同一建物居住者訪問看護・指導料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、精神科訪問看護・指導料又は精神科訪問看護指示料を算定した同一日に医師の診療が行われない場合は、実日数として数えないこと。

ケ　初診又は再診に附随する一連の行為とみなされる次に掲げるような場合は、当該行為を行った日は実日数として数えないこと。

（ア）　初診又は再診時に行った検査、画像診断の結果のみを後日聞きに来た場合

（イ）　往診等の後に薬剤のみを後日取りに来た場合

（ウ）　初診又は再診の際検査、画像診断等の必要を認めたが、一旦帰宅し、後日検査、画像診断等を受けに来た場合

コ　初診、再診又は在宅医療において、患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に訪問看護ステーション等の看護師等が、当該患者に対し点滴又は処置等を実施した場合について、これに用いた薬剤又は特定保険医療材料が使用された日は実日数として数えないこと。また、当該患者に対し検査のための検体採取等を実施した場合について、当該

検体採取が実施された日は実日数として数えないこと。

(19)　「点数」欄について

ア　診療行為等の名称又は略称、所定点数、回数及び合計点数を記載すること。「×」がない場合及び「×」があっても算定した所定点数が複数の場合は、所定点数及び回数の記載は省略して差し支えないこと。なお、「回」、「単位」又は「日間」がない場合は合計点数のみとすること。

イ　「点数」欄に記載すべき診療行為等の名称又は略称、回数、所定点数その他の事項を欄内に書ききれない等の場合は、それらの事項を「摘要」欄に記載すること。なお、それ以外の場合も、それらの事項を「摘要」欄に記載することは差し支えないこと。

ウ　公費負担医療のみの場合であっても、当月診療に係るすべての回数及び点数を記載すること。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診療内容が該当するものであること。

(20)　「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

ア　通則

各欄又は「摘要」欄への診療行為等の名称（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、次のイからシ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次のとおりであること。ただし、（ウ）に掲げる別表Ⅲについては、診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院からの電子レセプト請求による場合に限るものとする。

（ア）　別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」

（イ）　別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」

（ウ）　別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」

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

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅳまでの「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から別表Ⅳにおいて、令和８年６月１日適用の旨が表示されたコードについては、令和８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Ⅴ「診療行為名称等の略号一覧（医科）」に示す略号を使用して差し支えないこと。

イ　「初診」欄について

（ア）　診療時間内の初診の場合には回数及び点数を記載し、時間外、休日又は深夜に該当する場合は、該当する文字を〇で囲み、その回数及び点数を記載すること。

また、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、夜間・早朝等加算を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称をそれぞれ記載すること。

（イ）　６歳未満の乳幼児に対し初診を行った場合は、当該加算を加算した点数を記載し、乳幼

児加算等の表示は必要がないこと。

（ウ） 機能強化加算、外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算、特定機能病院等紹介患者受入加算、電子的診療情報連携体制整備加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

ウ 「再診」欄について

（ア） 外来診療料については、本欄に所要の事項を記載すること。

（イ） 再診及び外来管理加算の項には、回数及び合計点数を記載すること。

（ウ） 時間外、休日、深夜の項には、それぞれの回数及び加算点数を別掲すること。また、時間外加算の特例を算定した場合は通常の時間外加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日又は深夜加算の特例を算定した場合は、通常の時間外、休日又は深夜加算と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称を、夜間・早朝等加算を算定した場合は通常の時間外と同様に記載するとともに「摘要」欄に名称をそれぞれ記載すること。

（エ） 乳幼児加算を算定した場合は、再診の項に再診料に当該加算を加算した点数を記載し、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

（オ） 時間外対応体制加算、明細書発行体制等加算、地域包括診療加算、外来データ提出加算、薬剤適正使用連携加算、外来感染対策向上加算、発熱患者等対応加算、連携強化加算、サーベイランス強化加算、抗菌薬適正使用体制加算、電子的診療情報連携体制整備加算、看護師等遠隔診療補助加算を算定した場合には、再診の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

エ 「医学管理」欄について

（ア） 名称、回数及び点数を記載すること。

（イ） 小児科外来診療料、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料又は外来腫瘍化学療法診療料を算定した場合において、初診料、再診料若しくは外来診療料の時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、小児科を標榜する保険医療機関における夜間、休日若しくは深夜加算の特例、機能強化加算、特定機能病院等紹介患者受入加算、電子的診療情報連携体制整備加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載すること。

オ 「在宅」欄について

（ア） 往診の項、夜間の項又は深夜・緊急の項については、それぞれ、通常の往診、夜間若しくは休日の往診又は深夜若しくは緊急の往診の回数と点数を記載すること。

往診の在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「往診」の字句の次に名称を記載すること。また、看取り加算を算定した場合は、当該加算点数を記載すること。

（イ） 特別往診料を算定する場合には、往診の字句の左に 特 、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数（往診料の項に定める基本点数に「注１」、「注２」及び「注３」の点数を加算した点数）と特別加算点数（波浪及び滞在に対する加算点数）とを併記すること。

（ウ） 在宅患者訪問診療の項については、回数及び総点数を記載するほか、次によること。

① 同一の患者について、同一月内に、在宅患者訪問診療料（Ｉ）の「１」のイ、ロ、「２」

のイ、ロ又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)のうち複数算定する場合には、在宅患者訪問診療の項には総点数を記載し、「摘要」欄にその内訳（それぞれの名称、回数及び総点数）を記載すること。また、乳幼児加算又は幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。

② 在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の在宅ターミナルケア加算のイ若しくはロを算定した場合又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)の在宅ターミナルケア加算を算定した場合は、当該加算点数を記載し、「在宅患者訪問診療」の字句の次にそれぞれ名称を記載すること。また、看取り加算を算定した場合は、当該加算点数を記載すること。

③ 患家との直線距離が16ｋｍを超えた場合又は海路の場合であって、特殊の事情があったときの在宅患者訪問診療料(Ⅰ)を算定する場合には、在宅患者訪問診療の字句の左に 特 、その内訳の最後尾に「波浪」、「滞在」又は「波浪・滞在」と記載し、所定点数に在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の「注４」から「注８」までの点数を加算した点数と特別加算点数（波浪及び滞在に対する加算点数）とを併記すること。

（エ） 在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した場合は、その他の項に名称を記載すること。なお、在宅移行早期加算、頻回訪問加算、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算１又は２、在宅療養移行加算、包括的支援加算、在宅データ提出加算又は在宅医療情報連携加算を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

また、在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料の100分の80又は60に相当する点数を算定する場合は、名称及び点数を記載すること。

（オ） 在宅がん医療総合診療料を算定した場合は、その他の項に名称、日数及び点数を記載すること。なお、在宅医療充実体制加算、在宅療養実績加算１又は２、小児加算、在宅データ提出加算、在宅医療ＤＸ情報活用加算又は在宅医療情報連携加算を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（カ） 救急搬送診療料、救急患者連携搬送料、訪問看護遠隔診療補助料、在宅患者訪問点滴注射管理指導料、在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料、訪問看護指示料、特別訪問看護指示加算、手順書加算、衛生材料等提供加算、介護職員等喀痰吸引等指示料、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者訪問栄養食事指導料、在宅患者連携指導料、在宅患者緊急時等カンファレンス料、在宅患者共同診療料、訪問診療薬剤師同時指導料、在宅患者訪問褥瘡管理指導料、外来在宅共同指導料又は在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料を算定した場合は、その他の項に名称、回数（単位数）及び総点数を記載すること。

在宅患者訪問看護・指導料又は同一建物居住者訪問看護・指導料（注の加算を含む。）を算定した場合は、名称、回数及び総点数を記載すること。

難病等複数回訪問加算、在宅ターミナルケア加算のイ若しくはロ又は同一建物居住者ターミナルケア加算のイ若しくはロを算定した場合は、当該加算点数を記載し、「訪問看護」の字句の次にそれぞれ名称を記載すること。

在宅移行管理加算又は在宅移行管理重症者加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に名称を記載すること。

夜間・早朝訪問看護加算又は深夜訪問看護加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に名称を記載すること。

遠隔死亡診断補助加算又は訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した場合は、所定点数に当該加算を加算した点数を記載し、「訪問看護」の字句の次に名称を記載すること。

（キ） 在宅自己注射指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載すること。血糖自己測定器加算、注入器加算、間歇注入シリンジポンプ加算、持続血糖測定器加算の「１」、持続血糖測定器加算の「２」又は注入器用注射針加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己注射に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ク） 在宅小児低血糖症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ケ） 在宅妊娠糖尿病患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び所定点数を記載すること。また、血糖自己測定器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（コ） 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、紫外線殺菌器加算又は自動腹膜灌流装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（サ） 在宅血液透析指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、透析液供給装置加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅血液透析指導管理料に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（シ） 在宅酸素療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

なお、酸素ボンベ加算、酸素濃縮装置加算、液化酸素装置加算、呼吸同調式デマンドバルブ加算、在宅酸素療法材料加算又は遠隔モニタリング加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。また、酸素ボンベ加算及び液化酸素装置加算について携帯用又は携帯型を用いた場合は、併せて名称を記載すること。

（ス） 在宅中心静脈栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法用輸液セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅中心静脈栄養法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（セ） 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ソ） 在宅小児経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅小児経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（タ） 在宅半固形栄養経管栄養法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅経管栄養法用栄養管セット加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅半固形栄養経管栄養法に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（チ） 在宅自己導尿指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。特殊カテーテル加算の「１」、特殊カテーテル加算の「２」、特殊カテーテル加算の「３」又は携帯型精密ネブライザ加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅自己導尿に用いる薬剤を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ツ） 在宅人工呼吸指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。人工呼吸器加算のうち、陽圧式人工呼吸器、鼻マスク・顔マスクを介した人工呼吸器又は陰圧式人工呼吸器を使用した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。また、排痰補助装置加算又は横隔神経電気刺激装置加算を算定した場合は併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（テ） 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。なお、持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅持続陽圧呼吸療法用治療器加算の「１」、「２」、在宅持続陽圧呼吸療法材料加算又は遠隔モニタリング加算を算定した場合は、併せて名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ト） 在宅ハイフローセラピー指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅ハイフローセラピー材料加算又は在宅ハイフローセラピー装置加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。在宅ハイフローセラピー指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ナ） 在宅麻薬等注射指導管理料、在宅腫瘍化学療法注射指導管理料、在宅強心剤持続投与指導管理料又は在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。携帯型ディスポーザブル注入ポンプ加算又は注入ポンプ加算を算定した場合は、併せてそれぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。当該指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ニ） 在宅寝たきり患者処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅寝たきり患者処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ヌ） 在宅自己疼痛管理指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ネ） 在宅振戦等刺激装置治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ノ） 在宅迷走神経電気刺激治療指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、疼痛等管理用送信器加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。導入期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ハ） 在宅仙骨神経刺激療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載

すること。

（ヒ） 在宅舌下神経電気刺激療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（フ） 在宅肺高血圧症患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、携帯型精密輸液ポンプ加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ヘ） 在宅気管切開患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、気管切開患者用人工鼻加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ホ） 在宅喉頭摘出患者指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（マ） 在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅難治性皮膚疾患処置に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ミ） 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料に用いる特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（ム） 在宅経腸投薬指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、経腸投薬用ポンプ加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（メ） 在宅腫瘍治療電場療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。在宅腫瘍治療電場療法に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、薬剤の項に総点数を記載すること。

（モ） 在宅経肛門的自己洗腸指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。また、在宅経肛門的自己洗腸用材料加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。導入初期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ヤ） 在宅中耳加圧療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。

（ユ） 在宅抗菌薬吸入療法指導管理料を算定した場合は、その他の項に名称及び点数を記載すること。導入初期加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。また、在宅抗菌薬吸入療法用ネブライザ加算を算定した場合は、名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ヨ） 在宅療養指導管理料のいずれかの所定点数に併せて他の在宅療養指導管理材料加算のみを算定した場合は、その他の項に(キ)から(ユ)まで（(ニ)、(ハ)、(ヘ)、（ホ）から(ミ)まで、(メ)及び(ヤ)を除く。）に掲げる当該加算の名称を記載し、当該加算点数を記載すること。

（ラ） 退院前在宅療養指導管理料を算定した場合は、名称及び点数を記載すること。また、乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。なお、退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、その点数を記載すること。

（リ） 入院中の患者に対して、救急搬送診療料を算定した場合は、(カ)の例により記載すること。また、入院中の患者に対して退院の日に在宅療養指導管理料を算定した場合は、「退院時在宅指導」と記載した上で(キ)から(ユ)までの例により記載すること。

（ル） 施設入所者自己腹膜灌流薬剤料を算定した場合は、「在宅」欄に名称及び総点数を記載すること。

（レ） 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２条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの（エ）の例によること。

カ 「投薬」欄について

（ア） 入院分について

① 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

② 薬剤名、規格単位（%又はｍｇ等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、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医療機関（以下「届出保険医療機関」という。）については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が 175 円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとすること。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

③ 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。

④ 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、調基の項に名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（イ） 入院外分について

① 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

② 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。

③ 処方の項は、処方箋を交付しない場合において処方回数及び点数を記載すること。

④ 薬剤名、規格単位（%又はｍｇ等）及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が 175 円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとすること。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

⑤ １回の処方において、抗不安薬を３種類以上、睡眠薬を３種類以上、抗うつ薬を３種

類以上、抗精神病薬を３種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬を４種類以上投与した場合であって、薬剤料（抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。）を所定点数の１００分の８０に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に 精減 と表示すること。

⑥　常態として、内服薬７種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の１００分の９０に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に 減 と表示すること。

⑦　また、初診料の注２、注３又は外来診療料の注２、注３を算定する保険医療機関において投与期間が３０日以上の処方をし、薬剤料を所定点数の合計の１００分の４０に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に 減 と表示すること。

⑧　麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。

⑨　調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。

⑩　乳幼児加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

⑪　特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称、回数及び点数を記載すること。

⑫　抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

⑬　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１、２又は３を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

⑭　向精神薬調整連携加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（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４号又は第６号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「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。

〔記載例〕

ラシックス錠 20 mg　　１錠

アルダクトンＡ錠 25 mg　　１錠　　２×５

リピトール錠 10 mg　　１錠　　３×５

（薬評）

エフピーＯＤ錠 2.5

（エ）　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２条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用

いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）　　１錠

△△△錠　　１錠　　１７×５

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載して処方箋を交付する場合は、理由について、別表Ｉに示す項目を参照して記載すること。

キ　「注射」欄について

（ア）　外来化学療法加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称及び算定回数を記載すること。

（イ）　看護師等遠隔診療注射実施料を算定した場合は、「摘要」欄に実施した注射の区分番号を記載すること。

（ウ）　皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射を行った場合は、皮下筋肉内及び静脈内の項に、その他の注射を行った場合は、その他の項に、注射の種類を記して、それぞれ回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所要単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

（エ）　点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（オ）　皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ１回分ごとに、入院分はそれぞれ１日分ごとに、点滴注射及び中心静脈注射等については１日分ごとに、使用した薬名、規格単位（%、mL 又はmg 等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、注射の各手技料の算定単位（１回又は１日）当たりの薬価が 175 円以下の場合は、使用薬剤の薬名、使用量等を記載する必要はないものとすること。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

（カ）　特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期間が１年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

（キ）　特定保険医療材料を使用した場合は、クの(イ)の例により「摘要」欄に記載すること。

（ク）　乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。

（ケ）　無菌製剤処理料の「１」、「２」又は「注２」に係る加算を算定した場合は、「摘要」欄にそれぞれ名称及び算定回数を記載すること。

（ケ）　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、カの(ウ)の例により「摘要」欄に「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。

（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２条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの（エ）の例によること。

ク　「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

（ア）　処置又は手術については、名称（処置名又は手術名）、回数及び点数を、麻酔については、麻酔の種類、回数及び点数を記載すること。麻酔を処置又は検査・画像診断に伴って行った場合は、当該処置又は検査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名、回数及び点数を記載すること。

（イ）　麻酔等（麻酔に伴う前処置を含む。）に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が 15 円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から 15 円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位（%、mL 又はｍｇ等）及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。麻酔中のショック等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方厚生（支）局長に届け出た単価（単位　円・銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位　リットル）を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること（酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。）。

ａ　手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。

ｂ　手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。

ｃ　材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する。

なお、告示の名称又は通知の名称については（　）書きとすること。

ｄ　保険医療機関における購入価格によるとなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。

ｅ　処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に処置、手術等ごとに記載すること。

〔記載例〕

例１　手術以外に使用された特定保険医療材料等

①処置名　　人工腎臓　４　その他の場合

手技の加算　導入期加算１　　１，５８０×１

②薬剤料　　使用薬剤　　点数×１

③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○　１．４㎡

（ダイアライザー（Ｉａ型））１，４４０円）　１個

１４４×１

例２　手術に使用された特定保険医療材料

⑴　③特定保険医療材料〔商品名〕○○○○

（ペースメーカー（デュアルチャンバ（Ⅳ型））５６１，０００円）　１個
５６，１００×１

⑵　③特定保険医療材料〔商品名〕△△△△
（輸血用血液フィルター（微小凝集塊除去用）２，５００円）　１個
２５０×１

ｆ　酸素の費用に係る請求については、地方厚生（支）局長に届け出た液化酸素（ＣＥ、ＬＧＣ）、酸素ボンベ（大型、小型）の酸素区分、当該請求に係る単価及び使用量並びに補正率を以下の例により記載すること。

〔記載例（単価０．１９円の場合の酸素購入価格）〕

処置名　　酸素吸入　　６５×１
酸素の加算（液化酸素ＣＥ）　　７×１

（請求単価）　（使用量）　（補正率）
（０．１９円　×　３００ﾘｯﾄﾙ　×　１．３）　÷　１０　＝　７点

（注）（　）において端数整理を行った後、１０円で除して再度端数整理を行うこと。

（ウ）　処置の手技料を包括する点数を算定するに当たって併せて当該処置に係る材料、薬剤等の費用を算定する場合は、「処置」欄及び「摘要」欄に(イ)の例により記載すること。

（エ）　輸血を行った場合は、回数、点数、その他必要な事項を記載すること。なお、輸血に当たって使用した生血、自己血、保存血の別に１日の使用量及び原材料として使用した血液の総量並びに薬剤について、その薬名、使用量の内訳及び加算点数を「摘要」欄に記載すること。輸血に当たって、血液交叉試験等の加算を行った場合は、「摘要」欄にその旨を記載すること。輸血管理料を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

（オ）　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、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（カ）　処置の新生児・乳児・乳幼児（６歳未満）加算、麻酔の未熟児・新生児・乳児・幼児（１歳以上３歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（キ）　手術の 1,500 グラム未満の児・新生児（1,500 グラム未満の児を除く。以下この項において同じ。）・乳幼児（３歳未満）・幼児（３歳以上６歳未満）加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ク）　ＨＩＶ抗体陽性の患者に対して観血的手術を行った場合は、観血的加算を算定した旨の表示は省略すること。

（ケ）　人工腎臓について導入期加算又は腎代替療法診療体制充実加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載すること。

障害者等加算又は透析液水質確保加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載の上、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載すること。

（コ）　生体腎移植術を行った場合は、「手術・麻酔」欄の余白に 腎 と、生体部分肺移植術を行った場合は 肺 と表示して腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数及び食事に要した費用の額を 10 円で除して得た点数につき１点未満の端数を四捨五入して得た点数を合算した点数を記載すること。

この場合、食事に要した費用の額については、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」（平成 18 年厚生労働省

告示第 99 号）の別表「食事療養及び生活療養の費用額算定表」による額とすること。

また、腎提供者又は肺提供者の療養上の費用に係る点数を記載した明細書（氏名、保険者番号及び被保険者資格に係る記号・番号を除いたもの）を「摘要」欄に添付すること。

造血幹細胞移植のうち同種移植を行った場合、皮膚移植術（生体・培養）を行った場合、生体部分肝移植を行った場合又は生体部分小腸移植術を行った場合においては、「手術・麻酔」欄の余白にそれぞれ 造 、 膚 、 肝 又は 小 と表示するほか、生体腎の移植と同様に記載し、明細書の添付を行うこと。

（サ） 連続携行式腹膜灌流について導入期加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載すること。

（シ） 180 日を超える期間通算対象入院料を算定している患者であって厚生労働大臣が定める状態にあるもの（「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成 18 年厚生労働省告示第 498 号）第九のトに該当する患者）について胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、「処置」欄に 洗浄 と表示して回数及び合計点数を記載すること。

（ス） 「複数手術に係る費用の特例を定める件」（平成 30 年厚生労働省告示第 72 号）に規定する複数手術を同時に行った場合は、「摘要」欄に従たる手術の名称を「（併施）」を付して記載し、所定点数の 100 分の 50 に相当する点数を記載すること。

（セ） 声門上器具又は気管挿管による気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔を算定した場合には、各区分ごとの麻酔時間を「摘要」欄に記載すること。

（ソ） 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２条第 11 号に規定する「白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給」に係る診療報酬の請求を行う場合については、その旨を「摘要」欄へ記載すること。

（タ） 看護師等遠隔診療処置実施料を算定した場合は、「摘要」欄に実施した処置の区分番号を記載すること。

（チ） 外科医療確保特別加算を算定した場合は、加算して得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

ケ 「検査・病理」欄について

（ア） 名称（検査・病理診断名）、回数及び点数を記載すること。所定点数の 100 分の 90 に相当する点数により算定する場合は、検査名の右に 減 と表示し、他と分けて記載すること。検査に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

また、特定保険医療材料を使用した場合は、クの(イ)の例により「摘要」欄に記載すること。

（イ） 時間外緊急院内検査加算を算定した場合には、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。また、特殊染色加算、嫌気性培養加算、血管内超音波加算、血管内光断層撮影加算、冠動脈血流予備能測定検査加算、血管内視鏡検査加算、心腔内超音波検査加算、超音波内視鏡検査加算、大腿骨同時撮影加算、広角眼底撮影加算、小児矯正視力検査加算、狭帯域光強調加算、バルーン内視鏡加算、内視鏡的留置術加算、粘膜点墨法加算、ガイドシース加算、ＣＴ透視下気管支鏡検査加算又は顕微内視鏡加算を算定した場合は、それぞれ名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

（ウ） 外来迅速検体検査加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を「点数」欄に記載

するとともに、「摘要」欄に名称を記載すること。また、外来診療料を算定した場合であって、当該診療料に包括される検査のみに対して当該加算を算定した場合は、加算点数のみを「点数」欄に記載するとともに、「摘要」欄に名称を記載すること。

（エ） 検体検査判断料、病理診断料又は病理判断料を算定した場合には、判断料等の区分名、名称及び所定点数を「点数」欄に記載すること。また、生体検査料の各判断料を算定した場合は、検体検査判断料と同様に記載すること。

（オ） 出血・凝固検査、血液化学検査、内分泌学的検査、腫瘍マーカーに掲げる検査（「制限回数を超えて行う診療」に係るものを除く。）、肝炎ウイルス関連検査又は自己抗体検査（これらの所定点数を準用する場合を含む。）をそれぞれ多項目の包括の規定を適用して算定した場合であっても、回数と点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄にそれらの検査名又は略称を他の検査と区別して記載すること。これらの所定点数を準用する場合は、準用した旨を記載し、当該項目数を内訳として示すこと。例えば尿と血液を用いてそれぞれ生化学的検査(Ⅰ)に掲げる項目について検査を行った場合は、判断料については「 判 生Ⅰ」と表示し、「摘要」欄に項目名、項目数を尿を用いて行った検査、血液を用いて行った検査に分けて記載し、合計項目数も記載すること。

（カ） 基本的検体検査実施料を算定した場合は、名称を記載し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

基検（１５日）	２，１００
判 基	６０４

（キ） 検体検査管理加算(Ⅰ)、(Ⅱ)、(Ⅲ)又は(Ⅳ)を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。また、遺伝カウンセリング加算、遺伝性腫瘍カウンセリング加算、骨髄像診断加算、免疫電気泳動法診断加算、国際標準検査管理加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ク） 免疫染色（免疫抗体法）病理組織標本作製について、確定診断のために４種類以上の抗体を用いた免疫染色が必要な患者に対して、標本作製を実施した場合に、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ケ） 病理診断管理加算１、２又は国際標準病理診断管理加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（コ） 看護師等遠隔診療検査実施料を算定した場合は、「摘要」欄に実施した検査の区分番号を記載すること。

コ 「画像診断」欄について

（ア） 画像診断の種類（撮影部位を含む。）、回数及び点数を記載すること。

（イ） 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数として得た点数を「点数」欄に記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（ウ） 写真診断に係る場合は、写真の部位、種類、回数及び点数を記載すること。

（エ） 電子画像管理加算（エックス線診断料、核医学診断料又はコンピューター断層撮影診断料）を算定した場合には、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（オ） 画像診断に当たって、特定保険医療材料を使用した場合は、クの(イ)の例により「摘要」

欄に記載すること。

（カ） フィルムを使用した場合にあっては、フィルムの種類、枚数及び大きさを記載すること。

（キ） 画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

（ク） 基本的エックス線診断料を算定した場合は名称を記載し、入院日数（外泊期間を除く。）及び点数を次の例により「点数」欄に記載すること。

〔記載例〕

基エ （１５日） ８２５

（ケ） 写真診断、基本的エックス線診断、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算１を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。また、核医学診断又はコンピューター断層診断について、画像診断管理加算２又は３を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

サ 「その他」欄について

（ア） 外来患者に対し処方箋を交付した場合は、処方箋の項に回数及び点数を記載し、その内訳を「摘要」欄に記載すること。

乳幼児加算を算定した場合は、処方箋の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。また、特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方箋の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称、回数及び点数を記載すること。また、抗悪性腫瘍剤処方管理加算、一般名処方加算１又は２、向精神薬調整連携加算を算定した場合は、処方箋の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

（イ） リハビリテーションを算定した場合は、名称（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は医師のいずれによるものかを含む。）、回数・算定単位数及び合計点数を記載すること。

疾患別リハビリテーション料について、特定の患者に対し離床を伴わない個別療法を行い 100 分の 90 に相当する点数により算定する場合は、「摘要」欄に 離床減 と表示して、合計点数を記載すること。

（ウ） 早期リハビリテーション加算、初期加算、急性期リハビリテーション加算、休日リハビリテーション加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（エ） リハビリテーション総合計画評価料の「１」・「２」、リンパ浮腫複合的治療料の「１」・「２」を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（オ） 難病患者リハビリテーション料の短期集中リハビリテーション実施加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

（カ） 精神科専門療法を算定した場合は、名称、回数及び合計点数を記載すること。抗精神病特定薬剤治療指導管理料の持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合、治療抵抗性統合失調症治療指導管理料を算定した場合は、名称を記載すること。通院・在宅精神療法の 100 分の 50 に相当する点数を算定した場合は、精多剤減と記載して、点数を表示すること。通院・在宅精神療法の 100 分の 60 に相当する点数を算定した場合は、精非指減と記載して、点数を表示すること。精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの早期加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。精神科デイ・ナイト・ケアの疾患別等診療計画加算を算定した場

合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケアの 100 分の 90 に相当する点数を算定する場合は、 精長減 と表示して、点数を記載すること。

精神科継続外来支援・指導料の療養生活環境を整備するための加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

通院・在宅精神療法又は精神科継続外来支援・指導料の特定薬剤副作用評価加算を算定する場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

入院中の患者に精神科ショート・ケア又は精神科デイ・ケアを算定した場合は、「摘要」欄に 他精シ 又は 他精デ と記載すること。

精神科地域移行支援加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

精神科退院前訪問指導料について、必要があって複数の職種が共同して指導を行った場合は 複職 と表示して当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護・指導料(Ⅰ)又は精神科訪問看護・指導料(Ⅲ)(加算を含む。)を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載し、当該加算を加算した点数を記載すること。

精神科訪問看護指示料、衛生材料等提供加算、精神科特別訪問看護指示加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

家族等に対する入院精神療法、通院・在宅精神療法又は精神科退院指導料を算定した場合は、「摘要」欄に 家族 と表示すること。

重度認知症患者デイ・ケア料を算定した場合は、名称、回数及び合計点数を記載すること。また、重度認知症患者デイ・ケア料の早期加算、夜間ケア加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

精神科在宅患者支援管理料を算定した場合は、名称を記載すること。

(キ) リハビリテーション及び精神科専門療法に当たって薬剤を使用した場合は、薬剤の項に点数を記載し、薬剤名及び使用量については「摘要」欄に記載すること。

(ク) 放射線治療管理料を算定した場合は、名称及び所定点数を記載すること。

(ケ) 放射性同位元素内用療法管理料を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。

(コ) 画像誘導放射線治療加算又は体外照射呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

(サ) 放射線治療料を算定した場合は、名称、照射部位、回数及び点数を記載すること。

(シ) 小児放射線治療加算を算定した場合は、新生児、３歳未満の乳幼児(新生児を除く。)、３歳以上６歳未満の幼児又は６歳以上 15 歳未満の小児の区分について、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

(ス) 定位放射線治療呼吸性移動対策加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

(セ) 看護職員処遇改善評価料、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)、外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)及び入院ベースアップ評価料を算定した場合は、「摘要」欄に名称及び点数を記載すること。

(ソ) 施設入所者共同指導料を算定した場合は、名称及び点数を記載すること。

(タ) 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合における療養担当手当を算定した場合は、「その他」欄に合算して記載すること。なお、医療法の一部を改正する法律(平成９年法律第 125 号)による改正前の医療法第４条の規定による承

認を受けている病院である保険医療機関（以下「旧総合病院」という。）の入院外診療分については、当分の間、従前どおり、次表に掲げる各診療科（平成 20 年４月以降において医療法施行令（昭和 23 年政令第 326 号）及び医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）の規定に基づき、次表に定める診療科以外の診療科名がある場合には、最も近似する次表に定める診療科）ごとに療養担当手当を算定できるものであるため、次表に掲げる診療科のうち複数診療科を受診した患者の場合には、「摘要」欄に受診した診療科名を記載すること。

診療科		
内科	心臓血管外科	心療内科
精神科	小児外科	アレルギー科
神経科	皮膚泌尿器科	リウマチ科
神経内科	皮膚科	ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科
呼吸器科	泌尿器科	
消化器科	性病科	
胃腸科	こう門科	
循環器科	産婦人科	
小児科	産科	
外科	婦人科	
整形外科	眼科	
形成外科	耳鼻いんこう科	
美容外科	気管食道科	
脳神経外科	放射線科	
呼吸器外科	麻酔科	

シ　「入院」欄について

（ア）　病院・診療所別の該当する文字を〇で囲み、入院基本料について、該当する入院基本料の種類別を病院・診療所別欄の下の空欄（以下「入院基本料種別欄」という。）に別表Ⅴの略号を用いて記載すること。なお、入院基本料種別欄に書ききれない場合は「摘要」欄に記載し、また、電子計算機で該当する文字のみを印字する場合は、様式の区分、配字等を変更することとして差し支えないこと。

（イ）　管理栄養士の配置について基準を満たせない場合の経過措置に該当する場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に経措と記載すること。

（ウ）　医科点数表第１章第２部通則第９号により、栄養管理体制に関する基準を満たすことができない場合又は同通則第 10 号により、身体的拘束最小化に関する基準を全て満たすことができない場合若しくは身体的拘束最小化に関する基準において、身体的拘束最小化の体制に係る基準のみ満たす場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に 栄４０減 拘４０減 拘２０減と記載すること。

（エ）　一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料の一般病棟又は専門病院入院基本料を算

定している患者について、退院が特定の時間帯に集中している又は入院日及び退院日が特定の日に集中していることにより、減算された入院基本料を算定した場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に午前減又は土日減と記載すること。

（オ） 「入院年月日」の項は、当該医療機関における入院基本料の起算日としての入院年月日を記載すること。

（カ） 「入院基本料・加算」の項について

① 入院基本料・加算の項には、入院基本料に係る１日当たりの所定点数（入院基本料及び入院基本料等加算の合計）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に当該所定点数の内訳を記載すること。ただし、入院基本料が月の途中で変更した場合は、同項において行を改めて、それぞれの入院基本料について同様に記載し、「摘要」欄に、変更の前後に分けて、当該所定点数の内訳を記載すること。

なお、入院基本料と入院基本料等加算を区分して、同項において行を改めて、同様に記載することも差し支えない。また、名称については、別表Ⅴの略号を参照すること。

② 有床診療所入院基本料又は有床診療所療養病床入院基本料を算定している患者について、看取り加算を算定した場合は、「摘要」欄に名称を記載すること。また、在宅療養支援診療所の場合には、「摘要」欄に 看取在支 と表示すること。

③ 一般病棟入院基本料、結核病棟入院基本料、精神病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料について月平均夜勤時間 72 時間の要件を満たさない場合は、入院基本料種別欄に記載する略号の後に 夜減 と記載すること。

（キ） 外泊した場合は、行を改めて入院基本料又は特定入院料を算定する日ごとに１日当たりの所定点数、日数並びに合計点数を記載し「摘要」欄に外泊した日数を記載すること。

なお、外泊した日の記載については、連続して３日を超える場合にあっては、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。

（ク） 入院患者について、専門的な診療が必要となり、他医療機関において外来を受診した場合の記載は、第３の１の（５）によること。

（ケ） 180 日を超える期間通算対象入院料を算定している患者について、月の途中で通算対象入院料を算定する期間が 180 日を超えた場合は、行を改めて減額された通算対象入院料の所定点数、算定日数及び合計点数を記載すること。

（コ） 特別の関係にある保険医療機関等に入院又は入所していたことのある患者であって、入院期間を当該保険医療機関等の初回入院日を起算日として計算する場合は、「摘要」欄に 特別 と表示すること。

（サ） 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法（平成 18 年厚生労働省告示第 104 号）」に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の１日当たり点数（特定入院基本料、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料及び一般病棟入院基本料の療養病棟入院料１の例により算定する入院基本料の場合は所定点数に 100 分の 90 を乗じて得た点数、それ以外の入院基本料の場合は所定点数に 100 分の 80 を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に 超過 と表示すること。

（シ） 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の１日当たりの所定点数（離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数に 100 分

の 90 又は 100 分の 85 を乗じて得た点数を、離島等所在保険医療機関の場合は所定点数から所定点数に 100 分の 98 又は 100 分の 97 を乗じて得た点数）、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に 標欠７ 、標欠５ と表示すること。

（ス） 「診療報酬の算定方法」第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院の病棟に入院する患者であって、「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」第２の１の（１）に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、「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）に従い、「摘要」欄に医科点数表に基づき算定することとなった理由等を記載すること。

（セ） 「特定入院料・その他」の項について

① 特定入院料については、算定した特定入院料の種別を別表Ｖの略号を用いて記載し、それぞれの日数及び合計点数（①地域加算該当施設である場合、②離島加算該当施設である場合、③救命救急入院料を算定している患者について加算がある場合、④特定集中治療室管理料を算定している患者について加算がある場合又は⑤地域包括医療病棟入院料、特殊疾患入院医療管理料、小児入院医療管理料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料、精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料、精神療養病棟入院料、認知症治療病棟入院料、特定一般病棟入院料、地域移行機能強化病棟入院料若しくは特定機能病院リハビリテーション病棟入院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、それぞれの加算を加えた点数）を記載すること。

② 特定一般病棟入院料を算定している患者について、地域包括ケア入院医療管理が行われた場合には、特定入院料の種別の略号の後に包１又は包２と記載し、所定点数を記載すること。

(21) 「療養の給付」欄について

ア 「請求」の項には、「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公費の療養の給付（医療の給付を含む。以下同じ。）に係る合計点数を記載すること。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。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、

初診時における一部負担金の金額を記載すること。ただし、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。

（イ） 健康保険及び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」の字句を〇で囲み、「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」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

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、小児慢性特定疾病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（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証にあっては、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入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

（ア） 「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けた場合にはその金額を記載すること。なお、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「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（　）で再掲するものとし、「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） 「一部負担金額」の項は、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。

（ウ） 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、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、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。

（エ） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号へ、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号へ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号へに掲げる者の場合は、入院分にあっては、「Ⅰ」の字句を〇で囲むこととし、入院外分にあっては、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。

（オ） 健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ホに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ホ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号ホに掲げる者の場合は、入院分にあっては、「Ⅱ」の字句を〇で囲むこととし、入院外分にあっては、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。

（カ） 健康保険及び国民健康保険の場合は、患者の負担額が「割」の単位で減額される場合に

は、減額割合を記載して「割」の字句を〇で囲み、「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」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

（キ） 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」の字句を〇で囲み、「円」の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」の字句を〇で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

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公費に係る医療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（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）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、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合はウの(ア)又は(イ)により記載した額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないものの場合は 10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。））を記載すること。ただし、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）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（以下「小児慢性特定疾病医療支援等」という。）並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、後期高齢者医療又は医療保険（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。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。）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等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の場合（入院の場合及び入院外分であって、高額療養費が現物給付された場合に限る。）には、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（入院の場合及び入院外分であって、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された者に係るものを除く。）と感染症法による結核患者の適正医療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、特定疾患治療研究事業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(食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。ただし、難病法による特定医療の給付対象額については含まない。)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(「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するものの場合は、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の場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の額。特定疾患治療研究事業については食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。)の額を記載すること。

(22)　「食事・生活」欄について

ア　「基準」の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について算定した項目について次の略号を用いて記載すること。ただし、複数の食事療養を算定し、「基準」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

Ⅰ（入院時食事療養Ⅰ(1)）、Ⅱ（入院時食事療養Ⅱ(1)）、Ⅲ（入院時食事療養Ⅰ(2)）、Ⅳ（入院時食事療養Ⅱ(2)）

イ　「基準」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養について１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別」の項の右の項に１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

ウ　「食堂」の項の右の項には、入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る食堂加算を算定した場合に、１日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

エ　「環境」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る１日当たりの所定金額及び日数を記載すること。

オ　「基準（生）」の項には、入院時生活療養費に係る生活療養について算定した項目を次の略号を用いて記載すること。ただし、複数の生活療養を算定し、「基準（生）」の項に複数の略号を記載することが困難な場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

Ⅰ（入院時生活療養Ⅰ(1)イ）、Ⅱ（入院時生活療養Ⅱ）、Ⅲ（入院時生活療養Ⅰ(1)ロ）

カ　「基準（生）」の項の右の項には、入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養に係る１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。ただし、算定した所定金額が複数の場合は、「摘要」欄への記載でも差し支えないこと。

なお、特別食加算を算定した場合には、「特別（生）」の項の右の項に１食当たりの所定金額及び回数を記載すること。

キ　後期高齢者医療に係る食事療養又は生活療養の内容が公費負担医療に係る食事療養又は生活療養の内容と異なる場合には、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

ク　月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る食事療養の給付若しくは生活療養の給付の内容が医療保険（後期高齢者医療を除く。）と異なる場合は、「摘要」欄に公費負担医療に係る事項を記載すること。

(23)　「食事・生活療養」欄について

ア　「請求」の項には、「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公費に係る食事療養又は生活療養の食事の提供たる療養を行った回数及び当該食事療養又は生活療養に係る金額合計を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の金額合計は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る食事療養又は生活療養が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る「請求」の項の記載を省略して差し支えないこと。また、第２公費がある場合において、当該第２公費に係る請求金額が第１公費に係る請求金額と同じ場合は、第２公費に係る「請求」の項の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「０」と記載すること。

イ　「標準負担額」の項には、「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公費の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（生活療養標準負担額を記載した場合には、生活療養の食事の提供たる療養に係る負担額と生活療養の温度、照明及び給水に関する適切な療養環境の形成たる療養に係る負担額の内訳を「摘要」欄に記載すること。）を記載すること。なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の負担額は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第１公費に係る負担額が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る負担額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公費に係る負担額が第１公費に係る負担額と同じ場合は、第２公費に係る負担額の記載を省略しても差し支えないこと。なお、当該食事療養又は生活療養が公費の給付対象とならない場合は、当該公費の項には「０」と記載すること。

ウ　健康保険法施行令第 42 条第３項第４号、国民健康保険法施行令第 29 条の３第４項第４号に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第 15 条第１項第４号に掲げる者の場合は、(21)のウの(エ)と同様とする。ただし、高齢者医療確保法施行令第 15 条第１項第４号に掲げる者のうち、同令第 14 条第６項に規定する老齢福祉年金の受給者であって、かつ、生活療養を受ける者の場合は、「摘要」欄に、「老福」と記載すること。

エ　健康保険法施行令第 42 条第３項第３号、国民健康保険法施行令第 29 条の３第４項第３号又は高齢者医療確保法施行令第 15 条第１項第３号に掲げる者の場合は、(21)のウの(オ)と同様とする。なお、入院日数が 90 日を超えた場合の特例の対象となる場合は、併せて「３月超」の字句を〇で囲むこと。

オ　平成 28 年３月 31 日において、１年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成 28 年４月１日以後引き続き医療機関に入院している者（当該者が一の医療機関を退院した日において他の医療機関に入院する場合を含む。）として、平成 28 年厚生労働省告示第 23 号附則第３項に規定する同告示による改正前の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を適用した場合は、「摘要」欄に、「標準負担額経過措置（精神）入院年月日：　　年　　月　　日」と記載し、入院年月日については、同項に規定する者に該当することとなった起算日となる精神病床への入院年月日を記載すること。

カ　健康保険法施行規則第 62 条の３第６号に掲げる者に該当し、適用区分欄に「オ」若しくは「Ⅰ」に加え「（境）」又は「オ（境）」若しくは「Ⅰ（境）」の記載のある限度額適用・標準負担額減額認定証、限度額適用認定証が提示又は限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は高齢者医療確保法施行規則第 40 条第６号に掲げる者に該当し、適用区分欄に「区分Ⅰ」に加え「（境）」の記載のある限度額適用・標準負担額減額認定証が提示又は限度額適用・標準負担額減額認定証情報、限度額適用認定証情報が提供された場合は、「摘要」

欄に「境界層該当」又は「（境）」と記載すること。

(24)　「摘要」欄について

ア　介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合に、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 介 と記載すること。また、介護保険の適用病床において、患者の急性増悪等により、緊急に診療を行った場合についても、同様とし、この場合においては、介護保険適用の病床において、医療保険からの給付が必要となった理由（急性肺炎の治療のためなど）を簡潔に記載すること。

イ　特別養護老人ホームの入所者（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）について、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師が看取り、死亡日から遡って 30 日間に行われた診療行為に限り医療保険からの給付する場合には、「摘要」欄に死亡日を記載すること。

ウ　内訳を記載するに当たっては、項目との対応関係が明らかになるような形で記載すること。なお、診療項目名に代えて項目の番号を用いて差し支えないこと。この場合、「摘要」欄の左側点線内に当該番号を記載すること。

エ　内訳を記載するに当たって、「摘要」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）、被保険者資格に係る記号・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。

オ　同一明細書において医療保険と公費負担医療の給付の内容が異なる場合又は医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合は、「摘要」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様であること。

なお、医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合において、「公費分点数」欄との対応が明らかである場合はアンダーラインを省略しても差し支えないこと。

カ　レセプト作成作業を電算化していない保険医療機関が、高齢受給者の一般所得者及び低所得者に係る難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業の公費負担医療の請求を行う場合には、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記載すること。

キ　特別養護老人ホーム等に入所中の患者の診療を担う保険医の指示に基づき、当該保険医の診療日以外の日に当該施設の看護師等が、当該患者に対し、点滴若しくは処置等を実施又は検査のための検体採取等を実施した場合においては、これに用いた薬剤若しくは特定保険医療材料が使用された日又は当該検体採取が実施された日を「摘要」欄に記載すること。また、当該保険医の診療日を「摘要」欄に記載すること。

ク　介護医療院の入所者に対し、保険医療機関が、介護医療院サービス費に含まれない診療行為を行った場合には、入所介護医療院名、受診した理由及び診療科を「摘要」欄に記載すること。

ケ　介護医療院の入所者については、他科受診時費用の算定の有無を「摘要」欄に記載すること。

(25)　「公費分点数」欄について

「公費分点数」欄には、併用する公費負担医療に係る請求点数を記載することとするが、併用する公費負担医療に係る請求点数が「初診」欄から「入院」欄のすべてに係る請求点数と同じ場合は省略しても差し支えないこと。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格に変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が「点数」欄に係る給付と異なる場合は、併用する公費負担医療に係る請求点数が「点数」欄に係る請求点数と異なることとなるので、この場合には「公費分点数」欄に当該公費負担医療に係る請求点数を必ず記載すること。この場合において、「点数」欄に係る請求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請求点数を記載すること。

ただし、「点数」欄に係る請求点数と第１公費又は第２公費の請求点数が同じ場合は、縦に区分すること及び当該第１公費又は第２公費の請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(26)　その他

ア　３種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

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、法別番号順等によらず、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「被保険者資格に係る記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「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診療実日数は「診療実日数」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分は「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「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療又は障害者総合支援法による精神通院医療等に係る診療実日数が、生活保護法による医療扶助に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

（エ）　「初診」欄から「入院」欄には生活保護法による医療扶助に係る回数及び点数を記載すること。

（オ）　「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請求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請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に２区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

（カ）　生活保護法による医療扶助に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」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及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」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及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

イ　医療保険と３種の公費負担医療の併用の者に係る記載要領の特例について

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を順次「第２公費」、「第３公費」として、第３公費に係る公費負担者番号、受給者番号及び診療実日数を、「摘要」欄に「第３公費」と表示し

て、次の略称を用いて記載すること。また、第３公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養及び生活療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第２公費に係る事項を、下欄には第３公費に係る事項を記載すること。

なお、４種以上の公費負担医療の併用の場合においても、これに準じて記載すること。

公３（公費負担者番号）、受（受給者番号）、実（診療実日数）

ウ　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。

エ　当該患者のうち慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（ＣＡＰＤ）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合にあっては、「特記事項」欄に「長処」と記載すること。

オ　平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号通知に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と記載すること。

なお、当該診療が同通知に規定する配置医師による場合は、「摘要」欄に「配」と表示して診療日を記載すること。また、同一月内に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。

カ　患者の疾病又は負傷が、交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載すること。なお、「交」等従来行われていた記載によることも差し支えないこと。

キ　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２号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求については、次に掲げる方法によること。

（ア）　１月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は１枚として請求すること。

（イ）　「特記事項」欄に「薬治」と記載すること。

（ウ）　治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験薬等の名称及び予定される効能効果

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

（エ）　自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ　治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ　治験薬等の名称及び予定される効能効果

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）

（オ）　上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験においては、治験期間外に実施し請求の対象となる検査、画像診断、投薬及び注射（投薬及び注射については、当該治験の対象とされる薬物の予定されている効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品に係るものに限る。）について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

（カ）　特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。

ク　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３号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

（ア）　１月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は１枚として請求すること。

（イ）　「特記事項」欄に「器治」と記載すること。

（ウ）　治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験機器の名称

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機器を用いた手術又は処置が行われた日

（エ）　自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ　治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ　治験機器の名称

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験機器を用いた手術又は処置が行われた日

（オ）　上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験の場合においては、請求の対象となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

（カ）　治験依頼者の依頼による治験の場合であって、特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。

ケ　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、「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。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、「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。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２条第 12 号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「器選」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。

コ　地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合には、「特記事項」欄に「先進」と記載するとともに、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

サ　「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求については、「特記事項」欄に「制超」と記載すること。また、実施した検査、リハビリテーション又は精神科専門療法ごとに、「摘要」欄に「検選」、「リハ選」又は「精選」と記載し、併せて当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載すること。

シ　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。

ス　平成 21 年５月 29 日保発第 0529005 号から第 0529010 号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」（以下単に「実施要領」という。）に基づき直接支払制度を利用する者に関する診療報酬請求であって、かつ、実施要領に定める専用請求書中「一部負担金等」の欄に記入する金額の一部又は全部に相当する診療報酬請求である場合には、「特記事項」欄に「出産」と記載すること。

セ　救急用の自動車（消防法（昭和 23 年法律第 186 号）及び消防法施行令（昭和 36 年政令第 37 号）に規定する市町村又は都道府県の救急業務を行うための救急隊の救急自動車、並びに道路交通法（昭和 35 年法律第 105 号）及び道路交通法施行令（昭和 35 年政令第 270 号）に規定する緊急自動車（傷病者の緊急搬送に用いるものに限る。）をいう。）及び救急医療用ヘリコプターを用いた救急医療の確保に関する特別措置法（平成 19 年号外法律第 103 号）第２条に規定する救急医療用ヘリコプターにより搬送された患者であって、医師の診察等の結果、緊急に入院した場合には、「摘要」欄に緊入と記載すること。

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、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。

タ　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３号の２の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等に係るものに限る。）に係る診療報酬請求については、次に掲げる方法によること。

（ア）　１月中に治験期間とそれ以外の期間が併存する場合であっても、明細書は１枚として請求すること。

（イ）　「特記事項」欄に「加治」と記載すること。

（ウ）　治験依頼者の依頼による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「企業依頼」と記載すること。

ａ　治験の依頼者の氏名及び連絡先

ｂ　治験製品の名称

ｃ　当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験製品を用いた手術又は処置が行われた日

（エ） 自ら治験を実施する者による治験の場合は、明細書に以下の事項を記載した治験の概要を添付すること。

なお、この場合、治験の概要には「医師主導」と記載すること。

ａ 治験責任医師の氏名及び連絡先

ｂ 治験製品の名称

ｃ 当該患者に対する治験実施期間（開始日及び終了日）及び治験製品を用いた手術又は処置が行われた日

（オ） 上記(ア)の場合であって、治験依頼者の依頼による治験の場合においては、請求の対象となる検査、画像診断、処置及び手術について、その実施日を「摘要」欄に記載すること。

（カ） 治験依頼者の依頼による治験の場合であって、特定入院料等いわゆる包括化されていた項目を算定している保険医療機関の場合の当該項目に係る記載については、当該項目の点数から当該項目に包括されるもののうち診療報酬の請求ができない項目の所定点数の合計を差し引いた点数を記載するとともに、「摘要」欄に診療報酬の請求ができない項目及び所定点数を記載すること（別葉にしても差し支えない。）。

チ 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。

ツ 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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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資格確認書（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資格確認書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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

テ 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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

ト　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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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っては、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っては、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

ナ　70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、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 26 万円以下（国民健康保険にあっては、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、小児慢性特定疾病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（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 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（国民健康保険にあっては課税所得 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、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ニ　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、小児慢性特定疾病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（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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又は限度額適用・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、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「区オ」と記載すること。

ヌ　70 歳未満において「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」の適用区分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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「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」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。

ネ　70 歳未満において「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」の適用区分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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「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」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多イ」と記載すること。

ノ　70 歳未満において「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」の適用区分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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「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っては、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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。

ハ　70 歳未満において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多エ」と記載すること。

ヒ　70 歳未満において「低所得者の世帯」の適用区分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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載すること。

フ　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）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（２割））が提示若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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 20

0 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）」の後期高齢者医療資格確認書（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、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若しくは後期高齢者医療資格確認書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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

ヘ　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）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））が提示若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療資格確認書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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

ホ　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）」の後期高齢者医療資格確認書（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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多カ」と記載すること。

マ　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）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（１割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多キ」と記載すること。

※　フからマまでについては、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあってはナ及びハに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

ミ　別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働

大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

ム　医療法第 30 条の 13 に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第 30 条の 33 の６第１項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録の通年化について」（令和２年３月 16 日医政地発 0316 第１号）によること。

(27)　後期高齢者医療におけるその他

ア　後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第６項に規定する金額を超えた場合にあっては、「特記事項」欄に「長」と表示すること。ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項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　介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合は「老併」と、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合は「老健」と「特記事項」欄に記載すること。

なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設又は介護医療院に入所中の診療と、介護老人保健施設又は介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。

ウ　後期高齢者医療の対象者において、公費負担医療のみの場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示すること。

エ　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」欄に障害と表示すること。

オ　その他は、(26)のア、イ、オからサまで及びセ、ソと同様であること。

Ⅲ　歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第１　診療報酬請求書（医科・歯科　入院・入院外併用）の記載要領（様式第１(１)）

Ⅱの第１の例による。

第２　診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第１(３)）

１　「令和　年　月分」欄について

診療年月を記載する。

また、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合は、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成する。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分はこの限りでない。

２　「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁を記載する（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。

（例）　別記　　全国健康保険協会理事長
　　千代田区長
　　東京都知事

４　「令和　年　月　日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載する。

５　「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（１）　保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名は、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載する。なお、開設者氏名は、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えない。

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

６　「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し、医療保険単独の者に係る分は医療保険制度ごとに記載する。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」のとおりとする。

（２）　「件数」欄は明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄は明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄は明細書の「合計」欄の点数の合計を記載する。

また、「一部負担金」欄は明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載する。

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」欄はそれぞれの合計を記載する。

（３）　「①合計」欄は、「医保（７０以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・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（七〇以上七割）」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（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載する。

（４）　医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関は、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄に記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄への記載をもって請求できる。この場合において、当該合算を実施した上で各項の記載がわかるよう「備考」欄に合算している旨を記載する。

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。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」のとおりとする。

（２） 「件数」欄は、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。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。

（３） 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（２種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）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。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄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。

（４） 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療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）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

（５） 「区分」欄の「②計」欄は、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載する。

８ 「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し、生活保護法による医療扶助以外の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。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」のとおりとする。

（２） 「件数」欄は、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。

（３） 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄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。

（４） 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療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）を合計して、それぞれ制度の該当欄に記載する。

（５） 「区分」欄の「③計」欄は、「公費単独」欄の件数を合計して記載する。

９ 公費負担医療のみで２種の公費負担医療の併用が行われた場合は、当該併用の者に係る分は「備考」欄に公費負担医療制度ごとに制度の法別番号を記載し、それぞれ件数、点数及び控除額を合計して記載する。

10 「総件数①＋②＋③」欄について

「①合計」、「②計」及び「③計」欄の請求件数を合計して記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合は「備考」欄に記載した件数を合計する。

11 「明細書枚数①＋③」欄について

「①合計」及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数を合計する。

第２の２ 診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領（様式第８）

診療報酬請求書（医科・歯科）の記載要領は、次に掲げる事項を除き、第１の例による。なお、「３「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替える。

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。

（２） 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄は、６の（２）と同様である。この場合、６の（２）中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第 69 条第１項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替える。

（３） 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあっては、「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」欄に記載をもって請求する。この場合は、合計の記載がわかるように「備考」欄に合算している旨を記載する。

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。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」のとおりとする。

（２） 「件数」欄は、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。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。

（３） 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（２種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）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。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄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。

（４） 「一部負担金」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療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）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

第３ 診療報酬明細書の記載要領（様式第３）

１ 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

（１） 明細書は、白色紙黒色刷りとする。

（２） 左上の隅より右へ 12mm、下へ 12mmの位置を中心に半径２mmの穴をあけて、綴じ穴とする。

（３） 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。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。

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。

（４） 点数をあらかじめ印刷しておき、算定回数が月に１回と限られた項目は当該項目の略称を〇で囲み、複数回算定できる項目は算定回数を記載しても差し支えない。

また、あらかじめ印刷する点数を乳幼児加算、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加

算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合は、「特記事項」欄に「加算」と記載するか予め印刷する。

（５） 電子計算機の場合は次による。

ア　欄の名称を簡略化して記載しても差し支えない。

また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄は、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く、記載しない欄は「×」を省略して差し支えない。

イ　枠をその都度印刷しても差し支えない。

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、その他の目的に使用してはならない。

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。

オ　記載する文字は、ＪＩＳＸ０２０８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。

２　診療報酬明細書の記載要領に関する事項

（１） 「令和　年　月分」欄について

診療年月を記載する。

（２） 「都道府県番号」欄について

別添２の別表２「都道府県番号表」に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載する。

（３） 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード７桁を記載する（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」欄は、次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。

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	２　公費
後期高齢者医療	３　後期

イ　「保険種別２」欄は、「保険種別１」欄のそれぞれについて、次の左の別に応じ、右の番号のうち１つを○で囲む。

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。

ウ　「本人・家族」欄は、次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。未就学者である患者は「４」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「８」又は「０」を○で囲む。なお、公費負担医療は本人に該当する。

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」を〇で囲み、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲む。

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しても差し支えない。

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）　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、次のいずれかの方法による。

（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（国民健康保険は６桁）を記載する（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。

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。

（６）　「給付割合」欄について

国民健康保険の場合は、該当する給付割合を〇で囲むか、（　）の中に給付割合を記載する。ただし、国民健康保険は、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えない。

（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。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。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「ー」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〇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しても差し支えなく、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。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。

（８）　「公費負担者番号」欄について

ア　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（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」の順により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号」の項に（以下「公費負担者番号」の項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「摘要」欄に（以下「摘要」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。

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。

（９）「公費負担医療の受給者番号」欄について

医療券等に記入されている受給者番号７桁は、第１公費は「公費負担医療の受給者番号」の項に、第２公費は「摘要」欄に記載する（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。ただし、健康保険の被保険者は、姓のみの記載で差し支えない。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字をカタカナに読み替えた使用又はひらがなをカタカナに読み替えた記載も差し支えないが、この場合は被保険者であっても姓名を記載し、姓と名の間にスペースをとる。

イ　性別は該当するものを○で囲む。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。

ウ　生年月日は次による。

（ア）該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載する。

（イ）電子計算機の場合は、元号は「１　明」、「２　大」、「３　昭」、「４　平」、「５　令」と記載する。

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。ただし、「１　職務上」及び「３　通勤災害」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。なお、同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、入院外分はそれぞれ１枚、入院分は、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として１枚の明細書の取扱いとする。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載も差し支えない。

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

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第３の２の(13)と同様とする。

４０	加算	乳幼児加算（６歳未満）、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算のいずれかを算定している明細書の場合

(13)「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は「補管」を、初診料の注１に係る施設基準を届け出ている保険医療機関は「歯初診」をそれぞれ○で囲む。なお、電子計算機の場合は、○に代えて（　）等を使用しても差し支えない。以下、文字を○で囲む場合及び○付きの略号を使用する場合も同様とする。

(14)「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

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

の場合は、所在地とともに、連絡先電話番号の記載が望ましい。

(15)　「傷病名部位」欄について

ア　病名を同じくする歯又は部位を単位として記載する。ただし、ブリッジの病名は、ブリッジの装置ごとに記載する。

イ　ブリッジの病名は、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を〇で囲む。したがって、支台歯がう蝕症等に罹患している場合は、部位は重複して傷病名を記載する。

　また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たり、なんらかの理由により健全歯に対し抜髄処置を必要とした場合は、当該歯を◎で囲む。

ウ　歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

　また、欠損でない１歯相当分の間隙のある補綴は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記載する。

エ　歯科矯正の病名は、主要な咬合異常の状態を記載する。また、咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患、３歯以上の永久歯萌出不全、連続した３歯以上の先天性欠如歯又は顎変形症）を「摘要」欄に記載する。なお、６歯以上の先天性部分無歯症、３歯以上の永久歯萌出不全又は連続した３歯以上の先天性欠如歯による咬合異常により歯科矯正を行う場合は、先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を「摘要」欄に記載すること。

オ　う蝕多発傾向者の病名は、「Ｃ管理中」と記載し、歯冠修復治療を行った部位を記載する。なお、歯式は、乳歯及び永久歯についてそれぞれ記載する。

カ　初期の根面う蝕に罹患している患者の病名は「初期の根面う蝕」又は「根Ｃ」と記載し、当該部位を記載する。

キ　エナメル質初期う蝕に罹患している患者の病名は「エナメル質初期う蝕」又は「Ｃｅ」と記載し、当該部位を記載する。

ク　う蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名は、「Ｃ選療」と記載する。

ケ　心身医学療法は、「傷病名部位」欄に心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載する。

コ　クラウン・ブリッジ維持管理料を算定している保険医療機関において、クラウン・ブリッジ維持管理料を算定した補綴物の再製作等（再装着、充填を含む。）は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対してクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した年月日及び補綴物の種類等を「摘要」欄に記載する。なお、当該管理料に規定する期間中に補綴物の維持管理を行っている歯冠補綴物又はブリッジが離脱し再度の装着を行った場合は、再度の装着を行った歯の部位及び再度の装着日を「摘要」欄に記載する。

サ　頬、口唇、舌小帯形成術の算定に当たり、複数の頬小帯に対して形成術を行った場合は、部位が分かるように記載する（例：上顎左側）。なお、「傷病名部位」欄に記載できない場合は、「摘要」欄に記載しても差し支えない。

シ　抜歯手術の「注３」の算定に当たり、病名は「完全埋伏歯」、「水平埋伏智歯」、「ＣＲＴ」又は「ＨＩＴ」と記載する。

ス　傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載する。

セ　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」別添３に規定する傷病名を用いる。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は、「傷病名コードの統一の推進について」に取りまとめたので、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。

(16)　「診療開始日」欄について

ア　当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載する。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治癒又は死亡したものは、記載を省略しても差し支えない。

イ　同月中に保険種別等の変更があった場合は、その変更があった日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。

ウ　同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合は、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。

(17)　「診療実日数」欄について

ア　括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第１公費及び第２公費に係る診療実日数を記載する。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、括弧内に記載する。

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。

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。

イ　入院外分は、診療を行った日数（開放型病院共同指導(Ⅰ)を行った日数を含む。）を記載する。

ウ　電話等再診の実日数は１日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

エ　同日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が２回以上行われた場合の実日数は１日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

オ　(16)のアのただし書の場合は、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、診療実日数を記載する。

カ　同日に複数科を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数は、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載する。

キ　傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数として数えない。

(18)　「転帰」欄について

治癒した場合は「治癒」の文字を、死亡した場合は「死亡」の文字を、中止又は転医の場合には「中止」の文字をそれぞれ〇で囲む。

(19)　「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「Ｘ線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄について

「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「Ｘ線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄の記載事項等は、(20)から(31)まで、別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）」、別表Ⅱ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）」及び別表Ⅳ「診療報酬明細書の「摘

要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）」のとおりであること。各項目の末尾に（項番〇）と付したものについては別表Ⅰの当該項目を参照すること。

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、別表Ⅱ及び別表Ⅳにおいて、令和８年６月１日適用の旨が表示されたコードについては、令和８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。書面による請求の場合の診療行為名称等の略号については、別表Ⅴ「診療行為名称等の略号一覧（歯科）」を参照し記載すること。

(20)　「初診」欄について

ア　診療時間内の初診の場合は点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は、「時間外」、「休日」又は「深夜」の項に当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載する。（項番３）

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に点数を記載して差し支えない。

イ　初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算、歯科外来診療医療安全対策加算１、歯科外来診療医療安全対策加算２、歯科外来診療感染対策加算１、歯科外来診療感染対策加算２、歯科外来診療感染対策加算３、歯科外来診療感染対策加算４は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特連」、「特地」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数を記載する。（項番５、６）

ウ　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３は、全体の「その他」欄に点数（加算を含む。）を記載する。（項番７、８）

エ　情報通信機器を用いて初診を行った場合は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

オ　地域歯科医療加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。（項番４）

(21)　「再診」欄について

ア　再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。（項番９、10）

イ　時間外、休日又は深夜の場合は、「時間外」、「休日」又は「深夜」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

また、時間外加算の特例は、通常の時間外加算と同様に記載する。

ウ　乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科外来診療医療安全対策加算１、歯科外来診療医療安全対策加算２、歯科外来診療感染対策加算１、歯科外来診療感染対策加算２、歯科外来診療感染対策加算３又は歯科外来診療感染対策加算４は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

エ　明細書発行体制等加算は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載する。

オ　以下の（ア）から（ウ）までについては、全体の「その他」欄に記載する。

（ア）　歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３は点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 11、12）

（イ）　情報通信機器を用いて再診を行った場合は、全体の「その他」の欄に点数及び回数を記載する。（項番 13）

（ウ）　地域歯科医療加算は点数及び回数を記載する。

(22)　「管理・リハ」欄について

ア　歯科疾患管理料は、「歯管」の項に点数を記載する。

　なお、フッ化物洗口指導加算、文書提供加算、総合医療管理加算及び長期管理加算は、項中の「＋　」欄にそれぞれ左から文書提供加算、フッ化物洗口指導加算、総合医療管理加算、長期管理加算の順に当該加算点数を記載する。なお、特別管理加算は、「その他」欄に加算点数を記載する。（項番 16）

イ　新製有床義歯管理料は、「義管」の項の左欄に局部義歯、右欄に総義歯の点数及び回数を記載する。（項番 42）

ウ　歯科衛生実地指導料１又は２は、「実地指」の項に点数を記載する。

エ　口腔機能実地指導料は、「口指導」の項に点数を記載する。

オ　歯周病患者画像活用指導料の「１　口腔内画像」は、「Ｐ画像」の項の左欄に点数及び回数を記載する。なお、「２　顕微鏡画像」は、「その他」欄に点数を記載する。

カ　歯科口腔リハビリテーション料１（１　有床義歯の場合）又は歯科口腔リハビリテーション料２は、「歯リ」の項にそれぞれ点数を記載する。

キ　周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「１　手術前」、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は周術期等口腔機能管理料（Ⅳ）を算定した場合は、「その他」欄に点数（加算を含む。）を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)の「２　手術後」又は（Ⅳ）（３月以内の場合）を算定した場合はそれぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 17、18、19、20、21）

ク　回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料を算定した場合は、「その他」欄にそれぞれ点数を記載する。（項番 22、23）

ケ　根面う蝕管理料は、「根管」の項に点数（加算を含む。）を記載する。

コ　エナメル質初期う蝕管理料は、「エ管」の項に点数（加算を含む。）を記載する。

サ　歯科治療時医療管理料は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 27）

シ　小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料は、「機能」欄に点数を記載する。なお、口腔管理体制強化加算は、「その他」欄に加算点数を記載する。

ス　以下の(ア)から(ヒ)までについて又は「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（ア）　がん性疼痛緩和指導管理料（加算を含む。）、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料（加算を含む。）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、こころの連携指導料（Ⅰ）、退院時共同指導料１、退院時共同指導料２、退院時薬剤情報管理指導料、がんゲノムプロファイリング評価提供料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 14、40、43、44）

（イ）　歯科特定疾患療養管理料は、点数及び回数を記載する。また、共同療養指導計画加算は、点数を記載する。なお、情報通信機器を用いて行った場合は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 24）

（ウ）　退院前訪問指導料は、点数を記載する。（項番 30）

（エ）　特定薬剤治療管理料は、点数（加算を含む。）を記載する。（項番 25）

（オ）　悪性腫瘍特異物質治療管理料は、点数を記載する。（項番 26）

（カ）　外来腫瘍化学療法診療料は点数（加算を含む。）を記載する。

（キ） 遺伝性疾患療養指導管理料は点数を記載する。

（ク） 手術前医学管理料及び手術後医学管理料は、それぞれ点数を記載する。

（ケ） 開放型病院共同指導料（Ⅰ）又は（Ⅱ）は、合計点数及び回数を記載する。（項番 28）

（コ） 療養・就労両立支援指導料は、点数を記載する。なお、療養・就労両立支援指導料の加算は当該加算を合算した点数を記載する。

（サ） 歯科遠隔連携診療料は、点数を記載する。（項番 29）

（シ） 薬剤管理指導料の「１」又は「２」は、それぞれ点数及び回数を記載する。また、麻薬管理指導加算は、加算した点数を記載する。（項番 31、32、33）

（ス） 薬剤総合評価調整管理料は、点数(加算を含む。)を記載する。（項番 34）

（セ） 診療情報提供料（Ⅰ）若しくは（Ⅱ）又は連携強化診療情報提供料は、点数を記載する。診療情報提供料（Ⅰ）の加算は当該加算を合算した点数を記載する。（項番 35、36、37、39）

（ソ） 診療情報等連携共有料１又は２は、点数を記載する。（項番 38）

（タ） 電子的診療情報評価料は、点数及び回数を記載する。

（チ） 栄養情報連携料は、点数を記載する。

（ツ） 傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。（項番 41）

（テ） 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数及び回数を記載する。

（ト） 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、点数及び回数を記載する。

（ナ） 摂食機能療法は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 85、86）

（ニ） 歯科口腔リハビリテーション料１（２　舌接触補助床の場合）は、点数及び回数を記載する。

（ヌ） 歯科口腔リハビリテーション料１（３　小児保隙装置の場合）は、点数及び回数を記載する。

（ネ） 歯科口腔リハビリテーション料１(４　その他の場合)は、点数及び回数を記載する。

（ノ） 歯科口腔リハビリテーション料２は点数及び回数を記載する。

（ハ） 歯科口腔リハビリテーション料３は点数及び回数を記載する。

（ヒ） リハビリテーションを算定した場合は、（ナ）、（ニ）、（ヌ）及び（ネ）を除き、全体の「その他」欄に、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、実施日数を記載すること。（項番 84）

(23) 在宅医療について

ア　全体の「その他」欄に記載する。

（ア） 歯科訪問診療料は、歯科訪問診療１、歯科訪問診療２、歯科訪問診療３、歯科訪問診療４及び歯科訪問診療５の点数及び回数を記載する。緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算若しくは深夜歯科訪問診療加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３又は地域医療連携体制加算がある場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載する。訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、点数及び回数を記載する。（項番 45、46、47）

また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は、点数及び回数を記載する。（項番 48）

（イ） 区分番号Ｃ０００の注 16 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、点数又は点数及び回数を記載する。

（ウ） 在宅療養支援歯科診療所加算及び在宅療養支援歯科病院加算は、加算点数及び回数を記

載する。

（エ） 歯科訪問診療移行加算は、加算点数及び回数を記載する。（項番 49）

（オ） 通信画像情報活用加算は、加算点数及び回数を記載する。（項番 50）

（カ） 区分番号Ｃ０００の注 20 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。

（キ） 医科連携訪問加算は、加算点数及び回数を記載する。

（ク） 訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 51）

（ケ） 区分番号Ｃ００１の注４に規定する訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。

（コ） 歯科疾患在宅療養管理料は、点数を記載する。

また、文書提供加算、在宅総合医療管理加算、在宅歯科医療連携加算１又は２、在宅歯科医療情報連携加算は、点数を記載する。（項番 52、53）

（サ） 在宅患者歯科治療時医療管理料は、点数及び回数を記載する。（項番 54）

（シ） 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。在宅歯科医療連携加算１又は２、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。（項番 55）

（ス） 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。小児在宅歯科医療連携加算１又は２、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。（項番 56）

（セ） 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料１、２、３又は４は、点数を記載する。（項番 57）

（ソ） 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、総点数及び回数を記載する。

（タ） 在宅患者連携指導料は、点数を記載する。（項番 58）

（チ） 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、点数及び回数を記載する。（項番 59）

（ツ） 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２条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、(24)のタの例によること。

(24) 「投薬・注射」欄について

ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ〇で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載する。

また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は全体の「その他」欄に、点数及び回数を記載する。（項番 80）

イ 血漿成分製剤加算は、加算点数を点数欄に記載する。（項番 81、82）

ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方箋を交付しない場合において処方の点数及び回数を記載する。なお、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算１、２又は３を算定する場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

エ　使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を記載する。（項番 78、83）

オ　調剤技術基本料は、全体の「その他」欄に点数を記載する。なお、院内製剤加算は、当該加算後の点数を記載する。

カ　７種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。

キ　一般的名称による処方箋の交付は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ク　麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ケ　無菌製剤処理料の「１」又は「２」は、「摘要」欄にそれぞれ点数及び算定回数を記載する。また、投与時閉鎖式接続器具使用加算は、「摘要」欄に点数及び回数を記載する。

コ　処方料又は処方箋料における乳幼児加算は、それぞれ項中の「＋　×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

サ　薬剤情報提供料は、「情」の項に点数及び回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載する。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定した点数及び回数を記載する。

シ　特定疾患処方管理加算は、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載する。

ス　外来化学療法加算は、当該点数を加算した点数及び算定回数を記載する。

セ　バイオ後続品導入初期加算は、加算点数を記載する。

ソ　区分番号Ｆ４００の注６に規定する処方箋料を発行した場合は、７種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。

タ　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２条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）　　１錠

△△△錠　　１錠　　１７×５

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載して処方箋を交付する場合は、理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して記載すること。

(25)　「Ｘ線・検査」欄について

ア　全顎撮影（アナログ撮影）を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、所定点数の合計の１００分の５０に相当する点数で算定した場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマＸ線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15 センチメートル×30 センチメートルの場合は左欄に、20.3 センチメートル×30.5 センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載する。

イ　歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数及び回数を記載する。（項番 65）

ウ　電気的根管長測定検査は、「ＥＭＲ」の項にそれぞれ左から単根管、２根管、３根管、４根管の順に点数及び回数を記載する。

エ　細菌簡易培養検査は、「Ｓ培」の項に点数及び回数を記載する。

オ　顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数及び回数を記載する。（項番 64）

カ　歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項及び「精密検査」の項のうち、左欄の上から１歯以上 10 歯未満、10 歯以上 20 歯未満、20 歯以上の順にそれぞれ点数を記載する。また、１回目の混合歯列期歯周病検査は「Ｐ混検」の項の左欄に点数を記載し、歯周病部分的再評価検査は「Ｐ部検」の項に点数及び回数を記載する。歯周病検査を２回以上行った場合は、２回目以後の混合歯列期歯周病検査は「Ｐ混検」の項の右欄に点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査はそれぞれ該当する検査の項のうち右欄に点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数及び回数を、下段に２回以上行った場合の２回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載して差し支えない。（項番 62）

キ　１回目の口腔細菌定量検査１は「菌検」の項の左欄に点数を記載し、２回以上行った場合は右欄に点数及び回数を記載する。

ク　「その他」欄について

（ア）　標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合は、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載する。（項番 74、77）

（イ）　全顎撮影（デジタル撮影）の場合は、枚数及びその合計点数を記載する。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合歯科部分パノラマ断層撮影の場合及び歯科用３次元エックス線断層撮影の場合は、点数及び回数を記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影は、（ク）の電子画像管理加算に係る規定により記載する。（項番 74、77）

（ウ）　歯科画像診断管理加算１又は歯科画像診断管理加算２を算定した場合は、点数を記載する。

（エ）　遠隔画像診断を行った場合は、点数を記載する。

（オ）　新生児、３歳未満の乳幼児又は３歳以上６歳未満の幼児に対する加算を算定した場合は、アにかかわらず、当該加算後の点数及び回数を記載する。（項番 74）

（カ）　記載欄が示されていない各種の検査は、当該欄に点数及び回数を記載する。検査に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。（項番 60）

（キ）　時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数を記載する。（項番 75）

（ク）　電子画像管理加算は、歯科エックス線撮影の場合、歯科パノラマ断層撮影の場合、歯科用３次元エックス線断層撮影の場合、歯科部分パノラマ断層撮影の場合、その他の場合は、それぞれ加算点数を点数に合算した点数及び回数を記載する。

（ケ）　口腔細菌定量検査２を算定する場合は、点数を記載する。（項番 63）

（コ）　有床義歯咀嚼機能検査を算定する場合は、点数を記載する。（項番 66）

（サ）　咀嚼能力検査１若しくは２、咬合圧検査１若しくは２、口腔粘膜湿潤度検査、小児口唇

閉鎖力検査又は舌圧検査を算定した場合は点数及び回数を記載する。（項番 67、68、69、70、71、72）

（シ） 精密触覚機能検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

（ス） 睡眠時歯科筋電図検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

（セ） 「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に、それ以外は「摘要」欄に記載して差し支えない。以下「その他」欄において同様とする。

(26) 「処置・手術」欄について

ア 単純処置は、「単純」の項に点数及び回数を記載する。

イ 歯髄保護処置は、「保護」の項のうち、歯髄温存療法を行った場合は左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ウ 象牙質レジンコーティングは、「Ｒコ」の項に点数及び回数を記載する。

エ 初期う蝕早期充填処置は、「填塞」の項のうち、グラスアイオノマー系を用いた場合は左欄に、複合レジン系を用いた場合は右欄に、それぞれ材料料を合算した点数及び回数を記載する。

オ 知覚過敏処置は、「Ｈｙｓ」の項のうち、３歯までの場合は左欄に、４歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

カ 咬合調整は、「咬調」の項のうち、１歯から 10 歯未満の場合は左欄に、10 歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 90）

キ 残根削合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ク 歯髄温存療法、直接歯髄保護処置、生活歯髄切断又は抜髄のために表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた場合は、使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を「その他」欄に記載する。（項番 111）

ケ 抜髄は、「抜髄」の項にそれぞれ上から単根管、２根管、３根管以上の順に点数及び回数を記載する。

また、歯髄温存療法を行った日から起算して３月以内又は直接歯髄保護処置を行った日から起算して１月以内の場合は、「その他」欄にそれぞれ点数及び回数を記載する。

コ 感染根管処置は「感根処」の項に、根管貼薬処置は「根貼」の項に、根管充填は「根充」の項に、それぞれ上から単根管、２根管、３根管以上の順に点数及び回数を記載する。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合又は抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「その他」欄に点数を記載する。（項番 91、92）

サ 根管充填の際に加圧根管充填処置を併せて行った場合は、「加圧根充」の項の上から単根管、２根管、３根管以上の順に加算点数及び回数を記載する。

また、手術用顕微鏡加算及びＮｉ―Ｔｉロータリーファイル加算は、「加圧根充」の項の「＋　×　＋　×　」欄に左から手術用顕微鏡加算の点数及び回数並びにＮｉ―Ｔｉロータリーファイル加算の点数及び回数を記載する。（項番 93、94、95）

シ 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に点数及び回数を記載する。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合は、下欄に点数と加算点数の合計点数及び回数を記載する。

ス 機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。（項番 109）

セ 歯冠修復物又は補綴物の除去は、「除去」の項のうち、簡単なものは上欄に、困難なものは中欄に、著しく困難なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 105）

ソ　フッ化物歯面塗布処置は、「Ｆ局」の項に点数を記載する。（項番 110）

タ　有床義歯床下粘膜調整処置は、「Ｔ．ｃｏｎｄ」の項に点数及び回数を記載する。

チ　歯周基本治療におけるスケーリングは「ＳＣ」の項に点数及び回数を記載し、同時に３分の１顎を超えて行った場合は項中の「＋　×」欄に３分の１顎を増すごとに加算点数及び回数を記載する。

　また、２回目以降は右欄に 100 分の 50 に相当する点数及び回数を記載し、同時に３分の１顎を超えて行う場合は項中の「＋　×」欄に３分の１顎を増すごとに加算点数の 100 分の 50 に相当する点数及び回数を記載する。

ツ　歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニングは、「ＳＲＰ」の項うち、「前」の項に前歯、「小」の項に小臼歯、「大」の項に大臼歯の順に点数及び回数を記載する。

　また、同部位に対して２回以上歯周基本治療を行った場合は、２回目以降は右欄に前歯、小臼歯及び大臼歯の順に 100 分の 50 に相当する点数及び回数を記載する。

テ　歯周病継続支援治療は、「ＳＰＴ」の項に点数（加算を含む。）を記載する。なお、口腔管理体制強化加算及び重症化予防連携強化加算は、項中の「＋　」欄にそれぞれ左から口腔管理体制強化加算、重症化予防連携強化加算の順に当該加算点数を記載する。（項番 98、99）

ト　歯周病処置は、「Ｐ処」の項に点数及び回数を記載する。（項番 97）

ナ　口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、智歯周囲炎の歯肉弁切除等は、「その他」の欄に点数及び回数を記載する。（項番 122）

ニ　抜歯手術は、「抜歯」の項のうち、乳歯は「乳」の項に、前歯は「前」の項に、臼歯は「臼」の項に、埋伏歯は「埋」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。

　また、前歯及び臼歯の難抜歯加算は、「前」又は「臼」の項の「＋　×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載し、下顎完全埋伏智歯（骨性）及び下顎水平埋伏智歯に係る加算は、「埋」の項の「＋　×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載する。（項番 117）

ヌ　区分「Ｉ１００」又は「Ｊ３００」により特定薬剤を算定する場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 112、130）

ネ　「その他」欄について

（ア）　処置又は手術のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 87、100、107、113、125）

（イ）　診療時間以外、休日若しくは深夜加算を算定する処置又は手術は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例の場合も、点数及び回数を記載する。（項番 88、114）

（ウ）　口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び口腔内装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。（項番 101）

（エ）　睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。（項番 102）

（オ）　舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。

（カ）　術後即時顎補綴装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。

（キ）　口腔内装置調整・修理を行った場合は、点数を記載する。

（ク）　根管内異物除去は、点数及び回数を記載する。また、手術用顕微鏡を用いて当該処置を

行った場合は、加算後の点数及び回数を記載する。（項番 106）

（ケ） 歯の破折片除去は、点数及び回数を記載する。

（コ） 周術期等専門的口腔衛生処置１は、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、術前又は術後に応じて、それぞれ点数を記載する。

周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）又は（Ⅳ）を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、点数を記載する。また、周術期等専門的口腔衛生処置２は、点数を記載する。（項番 108）

（サ） 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、点数を記載する。

（シ） 口腔粘膜処置は、点数を記載する。

（ス） 非経口摂取患者口腔粘膜処置は、点数及び回数を記載する。

（セ） 摘便は、点数及び回数を記載する。

（ソ） ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果、点数及び回数を「その他」欄に記載する。（項番 96）

（タ） 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、点数及び回数を記載する。

（チ） 留置カテーテル設置は、点数及び回数を記載する。

（ツ） 超音波ネブライザは、点数及び回数を記載する。

（テ） 回復期等専門的口腔衛生処置は、点数及び回数を記載する。

（ト） 口腔バイオフィルム除去処置は、点数及び回数を記載する。

（ナ） 口腔リンパ管腫局所注入は、点数（加算を含む。）を記載する。

（ニ） 入院を必要とするＨＩＶ抗体陽性の患者に対する観血的手術加算は、加算後の点数及び回数を記載する。（項番 116）

（ヌ） メチシリン耐性黄色ブドウ球菌（ＭＲＳＡ）感染症患者に対する加算は、加算後の点数及び回数を記載する。

（ネ） 内視鏡下加算は、加算後の点数及び回数を記載する。

（ノ） 歯根端切除手術における、「２　歯科用３次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」を行う場合は、点数及び回数を記載する。（項番 118）

（ハ） 歯の再植術又は歯の移植手術は、点数及び回数を記載する。（項番 119、120、121）

（ヒ） 歯周ポケット掻爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離掻爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術は、点数を記載する。（項番 123）

（フ） 手術時歯根面レーザー応用加算は、点数及び回数を記載する。（項番 124）

（ヘ） 広範囲顎骨支持型装置埋入手術は、点数及び回数を記載する。（項番 126）

（ホ） 広範囲顎骨支持型装置掻爬術は、点数を記載する。（項番 127）

（マ） 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法は、点数を記載する。（項番 128）

（ミ） レーザー機器加算は、点数及び回数を記載する。（項番 129）

（ム） 口腔粘膜蛍光観察評価加算は、点数を記載する。

（メ） 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。（項番 131）

ノ　乳幼児加算、歯科診療特別対応加算、歯科訪問診療時の加算等を伴う処置及び手術は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。（項番 89、115）

(27)　「麻酔」欄について

ア　伝達麻酔は「伝麻」の項に、浸潤麻酔は「浸麻」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ　未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児（１歳以上３歳未満）加算、乳幼児（６歳未満）

加算又は歯科診療特別対応加算等を伴う麻酔は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。

ウ　「その他」欄について

（ア）　区分「Ｋ１００」による麻酔薬剤は、点数及び回数を記載する。（項番 139）

（イ）　吸入鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番 135）

（ウ）　静脈内鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。（項番 136）

（エ）　歯科麻酔管理料は点数及び回数を記載する。

（オ）　歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。（項番 137、138）

（カ）　伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。（項番 132）

（キ）　診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、点数及び回数を記載する。（項番 133）

(28)　「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア　各項に点数を記載する場合は、技術料及び材料料を合算した点数（乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算１、２又は３等は、当該加算点数を更に合算した点数）並びに回数を記載する。ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法及び床修理は、技術料、材料料及び装着料を合算した点数並びに回数を記載する。

また、充填は、技術料及び充填材料料を別の項に記載する。なお、装着材料料は「装着材料」の項に、人工歯料は「人工歯」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ　補綴時診断料は、「補診」の項のうち、欠損補綴物を新たに製作する場合は左欄に、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 141、142）

ウ　クラウン・ブリッジ維持管理料は、「維持管理」の項の左から単冠、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下のブリッジ、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上のブリッジの順にそれぞれ点数及び回数を記載する。

エ　「印象」の項について

印象採得の「１　歯冠修復」の「イ　単純印象」、「１　歯冠修復」の「ロ　連合印象」、「２　欠損補綴」の「二　ブリッジ　（１）　５歯以下の場合」及び「２　欠損補綴」の「二　ブリッジ　（２）　６歯以上の場合」は、「印象」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。「２　欠損補綴」の「イ　単純印象　（１）　簡単なもの」、「２　欠損補綴」の「イ　単純印象　（２）　困難なもの」、「２　欠損補綴」の「ロ　連合印象」及び「２　欠損補綴」の「ハ　特殊印象」は、「印象」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。なお、「印象」の項に書ききれない場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 148、149）

オ　咬合採得の「１　歯冠修復」、「２　欠損補綴」の「イ　ブリッジ　（１）　５歯以下の場合」及び「２　欠損補綴」の「イ　ブリッジ　（２）　６歯以上の場合」は、「咬合」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。咬合採得の「２　欠損補綴」の「ロ　有床義歯　（１

）　少数歯欠損」、「２　欠損補綴」の「ロ　有床義歯　（２）　多数歯欠損」及び「２　欠損補綴」の「ロ　有床義歯　（３）　総義歯」は、「咬合」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。なお、「２　欠損補綴」の「ハ　口蓋補綴、顎補綴」については、「その他」欄に点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 153、154）

カ　ブリッジの試適の「５歯以下の場合」及び「６歯以上の場合」は「試適」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。仮床試適の「少数歯欠損」、「多数歯欠損」及び「総義歯」は、「試適」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。また、仮床試適における歯科技工士連携加算１及び２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 155）

キ　「歯冠形成」欄について

（ア）　生活歯歯冠形成は、「(生単)」の項のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯部の４分の３冠及びＣＡＤ／ＣＡＭ冠の場合は「前Ｃ」の項に、その他の金属冠、チタン冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠、小児保隙装置及び既製金属冠の場合は「既製」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

（イ）　ブリッジに対する生活歯歯冠形成は「(生ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠、接着冠、高強度硬質レジンブリッジ及びチタンブリッジ（レジン前装を行う場合に限る。）の場合は「前接」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「＋　×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

（ウ）　失活歯歯冠形成は、「(失単)」の項のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯部の４分の３冠及びＣＡＤ／ＣＡＭ冠の場合は「前Ｃ」の項に、その他の金属冠、チタン冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠、小児保隙装置及び既製金属冠の場合は「既製」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

（エ）　ブリッジに対する失活歯歯冠形成は「(失ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の４分の３冠、高強度硬質レジンブリッジ及びチタンブリッジ（レジン前装を行う場合に限る。）の場合は「前」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「＋　×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。

（オ）　窩洞形成は、「(窩洞)」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは中欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。なお、複雑なものにおけるブリッジ支台歯形成加算は、複雑なものの下欄に加算点数及び回数を記載する。

　また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、ブリッジ支台歯形成加算の下欄に点数及び回数を記載する。なお、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成に係る加算は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 144）

（カ）　即時充填形成は、「充形」の項に点数及び回数を記載し、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、項中の「＋　×」欄に点数及び回数を記載する。（項番 145）

（キ）　インレー修復形成は、「修形」の項に点数及び回数を記載する。また、ＣＡＤ／ＣＡＭインレーのための窩洞形成に係る加算は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。

（ク） 補綴前処置は、「前処」の項に点数及び回数を記載する。修理を行った有床義歯に対して再度、義歯修理を行う場合についても、「前処」の項に点数及び回数を記載する。（項番 146）

（ケ） 生活歯歯冠形成のために表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた場合は、使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を「その他」欄に記載する。（項番 176）

ク 「充填」の項について

（ア） 充填に係る技術料は、「充填１」又は「充填２」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。（項番 156）

（イ） 充填に際して歯科充填用材料Ⅰの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の上欄に、グラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の下欄に、歯科充填用材料Ⅱの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の上欄に、グラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の下欄に、それ以外の材料を用いた場合は「その他」欄に、それぞれ充填材料の点数及び回数を記載する。なお、それぞれの項において、充填の「単純なもの」は左欄に、充填の「複雑なもの」は右欄に記載する。

ケ 「支台築造」の項について

（ア） 間接法において、メタルコアによる支台築造は、「メタル」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位ごとにそれぞれ記載する。（項番 147）

（イ） 直接法において、その他の支台築造は、「その他」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位ごとにそれぞれ記載する。（項番 147）

（ウ） 支台築造印象は「支台印象」の項に点数及び回数を記載する。

コ 「金属歯冠修復」の項について

（ア） 乳歯、前歯及び小臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「乳前小銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯部の４分の３冠及び接着冠、臼歯部の５分の４冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。

（イ） 前歯及び小臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯部の４分の３冠及び接着冠、臼歯部の５分の４冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。（項番 157）

（ウ） 大臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「大パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、５分の４冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

（エ） 大臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「大銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、５分の４冠（生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。）及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

（オ） 可動性連結装置は、当該装置を装着した歯に対する金属歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数及び回数を記載する。

（カ） 装着材料料は、「装着材料」の項に点数及び回数を記載する。

サ 「仮着」の項について

ブリッジの仮着は、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

シ 暫間歯冠補綴装置は、「Ｔｅ Ｃ」の項に点数及び回数を記載する。（項番 150）

ス 「硬ジ」の項、「乳」の項及び「ＣＡＤ冠」の項について

（ア） 硬質レジンジャケット冠は、「硬ジ」の項のうち、光重合硬質レジンを左欄に、加熱重合硬質レジンを右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 160）

（イ） 乳歯冠は、「乳」の項の左欄に乳歯金属冠を、右欄には乳歯に対するジャケット冠を、それぞれ点数(ジャケット冠は人工歯料を除く。)及び回数を記載する。

（ウ） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の「１ ２以外の場合」は、「ＣＡＤ冠」の項のうち、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅰ）を用いた場合は「（Ⅰ）」の項、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅱ）を用いた場合は「（Ⅱ）」の項に、大臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅲ）」の項、前歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅳ）を用いた場合は「（Ⅳ）」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅰ）」又は「（Ⅱ）」の項に点数及び回数を記載する。また、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合は、後継永久歯に準じて「（Ⅰ）」、「（Ⅱ）」又は「（Ⅳ）」の項に点数及び回数を記載する。（項番 161）

セ 「ＣＡＤＩｎ」の項、「チ冠」の項及び「前チ」の項について

（ア） ＣＡＤ／ＣＡＭインレーは、「ＣＡＤＩｎ」の項のうち、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅰ）を用いた場合は「（Ⅰ）」の項、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅱ）を用いた場合は「（Ⅱ）」の項に、大臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は「（Ⅲ）」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合は「（Ⅰ）」又は「（Ⅱ）」の項に点数及び回数を記載する。

（イ） チタン冠は、「チ冠」の項に点数及び回数を記載する。

（ウ） レジン前装チタン冠は、「前チ」の項に点数及び回数を記載する。

ソ 「根板」の項について

（ア） 前歯及び小臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた根面板は、「パ前小」の項に点数及び回数を記載する。

（イ） 大臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた根面板は、「パ大」の項に点数及び回数を記載する。

（ウ） 前歯及び小臼歯に銀合金を用いた根面板は、「銀前小」の項に点数及び回数を記載する。

（エ） 大臼歯に銀合金を用いた根面板は、「銀大」の項に点数及び回数を記載する。

（オ） 歯科充填用材料Ｉを用いて根面を被覆した場合は、「レジン」の項に点数及び回数を記載する。

タ 「ポンティック」の項について

（ア） 鋳造ポンティックは、「鋳造」の項のうち、大臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、小臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、点数及び回数を記載する。（項

番 165）

（イ） レジン前装鋳造ポンティックは、「前装」の項のうち、前歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ前」の項に、小臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、大臼歯に対する鋳造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、前歯に対する銀合金を用いた製作は「銀前」の項に、小臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀小」の項に、大臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。（項番 165）

チ 「Br 装着」の項について

ブリッジを装着した場合の装着料は、「Br 装着」の項のうち、ブリッジ１装置について支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ツ 「装着」の項について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載する。なお、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠及びＣＡＤ／ＣＡＭインレーの装着は、項中の「＋　×」欄に加算点数及び回数も記載する。

テ 「HRBr」の項について

高強度硬質レジンブリッジは、「HRBr」の項に点数及び回数を記載する。

ト 「TiBr」の項について

チタンブリッジは、「TiBr」の項に点数及び回数を記載する。なお、レジン前装を行った場合は、項中の「＋　×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。

ナ 「有床義歯」の項について

有床義歯は、点数及び床数を記載する。（項番 167、169）

ニ 「床適合」の項について

硬質材料を用いた有床義歯内面適合法は、点数及び床数を記載する。なお、軟質材料を用いた有床義歯内面適合法は、「その他」欄に点数を記載する。また、有床義歯内面適合法に伴う歯科技工加算１又は２は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 173、174）

ヌ 「床修理」の項について

有床義歯修理は、１～８歯欠損の場合は上欄に、９～14 歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、有床義歯修理に伴う歯科技工加算１及び２において、歯科技工加算１は項中の「＋　×」欄の左欄に加算点数及び回数を記載し、歯科技工加算２は項中の「＋　×」欄の右欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 171、172）

ネ 「人工歯」の項について

人工歯料は、点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、「人工歯」の項の記載は上欄左から右へ記載する。なお、書ききれない場合は、中欄から下欄へ順に点数及び回数を記載する。

ノ 「バー」の項について

（ア） 大連結子について、鋳造バーのうち、鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は「コバ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

（イ） 大連結子の屈曲バーは、「屈曲」の項のうち、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーの製作は「不特」の項に、保持装置の使用は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ハ 「鉤」の項について

（ア） 鋳造鉤のうち、鋳造用コバルトクロム合金を用いた製作は、「コバ」の項に、それぞれ

上から双子鉤、二腕鉤の点数及び回数を記載する。

（イ） 線鉤のうち、不銹鋼及び特殊鋼を用いた製作は、「不・特」の項に、それぞれ上から双子鉤、二腕鉤（レスト無し）の点数及び回数を記載する。

（ウ） コンビネーション鉤について、鋳造用コバルトクロム合金によるコンビネーション鉤の製作は「コンビ」の項に、点数及び回数を記載する。

ヒ 「間接」の項について

間接支台装置は、「間接」の項に点数及び回数を記載する。

フ 「磁性アタッチメント」の項について

（ア） 磁石構造体を用いる場合は、「磁性アタッチメント」の項のうち、「磁石」の項に、点数及び回数を記載する。

（イ） キーパー付き根面板を用いる場合は、「キ付根板」の項のうち、鋳造用金銀パラジウム合金を用いて前歯及び小臼歯に対しての製作は「パ」の項の「前小」の項に、大臼歯に対する製作は「大」の項に、銀合金を用いて前歯及び小臼歯に対しての製作は「銀」の項の「前小」の項に、大臼歯に対する製作は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ヘ 「修理」の項について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理は、点数及び回数を記載する。

ホ 「その他」欄について

（ア） クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生（支）局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合は、所定点数の 100 分の 70 に相当する点数及び回数を記載する。（項番 140）

（イ） 咬合印象は、点数及び回数を記載する。

（ウ） 光学印象は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 151）

（エ） 仮床試適の「４　その他の場合」は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

（オ） 小児保隙装置は、点数及び回数を記載する。（項番 163、164）

（カ） ３次元プリント有床義歯や熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、名称、部位、点数及び回数を記載する。（項番 168、169）

（キ） レジンインレー又は既製金属冠等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、点数及び回数を記載する。

なお、接着ブリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数及び回数を記載する。（項番 140）

（ク） 鋳造用金銀パラジウム合金による鋳造バーは、点数及び回数を記載する。

（ケ） 歯科用 14 カラット金合金鉤用線による線鉤は、点数及び回数を記載する。

（コ） 不銹鋼及び特殊鋼による線鉤のうち、二腕鉤（レスト付き）は点数及び回数を記載する。

（サ） 鋳造用金銀パラジウム合金によるコンビネーション鉤は、点数及び回数を記載する。

（シ） 歯科鋳造用 14 カラット金合金及び鋳造用金銀パラジウム合金によるによる鋳造鉤は、点数及び回数を記載する。

（ス） 有床義歯補強加算は、点数及び回数を記載する。

（セ） 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して６月以内の当該有床義歯の修理及び有床義歯内面適合法は、それぞれの点数の 100 分の 50 に相当する点数及び装着料を合算した点数を記載する。（項番 171、172、173、174）

（ソ） 脱離した歯冠修復物の再装着は、点数及び回数を記載する。なお、それに伴い内面

処理加算を行った場合は点数及び回数を記載する。（項番 152）

（タ） 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、ブリッジ１装置について、支台歯とポンティックの数の合計が５歯以下の場合又は支台歯とポンティックの数の合計が６歯以上の場合に分けて、点数及び回数を記載する。（項番 152）

（チ） 歯科鋳造用 14 カラット金合金を用いた金属歯冠修復は、点数及び回数を記載する。（項番 157）

（ツ） 広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴（ブリッジ形態のもの）に用いたリテーナー、広範囲顎骨支持型補綴又は広範囲顎骨支持型補綴物修理は、それぞれ点数を記載すること。（項番 175）

（テ） チタン冠を歯根分割した歯に対し装着した場合は技術料及び材料料を合算した点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（ト） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の「１　２以外の場合」について、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅴ）を用いた場合は、点数及び回数を記載する。

（ナ） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠の「２　エンドクラウンの場合」について、ＣＡＤ／ＣＡＭ冠用材料（Ⅲ）を用いた場合は、点数及び回数を記載する。

（ニ） ＣＡＤ／ＣＡＭ冠を歯根分割した歯に対し装着した場合は技術料及び材料料を合算した点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（ヌ） 歯冠修復及び欠損補綴のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、名称、点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

（ネ） 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して１月以上患者が来院しない場合の当該歯冠修復物又は欠損補綴物は、該当する記載欄に装着料を含まない点数及び回数を記載する。（項番 140）

(29) 歯科矯正について

全体の「その他」欄に記載する。（項番 178～188）

ア 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、それぞれ点数と装着料を合算した点数を記載する。

イ 植立は点数を記載する。また、アンカースクリュー脱落後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合は、点数を記載する。（項番 158）

(30) その他について

全体の「その他」欄に記載する。

ア 看護職員処遇改善評価料、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料並びに歯科技工所ベースアップ支援料は、それぞれ点数及び回数を記載する。

(31) その他の項目について

ア 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合の療養担当手当は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

イ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙

（用紙の色は白色で可とする。）に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号（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・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。

ウ　電子的歯科診療情報連携体制整備加算又は在宅医療ＤＸ情報活用加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

(32)　「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載する。

医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第１公費に係る請求点数、第２公費に係る請求点数を記載するが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えない。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数も必ず記載する。

また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とする。

(33)　「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載する。

(34)　「一部負担金額」欄について

ア　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。）は、次による。

（ア）　船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載する。ただし、災害発生時が平成２１年１２月３１日以前のものに限る。

（イ）　健康保険及び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」の文字を〇で囲み、「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」の文字を〇で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を〇で囲む。

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に限る。）及び後期高齢者医療は、以下による。

（ア）　高額療養費が現物給付された者に限り記載し、支払いを受けた一部負担金の額を記載す

る。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」の項の上段に（　）で再掲するものとし、下段に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。なお、「一部負担金」の項に記載しきれない場合には、「摘要」欄に（　）で再掲して差し支えない。

（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。

（ウ）　健康保険法施行令第 43 条第１項第２号へ、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号へ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号へ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。

（エ）　健康保険法施行令第 43 条第１項第２号ホに掲げる者、国民健康保険法施行令第 29 条の４第１項第３号ホ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号ホ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。

（オ）　健康保険及び国民健康保険において、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を〇で囲み、「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」の文字を〇で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を〇で囲む。

（カ）　後期高齢者医療において、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は減額割合を記載して「割」の文字を〇で囲み、「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」を〇で囲む。また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の文字を〇で囲む。

(35)　「公費分点数」欄について

ア　「請求」の項は、第１公費に係る合計点数を記載する。なお、第２公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載する。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。

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。

(36)　「患者負担額（公費）」欄について

医療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の場合は（33）のイの(ア)により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は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。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。

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の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）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。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。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄への記載は要しない。

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、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者は、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。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は 10 円未満の端数を四捨五入する前の額。）を記載する。

(37)　その他

ア　歯科の入院に係る費用の請求に当たっては、原則として医科入院の明細書を使用する。

この場合、当該明細書の「保険種別１」欄の左の欄の「１　医科」を「３　歯科」と訂正する。

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為は「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載する。

イ　「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものは、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷しても差し支えない。

ウ　平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示する。なお、同月内に同患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分し「摘要」欄に記載する。

エ　公費負担医療のみの場合において、請求点数を後期高齢者医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示する。

オ　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は、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長２」と記載する。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現物給付

化することが困難な場合を除く。

カ　患者の疾病又は負傷が交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載する。なお、「交」等従来行われていた記載も差し支えない。

キ　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。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診療報酬請求項目と区別して記載すること。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２条第 12 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「器選」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。

ク　地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合は、「特記事項」欄に「先進」と記載し、先進医療の名称及び先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載する。

ケ　「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求は、「特記事項」欄に「制超」と記載する。

　また、実施したリハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載する。

コ　自己負担限度額特例対象被扶養者等は、「特記事項」欄に「高半」と記載する。

サ　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）は、「摘要」欄に「障害」と記載する。

シ　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は、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求し、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。）を記載する点数は、その記録を省略しても差し支えない。ただし、平成 24 年３月診療以前分は、「摘要」欄に算定日を記載する点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載する。

ス　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。

セ　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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

ソ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）除く。）には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

タ　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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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っては、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っては、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

チ　70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては、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 26 万円以下（国民健康保険にあっては、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、小児慢性特定疾病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（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は70歳以上の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあっては課税所得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（国民健康保険にあっては課税所得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、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ツ　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、小児慢性特定疾病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（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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又は限度額適用・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、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「区オ」と記載すること。

テ　70 歳未満において「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」の適用区分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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「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」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。

ト　70 歳未満において「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」の適用区分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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「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」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多イ」と記載すること。

ナ　70 歳未満において「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「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っては、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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。

ニ　70 歳未満において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示

された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多エ」と記載すること。

ヌ　70 歳未満において「低所得者の世帯」の適用区分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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多オ」と記載すること。

ネ　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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。

ノ　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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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、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（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

ハ　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））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証

が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多カ」と記載すること。

ヒ　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））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多キ」と記載すること。

※　ネからヒまでについては、令和４年 10 月１日から適用する。令和４年９月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあってはチ及びニに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

フ　別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

ヘ　医療法第 30 条の 13 に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第 30 条の 33 の６第１項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録の通年化について」によること。

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（七〇以上一般・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（七〇以上七割）」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（六歳）」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っては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」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（七〇以上一般・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っては、「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２mm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、服用薬剤調整支援料２、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）　服用薬剤調整支援料２は、服用中の薬剤の調整について処方医に文書を用いて提案した月の分として請求すること。

（６）　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。

（７）　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。

（８）　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。

（９）　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。

(10)　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。

(11)　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、ＪＩＳＸ０２０８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つを〇で囲むこと。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」を〇で囲むこととする。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」を〇で囲むこととし、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を〇で囲むこと。

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〇で囲むか、（　）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〇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こと。

（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〇で囲むこと。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）　該当する元号を〇で囲み、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〇で囲むこと。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」の番号を〇で囲むこと。

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：〇〇〇〇〇〇〇〇〇号」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
（ソ） 訪問薬剤管理医師同時指導料

(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。）にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ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っては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「薬剤料逓減（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）　前イの薬剤料逓減に該当する場合

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)のカの(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（内服薬にあっては１剤１日分、湯薬にあっては内服薬に準じ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っては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っては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあっては調剤回数）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)のイの薬剤料逓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、薬剤料の逓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」及び別表Ⅳ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）」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又は別表Ⅳ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又は別表Ⅳ（令和８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８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Ⅴ「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、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、外来服薬支援料２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、これらの加算又は外来服薬支援料２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、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、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・医薬品供給対応体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあっては、調剤基本料に地域支援・医薬品供給対応体制加算１、地域支援・医薬品供給対応体制加算２、地域支援・医薬品供給対応体制加算３、地域支援・医薬品供給対応体制加算４若しくは地域支援・医薬品供給対応体制加算５、連携強化加算、バイオ後続品調剤体制加算、在宅薬学総合体制加算１、在宅薬学総合体制加算２イ若しくは在宅薬学総合体制加算２ロ、又は区分番号００の注３、注４、注８若しくは門前薬局等立地依存減算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、電子的調剤情報連携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調剤時残薬調整加算又は薬学的有害事象等防止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」のイ若しくはロ、「２」のイ若しくはロ、「３」、「４」のイ、ロ、ハ若しくはニ又は注 17 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、かかりつけ薬剤師フォローアップ加算又はかかりつけ薬剤師訪問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 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。

④ 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。

⑤ 服用薬剤調整支援料１又は服用薬剤調整支援料２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。

⑥ 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。

⑦ 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。

⑧ 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。

⑨　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。

⑩　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。

⑪　服薬情報等提供料の「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。

⑫　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。

⑬　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。

⑭　訪問薬剤管理医師同時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　複数名薬剤管理指導訪問料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

⑯　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。

⑰　調剤ベースアップ評価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　調剤物価対応料を算定した場合は、名称及びその回数を記載すること。

（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又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又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)のイの薬剤料逓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、薬剤料の逓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」の字句を〇で囲み、「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」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

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」の字句を〇で囲み、「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」の字句を〇で囲むこと。

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

（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」の字句を〇で囲み、「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」を〇で囲むこと。また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を〇で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を〇で囲むこと。

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。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。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２条第 12 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「器選」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 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っては、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っては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（）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（国民健康保険にあっては、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（国民健康保険にあっては、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（国民健康保険にあっては課税所得 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（国民健康保険にあっては課税所得 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ってはコに従い、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8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）と内服用液剤の場合」、「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）と内服用液剤の場合		
				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。	830100438	算定理由（自家製剤加算）：******		
			（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。	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）：******		
			（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。	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	調剤時残薬調整加算	確認した残薬日数及び調整した残薬日数を記載すること。 また、７日分以上相当の調剤日数の変更を行う場合には、調整した理由を記載すること。 6日分以下相当の調剤日数の変更を行う場合には、残薬が7日分を超えないにもかかわらず調整する必要性を記載すること。 さらに、「変更のあった薬剤名」の記載をすること。	842100119	内容の要点（調剤時残薬調整加算）：確認した残薬日数：****		※
				842100120	内容の要点（調剤時残薬調整加算）：調整した残薬日数：****		※
				820101905	処方箋の「調剤する薬剤を減量した後、保険医療機関へ情報提供」の欄にその旨の指示があり調整した場合（調剤時残薬調整加算）		※
				820101906	疑義照会により調整した場合（調剤時残薬調整加算）		※
				820101907	調整した残薬日数が6日以下の場合残薬調整をする理由（調剤時残薬調整加算）：高額医薬品のため		※
				820101908	調整した残薬日数が6日以下の場合残薬調整をする理由（調剤時残薬調整加算）：治療終了予定日との日数調整のため		※
				820101909	調整した残薬日数が6日以下の場合残薬調整をする理由（調剤時残薬調整加算）：投与間隔が長い薬剤のため		※
				830100982	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由（調剤時残薬調整加算）：**********		※
				830100983	変更のあった薬剤名（調剤時残薬調整加算）：****		※
7	10の2	調剤時残薬調整加算のイ	処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談した年月日を記載すること。	850100600	相談年月日（調剤時残薬調整加算のイ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"		※
			処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	820101910	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：同種・同効の併用薬との重複投薬		※
				820101911	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：併用薬・飲食物等との相互作用		※
				820101912	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：過去のアレルギー歴、副作用歴		※
				820101913	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：年齢や体重による影響		※
				820101914	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：肝機能、腎機能等による影響		※
				820101915	内容の要点（薬学的有害事象等防止加算）：授乳・妊婦への影響		※

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8年6月1日適用
				830100984	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):その他薬学的観点から必要と認める事項;**********		※
8	10の2	薬学的有害事象等防止加算のイ	処方医に対する照会(残薬調整に係るものを除く。)を行った年月日を記載すること。	850100601	照会年月日(薬学的有害事象等防止加算のイ):(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。 また、「変更のあった薬剤名」の記載をすること。	820101916	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):同種同効薬への変更		※
				820101917	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):剤形の変更		※
				820101918	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用量の変更		※
				820101919	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用法の変更		※
				830100985	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):その他;*******		※
				830100986	変更のあった薬剤名(薬学的有害事象等防止加算のイ);****		※
9	10の3	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);*******		
10	10の3	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);******		
11	10の3	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);******		
12	10の3	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算	電話等により、服薬状況、残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を個別に実施した年月日を記載すること。	850100602	フォローアップ年月日(かかりつけ薬剤師フォローアップ加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			前回算定年月(初回であれば初回の旨)を記載すること。	820101920	初回(かかりつけ薬剤師フォローアップ加算)		※
				850100603	前回算定年月(かかりつけ薬剤師フォローアップ加算):(元号)yy"年"mm"月"		※
13	10の3	かかりつけ薬剤師訪問加算	患家に訪問して、残薬の整理、服用薬の管理方法の指導等を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した年月日を記載すること。	850100604	保険医療機関に情報提供した年月日(かかりつけ薬剤師訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
			前回算定年月(初回であれば初回の旨)を記載すること。	820101921	初回(かかりつけ薬剤師訪問加算)		※
				850100605	前回算定年月(かかりつけ薬剤師訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"		※
14	14の3	服用薬剤調整支援料2	前回算定年月(初回であれば初回の旨)を記載すること。	820101922	初回(服用薬剤調整支援料2)		※
				850100606	前回算定年月(服用薬剤調整支援料2):(元号)yy"年"mm"月"		※
15	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料1):(元号)yy"年"mm"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料1);*******		
16	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料2):(元号)yy"年"mm"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料2);*******		
17	10の3	服薬管理指導料	(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の投薬が行われ、服薬管理指導料を算定する場合) 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"		
18	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		
19	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);*******		
20	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);********		
21	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な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		
22	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] ○○市立病院にて○種類から○種類に調整。○○医院にて○種類から○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);*******		
23	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);*******		

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8年6月1日適用
24	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"	○	
25	15	在宅患者訪問薬剤管理指導料	算定の対象となる訪問指導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28(特養のがん末期の患者)のコードにより記載すること。)	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"		
			(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。	842100071	単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料):******		
			(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。	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		
26	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):******		
27	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"		
28	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"		※
				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"		※
				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"		※
29	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又は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、1と2及び服薬管理指導料「4のハ」を合わせて月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:******		※
30	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"		
31	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"mm"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"mm"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"mm"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		※
32	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):******		

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8年6月1日適用
33	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);******		
			前回算定年月(初回であれば初回の旨)を記載すること。	820101923	初回(服薬情報等提供料3)		※
				850100607	前回算定年月(服薬情報等提供料3);(元号)yy"年"mm"月"		※
34	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"dd"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		
35	15の9	訪問薬剤管理医師同時指導料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。また、同時訪問した保険医の保険医療機関の名称及び保険医の氏名を記載すること。	850100608	訪問指導年月日(訪問薬剤管理医師同時指導料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100987	同時訪問した保険医の保険医療機関の名称(訪問薬剤管理医師同時指導料);******		※
				830100988	同時訪問した保険医氏名(訪問薬剤管理医師同時指導料);****		※
			前回算定年月(初回であれば初回の旨)を記載すること。	820101924	初回(訪問薬剤管理医師同時指導料)		※
				850100609	前回算定年月(訪問薬剤管理医師同時指導料);(元号)yy"年"mm"月"		※
36	15の10	複数名薬剤管理指導訪問料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。 また、処方医が複数名訪問の必要性があると認めた理由を記載すること。	850100610	訪問指導年月日(複数名薬剤管理指導訪問料);(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
				830100989	複数名の訪問が必要な理由;****		※
37	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品又はバイオ後続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又はバイオ後続品を調剤しなかった場合) その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品又はバイオ後続品なし」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。	820100373	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:患者の意向		
				820100374	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄		
				820100375	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:後発医薬品又はバイオ後続品なし		
				820100376	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:その他		
38	41	調剤物価対応料	前回算定年月(初回であれば初回の旨)を記載すること。	820101925	初回(調剤物価対応料)		※
				850100611	前回算定年月(調剤物価対応料);(元号)yy"年"mm"月"		※
39		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) 理由のうち、該当するものを記載すること。 ①医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断したため ・ 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断する場合。 ・ 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師又は歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ・ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師又は歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ・ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ②後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ③後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合。	820101325	医療上の必要性があると医師又は歯科医師が判断したため(処方箋の「変更不可(医療上必要)」欄に「レ」又は「×」の記載があった場合等)		
				820101326	剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断したため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
40	—	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;********		
41	—	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。以下同じ。)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		
42	—	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨又は経管により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した理由について処方箋の記載により確認した患者はその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8年6月1日適用
43	—	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		
44	－	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		
45	—	プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」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。	820101253	(器選)		
				820101254	保険適用期間を超えた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」列の〇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Ⅱ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（薬価基準）

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
1	アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「眼底自発蛍光検査や眼底三次元画像解析を用いて、投与開始時に加え投与中には定期的に地図状萎縮の中心窩への拡大の有無を評価した上で、治療上の有益性と危険性を十分に勘案し、本剤の投与の適否を慎重に判断すること。」とされており、その他の注意において、「地図状萎縮の中心窩への拡大が認められた被験者では、持続性視力喪失のハザード比の点推定値において、本剤群とシャム群の間に差は認められなかった。」とされているので、地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、当該評価の結果を記載すること。	830600196	地図状萎縮の中心窩への拡大に関する評価の結果（アイザベイ硝子体内注射液20mg/mL）：******	○
2	アイモビーグ皮下注70mgペン		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600001	医師要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600002	医師要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600003	医師要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600004	医師要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600005	医師要件オ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600001	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アイモビーグ皮下注70mgペン）：******	
			投与の要否の判断にあたっては、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること。（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600006	前治療要件ア（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600007	前治療要件イ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600008	前治療要件ウ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
				820600009	前治療要件エ（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
			投与開始後3ヶ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600010	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アイモビーグ皮下注70mgペン）	
3	アキャルックス点滴静注250mg		投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600115	投与が必要と判断した理由（アキャルックス点滴静注250mg）：******	
4	アクトヒブ		ベグセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること（同一の診療報酬明細書においてベグセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く。）。	850600157	ベグセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与を行った年月日（アクトヒブ）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600158	ベグセタコプラン又はイブタコパン塩酸塩水和物の投与を行う予定の年月日（アクトヒブ）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
5	アコファイド錠100mg	機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感	「機能性ディスペプシアにおける食後膨満感、上腹部膨満感、早期満腹感」と診断された場合に限り算定できること。また、その場合には、診療報酬明細書の傷病名に「機能性ディスペプシア」を用いること。	傷病名コード	（傷病名を表示する。）	
			診療報酬明細書の記載に当たっては、上部消化管内視鏡検査等の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600001	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（アコファイド錠100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600002	上部消化管内視鏡検査等の実施年月日（初回投与）（アコファイド錠100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
6	アジョビ皮下注225mgシリンジ アジョビ皮下注225mgオートインジェクター		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に 5 年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600011	医師要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600012	医師要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600013	医師要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600014	医師要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600015	医師要件オ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均を記載すること。	842600002	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりの片頭痛日数（片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）：******	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エのいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない 。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600016	前治療要件ア（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600017	前治療要件イ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600018	前治療要件ウ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600019	前治療要件エ（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
			4週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（3回投与後）、12週間に1回投与の場合は本剤投与開始後3ヶ月（1回投与後）又は6ヶ月（2回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600226	4週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600227	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後3ヶ月（1回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
				820600228	12週間に1回投与の場合であって、投与開始後6ヶ月（2回投与後）症状の改善が認められた（アジョビ皮下注225mgシリンジ等）	
7	アドセトリス点滴静注用50mg		CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 （平成 30 年9月 20 日以前に既に本製剤の投与を受けている患者に対しては、本通知前からの投与継続患者である旨（「投与継続患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。）	850600003	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600004	CD30抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				820600021	投与継続患者（アドセトリス点滴静注用50mg）	
				850600005	初めて投与した年月日（アドセトリス点滴静注用50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
8	アドトラーザ皮下注150mgシリンジ アドトラーザ皮下注300mgペン	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2） 次に掲げる本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況のうち該当するもの（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難である。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア	820600255	医師要件ア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600256	医師要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600257	前治療要件ア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				820600258	前治療要件イ（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）	
				830600138	IGAスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
				830600139	全身のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
			ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	830600140	頭頸部のEASIスコア（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
				842600022	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（アドトラーザ皮下注150mgシリンジ等）：******	
9	アベクマ点滴静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師（基準3.3.1及び3.3.2）、移植認定医（基準3.2.1）及び移植コーディネーター（基準3.4.3）以外の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー2）を有する施設 ウ 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準のうち、看護師（基準3.3.1及び3.3.2）、移植認定医（基準3.2.1）、移植コーディネーター（基準3.4.3）及び移植実績（基準4.1及び4.2）以外の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー3）を有する施設 エ 本品に係る治験の実施施設	820600259	施設要件ア（アベクマ点滴静注）	
				820600260	施設要件イ（アベクマ点滴静注）	
				820600261	施設要件ウ（アベクマ点滴静注）	
				820600262	施設要件エ（アベクマ点滴静注）	
10	アムヴトラ皮下注25mgシリンジ	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	1）本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査での病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600373	患者要件ア（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）	○
				820600374	患者要件イ（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）	○
				820600375	患者要件ウ（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）	○
				830600197	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（アムヴトラ皮下注25mgシリンジ）：******	○
11	アリセプト錠3mg アリセプト錠5mg アリセプト錠10mg アリセプトD錠3mg アリセプトD錠5mg アリセプトD錠10mg アリセプト細粒0．5% アリセプト内服ゼリー3mg アリセプト内服ゼリー5mg アリセプト内服ゼリー10mg アリセプトドライシロップ1% 後発品のドネペジル塩酸塩製剤		（本製剤をレビー小体型認知症における認知症症状の進行抑制に用いる場合） 次の事項を記載すること。 ① 効能又は効果に関連する使用上の注意において「本剤は、認知症治療に精通し、「17．臨床成績」の項の内容について十分に理解した医師又はその指導の下で、レビー小体型認知症の臨床診断基準に基づき、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本剤の使用が適切と判断された患者にのみ使用すること。」とされていることから、適切な症状観察や検査等によりレビー小体型認知症と診断され、本製剤の臨床試験成績も踏まえた上で、本製剤の使用が適切と判断された患者に対して使用した場合に限り算定できる。レビー小体型認知症と診断され、本製剤の使用が適切と判断した理由（最新のガイドラインに基づいた診断内容及び臨床試験成績を理解した上で本剤投与が適切と判断した旨）を記載すること。 ② 用法及び用量において「投与開始12週間後までを目安に、認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価してベネフィットがリスクを上回ると判断できない場合は、投与を中止すること。」とされていることから、投与開始12週間後までに有効性評価を行い、投与継続の検討を行った年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容）を記載すること。 ③ 用法及び用量において「投与開始12週間後までの有効性評価の結果に基づき投与継続を判断した場合であっても、定期的に有効性評価を行い、投与継続の可否を判断すること。」とされていることから、投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合は、投与継続の検討を行った直近の年月日、本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（認知機能検査、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による有効性評価を行い、認知機能、精神症状・行動障害、日常生活動作等を総合的に評価し、ベネフィットがリスクを上回ると判断した内容）を記載すること。	830600141	本製剤の使用が適切と判断した理由（アリセプト錠3mg等）：******	
				850600159	投与継続の検討を行った年月日（アリセプト錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600142	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（アリセプト錠3mg等）：******	
				850600160	投与継続の検討を行った直近の年月日（投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合）（アリセプト錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600143	本製剤の投与継続が必要かつ有効と判断した理由（投与開始12週間後までの有効性評価後に投与を継続する場合）（アリセプト錠3mg等）：******	
12	アルンブリグ錠30mg アルンブリグ錠90mg		ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600006	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アルンブリグ錠30mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600007	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アルンブリグ錠30mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
13	アレセンサカプセル150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600008	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（アレセンサカプセル150mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600009	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（アレセンサカプセル150mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
14	アロフィセル注		本製品の効能、効果又は性能において、「非活動期又は軽症の活動期クローン病患者における複雑痔瘻の治療。ただし、少なくとも1つの既存治療薬による治療を行っても効果が不十分な場合に限る。」及び用法及び用量又は使用方法に関連する使用上の注意において、「本品を再投与した臨床成績は得られておらず、痔瘻の状態を十分に確認した上で、再投与の要否を慎重に判断すること。」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、次の事項を記載すること。 ア 本製品の投与が適切と判断した理由 イ 既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ウ 本製品の投与回数（1回目又は2回目と記載する）	830600002	投与が適切と判断した理由（アロフィセル注）：******	
				830600003	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の品名（アロフィセル注）：******	
				830600004	既存治療薬による治療として使用していた薬剤の使用期間（アロフィセル注）：******	
				820600022	投与回数1回目（アロフィセル注）	
				820600023	投与回数2回目（アロフィセル注）	
15	イエスカルタ点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600024	施設要件ア（イエスカルタ点滴静注）	
				820600025	施設要件イ（イエスカルタ点滴静注）	
16	イデルビオン静注用250 イデルビオン静注用500 イデルビオン静注用1000 イデルビオン静注用2000 イデルビオン静注用3500		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600005	手術時に使用した理由（イデルビオン静注用250等）：******	
17	イブグリース皮下注250mgオートインジェクター イブグリース皮下注 250mg シリンジ	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%） 4） 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合、次に掲げる数値 ア 体重（kg）	820600376	施設要件ア（イブグリース皮下注）	○
				820600377	施設要件イ（イブグリース皮下注）	○
				820600378	施設要件ウ（イブグリース皮下注）	○
				820600379	前治療要件ア（イブグリース皮下注）	○
				820600380	前治療要件イ（イブグリース皮下注）	○
				830600198	IGAスコア（イブグリース皮下注）：******	○
				830600199	全身のEASIスコア（イブグリース皮下注）：******	○
				830600200	頭頸部のEASIスコア（イブグリース皮下注）：******	○
				842600072	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（イブグリース皮下注）：******	○
				842600044	体重（小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合）（kg）（イブグリース皮下注）：******	○
18	イブトロジーカプセル200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600225	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（イブトロジーカプセル200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600226	ROS1 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブトロジーカプセル200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600011	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（イブランス錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
19	イブランス錠25mg イブランス錠125mg		ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600012	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（イブランスカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600013	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランス錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600014	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（イブランスカプセル25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
20	イベニティ皮下注105mgシリンジ		（12カ月投与した後に本製剤を再投与する場合） 再投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 骨折の危険性が高いと判断した理由 イ 本製剤を再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名	830600006	骨折の危険性が高いと判断した理由（イベニティ皮下注105mgシリンジ）：******	
				830600007	再投与するまでに投与した骨粗鬆症治療薬の品名（イベニティ皮下注105mgシリンジ）：******	
		切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600381	切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		進展型小細胞肺癌 限局型小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600382	進展型小細胞肺癌、限局型小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
		切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること（「併用投与ア」と記載）。 ア トレメリムマブ（遺伝子組換え）及び白金製剤（シスプラチン又はカルボプラチン）との併用投与 本製剤を「併用投与ア」により併用する場合は、EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性の患者において有効性が示されているので、EGFR遺伝子変異陰性及びALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	820600383	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600263	併用投与ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				850600162	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日（イミフィンジ点滴静注120mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600163	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日（イミフィンジ点滴静注120mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		切除不能な肝細胞癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600384	切除不能な肝細胞癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600027	施設要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600028	施設要件ウ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600029	施設要件エ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600030	施設要件オ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600229	医師要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600230	医師要件イ（イミフィンジ点滴静注120mg等）	
				820600385	治癒切除不能な胆道癌（イミフィンジ点滴静注120mg等）	○
				820600026	施設要件ア（イミフィンジ点滴静注120mg等）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
21	イミフィンジ点滴静注120mg イミフィンジ点滴静注500mg	治癒切除不能な胆道癌	次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)。 ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するものを記載すること(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨を記載すること(「併用投与ア」と記載)。 ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
				820600263	併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	
		進行・再発の子宮体癌	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載及び「併用投与イ」に該当する場合は、その理由) ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与 イ カルボプラチン及びドセタキセル水和物との併用投与	820600386	進行・再発の子宮体癌(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600263	併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600404	併用投与イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
		非小細胞肺癌における術前・術後補助療法	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本製剤を術前補助療法において他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載) ア カルボプラチン及びパクリタキセルとの併用投与 イ 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びゲムシタビン塩酸塩との併用投与 ウ 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びペメトレキセドナトリウムとの併用投与	820600396	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600263	併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600404	併用投与イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600406	併用投与ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
		膀胱癌における術前・術後補助療法	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に泌尿器科学の4年以上の臨床経験を有していること。うち、2年以上は、膀胱癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 製剤を術前補助療法において他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨(「併用投与ア」と記載) ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600407	膀胱癌における術前・術後補助療法(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600026	施設要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600027	施設要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600028	施設要件ウ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600029	施設要件エ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600030	施設要件オ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600229	医師要件ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600230	医師要件イ(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
				820600263	併用投与ア(イミフィンジ点滴静注120mg等)	○
		全身型若年性特発	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること	830600202	他の生物製剤として使用していた薬剤の品名(イラリス皮下注用150mg等):******	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
22	イラリス皮下注用150mg イラリス皮下注射液150mg	生物学的年注特発性関節炎 成人発症スチル病	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 他の生物製剤として使用していた薬剤の品名及び使用期間 ② 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600203	他の生物製剤として使用していた薬剤の使用期間(イラリス皮下注用150mg等):******	○
				830600204	投与が必要と判断した理由(イラリス皮下注用150mg等):******	○
23	ウゴービ皮下注0.25mg SD ウゴービ皮下注0.5mg SD ウゴービ皮下注1.0mg SD ウゴービ皮下注1.7mg SD ウゴービ皮下注2.4mg SD ウゴービ皮下注0.25mgペン 1.0MD ウゴービ皮下注0.5mgペン 2.0MD ウゴービ皮下注1.0mgペン 4.0MD ウゴービ皮下注1.7mgペン 6.8MD ウゴービ皮下注2.4mgペン 9.6MD		(本製剤の投与開始の場合) 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内分泌内科 エ 代謝内科 オ 糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載)及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載) シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載) ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載) ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの(「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載) エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ ⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの(「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載) カ 耐糖能障害(2型糖尿病・耐糖能異常など) キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高尿酸血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連腎臓病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日	820600264	施設要件ア(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600265	施設要件イ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600266	施設要件ウ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600267	施設要件エ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600268	施設要件オ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600269	施設要件カ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600270	施設要件キ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600271	施設要件ク(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600272	施設要件ケ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600273	施設要件コ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600274	施設要件サ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				830600145	連携施設名(施設要件キ、ケ又はサに該当)(ウゴービ皮下注0.25mg SD等):******	
				830600146	連携施設の所在地(施設要件キ、ケ又はサに該当)(ウゴービ皮下注0.25mg SD等):******	
				820600275	施設要件シ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600276	施設要件ス(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600277	施設要件セ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				830600147	常勤の管理栄養士の免許証番号(ウゴービ皮下注0.25mg SD等):******	
				820600278	医師要件ア(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600279	医師要件イ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600280	医師要件ウ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600281	医師要件エ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600282	医師要件オ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600283	患者要件ア(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600284	患者要件イ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600285	患者要件ウ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600286	患者要件エ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600287	患者要件オ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600288	患者要件カ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600289	患者要件キ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600290	患者要件ク(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600291	患者要件ケ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600292	患者要件コ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600293	患者要件サ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600294	患者要件シ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600295	患者要件ス(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600296	患者要件セ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600297	患者要件ソ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				820600298	患者要件タ(ウゴービ皮下注0.25mg SD等)	
				850600164	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日(ウゴービ皮下注0.25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日(ウゴービ皮下注0.25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600148	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中の医薬品名(ウゴービ皮下注0.25mg SD等):******	
				850600166	治療計画(68週以内に投与を中止する計画であること)を作成した年月日(ウゴービ皮下注0.25mg SD等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
			（本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日。 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア 体重 イ 血糖 ウ 血圧 エ 脂質	850600167	投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				842600023	初回投与から起算して、何週目の投与（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；******	
				842600024	直近の測定値（ア 体重）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；******	
				842600025	直近の測定値（イ 血糖）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；******	
				842600026	直近の測定値（ウ 血圧）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；******	
				842600027	直近の測定値（エ 脂質）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；******	
				850600168	測定年月日（ア 体重）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600169	測定年月日（イ 血糖）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600170	測定年月日（ウ 血圧）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600171	測定年月日（エ 脂質）（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600149	改善傾向が認められた旨（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；******	
			（本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合） 再投与の開始日に次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画（68週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	850600172	投与を中止した年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600173	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600165	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600150	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；******	
				850600174	改めて本製剤による治療計画（68週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日（ウゴービ皮下注0．25mg SD等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
24	ヴァイトラックビカプセル25mg ヴァイトラックビカプセル100mg ヴァイトラックビ内用液20mg／mL		NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600015	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァイトラックビカプセル25mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600016	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァイトラックビカプセル25mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
25	ヴァンフリタ錠17．7mg ヴァンフリタ錠26．5mg		FLT3-ITD 変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600017	FLT3－ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日（ヴァンフリタ錠17．7mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600018	FLT3－ITD変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヴァンフリタ錠17．7mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
26	エクロックゲル5%		投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を記載すること。	830600011	多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）（エクロックゲル5%）；******	
27	エスポー皮下用24000シリンジ		（貯血量が800mL 以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血の場合） 貯血量，本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600012	貯血量（エスポー皮下用24000シリンジ）；******	
				830600013	投与する前の患者の体重（エスポー皮下用24000シリンジ）；******	
				830600014	Hb濃度（エスポー皮下用24000シリンジ）；******	
28	エスワンタイホウ配合OD錠T20 エスワンタイホウ配合OD錠T25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、膵癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること（「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載）。	820600299	A法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600300	B法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600301	C法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600302	D法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600303	E法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
				820600304	F法（エスワンタイホウ配合OD錠T20等）	
29	エドルミズ錠50mg		以下のアに該当し、イ～エのうち2つ以上を認める患者に使用することとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～エのうち該当するものをすべて記載すること。 ア 6カ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振 イ 疲労又は倦怠感 ウ 全身の筋力低下 エ CRP値0.5mg/dL超、ヘモグロビン値12g/dL未満又はアルブミン値3.2g/dL未満のいずれか1つ以上	820600031	ア 6カ月以内での5%以上の体重減少及び食欲不振（エドルミズ錠50mg）	
				820600032	イ 疲労又は倦怠感（エドルミズ錠50mg）	
				820600033	ウ 全身の筋力低下（エドルミズ錠50mg）	
				820600034	エ CRP値0．5mg／dL超、ヘモグロビン値12g／dL未満又はアルブミン値3．2g／dL未満のいずれか1つ以上（エドルミズ錠50mg）	
			投与継続の検討を行った直近の年月日を記載すること。	850600019	投与継続の検討を行った直近の年月日（エドルミズ錠50mg）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
30	エフィエント錠2．5mg エフィエント錠3．75mg	虚血性脳血管障害（大血管アテローム硬化又は小血管の閉塞に伴う）後の再発抑制	効能又は効果に関連する注意において、「「17．臨床成績」の項の内容を熟知し、有効性についてクロピドグレルに対する非劣性が検証されていないことや臨床試験の対象患者等を十分に理解した上で、本剤投与の適否を判断すること。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600134	投与が必要と判断した理由（エフィエント錠2．5mg等）；******	
31	エプリスディドライシロップ60mg エプリスディ錠5mg		効能・効果に関連する使用上の注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600020	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（エプリスディドライシロップ60mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600021	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（エプリスディドライシロップ60mg等）；（元号）yy″年″mm″月″dd″日	
			（オナセムノゲン アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600015	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（エプリスディドライシロップ60mg等）；******	
32	エポジン注シリンジ1500 エポジン注シリンジ3000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血にエポジン注シリンジ1500、同3000及び同6000を使用する場合） 貯血量，本剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること。	830600016	貯血量（エポジン注シリンジ1500等）；******	
				830600017	投与する前の患者の体重（エポジン注シリンジ1500等）；******	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
				830600018	Hb濃度（エポジン注シリンジ1500等）：******	
33	エポジン皮下注シリンジ24000		（貯血量が800mL以上で1週間以上の貯血期間を予定する手術施行患者の自己血貯血に使用する場合） 貯血量、本製剤を投与する前の患者の体重及びHb濃度を記載すること.	830600019	貯血量（エポジン皮下注シリンジ24000）：******	
				830600020	投与する前の患者の体重（エポジン皮下注シリンジ24000）：******	
				830600021	Hb濃度（エポジン皮下注シリンジ24000）：******	
34	エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター エムガルティ皮下注120mgシリンジ		本製剤に関する治療の責任者として配置されている医師について、以下のアに該当し、イ～オのいずれかの学会の専門医の認定を有していることとされているため、投与開始に当たっては、以下のア～オのうち該当するものを記載すること（「医師要件ア」から「医師要件オ 」までのうち該当するものを全て記載）。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、頭痛を呈する疾患の診療に5年以上の臨床経験を有している 。 イ 日本神経学会 ウ 日本頭痛学会 エ 日本内科学会（総合内科専門医） オ 日本脳神経外科学会	820600233	医師要件ア（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600234	医師要件イ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600235	医師要件ウ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600236	医師要件エ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600237	医師要件オ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
			投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days（MHD 、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均 。	842100110	投与開始前3ヶ月以上における1ヶ月あたりのMigraine Headache Days（MHD、片頭痛又は片頭痛の疑いが起こった日数）の平均（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）：******	
			投与の要否の判断にあたっては、以下のアに該当し、イ～エ のいずれかを満たす患者であることを確認することとされているため、本剤投与前の片頭痛発作の発症抑制薬による治療の状況を記載すること（「前治療要件ア」から「前治療要件エ」のうち該当するものを全て記載）。 ア 非薬物療法及び片頭痛発作の急性期治療等を既に実施している患者であり、それらの治療を適切に行っても日常生活に支障をきたしている 。 イ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、効果が十分に得られず使用又は継続ができない。 ウ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、忍容性が低く使用又は継続ができない。 エ 本邦で既承認の片頭痛発作の発症抑制薬のいずれかが、禁忌、又は副作用等の観点から安全性への強い懸念があり使用又は継続ができない。	820600238	前治療要件ア（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600239	前治療要件イ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600240	前治療要件ウ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
				820600241	前治療要件エ（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
			投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月（3回投与後）を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮することとされているため、当該評価を実施した際、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600044	投与開始後3ヶ月（3回投与後）症状の改善が認められた（エムガルティ皮下注120mgオートインジェクター等）	
35	エムパベリ皮下注1080mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600151	治療として使用していた薬剤の品名（エムパベリ皮下注1080mg）：******	
				830600152	治療として使用していた使用期間（エムパベリ皮下注1080mg）：******	
36	エレビジス点滴静注		本製品の効能、効果又は性能において、「ただし、以下のいずれも満たす場合に限る 抗AAVrh74抗体が陰性の患者、歩行可能な患者、3歳以上8歳未満の患者」及び効能、効果又は性能に関連する注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により抗AAVrh74抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ・抗AAVrh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日 ・歩行の可否 ・本製品の投与日における年齢	850600227	抗AAVrh74抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日（エレビジス点滴静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				830600205	歩行の可否（エレビジス点滴静注）：******	○
				842600045	本製品の投与日における年齢（エレビジス点滴静注）：******	○
37	エンハーツ点滴静注用100mg	化学療法歴のあるHER2陽性の手術不能又は再発乳癌	「トラスツズマブ（遺伝子組換え）及びタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、トラスツズマブ（遺伝子組換え）及びタキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を記載すること。	820600045	トラスツズマブ（遺伝子組換え）の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）	
				820600046	タキサン系抗悪性腫瘍剤の治療歴を有する患者（エンハーツ点滴静注用100mg）	
		がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の胃癌の場合	一次治療治療歴を有し、かつ、トラスツズマブ（遺伝子組換え）を含む化学療法による治療歴を有する患者に投与することとし、一次治療で実施した化学療法を記載すること。	830600022	一次治療で実施した化学療法（エンハーツ点滴静注用100mg）：******	
		化学療法歴のあるHER2低発現の手術不能又は再発乳癌	「HER2 低発現の定義について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2 低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600175	HER2低発現を確認した検査の実施年月日（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600176	HER2低発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		がん化学療法後に増悪したHER2（ERBB2）遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2（ERBB2）遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600177	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600178	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		ホルモン受容体陽性かつHER2低発現又は超低発現の手術不能又は再発乳癌	HER2低発現及び超低発現の定義について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2低発現又は超低発現が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600228	HER2低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600229	HER2低発現又は超低発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
		HER2陽性の進行・再発の固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「HER2陽性の定義について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」と記載されているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600230	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600231	HER2陽性を確認認した検査の実施年月日（初回投与）（エンハーツ点滴静注用100mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
38	エンレスト錠50mg エンレスト錠100mg エンレスト錠200mg	慢性心不全、高血圧症	（成人の慢性心不全の場合） 本製剤の効能又は効果において、「慢性心不全の標準的な治療を受けている患者に限る」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。 （高血圧症の場合） 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「過度な血圧低下のおそれ等があり、原則として本剤を高血圧治療の第一選択薬としないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600024	投与が必要と判断した理由（エンレスト錠50mg等）：******	
39	オータイロカプセル40mg オータイロカプセル160mg	ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600232	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（オータイロカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600233	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（オータイロカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
		NTRK融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600234	NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（オータイロカプセル40mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600235	NTRK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（オータイロカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
40	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 （※は、古典的ホジキンリンパ腫に限る。） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600164	施設要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600186	施設要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600190	施設要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
				820600194	施設要件エ（オプジーボ点滴静注）	
				820600197	施設要件オ（オプジーボ点滴静注）	
			次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600416	悪性黒色腫（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
41	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性黒色腫		820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
			(平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合:平成29年4月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
42	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600417	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
			(平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合:平成29年4月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
43	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。	820600418	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600140	医師・歯科医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
44	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600419	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
			(本製剤とイピリムマブ(遺伝子組換え)の併用を化学療法未治療の根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の患者に投与する場合) 次のいずれに該当するかを記載すること。(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載) ア IMDC リスク分類:intermediate リスク イ IMDC リスク分類:poor リスク	820600152	患者要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600154	患者要件イ(オプジーボ点滴静注)	
			(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合:平成29年6月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
45	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を 修 了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後 2 年の初期研修を修了した後に 5 年以上の小児血液 及び小児 がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600420	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
			(平成29年4月17日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合であって、施設要件等を記載できない場合) 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(平成29年4月17日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合:平成29年6月30日までの間) 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600168	使用実績有(オプジーボ点滴静注)	
				850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
46	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600421	治癒切除不能な進行・再発の胃癌(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
				820600184	医師要件ウ(オプジーボ点滴静注)	
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) HER2陰性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600118	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(オプジーボ点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
47	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600422	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	
				820600183	医師要件イ(オプジーボ点滴静注)	
		がん化学療法後に増悪した治癒切除不能	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。	820600423	がん化学療法後に増悪した治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性(MSI-High)を有する結腸・直腸癌(オプジーボ点滴静注)	○
				820600141	医師要件ア(オプジーボ点滴静注)	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
48	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌	イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600120	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（オプジーボ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
49	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600424	根治切除不能な進行・再発の食道癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
50	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	食道癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600425	食道癌における術後補助療法（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
51	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	原発不明癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、原発不明癌に対するがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600426	原発不明癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			原発不明癌と診断するにあたり実施した原発巣検索の検査等として該当するもの（「検査等ア」から「検査等ク」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 胸部X線 イ 頭頸部・胸腹部・骨盤CT ウ FDG-PET、PET-CT エ 上部・下部消化管内視鏡 オ 腫瘍マーカー測定 カ 病理学的検索 キ 免疫組織化学的検索 ク 遺伝子・染色体検査	820600156	検査等ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600157	検査等イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600158	検査等ウ（オプジーボ点滴静注）	
				820600159	検査等エ（オプジーボ点滴静注）	
				820600160	検査等オ（オプジーボ点滴静注）	
				820600161	検査等カ（オプジーボ点滴静注）	
				820600162	検査等キ（オプジーボ点滴静注）	
				820600163	検査等ク（オプジーボ点滴静注）	
52	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600427	尿路上皮癌における術後補助療法又は根治切除不能な尿路上皮癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
			（尿路上皮癌における術後補助療法に用いる場合で、シスプラチン等の白金系抗悪性腫瘍剤を含む術前補助療法歴のない患者に投与する場合） 投与することとした理由	830600113	投与することとした理由（オプジーボ点滴静注）：******	
53	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	非小細胞肺癌における術前補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600428	非小細胞肺癌における術前補助療法（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
				820600184	医師要件ウ（オプジーボ点滴静注）	
54	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	悪性中皮腫（悪性胸膜中皮腫を除く）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性中皮腫（悪性胸膜中皮腫を除く）のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600429	悪性中皮腫（悪性胸膜中皮腫を除く）（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
55	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600430	根治切除不能な進行・再発の上皮系皮膚悪性腫瘍（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	
56	オプジーボ点滴静注20mg オプジーボ点滴静注100mg オプジーボ点滴静注120mg オプジーボ点滴静注240mg	切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600431	切除不能な肝細胞癌（オプジーボ点滴静注）	○
				820600141	医師要件ア（オプジーボ点滴静注）	○
				820600183	医師要件イ（オプジーボ点滴静注）	○
57	オルプロリクス静注用500 オルプロリクス静注用1000 オルプロリクス静注用2000 オルプロリクス静注用3000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600025	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用500等）：******	
	オルプロリクス静注用250		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600026	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用250）：******	
	オルプロリクス静注用4000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600027	手術時に使用した理由（オルプロリクス静注用4000）：******	
				820600048	施設要件ア（オルミエント錠2mg等）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
58	オルミエント錠2mg オルミエント錠4mg オルミエント錠1mg	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2）本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 2歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3）疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600049	施設要件イ（オルミエント錠2mg等）	
				820600372	施設要件ウ（オルミエント錠2mg等）	
				820600050	前治療要件ア（オルミエント錠2mg等）	
				820600051	前治療要件イ（オルミエント錠2mg等）	
				830600028	IGAスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600029	全身のEASIスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600030	頭頸部のEASIスコア（オルミエント錠2mg等）：******	
				842600008	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（オルミエント錠2mg等）：******	
		円形脱毛症（ただし、脱毛部位が広範囲に及ぶ難治の場合に限る）	効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6カ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600153	頭部全体に占める脱毛部位の割合（オルミエント錠2mg等）：******	
				830600154	毛髪の自然再生が認められていない期間（オルミエント錠2mg等）：******	
59	オンデキサ静注用200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤は直接作用型第Xa因子阻害剤（アピキサバン、リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物）の種類、最終投与時の1回投与量、最終投与からの経過時間、患者背景（直接作用型第Xa因子阻害剤の薬物動態に影響する可能性がある腎機能等）等から、直接作用型第Xa因子阻害剤による抗凝固作用が発現している期間であることが推定される患者にのみ使用すること。」及び「本剤はアピキサバン、リバーロキサバン又はエドキサバントシル酸塩水和物以外の抗凝固剤による抗凝固作用の中和には使用しないこと。」とされているので、次の事項を記載すること。 ア 直接作用型第Xa因子阻害剤の種類、最終投与時の1回投与量及び最終投与からの経過時間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600155	直接作用型第Xa因子阻害剤の種類（オンデキサ静注用200mg）：******	
				830600156	最終投与時の1回投与量（オンデキサ静注用200mg）：******	
				830600157	最終投与からの経過時間（オンデキサ静注用200mg）：******	
				830600158	投与が必要と判断した理由（オンデキサ静注用200mg）：******	
60	ガザイバ点滴静注1000mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フローサイトメトリー法等により検査を行い、CD20抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600023	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600024	CD20抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		CD20陽性の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）	用法及び用量に関連する注意において、「アカラブルチニブを28日間投与した後に本剤の投与を開始すること。」とされているため、アカラブルチニブと併用する場合には、アカラブルチニブの単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600179	アカラブルチニブの単独投与開始年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600180	アカラブルチニブの単独投与終了年月日（ガザイバ点滴静注1000mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
61	カムザイオスカプセル1mg カムザイオスカプセル2．5mg カムザイオスカプセル5mg		本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「投与開始前に心エコー検査により左室駆出率（LVEF）を評価し、LVEFが55%未満の患者には投与を開始しないこと。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600236	左室駆出率の計測年月日（カムザイオスカプセル1mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600046	左室駆出率の値（カムザイオスカプセル1mg等）：******	○
				830600206	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ペリキュー点錠2．5mg等）：*******	○
62	カナグル錠100mg カナグルOD錠100mg		（「2型糖尿病を合併する慢性腎臓病　ただし、末期腎不全又は透析施行中の患者を除く。」に用いる場合） 効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが30mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、新規に投与しないこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、投与開始時のeGFRの値及び検査の実施年月日を記載すること。	842600028	投与開始時のeGFRの値（カナグル錠100mg等）：******	
				850600181	eGFR検査の実施年月日（カナグル錠100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
63	カルケンスカプセル100mg カルケンス錠100mg		（本製剤を「未治療の慢性リンパ性白血病（小リンパ球性リンパ腫を含む）」に用いる場合は、用法及び用量に関連する注意において、「オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合には、本剤を28 日間投与した後にオビヌツズマブ（遺伝子組換え）の投与を開始すること。」とされているため、オビヌツズマブ（遺伝子組換え）と併用する場合） 本製剤の単独投与開始日及び単独投与終了日を記載すること。	850600182	単独投与開始年月日（カルケンスカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600183	単独投与終了年月日（初回投与）（カルケンスカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
64	キイトルーダ点滴静注100mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600165	施設要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600187	施設要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600191	施設要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600195	施設要件エ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600198	施設要件オ（キイトルーダ点滴静注）	
65	キイトルーダ点滴静注100mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600432	悪性黒色腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
66	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600433	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本剤を単独で投与する場合） PD-L1 の発現を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600133	PD－L1の発現を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600118	PD－L1の発現を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
67	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600434	再発又は難治性の古典的ホジキンリンパ腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
68	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な尿路上皮癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600435	根治切除不能な尿路上皮癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
69	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600436	がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日	850600121	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
70	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌、局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法	次に掲げる医師又は歯科医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」若しくは「医師要件イ」又は「医師・歯科医師要件ウ」のうち該当するものを記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の耳鼻咽喉科領域の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む頭頸部悪性腫瘍診療の臨床研修を行っていること。 ウ　医師免許又は歯科医師免許取得後の初期研修を修了した後に、5年以上の口腔外科の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、がん薬物療法を含む口腔外科のがん治療の臨床研修を行っていること。 なお、本剤による治療においては副作用等の全身的管理を要するため、患者の治療に当たる歯科医師はアからウまでのいずれかに示す条件を満たす医師（頭頸部癌の化学療法及び副作用発現時の対応に十分な知識と経験を持つ医師）との緊密な連携のもとに診療すること。	820600437	再発又は遠隔転移を有する頭頸部癌 局所進行頭頸部癌における術前・術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600139	医師・歯科医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
71	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600438	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
72	キイトルーダ点滴静注100mg	根治切除不能な進行・再発の食道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600439	根治切除不能な進行・再発の食道癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を単独で投与する場合） PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載すること。 ア　5-FU及びシスプラチンとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
73	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となる癌腫領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600440	治癒切除不能な進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する結腸・直腸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	
			MSI-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600121	MSI－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
74	キイトルーダ点滴静注100mg	PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつHER2 陰性の手術不能又は再発乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600441	PD-L1 陽性のホルモン受容体陰性かつHER2 陰性の手術不能又は再発乳癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600124	PD－L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600107	PD－L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
75	キイトルーダ点滴静注100mg	進行・再発の子宮体癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600442	進行・再発の子宮体癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			（本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合） 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載） ア　レンバチニブメシル酸塩との併用投与（がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌の場合） イ　パクリタキセル及びカルボプラチンとの併用投与（化学療法歴のない進行・再発の子宮体癌の場合）	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	○
76	キイトルーダ点滴静注100mg	がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量（TMB-High）を有する進行・再発の固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、対象となるがん種領域でのがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600445	がん化学療法後に増悪した高い腫瘍遺伝子変異量（TMB-High）を有する進行・再発の固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			TMB-Highを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600128	TMB－Highを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
77	キイトルーダ点滴静注100mg	腎細胞癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600446	腎細胞癌における術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
78	キイトルーダ点滴静注100mg	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術前・術後薬物療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600447	ホルモン受容体陰性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術前・術後薬物療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			ホルモン受容体陰性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600134	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600135	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
79	キイトルーダ点滴静注100mg	進行又は再発の子宮頸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600448	進行又は再発の子宮頸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
			本製剤を術前薬物療法として他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの（「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載）を記載すること。 ア パクリタキセル及びプラチナ製剤との併用投与 イ パクリタキセル、プラチナ製剤及びベバシズマブとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600174	併用投与イ（キイトルーダ点滴静注）	
80	キイトルーダ点滴静注100mg	再発又は難治性の原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。	820600449	再発又は難治性の原発性縦隔大細胞型B細胞リンパ腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	
81	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な進行・再発の胃癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600450	治癒切除不能な進行・再発の胃癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600145	医師要件ウ（キイトルーダ点滴静注）	○
			HER2陽性又はHER2陰性を確認した検査の実施年月日	850600237	HER2陽性又はHER2陰性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
			HER2陽性の場合は、PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）	850600238	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日（キイトルーダ点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600047	PD-L1陽性を確認した検査結果（発現率）（キイトルーダ点滴静注）：******	○
82	キイトルーダ点滴静注100mg	治癒切除不能な胆道癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胆道癌のがん薬物療法を含むがん治療の研修を行っていること。	820600454	治癒切除不能な胆道癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
			本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与を行った旨（「併用投与ア」と記載）を記載すること。 ア ゲムシタビン塩酸塩及びシスプラチンとの併用投与	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○
83	キイトルーダ点滴静注100mg	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600458	非小細胞肺癌における術前・術後補助療法（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
84	キイトルーダ点滴静注100mg	局所進行子宮頸癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600461	局所進行子宮頸癌（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
			本製剤を同時化学放射線療法と併用する場合、次に掲げる併用療法を行った旨（「併用投与ア」と記載） ア シスプラチンを用いた同時化学放射線療法	820600171	併用投与ア（キイトルーダ点滴静注）	○
85	キイトルーダ点滴静注100mg	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、悪性胸膜中皮腫のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600465	切除不能な進行・再発の悪性胸膜中皮腫（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600146	医師要件ア（キイトルーダ点滴静注）	○
				820600148	医師要件イ（キイトルーダ点滴静注）	○
86	キムリア点滴静注		投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ 認定カテゴリー1 に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600052	施設要件ア（キムリア点滴静注）	
				820600053	施設要件イ（キムリア点滴静注）	
			再発又は難治性のCD19陽性のB細胞性急性リンパ芽球性白血病本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において「CD19抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」と記載されているため、CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日について記載すること。	850600025	CD19抗原が陽性であることを確認した検査の実施年月日（キムリア点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
87	クリースビータ皮下注10mg クリースビータ皮下注20mg クリースビータ皮下注30mg クリースビータ皮下注10mgシリンジ クリースビータ皮下注20mgシリンジ クリースビータ皮下注30mgシリンジ		本剤の効能又は効果は「FGF23関連低リン血症性くる病・骨軟化症」であり、FGF23の過剰産生により血清リン濃度が低下している患者が対象であることから、FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600026	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（クリースビータ皮下注10mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600027	FGF23の過剰を確認した検査の実施年月日（初回投与）（クリースビータ皮下注10mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600468	患者要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600469	患者要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
88	ケサンラ点滴静注液350mg		（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア 認知機能評価 MMSEスコア イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液（CSF）検査 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 ウ 日本精神神経学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	820600470	患者要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600471	患者要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600472	患者要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				842600048	認知機能評価MMSEスコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600239	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600049	臨床認知症尺度CDR全般スコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600240	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600241	アミロイドPETの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600207	アミロイドPET検査実施施設名（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600242	脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600208	脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				820600473	医師要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600474	医師要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600475	医師要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600476	医師要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600477	医師要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600478	医師要件カ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600479	医師要件キ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600480	医師要件ク（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600481	施設要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600482	施設要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
			（投与開始後6か月以降の投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製剤の投与施設（「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ 初回投与施設（（2）の初回投与施設と同一の施設） エ 連携施設（（2）の初回投与施設と連携している施設） ② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載） オ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること ③ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載） ケ 日本神経学会の専門医 コ 日本老年医学会の専門医 サ 日本精神神経学会の専門医 シ 日本脳神経外科学会の専門医 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載） ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ 日本認知症学会及び日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること	820600483	施設要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600484	施設要件エ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				830600209	連携施設名（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				830600210	連携施設の所在地（施設要件エに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				820600485	施設要件オ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600486	医師要件ケ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600487	医師要件コ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600488	医師要件サ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600489	医師要件シ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600490	医師要件ス（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600491	医師要件セ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600492	医師要件ソ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600493	医師要件タ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
			（継続投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ① 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ② 本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日	842600073	初回投与から起算しての週数（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600243	臨床症状の評価を実施した直近の年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600244	MRI検査を受けた直近の年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
			（投与開始後12か月を目安に実施するPET検査） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本剤投与中、PET検査を受けた年月日（投与開始前のPET検査を除く） ② 本剤投与中、PET検査を実施した施設（「施設要件カ」又は「施設要件キ」と記載）及び「施設要件キ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 初回投与施設と同一施設内 キ 初回投与施設と連携がとれる施設	850600245	アミロイドPETの実施年月日（投与中）（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				820600494	施設要件カ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600495	施設要件キ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				830600212	連携施設名（施設要件キに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				830600213	連携施設名の所在地（施設要件キに該当）（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
			（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本剤投与の継続が必要と判断した理由（PET検査によるアミロイドβプラークの評価結果、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること） ② 本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	830600214	投与の継続が必要と判断した理由（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				820600496	患者要件ア（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600497	患者要件イ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				820600498	患者要件ウ（ケサンラ点滴静注液350mg）	○
				842600050	認知機能評価MMSEスコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○
				850600246	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600051	臨床認知症尺度CDR全般スコア（ケサンラ点滴静注液350mg）：******	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
				850600247	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（ケサンラ点滴静注液350mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
89	ケレンディア錠10mg ケレンディア錠20mg	慢性心不全	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の低下した慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の保たれた又は軽度低下した慢性心不全患者に投与すること。」及び「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（前治療、左室駆出率、腎機能等）を十分に理解した上で、適応患者を選択すること。」されているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600248	左室駆出率の計測年月日（ケレンディア錠10mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600052	左室駆出率の値（ケレンディア錠10mg等）：******	○
				830600215	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ケレンディア錠10mg等）：******	○
90	ザーコリカプセル200mg ザーコリカプセル250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」されているので、ALK 融合遺伝子陽性又はROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600028	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600029	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600030	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600031	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ザーコリカプセル200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
91	サイバインコ錠50mg サイバインコ錠100mg サイバインコ錠200mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する もの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載 ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2 本製剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載） ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600054	医師要件ア（サイバインコ錠50mg等）	
				820600055	医師要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600056	医師要件ウ（サイバインコ錠50mg等）	
				820600057	前治療要件ア（サイバインコ錠50mg等）	
				820600058	前治療要件イ（サイバインコ錠50mg等）	
				830600031	IGAスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				830600032	全身のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				830600119	頭頸部のEASIスコア（サイバインコ錠50mg等）：******	
				842600010	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（サイバインコ錠50mg等）：******	
92	サイラムザ点滴静注液100mg サイラムザ点滴静注液500mg		本製剤をがん化学療法後に増悪した血清AFP値が400ng/mL以上の切除不能な肝細胞癌に用いる場合は、効能・効果に関連する使用上の注意において、「本剤の使用にあたっては、初回投与時の血清AFP値に基づき、適応患者の選択を行うこと。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、AFPの検査値及び当該検査の実施年月日を記載すること。	830600033	AFPの検査値（サイラムザ点滴静注液100mg等）：******	
				850600032	AFP検査の実施年月日（サイラムザ点滴静注液100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
93	ザルティア錠2．5mg ザルティア錠5mg タダラフィル錠2．5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠2．5mgZA「フソー」 タダラフィル錠2．5mgZA「日医工」 タダラフィル錠2．5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠2．5mgZA「あすか」 タダラフィル錠2．5mgZA「杏林」 タダラフィル錠2．5mgZA「サンド」 タダラフィル錠2．5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠2．5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠5mgZA「サワイ」 タダラフィル錠5mgZA「フソー」 タダラフィル錠5mgZA「日医工」 タダラフィル錠5mgZA「ニプロ」 タダラフィル錠5mgZA「あすか」 タダラフィル錠5mgZA「杏林」 タダラフィル錠5mgZA「サンド」 タダラフィル錠5mgZA「JG」 タダラフィルOD錠5mgZA「トーワ」 タダラフィル錠2.5mgZA「シオエ」 タダラフィル錠5mgZA「シオエ」		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600136	診断に用いた主な検査の実施年月日（ザルティア錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600137	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（ザルティア錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤の適用にあたっては、前立腺肥大症の診断・診療に関する国内外のガイドライン等の最新の情報を参考に、適切な検査により診断を確定すること」とされており、適切な検査により前立腺肥大症と診断された場合に限り算定できること。また、尿流測定検査、残尿検査、前立腺超音波検査等の診断に用いた主な検査について、実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600138	診断に用いた主な検査の実施年月日（タダラフィル錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600139	診断に用いた主な検査の実施年月日（初回投与）（タダラフィル錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
94	ジカディア錠150mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK 融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600033	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ジカディア錠150mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
95	ジャクスタビッドカプセル5mg ジャクスタビッドカプセル10mg ジャクスタビッドカプセル20mg	ホモ接合体家族性高コレステロール血症	本製剤の効能・効果は「ホモ接合体家族性高コレステロール血症」であることから、次のいずれかを記載すること。 ① 本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けていること。 ② 本疾患の診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）	820600243	本疾患に係る特定医療費（指定難病）医療受給者証の交付を受けている（ジャクスタビッドカプセル5mg等）	
				830600035	診断根拠（遺伝子解析、コレステロール値、重度の高コレステロール血症の徴候等）（ジャクスタビッドカプセル5mg等）：******	
96	ジャディアンス錠10mg	慢性腎臓病	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが20mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFR が低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600159	適応患者であると判断した理由（ジャディアンス錠10mg）：******	
				830600160	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（ジャディアンス錠10mg）：******	
97	シュンレンカ錠300mg シュンレンカ皮下注463．5mg		本製剤の効能又は効果は「多剤耐性HIV-1感染症」であり、効能又は効果に関連する注意において、「「過去の治療において、本剤を含まない既存の抗レトロウイルス療法による適切な治療を行ってもウイルス学的抑制が得られなかった患者」及び「薬剤耐性検査（遺伝子型解析あるいは表現型解析）を実施し、本剤を含まない複数の抗HIV薬に耐性を示す患者」のいずれも満たす患者に投与すること。」とされているので、使用に当たっては十分留意すること。また、本製剤の投与開始に当たっては、直近の薬剤耐性検査の実施年月日及び薬剤耐性が認められた全ての抗HIV薬の品名を記載すること。	850600184	直近の薬剤耐性検査の実施年月日（シュンレンカ錠300mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600161	薬剤耐性が認められた抗HIV薬の品名（シュンレンカ錠300mg等）：******	
98	シンポニー皮下注50mgシリンジ シンポニー皮下注50mgオートインジェクター	潰瘍性大腸炎	次の事項を記載すること。 ア 他の薬物療法として使用していた薬剤の品名及び使用期間 イ 本製剤の投与が必要と判断した理由	830600038	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注50mgシリンジ）：******	
				830600039	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注50mgシリンジ）：******	
				830600040	投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注50mgシリンジ）：******	
				830600041	他の薬物療法として使用していた薬剤の品名（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）：******	
				830600042	他の薬物療法として使用していた薬剤の使用期間（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）：******	
				830600043	投与が必要と判断した理由（シンポニー皮下注50mgオートインジェクター）：******	
99	ステボロニン点滴静注バッグ9000mg／300mL		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「化学放射線療法等の標準的な治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」と記載されているので、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600044	投与が必要と判断した理由（ステボロニン点滴静注バッグ9000mg／300mL）：******	
100	ステミラック注		本製品の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、脊髄領域を含む整形外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。	820600064	医師要件ア（ステミラック注）	
				820600065	医師要件イ（ステミラック注）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
			イ 医師免許取得後、脊髄領域を含む脳神経外科に関する10年以上の修練を行い、脊髄損傷に関する十分な臨床経験（計30件以上）を有し、AIS評価が適切に行えること。 ② 本製品の製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点及び本製品を投与する直前の時点におけるAIS なお、供給当初においては、AISがAの患者を中心とした投与が適切であるとされていることから、供給可能量も踏まえAの患者を優先して対応すること。	830600045	製造原料として最初に末梢血の採血を行う時点におけるAIS（ステミラック注）：******	
				830600046	本製品を投与する直前の時点におけるAIS（ステミラック注）：******	
101	スピンラザ髄注12mg スピンラザ髄注28mg スピンラザ髄注50mg		効能又は効果に関連する注意において「遺伝子検査により、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600035	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（スピンラザ髄注12mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600036	SMN1遺伝子の欠失又は変異を有し、SMN2遺伝子のコピー数が1以上であることを確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（スピンラザ髄注12mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
			（オナセムノゲン アベパルボベク（販売名：ゾルゲンスマ点滴静注）の投与後に本製剤を投与する場合） その必要性を適切に判断し、投与が必要な理由を記載すること。	830600047	オナセムノゲン アベパルボベクの投与後に本製剤の投与が必要な理由（スピンラザ髄注12mg等）：******	
102	ゼジューラカプセル100mg ゼジューラ錠100mg		本製剤を「白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌」に用いる場合は、効能又は効果に関連する使用上の注意において、「3つ以上の化学療法歴のある患者を対象とすること。」及び「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、過去に実施した化学療法歴及び相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600048	過去に実施した化学療法歴（ゼジューラカプセル100mg等）：******	
				850600037	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（ゼジューラカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600038	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼジューラカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
103	ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス ゼッブバウンド皮下注5mgアテオス ゼッブバウンド皮下注7.5mgアテオス ゼッブバウンド皮下注10mgアテオス ゼッブバウンド皮下注12.5mgアテオス ゼッブバウンド皮下注15mgアテオス		（本製剤の投与開始の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 次に掲げる標榜診療科名のうち該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ア 内科 イ 循環器内科 ウ 内分泌内科 エ 代謝内科 オ 糖尿病内科 ② 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件カ」から「施設要件サ」までのうち該当するものを記載）及び「施設要件キ」、「施設要件ケ」又は「施設要件サ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 カ 日本循環器学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる キ 日本循環器学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ク 日本糖尿病学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ケ 日本糖尿病学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる コ 日本内分泌学会の専門医を有する自施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる サ 日本内分泌学会の専門医を有する連携施設の常勤医師が本製剤による治療に携わる ③ 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件シ」から「施設要件セ」までのうち該当するものを記載） シ 日本循環器学会の教育研修施設 ス 日本糖尿病学会の教育研修施設 セ 日本内分泌学会の教育研修施設 ④ 常勤の管理栄養士の免許証番号 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の診療に5年以上の臨床研修を有していること。 イ 医師免許取得後、満7年以上の臨床経験を有し、そのうち5年以上は高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病並びに肥満症の臨床研修を行っていること。 ⑥ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ウ」から「医師要件オ」までのうち該当するものをすべて記載） ウ 日本循環器学会の専門医 エ 日本糖尿病学会の専門医 オ 日本内分泌学会の専門医 ⑦ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものをすべて記載） ア 高血圧 イ 脂質異常症 ウ 2型糖尿病 ⑧ 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載） エ BMIが27kg/m2以上であり、2つ以上の肥満に関連する健康障害を有する オ BMIが35kg/m2以上 ⑨ （3）⑧の「患者要件エ」に該当する場合は、次に掲げる肥満に関連する健康障害のうち、該当するもの（「患者要件カ」～「患者要件タ」までのうち該当するものをすべて記載） カ 耐糖能障害（2型糖尿病・耐糖能異常など） キ 脂質異常症 ク 高血圧 ケ 高尿酸血症・痛風 コ 冠動脈疾患 サ 脳梗塞、 シ 非アルコール性脂肪性肝疾患 ス 月経異常・不妊 セ 閉塞性睡眠時無呼吸症候群・肥満低換気症候群 ソ 運動器疾患 タ 肥満関連腎臓病 ⑩ 食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ⑪ ⑩の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ⑫ 合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名 ⑬ 本製剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	820600499	施設要件ア（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600500	施設要件イ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600501	施設要件ウ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600502	施設要件エ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600503	施設要件オ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600504	施設要件カ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600505	施設要件キ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600506	施設要件ク（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600507	施設要件ケ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600508	施設要件コ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600509	施設要件サ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				830600216	連携施設名（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				830600217	連携施設の所在地（施設要件キ、ケ又はサに該当）（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				820600510	施設要件シ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600511	施設要件ス（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600512	施設要件セ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				842600053	常勤の管理栄養士の免許証番号（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				820600513	医師要件ア（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600514	医師要件イ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600515	医師要件ウ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600516	医師要件エ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600517	医師要件オ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600518	患者要件ア（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600519	患者要件イ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600520	患者要件ウ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600521	患者要件エ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600522	患者要件オ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600523	患者要件カ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600524	患者要件キ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600525	患者要件ク（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600526	患者要件ケ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600527	患者要件コ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600528	患者要件サ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600529	患者要件シ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600530	患者要件ス（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600531	患者要件セ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600532	患者要件ソ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				820600533	患者要件タ（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）	○
				850600249	食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600250	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600218	合併している高血圧、脂質異常症又は2型糖尿病に対して投与中のすべての医薬品名（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				850600251	治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
			（本製剤の継続投与の場合及び再投与後の継続投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	850600252	管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				842600074	初回投与から起算しての週数（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				842600054	直近の測定値（ア 体重）（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				842600055	直近の測定値（イ 血糖）（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				842600056	直近の測定値（ウ 血圧）（ゼッブバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
			① 本製剤投与中、管理栄養士による栄養指導を受けた直近の年月日 ② 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか ③ 次に掲げるすべての項目の直近の測定値及び測定年月日並びに改善傾向が認められた旨 ア 体重 イ 血糖 ウ 血圧 エ 脂質	842600057	直近の測定値（エ 脂質）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				850600253	測定年月日（ア 体重）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy年mm月dd日	○
				850600254	測定年月日（イ 血糖）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy年mm月dd日	○
				850600255	測定年月日（ウ 血圧）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy年mm月dd日	○
				850600256	測定年月日（エ 脂質）（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy年mm月dd日	○
				830600220	改善傾向が認められた旨（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
			（本製剤の中止後に肥満症の悪化が認められ、本製剤の初回投与開始時と同様に、本剤を投与する施設において適切な治療計画に基づく食事療法・運動療法を実施しても、本製剤の再投与が必要と判断された場合） 再投与の開始日に次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製剤の投与を中止した年月日 ② 本製剤の中止後に改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日 ③ ②の治療計画に基づく食事療法において、管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかるすべての年月日 ④ ②の治療計画に基づく食事療法・運動療法を6か月間行う前に、やむを得ず本製剤の投与を再開する場合はその理由 ⑤ 改めて本製剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日	850600257	投与を中止した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy年mm月dd日	○
				850600258	改めて食事療法・運動療法に係る治療計画を作成した年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy年mm月dd日	○
				850600259	管理栄養士による栄養指導を少なくとも6か月以上受けたことがわかる年月日（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy年mm月dd日	○
				830600221	やむを得ず本製剤の投与を再開するその理由（ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：******	○
				850600260	改めて本製剤による治療計画（72週以内に投与を中止する計画であること）を作成した年月日ゼップバウンド皮下注2.5mgアテオス等）：（元号）yy年mm月dd日	○
104	ゼフィックス錠100		本製剤の使用に当たっては、B型肝炎ウイルスの増殖を伴う肝機能の異常の確認が前提であり、HBV-DNA、DNAポリメラーゼ又はHBe抗原によりウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）及びその結果を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	830600049	HBV－DNA検査結果（ゼフィックス錠100）：******	
				830600050	DNAポリメラーゼ検査結果（ゼフィックス錠100）：******	
				830600051	HBe抗原検査結果（ゼフィックス錠100）：******	
				850600039	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（ゼフィックス錠100）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600040	ウイルスの増殖を確認した年月日（検査実施年月日）（初回投与）（ゼフィックス錠100）：（元号）yy年mm月dd日	
105	ゼルボラフ錠240mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600041	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ゼルボラフ錠240mg）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600042	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゼルボラフ錠240mg）：（元号）yy年mm月dd日	
106	ゾスパタ錠40mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FLT3 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600043	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ゾスパタ錠40mg）：（元号）yy年mm月dd日	
				850600044	FLT3遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ゾスパタ錠40mg）：（元号）yy年mm月dd日	
107	ゾルゲンスマ点滴静注		本品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意に、「SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異が確認された患者に投与すること。」「2歳未満の患者に投与すること。」及び「承認された体外診断薬を用いた検査により抗AAV9抗体が陰性であることが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日 ・本品の投与日齢 ・抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日	850600045	SMN1遺伝子の両アレル性の欠失又は変異を確認した遺伝子検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）：（元号）yy年mm月dd日	
				842600011	本品の投与日齢（ゾルゲンスマ点滴静注）：******	
				850600046	抗AAV9抗体が陰性であることを確認した検査の実施年月日（ゾルゲンスマ点滴静注）：（元号）yy年mm月dd日	
108	ゾレア皮下注用150mg ゾレア皮下注75mgシリンジ ゾレア皮下注150mgシリンジ ゾレア皮下注75mgペン ゾレア皮下注150mgペン ゾレア皮下注300mgペン		（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の投与開始の場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる医師が本製剤に関する治療の責任者として配置されている施設（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するもの） 【成人季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 【小児季節性アレルギー性鼻炎患者に投与する場合】 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 エ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の季節性アレルギー性鼻炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ② 投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度及び当該検査の実施年月日 ③ 患者がスギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由 ④ 前スギ花粉シーズンにおける鼻症状及び本製剤の投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、鼻鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ⑤ 前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイド及びケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ⑥ 既存治療で効果不十分と判断した理由 ⑦ アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明	820600251	医師要件ア（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600252	医師要件イ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600253	医師要件ウ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				820600254	医師要件エ（ゾレア皮下注用150mg等）	
				830600122	投与量の設定に用いた血清中総IgE濃度（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				850600140	投与量の設定に用いた血清中総IgE検査の実施年月日（ゾレア皮下注用150mg等）：（元号）yy年mm月dd日	
				830600052	スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎であると判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600012	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600013	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600053	前スギ花粉シーズンにおける鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600014	本製剤の投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				842600015	本製剤の投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600054	本製剤の投与時における鼻症状（鼻閉の状態）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600055	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600056	前スギ花粉シーズンに治療に用いた鼻噴霧用ステロイドの一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600057	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の成分名（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600058	前スギ花粉シーズンに治療に用いたケミカルメディエーター受容体拮抗薬の一日投与量（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600059	既存治療で効果不十分と判断した理由（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
				830600060	アレルゲン免疫療法（減感作療法）に関する説明内容（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
			（スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の投与開始の場合） 次の事項を記載すること。 ① 前回投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	842600016	前回投与時における鼻症状（くしゃみ発作の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	
			② 前回投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	842600017	前回投与時における鼻症状（こう鼻の1日回数）（ゾレア皮下注用150mg等）：******	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
			(スギ花粉による季節性アレルギー性鼻炎に投与する場合であって、当該スギ花粉シーズン中における本製剤の継続投与の場合) 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の前回投与時及び当該継続投与時における鼻症状。なお、鼻症状としては、くしゃみ発作の1日回数、擤鼻の1日回数及び鼻閉の状態をそれぞれ記載すること。 ② 本製剤と併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名及び一日投与量 ③ 12週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	830600061	前回投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用150mg等):******	
				842600018	継続投与時における鼻症状(くしゃみ発作の1日回数)(ゾレア皮下注用150mg等):******	
				842600019	継続投与時における鼻症状(こう鼻の1日回数)(ゾレア皮下注用150mg等):******	
				830600062	継続投与時における鼻症状(鼻閉の状態)(ゾレア皮下注用150mg等):******	
				830600063	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の成分名(ゾレア皮下注用150mg等):******	
				830600064	併用しているヒスタミンH1受容体拮抗薬の一日投与量(ゾレア皮下注用150mg等):******	
				830600065	12週を超えて継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由(ゾレア皮下注用150mg等):******	
109	タグリッソ錠40mg タグリッソ錠80mg		(EGFR遺伝子変異陽性の手術不能又は再発非小細胞肺癌に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」及び「他のEGFRチロシンキナーゼ阻害剤による治療歴を有し、病勢進行が確認されている患者では、EGFRT790M変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600047	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タグリッソ錠40mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
			(EGFR遺伝子変異陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法及びEGFR遺伝子変異陽性の切除不能な局所進行の非小細胞肺癌における根治的化学放射線療法後の維持療法に用いる場合) 効能又は効果に関連する注意において、「EGFR遺伝子変異検査を実施すること。EGFR遺伝子変異検査の実施には、十分な経験を有する病理医又は検査施設において、承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用い、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600048	EGFR遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タグリッソ錠40mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
110	タスフィゴ錠35mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600261	FGFR2 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(タスフィゴ錠35mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600262	FGFR2 融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タスフィゴ錠35mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
111	タズベリク錠200mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、EZH2 遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600049	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(タズベリク錠200mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600050	EZH2遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タズベリク錠200mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
112	ダトロウェイ点滴静注用100mg		本製剤の効能・効果は「化学療法歴のあるホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600263	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(ダトロウェイ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600264	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ダトロウェイ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600265	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(ダトロウェイ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600266	HER2陰性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ダトロウェイ点滴静注用100mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
			本剤の効能又は効果に関連する注意において、「アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴のある患者を対象とすること。」とされているので、過去に実施したアントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830600222	アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤又はタキサン系抗悪性腫瘍剤による治療歴(トロデルビ点滴静注用200mg):******	○
113	タフィンラーカプセル50mg タフィンラーカプセル75mg タフィンラーカプセル小児用分散錠10mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600051	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(タフィンラーカプセル50mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600052	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タフィンラーカプセル50mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
114	タプレクタ錠150mg タプレクタ錠200mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600053	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(タプレクタ錠150mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600054	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(タプレクタ錠150mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
115	ターゼナカプセル0.1mg ターゼナカプセル0.25mg ターゼナカプセル1mg		(がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌) 効能又は効果に関連する注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異(病的変異又は病的変異疑い)を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600267	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ターゼナカプセル0. 1mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
116	チャンビックス錠0. 5mg チャンビックス錠1mg		(ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合) 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方した旨を記載すること。	820600066	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方(チャンビックス錠0. 5mg等)	
117	チラーヂンS静注液200μg		本製剤を甲状腺機能低下症の患者に投与する際は、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さない場合に限ること。 また、甲状腺機能低下症の患者に対する本製剤の投与開始に当たっては、レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由を記載すること。	830600066	レボチロキシンナトリウム経口製剤による治療が適さないと判断した理由(チラーヂンS静注液200μg):******	
118	ティーエスワン配合顆粒T20 ティーエスワン配合顆粒T25 ティーエスワン配合OD 錠T20 ティーエスワン配合OD 錠T25 ティーエスワン配合カプセルT20 ティーエスワン配合カプセルT25		本製剤の用法及び用量において、「胃癌にはA法、B法又はC法、結腸・直腸癌にはA法、C法又はD法、頭頸部癌にはA法、非小細胞肺癌にはA法、B法又はC法、手術不能又は再発乳癌にはA法、膵癌にはA法又はC法、胆道癌にはA法、E法又はF法を使用する。」とされていることから、用法・用量を記載すること(「A法」から「F法」までのうち該当するものを記載)。	820600305	A法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	
				820600306	B法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	
				820600307	C法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	
				820600308	D法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	
				820600309	E法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	
				820600310	F法(ティーエスワン配合顆粒T20等)	
119	ティブソボ錠250 mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、IDH1遺伝子変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、IDH1 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600268	IDH1 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(ティブソボ錠250 mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600269	IDH1 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ティブソボ錠250 mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
		気管支喘息	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。	820600534	気管支喘息(テゼスパイア皮下注210mg)	○
				820600311	医師要件ア(テゼスパイア皮下注210mg)	
				820600312	医師要件イ(テゼスパイア皮下注210mg)	
				820600313	医師要件ウ(テゼスパイア皮下注210mg)	
			本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載)を記載すること。 ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。 イ 中用量ICSとその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に2回以上きたしている。	820600314	患者要件ア(テゼスパイア皮下注210mg)	
				820600315	患者要件イ(テゼスパイア皮下注210mg)	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
120	テゼスパイア皮下注210mgシリンジ テゼスパイア皮下注210mgペン		(「患者要件イ」に該当する場合) 長時間作用性β２刺激薬を併用することが困難であると判断した理由(小児のみ)又はICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	830600257	長時間作用性β２刺激薬を併用することが困難であると判断した理由(テゼスパイア皮下注210mg):******	○
				830600193	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由(テゼスパイア皮下注210mg):******	
		鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件ア」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2) 次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・鼻閉重症度スコアが2(中等症)以上(4週間を超えて持続していること) ・鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸の症状が8週間を超えて持続している 3) 2)でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日。「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4) 本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸の症状が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 1)でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3) 24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600535	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎(テゼスパイア皮下注210mg)	○
				820600536	施設要件ア(テゼスパイア皮下注210mg)	○
				820600537	患者の要件アに該当(テゼスパイア皮下注210mg)	○
				820600538	患者の要件イに該当(テゼスパイア皮下注210mg)	○
				820600539	患者の要件ウに該当(テゼスパイア皮下注210mg)	○
				850600270	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(テゼスパイア皮下注210mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600223	手術が適応とならないと判断した理由(テゼスパイア皮下注210mg):******	○
				842600058	本製剤投与前における鼻茸スコア(テゼスパイア皮下注210mg):******	○
				842600059	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア(テゼスパイア皮下注210mg):******	○
				830600224	本製剤投与前における鼻漏や嗅覚減少又は消失といった鼻茸の症状が継続している期間(テゼスパイア皮下注210mg):******	○
				820600311	医師要件ア(テゼスパイア皮下注210mg)	○
				820600312	医師要件イ(テゼスパイア皮下注210mg)	○
				820600542	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨(テゼスパイア皮下注210mg)	○
				842600060	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア(テゼスパイア皮下注210mg):******	○
				842600061	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(テゼスパイア皮下注210mg):******	○
				830600225	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由(テゼスパイア皮下注210mg):******	○
121	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載)を記載すること。 (※は、切除不能な跛巣状軟部肉腫又は再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型に限る。) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院、小児がん拠点病院※、小児がん連携病院※など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600166	施設要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600188	施設要件イ(テセントリク点滴静注)	
				820600192	施設要件ウ(テセントリク点滴静注)	
				820600196	施設要件エ(テセントリク点滴静注)	
				820600199	施設要件オ(テセントリク点滴静注)	
122	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」~~又は~~から「医師要件~~イ~~ウ」~~と~~までのうち該当するもの記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600543	切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌(テセントリク点滴静注)	○
				820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
				820600316	医師要件ウ(テセントリク点滴静注)	
			(本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合) 次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」から「併用投与ウ」までのうち該当するものを記載)記載すること。 ア カルボプラチン、パクリタキセル及びペムブロリズマブ(遺伝子組換え)との併用投与 イ 白金製剤(シスプラチン又はカルボプラチン)及びペメトレキセドとの併用投与 ウ カルボプラチン及びパクリタキセル(アルブミン懸濁型)との併用投与	820600172	併用投与ア(テセントリク点滴静注)	
				820600175	併用投与イ(テセントリク点滴静注)	
				820600178	併用投与ウ(テセントリク点滴静注)	
			(本製剤を化学療法歴のないPD-L1 陽性(TC3 又はIC3)の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌患者に単独で投与する場合) EGFR遺伝子変異陰性、ALK融合遺伝子陰性及びPD-L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600117	EGFR遺伝子変異陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600115	ALK融合遺伝子陰性を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600125	PD－L1陽性(TC3又はIC3)を確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
123	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	進展型小細胞肺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。	820600544	進展型小細胞肺癌(テセントリク点滴静注)	○
				820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
124	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	乳癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の乳癌のがん薬物療法を含む乳腺腫瘍学の臨床研修を行っていること。	820600545	乳癌(テセントリク点滴静注)	○
				820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)	
			PD-L1陽性、ホルモン受容体陰性及びHER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。	850600141	PD－L1陽性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600142	ホルモン受容体陰性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600143	HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日(テセントリク点滴静注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
125	テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な肝細胞癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載)を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肝細胞癌のがん薬物療法を含む肝臓病学の臨床研修を行っていること。	820600546	切除不能な肝細胞癌(テセントリク点滴静注)	○
				820600147	医師要件ア(テセントリク点滴静注)	
				820600149	医師要件イ(テセントリク点滴静注)	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
126	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載）を記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、肺癌のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600547	PD-L1陽性の非小細胞肺癌における術後補助療法（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	
			PD-L1陽性（PD-L1発現率が1%以上）を確認した検査の実施年月日及び検査結果（発現率）を記載すること。	850600141	PD－L1陽性であることを確認した検査の実施年月日（テセントリク点滴静注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600162	PD－L1発現率を確認した検査結果（発現率）（テセントリク点滴静注）：******	
127	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な胞巣状軟部肉腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の整形外科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、悪性軟部腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600548	切除不能な胞巣状軟部肉腫（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
128	テセントリク点滴静注840mg テセントリク点滴静注1200mg	再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、造血器悪性腫瘍のがん薬物療法を含む臨床血液学の研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の小児血液及び小児がんを含む小児科臨床経験を有すること。	820600552	再発又は難治性の節外性NK/T細胞リンパ腫・鼻型（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
129	テセントリク点滴静注1200mg	切除不能な胸腺癌	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、胸部悪性腫瘍のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、胸部悪性腫瘍のがん薬物療法を含む5年以上の呼吸器外科学の修練を行っていること。	820600556	切除不能な胸腺癌（テセントリク点滴静注）	○
				820600147	医師要件ア（テセントリク点滴静注）	○
				820600149	医師要件イ（テセントリク点滴静注）	○
				820600316	医師要件ウ（テセントリク点滴静注）	○
130	テビムブラ点滴静注100mg		1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、消化器癌のがん薬物療法を含む5年以上の消化器外科学の修練を行っていること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、消化器癌のがん薬物療法を含む消化器病学の臨床研修を行っていること。	820600560	施設要件ア（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600561	施設要件イ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600562	施設要件ウ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600563	施設要件エ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600564	施設要件オ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600565	医師要件ア（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600566	医師要件イ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
				820600567	医師要件ウ（テビムブラ点滴静注100mg）	○
131	テブミトコ錠250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600144	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（テブミトコ錠250mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600145	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（テブミトコ錠250mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
132	テムセルHS注		本品の警告において、「緊急時に十分対応できる医療施設において、造血幹細胞移植に関する十分な知識・経験を持つ医師のもとで、臨床検査による管理等の適切な対応がなされる体制下で本品を使用すること」、また、効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「ステロイド療法によっても十分な治療効果が得られない場合に使用すること」及び「本品の投与に際しては、急性GVHDの重症度等、「臨床成績」の項の内容を熟知し、本品の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと」とされていることから、このような場合に限り算定できるものであり、本品の使用が必要かつ有効と判断した理由を記載すること。	830600067	本品の使用が必要かつ有効と判断した理由（テムセルHS注）：*******	
133	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	アトピー性皮膚炎	投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、アトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況（「前治療要件ア」から「前治療要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ストロングクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 イ 小児アトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬（ミディアムクラス以上）やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6か月以上行っている。 なお、ミディアムクラスのステロイド外用薬で効果不十分の患者に対しては、本剤の投与を開始する前にストロングクラスのステロイド外用薬での治療も考慮すること。 ウ 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3） 疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGA スコア イ 全身又は頭頸部の EASI スコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）	820600568	アトピー性皮膚炎（デュピクセント皮下注）	○
				820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600193	施設要件ウ（デュピクセント皮下注）	
				820600181	前治療要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600317	前治療要件イ（デュピクセント皮下注）	
				820600182	前治療要件ウ（デュピクセント皮下注）	
				830600137	IGAスコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600135	全身のEASIスコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600136	頭頸部のEASIスコア（デュピクセント皮下注）：******	
				830600109	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合（%）（デュピクセント皮下注）：******	
			投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1） 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設（「施設要件ア」から「施設要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含	820600569	気管支喘息（デュピクセント皮下注）	○
				820600167	施設要件ア（デュピクセント皮下注）	
				820600189	施設要件イ（デュピクセント皮下注）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
134	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	気管支喘息	む4年以上の臨床経験を有していること。 ウ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修かつ3年以上の気管支喘息に関するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 2) 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況及び投与理由(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載) ア 高用量吸入ステロイド薬(ICS)とその他の長期管理薬(長時間作用性β2刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 イ 中用量 ICS とその他の長期管理薬(長時間作用性β2 刺激薬、長時間作用性ムスカリン受容体拮抗薬(成人のみ)、ロイコトリエン受容体拮抗薬、テオフィリン徐放製剤)を併用してもコントロール不良で、かつ全身性ステロイド薬の投与等が必要な喘息増悪を年に1回以上きたしている。 3) 2)で「患者要件イ」に該当する場合は、長時間作用性β2 刺激薬を併用することが困難であると判断した理由(小児のみ)又 はICS を当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由	820600193	施設要件ウ(デュピクセント皮下注)	
				820600153	患者要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600155	患者要件イ(デュピクセント皮下注)	
				830600226	長時間作用性β2 刺激薬を併用することが困難であると判断した理由(デュピクセント皮下注):*******	○
				830600104	ICSを当該用量以上に増量することが不適切であると判断した理由(デュピクセント皮下注):*******	
135	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨(「施設要件ア」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 2) 次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア 慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ 「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ 既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・ 内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・ 鼻閉重症度スコアが2(中等症)以上(8週間以上持続していること) ・ 嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等(8週間以上持続していること) 3) 2)でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日、「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4) 本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉重症度スコア及び嗅覚障害、鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等が継続している期間 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 2) 1)でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3) 本製剤の継続投与前における各鼻腔の鼻茸スコア及び鼻閉重症度スコア 4) 24週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600570	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎(デュピクセント皮下注)	○
				820600167	施設要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600150	患者の要件アに該当(デュピクセント皮下注)	
				820600185	患者の要件イに該当(デュピクセント皮下注)	
				820600151	患者の要件ウに該当(デュピクセント皮下注)	
				850600132	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日(デュピクセント皮下注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600108	手術が適応とならないと判断した理由(デュピクセント皮下注):*******	
				830600123	本製剤投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注):******	
				830600124	本製剤投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注):******	
				830600125	本製剤投与前における鼻汁(前鼻漏／後鼻漏)等が継続している期間(デュピクセント皮下注):*******	
				820600142	医師要件ア(デュピクセント皮下注)	
				820600144	医師要件イ(デュピクセント皮下注)	
				820600143	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨(デュピクセント皮下注)	
				830600126	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア(デュピクセント皮下注):*******	
				830600127	本製剤の継続投与前における鼻閉重症度スコア(デュピクセント皮下注):******	
				830600103	24週間を超えて投与することが必要かつ適切と判断した理由(デュピクセント皮下注):*******	
136	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関連する注意において、「「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に理解した上で、本剤はステロイド外用剤等による治療を施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に用いること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間(既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由) イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時のそう痒スコア	820600571	既存治療で効果不十分な結節性痒疹(デュピクセント皮下注)	○
				830600163	既存治療として使用していた薬剤の品名(デュピクセント皮下注):******	
				830600164	既存治療として使用していた薬剤の使用期間(デュピクセント皮下注):******	
				830600165	既存治療として薬剤を使用していない理由(デュピクセント皮下注):******	
				830600166	投与開始時の痒疹結節数(デュピクセント皮下注):******	
				830600167	投与開始時の病変部位(デュピクセント皮下注):******	
				842600029	投与開始時のそう痒スコア(デュピクセント皮下注):******	
137	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン デュピクセント皮下注200mgシリンジ デュピクセント皮下注200mgペン	慢性閉塞性肺疾患	① 本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当する施設(「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患に関する呼吸器科診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を終了した後に、3年以上の慢性閉塞性肺疾患に関連するアレルギー診療の臨床研修を含む4年以上の臨床経験を有していること。 2) 次に掲げるすべての項目の値 ア 気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率(%FEV1) イ 血中好酸球数 3) 長時間作用性抗コリン薬(以下、LAMA)、長時間作用性β2刺激薬(以下、LABA)及び吸入ステロイド薬(以下、ICS)の併用療法(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法)による治療期間 4) 本製剤投与前の長期管理薬による治療の状況(「患者要件ア」又は「患者要件イ」と記載) ア 中等度の増悪を年2回以上(うち1回は全身性ステロイド薬の投与が必要であった)認め、このうち少なくとも1回の増悪はLAMA、LABA及びICS(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA)の併用中に発現している。 イ LAMA、LABA及びICS(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABA)の併用中に重度の増悪を年1回以上認めている。 5) 禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日 6) 上記5)の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 ② 本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1) 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。(「投与期間ア」から「投与期間ウ」までのうち該当するものを記載) ア 12週間未満 イ 12週間以上52週間未満 ウ 52週間以上 2) 本製剤投与中、(5)①の5)の管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日 3) 12週間及び52週間を目安に実施する肺機能及び健康状態の改善、急性増悪の発現状況等の確認を踏まえ、本剤投与の継続が必要と判断した理由	820600572	慢性閉塞性肺疾患(デュピクセント皮下注)	○
				820600167	施設要件ア(デュピクセント皮下注)	○
				820600189	施設要件イ(デュピクセント皮下注)	○
				842600062	気管支拡張薬投与後の予測1秒量に対する比率(%FEV1)(デュピクセント皮下注):*******	○
				842600063	血中好酸球数(デュピクセント皮下注):******	○
				830600227	長時間作用性抗コリン薬(以下、LAMA)、長時間作用性β2刺激薬(以下、LABA)及び吸入ステロイド薬(以下、ICS)の併用療法(ICSが禁忌の場合はLAMA及びLABAの併用療法)による治療期間(デュピクセント皮下注):*******	○
				820600153	患者要件ア(デュピクセント皮下注)	○
				820600155	患者要件イ(デュピクセント皮下注)	○
				850600271	禁煙、呼吸リハビリテーション等の非薬物療法に関する管理計画を作成した年月日(デュピクセント皮下注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600272	管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日(初回投与)(デュピクセント皮下注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600228	投与期間ア(デュピクセント皮下注)	○
				830600229	投与期間イ(デュピクセント皮下注)	○
				830600230	投与期間ウ(デュピクセント皮下注)	○
				850600273	管理計画に基づく非薬物療法の実施を確認した直近の年月日(継続投与)(デュピクセント皮下注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600231	本剤投与の継続が必要と判断した理由(デュピクセント皮下注)	○
			効能又は効果に関連する注意において、「最新の国内診療ガイドライン」を参考に、全身性ステロイド薬の投与が必要な中等	842600064	疾患重症度(デュピクセント皮下注300mgシリンジ等):******	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
138	デュピクセント皮下注300mgシリンジ デュピクセント皮下注300mgペン	中等症から重症の水疱性類天疱瘡	効能又は効果に関連する注意において、「最新の国内診療ガイドライン等を参考に、全身性ステロイド薬の投与が必要な中等症から重症の水疱性類天疱瘡患者に対して本剤を投与すること。」及び「本剤の適用に先立ち、全身性ステロイド薬単独による治療の実施も考慮すること。患者の症状や状態に応じて、全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、本剤と全身性ステロイド薬の併用による治療を開始する場合は、最新の国内診療ガイドライン等を参照の上で、本剤の投与の必要性を慎重に判断すること。」、用法及び用量に関連する注意において「本剤は全身性ステロイド薬と併用で投与を開始すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　疾患重症度 イ　本製剤の適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名（全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、本製剤と全身性ステロイド薬の併用による治療を開始する場合は、その理由） ウ　本製剤と併用する全身性ステロイド薬の品名	830600232	適用に先立ち実施した全身性ステロイド薬の品名（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
				830600233	全身性ステロイド薬単独による治療を行わず、全身性ステロイド薬の併用による治療を開始理由（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
				830600234	併用する全身性ステロイド薬の品名（デュピクセント皮下注300mgシリンジ等）：******	○
139	デリタクト注		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。 ①　次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件エ」までのうち該当するものを記載） ア　特定機能病院 イ　大学附属病院本院（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ウ　悪性神経膠腫手術の年間症例数が30例以上ある施設 エ　本品に係る治験の実施施設、又はこれと同等の施設体制を有し本品に係る治験責任医師又は治験分担医師が常勤する施設（脳神経外科に係る診療科を有する場合に限る。） ②　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを全て記載。最適使用推進ガイドラインにおいて、次に掲げる医師の要件のすべてに該当する医師を配置することとされている。） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の脳神経外科学の臨床研修を行っており、うち、3年以上は、脳神経外科治療の臨床経験があること。 イ　脳腫瘍に関する十分な臨床経験（計 30 例以上）があること。 ウ　ナビゲーション下生検術を含む定位脳手術の実績が5例以上あること。 ③　放射線治療及びテモゾロミドの治療歴のある患者である旨	820600067	施設要件ア（デリタクト注）	
				820600068	施設要件イ（デリタクト注）	
				820600069	施設要件ウ（デリタクト注）	
				820600070	施設要件エ（デリタクト注）	
				820600071	医師要件ア（デリタクト注）	
				820600072	医師要件イ（デリタクト注）	
				820600073	医師要件ウ（デリタクト注）	
				820600074	放射線治療歴のある患者（デリタクト注）	
				820600075	テモゾロミド治療歴のある患者（デリタクト注）	
140	ドブテレット錠20mg	待機的な観血的手技を予定している慢性肝疾患患者における血小板減少症の改善	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600168	観血的手技の名称（ドブテレット錠20mg）：******	
				850600185	観血的手技の実施予定年月日（ドブテレット錠20mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
141	トルカプ錠160mg トルカプ錠200mg		本製剤の効能又は効果は「内分泌療法後に増悪したPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を有するホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性及びPIK3CA、AKT1又はPTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600274	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600275	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600276	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600277	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600278	PIK3CA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600279	PIK3CA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600280	AKT1遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600281	AKT1遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600282	PTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600283	PTEN遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トルカプ錠160mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
142	トルツ皮下注80mgオートインジェクター	尋常性乾癬、関節症性乾癬、膿疱性乾癬、乾癬性紅皮症	12週以降において、2週間隔で投与する場合、2週間隔で投与することが適切と判断した理由を記載すること。	830600068	12週以降、2週間隔で投与することが適切と判断した理由（トルツ皮下注80mgオートインジェクター等）：******	
143	トロデルビ点滴静注用200mg		①　本製剤の効能又は効果は「化学療法歴のあるホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「化学療法歴のあるホルモン受容体陰性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」であることから、HER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600284	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（トロデルビ点滴静注用200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600285	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トロデルビ点滴静注用200mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
144	ナルティークOD 錠75mg	片頭痛発作の発症抑制	本製剤の効能又は効果に関連する注意において「十分な診察を実施し、前兆のある又は前兆のない片頭痛の発作が月に複数回以上発現している、又は慢性片頭痛であることを確認した上で本剤の適用を考慮すること。」とされており、国内第Ⅲ相試験では、「観察期間（28 日間）中の片頭痛日数が4 日以上かつ頭痛日数が18 日以下」の患者が対象とされていることから、使用に当たっては十分留意し、本製剤の投与開始前の4週間あたりの片頭痛日数の平均を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	842600065	投与開始前の4週間あたりの片頭痛日数の平均（ナルティークOD 錠75mg）：******	○
			本製剤の用法及び用量に関連する注意において、「本剤投与中は症状の経過を十分に観察し、本剤投与開始後3カ月を目安に治療上の有益性を評価して症状の改善が認められない場合には、本剤の投与中止を考慮すること。」とされているので、当該評価を実施した際の診療報酬明細書の摘要欄に、症状の改善が認められた旨を記載すること。	820600577	投与開始後3カ月において症状の改善が認められた旨（ナルティークOD 錠75mg）	○
145	ニコチネルTTS10 ニコチネルTTS20 ニコチネルTTS30		（ニコチン依存症管理料を算定する禁煙治療を行っている患者が、何らかの理由により入院治療を要することとなった場合、ニコチン依存症管理料の施設基準を届け出ている保険医療機関に入院し、患者本人の強い禁煙意志に基づき禁煙治療を継続した場合） 「外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方」した旨を記載すること。	820600076	外来にてニコチン依存症管理料の算定患者に対し処方（ニコチネルTTS10等）	
146	ニューモバックスNPシリンジ		（ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用する場合） ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること（同一の診療報酬明細書においてステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与が確認できる場合を除く。）。	850600186	ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与を行った年月日（ニューモバックスNPシリンジ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600187	ステムリマブ（遺伝子組換え）、ベグセタコプラン又はイプタコパン塩酸塩水和物の投与を行う予定の年月日（ニューモバックスNPシリンジ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
147	ニュベクオ錠300mg	アンドロゲン受容体陽性の根治切除不能な進行・再発の唾液腺癌	効能又は効果に関連する注意において「アンドロゲン受容体陽性の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」とされているので、アンドロゲン受容体陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600286	アンドロゲン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ニュベクオ錠300mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600287	アンドロゲン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ニュベクオ錠300mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
148	ヌーカラ皮下注100mg ペン ヌーカラ皮下注100mg シリンジ	鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎	①本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）本製剤に関する治療の責任者として、次に掲げる要件を満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア」と記載） 2）次に掲げる患者の要件アからウのすべてに該当する旨 ア　慢性副鼻腔炎の確定診断がなされている。 イ　「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」又は「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」 ウ　既存の治療によっても以下のすべての症状が認められる。 ・　内視鏡検査による鼻茸スコアが各鼻腔とも2点以上かつ両側の合計が5点以上 ・　鼻閉の VAS 重症度スコアが5を超える（4週間以上持続していること） ・　「鼻づまり／鼻閉塞感／鼻閉」又は「鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）」のいずれかを有し、さらに「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」の計2つ以上の症状を有する（12 週間以上持続していること） ・　血中好酸球数が5%超の場合は、コンピュータ断層（以下「CT」という。）撮影で篩骨洞≧上顎洞の陰影が認められている又は気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）不耐性を合併している ・　血中好酸球数が2～5%の場合は、CT で篩骨洞≧上顎洞の陰影が認められ、かつ気管支喘息、アスピリン不耐性若しくは非ステロイド性抗炎症薬（NSAIDs）不耐性を合併している 3）　2）でイのうち「鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対して、手術による治療歴がある。」に該当する場合は、慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日、「既存の治療を行ってもコントロール不十分であって、鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならない。」に該当する場合は、手術が適応とならないと判断した理由 4）　本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア、鼻閉の VAS 重症度スコア並びに「鼻づまり／鼻閉塞感／鼻閉」又は「鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）」及び「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間 ②本製剤の継続投与に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 1）　次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の耳鼻咽喉科診療の臨床研修を行っていること。 イ　医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、4年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上は鼻茸を伴う慢性副鼻腔炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。	820600578	施設要件ア（ヌーカラ皮下注）	○
				820600579	患者の要件アに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				820600580	患者の要件イに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				820600581	患者の要件ウに該当（ヌーカラ皮下注）	○
				850600288	慢性副鼻腔炎に対する手術を行った実施年月日（ヌーカラ皮下注）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600235	慢性副鼻腔炎に対する手術が適応とならないと判断した理由（ヌーカラ皮下注）：******	○
				842600066	本製剤投与前における各鼻腔の鼻茸スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				842600067	本製剤投与前における鼻閉のVAS 重症度スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				830600236	本製剤投与前における「鼻づまり／鼻閉塞感／鼻閉」又は「鼻汁（前鼻漏／後鼻漏）」が継続している期間（ヌーカラ皮下注）：******	○
				830600237	本製剤投与前における「顔面痛／顔面圧迫感」又は「嗅覚の減弱若しくは消失」が継続している期間（ヌーカラ皮下注）：******	○
				820600582	医師要件ア（ヌーカラ皮下注）	○
				820600583	医師要件イ（ヌーカラ皮下注）	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
			2） 1）でイに該当する場合は、アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨 3） 24 週間を超えて本製剤を投与する場合は、継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由	820600584	医師要件アの要件を満たす医師が配置されている施設と連携して本剤の効果判定を行った旨（ヌーカラ皮下注）	○
				842600068	本製剤の継続投与前における鼻茸スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				842600069	本製剤の継続投与前における鼻閉のVAS 重症度スコア（ヌーカラ皮下注）：******	○
				830600238	24週間を超えて本製剤を継続して投与することが必要かつ適切と判断した理由（継続投与）（ヌーカラ皮下注）：******	○
149	ノーモサング点滴静注250mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「本剤による急性発作の予防効果は確認されていないことから、予防的には使用しないこと。」とされているので、予防的に使用した場合には算定できないものであること。また、診療報酬明細書の記載に当たっては、発作時の使用である旨を記載すること。	820600077	発作時の使用（ノーモサング点滴静注250mg）	
150	ノボセブンHI静注用1mg シリンジ ノボセブンHI静注用2mg シリンジ ノボセブンHI静注用5mg シリンジ		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子又はⅨ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600128	インヒビター力価（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）：******	
				850600146	インヒビター力価測定年月日（ノボセブンHI静注用1mgシリンジ等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
151	ハイイータン錠50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、MET 遺伝子エクソン14 スキッピング変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、MET 遺伝子エクソン14 スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600289	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（ハイイータン錠50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600290	MET遺伝子エクソン14スキッピング変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ハイイータン錠50mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
152	バージェタ点滴静注420mg／14mL	結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600188	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（バージェタ点滴静注420mg／14mL）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600189	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（バージェタ点滴静注420mg／14mL）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
153	ハーセプチン注射用150 ハーセプチン注射用60 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「CTH」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「ファイザー」 トラスツズマブBS点滴静注用150mg「第一三共」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」 トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」		ハーセプチン注射用60、ハーセプチン注射用150 HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600057	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（ハーセプチン注射用60等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600058	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ハーセプチン注射用60等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「NK」、同 150mg「NK」、同 60mg「CTH」及び同 150mg「CTH」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600059	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600060	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「NK」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600061	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600062	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「CTH」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「第一三共」及び同 150mg「第一三共」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600063	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600064	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「第一三共」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			トラスツズマブ BS 点滴静注用 60mg「ファイザー」及び同 150mg「ファイザー」 本製剤の使用上の注意において、「HER2 過剰発現の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」と記載されているため、HER2 過剰発現を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600065	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600066	HER2過剰発現を確認した検査の実施年月日（初回投与）（トラスツズマブBS点滴静注用60mg「ファイザー」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
154	バイアグラ錠25mg バイアグラ錠50mg バイアグラOD フィルム25mg バイアグラOD フィルム50mg シアリス錠5mg シアリス錠10mg シアリス錠20mg	勃起不全による男性不妊の治療を目的として一般不妊治療におけるタイミング法において用いる場合	以下の事項を記載すること。 ① 投与を行う医師に係る要件として次に掲げるもののうち、該当するもの（「投与医要件ア」又は「投与医要件イ」と記載） ア 泌尿器科について5年以上の経験を有する医師 イ ア以外で、特段の理由がある場合 ② 上記①イに該当する場合、当該理由	820600318	投与医要件ア（バイアグラ錠25mg等）	
				820600319	投与医要件イ（バイアグラ錠25mg等）	
				830600169	投与医要件イに該当する理由（バイアグラ錠25mg等）：******	
			以下の事項を記載すること。 ① 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者又はそのパートナーのいずれであるか ② 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（投与する保険医療機関と同一である場合には省略しても差し支えない。） ③ 医科点数表区分番号「B001」の「32」一般不妊治療管理料又は医科点数表区分番号「B001」の「33」生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（投与日から遡って6か月以内に限る。）	820600320	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者（バイアグラ錠25mg等）	
				820600321	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を受けているのが、本製剤を投与する患者のパートナー（バイアグラ錠25mg等）	
				830600170	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料に係る医学的管理を行っている保険医療機関名（バイアグラ錠25mg等）：******	
				850600190	一般不妊治療管理料又は生殖補助医療管理料の管理料の算定が行われた年月（バイアグラ錠25mg等）：（元号）yy″年″mm″月″	
			（6か月を超えて投与を継続する場合） 継続の必要性を改めて検討し、必要と判断した理由及び初回投与の年月を記載すること。	830600171	6か月を超えて投与を継続する必要と判断した理由（バイアグラ錠25mg等）：******	
				850600191	初回投与の年月（バイアグラ錠25mg等）：（元号）yy″年″mm″月″	
155	バイクロット配合静注用2.5mL バイクロット配合静注用5mL バイクロット配合静注用10mL		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子又は第Ⅸ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を記載すること。	830600129	インヒビター力価（バイクロット配合静注用2.5mL等）：******	
				850600147	インヒビター力価測定年月日（バイクロット配合静注用2.5mL等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
156	バイジュベックゲル		（本製剤の投与開始の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本品を用いた治療の責任者として、次に掲げる要件をすべて満たす医師が配置されている施設である旨（「施設要件ア～エ」と記載） ア 日本皮膚科学会専門医の資格を有すること イ 表皮水疱症の診療に必要な学識・技術を習得していること ウ 製造販売業者による本品の適正使用に関する講習を受講していること エ 「遺伝子組換え生物等の使用等の規制による生物の多様性の確保に関する法律」（以下、「カルタヘナ法」という。）を十分に理解し、施設内における第一種使用規定に従った取扱いが行えること ② 患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者がカルタヘナ法遵守に関する説明及び本品の投与に関するトレーニングを受け、在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日	820600585	施設要件ア（バイジュベックゲル）	○
				820600586	施設要件イ（バイジュベックゲル）	○
				820600587	施設要件ウ（バイジュベックゲル）	○
				820600588	施設要件エ（バイジュベックゲル）	○
				850600291	在宅でも適切な手技を実施可能であることを確認した年月日（投与開始）（バイジュベックゲル）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
			（本製剤の継続投与の場合） 次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ① 本製品による治療効果を確認した直近の年月日 ② 患者又は患者家族が在宅で投与を行う場合は、投与者が在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日	850600292	本製品による治療効果を確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600293	在宅での投与を適切に実施できていることを確認した直近の年月日（継続投与）（バイジュベックゲル）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
157	バクスミー点鼻粉末剤3mg		1回2瓶以上処方する場合は、複数必要と判断した理由を記載すること。	830600069	1回2瓶以上必要と判断した理由（バクスミー点鼻粉末剤3mg）：******	
158	バクトロバン鼻腔用軟膏2%		易感染患者から隔離することが困難な入院患者に対する使用に当たっては、やむを得ず、二名以下の患者が収容されている病室にMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）とともに入院している者に対して使用した場合に限り算定できるものであること。 その場合、易感染患者から隔離することが困難な入院患者の使用に係る薬剤はMRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の分として算定し、MRSA感染症発症の危険性の高い免疫機能の低下状態にある患者（易感染患者）の診療報酬明細書に易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与した旨を記載すること。	820600078	易感染患者から隔離することが困難な入院患者に投与（バクトロバン鼻腔用軟膏2%）	
			次の事項を記載すること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
159	パベンチオ点滴静注200mg	メルケル細胞癌	次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行なっていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
160	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能又は転移性の腎細胞癌の治療	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、腎細胞癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
161	パベンチオ点滴静注200mg	根治切除不能な尿路上皮癌における化学療法後の維持療法の治療	次の事項を記載すること。 1）次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載） ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等（都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など） イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院（がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など） エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1又は外来腫瘍化学療法診療料2の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設 2）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載） ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の泌尿器科学の臨床研修を行っており、うち、2年以上は、尿路上皮癌のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600244	施設要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600245	施設要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600246	施設要件ウ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600247	施設要件エ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600248	施設要件オ（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600249	医師要件ア（パベンチオ点滴静注200mg）	
				820600250	医師要件イ（パベンチオ点滴静注200mg）	
162	バルバーサ錠3mg バルバーサ錠4mg バルバーサ錠5mg		① 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。 ② 本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「PD-1/PD-L1阻害剤による治療が可能な場合にはこれらの治療を優先すること。」とされているので、本製剤をPD-1/PD-L1阻害剤による治療歴のない患者に投与する場合は、本製剤を投与することとした理由を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	850600294	FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日（バルバーサ錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600295	FGFR3遺伝子変異又は融合遺伝子を確認した遺伝子検査の実施年月日（初回投与）（バルバーサ錠3mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600239	PD－1／PD－L1阻害剤による治療歴のない患者に投与する理由（バルバーサ錠3mg等）：******	○
163	ビヨントラ錠400mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR 遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mm を超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600589	患者要件ア（ビヨントラ錠400mg）	○
				820600590	患者要件イ（ビヨントラ錠400mg）	○
				820600591	患者要件ウ（ビヨントラ錠400mg）	○
				830600240	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（ビヨントラ錠400mg）：******	○
164	ピラフトビカプセル50mg ピラフトビカプセル75mg	共通	本製剤の効能・効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600067	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ピラフトビカプセル50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600068	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ピラフトビカプセル50mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		BRAF遺伝子変異を有する治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	（がん化学療法後に増悪した患者に対して本剤を投与する場合） 本製剤の用法・用量に関連する注意において、「併用する他の抗悪性腫瘍剤の選択に際しては、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、関連学会の最新のガイドライン等を参考にした上で、患者の状態に応じて、ビニメチニブの併用の必要性を判断すること。」とされているので、本剤とビニメチニブを併用する場合には、関連学会の最新のガイドライン等を踏まえ、併用する理由を記載すること。その場合は、併用が必要とした判断に用いた情報（ECOG PS、転移臓器数、CRP 値等）を具体的に記載すること。	830600070	ビニメチニブを併用する理由（ピラフトビカプセル50mg等）：******	
165	ビルテプソ点滴静注250mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意に、「遺伝子検査により、エクソン53スキッピングにより治療可能なジストロフィン遺伝子の欠失（エクソン43-52、45-52、47-52、48-52、49-52、50-52、52欠失等）が確認されている患者に投与すること。」と記載されているので、遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600148	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（ビルテプソ点滴静注250mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600149	遺伝子欠失を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビルテプソ点滴静注250mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
166	ビロイ点滴静注用100mg ビロイ点滴静注用300mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「CLDN18.2陽性の定義について「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、CLDN18.2陽性が確認された患者に投与すること。」及び「HER2陰性の患者に投与すること。」とされているので、CLDN18.2陽性及びHER2陰性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600296	CLDN18．2陽性を確認した検査の実施年月日（ビロイ点滴静注用100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600297	CLDN18．2陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビロイ点滴静注用100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600298	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（ビロイ点滴静注用100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600299	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ビロイ点滴静注用100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
167	ピンダケルカプセル20mg	トランスサイレチン型心アミロイドーシス（野生型及び変異型）	本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ 心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ 病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600087	患者要件ア（ピンダケルカプセル20mg）	
				820600088	患者要件イ（ピンダケルカプセル20mg）	
				820600592	患者要件ウ（ピンダケルカプセル20mg）	○
				830600241	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（ピンダケルカプセル20mg）：******	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
168	ピンマックカプセル61mg		本製剤の投与開始に当たっては、次の要件にすべて該当する旨及びTTR遺伝子検査で病的変異の有無を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア　心不全による入院歴又は利尿薬の投与を含む治療を必要とする心不全症状を有すること イ　心エコーによる拡張末期の心室中隔厚が12mmを超えること ウ　病理検査所見又はシンチグラフィに関する日本循環器学会の最新のガイドライン等の要件を満たすこと	820600089	患者要件ア（ピンマックカプセル61mg）	
				820600090	患者要件イ（ピンマックカプセル61mg）	
				820600593	患者要件ウ（ピンマックカプセル61mg）	○
				830600242	TTR遺伝子検査で病的変異の有無（ピンマックカプセル61mg）：******	○
169	ファイバ静注用1000		本製剤の使用に当たっては、インヒビター力価が測定されていることが前提であり、その測定された年月日及びその力価を記載する。	830600130	インヒビター力価（ファイバ静注用1000）：******	
				850600150	インヒビター力価測定年月日（ファイバ静注用1000）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
170	ファビハルタカプセル200mg	発作性夜間ヘモグロビン尿症	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において「補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても、十分な効果が得られない場合に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600243	治療として使用していた薬剤の品名（ファビハルタカプセル200mg）：******	○
				830600244	治療として使用していた薬剤の使用期間（ファビハルタカプセル200mg）：******	○
171	フェインジェクト静注500mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600194	投与前の血中Hb値（フェインジェクト静注500mg）：******	
				830600071	投与が必要と判断した理由（フェインジェクト静注500mg）：******	
172	フェスゴ配合皮下注　MA フェスゴ配合皮下注　IN		（HER2陽性の乳癌に用いる場合） 　効能又は効果に関連する注意において、「HER2陽性の検査は、十分な経験を有する病理医又は検査施設において実施すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 　なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。 （がん化学療法後に増悪したHER2陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌に用いる場合） 　効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 　なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600192	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（フェスゴ配合皮下注MA等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600193	HER2陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（フェスゴ配合皮下注MA等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
173	フォシーガ錠5mg フォシーガ錠10mg	慢性腎臓病	効能又は効果に関連する注意において、「eGFRが25mL/min/1.73m2未満の患者では、本剤の腎保護作用が十分に得られない可能性があること、本剤投与中にeGFRが低下することがあり、腎機能障害が悪化するおそれがあることから、投与の必要性を慎重に判断すること。」及び「臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景（原疾患、併用薬、腎機能等）を十分に理解した上で、慢性腎臓病に対するガイドラインにおける診断基準等を参考に、適応患者を選択すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の適応患者であると判断した理由及び判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）を記載すること。	830600074	適応患者であると判断した理由（フォシーガ錠5mg等）：******	
				830600075	判断に用いた指標の値等（eGFRの値を含む。）（フォシーガ錠5mg等）：******	
174	ブルヴィクト静注		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「承認された診断用医薬品を用いた検査により、PSMA 陽性病変を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600300	PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日（ブルヴィクト静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600301	PSMA 陽性病変を有することを確認した検査の実施年月日（初回投与）（ブルヴィクト静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
			本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「臨床試験に組み入れられた患者の治療歴等について、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、タキサン系抗悪性腫瘍剤の適応となる患者においては、タキサン系抗悪性腫瘍剤による治療の実施についても慎重に検討し、適応患者の選択を行うこと。」及び「アビラテロン、エンザルタミド、アパルタミド又はダロルタミドによる治療歴のない患者における有効性及び安全性は確立していない。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、本製剤の投与が必要と判断した理由及び前立腺癌に対する薬物治療歴を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	830600245	投与が必要と判断した理由（ブルヴィクト静注）：******	○
				830600246	前立腺癌に対する薬物治療歴（ブルヴィクト静注）：******	○
175	プレヤンジ静注		本製品の投与開始に当たっては、次に掲げる施設のうち、該当するものを記載すること。（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア　日本造血・免疫細胞療法学会が定める移植施設認定基準の全ての項目を満たす診療科（認定カテゴリー1）を有する施設 イ　認定カテゴリー1 に準ずる診療科（認定基準のうち、移植コーディネーターの配置に係る基準以外を満たす診療科）を有する施設	820600105	施設要件ア（プレヤンジ静注）	
				820600106	施設要件イ（プレヤンジ静注）	
176	ベイスン錠0．2 ベイスンOD錠0．2 ボグリボースODフィルム0．2「QQ」 ボグリボースOD錠0．2mg「MED」 ボグリボースOD錠0．2mg「ケミファ」 ボグリボースOD錠0．2mg「サワイ」 ボグリボースOD錠0．2mg「タカタ」 ボグリボースOD錠0．2mg「トーワ」 ボグリボースOD錠0．2mg「日医工」 ボグリボースOD錠0．2mg「武田テバ」 ボグリボースOD錠0．2mg「杏林」 ボグリボース錠0．2mg「JG」 ボグリボース錠0．2mg「NP」 ボグリボース錠0．2mg「NS」 ボグリボース錠0．2mg「TCK」 ボグリボース錠0．2mg「YD」 ボグリボース錠0．2mg「ケミファ」 ボグリボース錠0．2mg「サワイ」 ボグリボース錠0．2mg「タカタ」 ボグリボース錠0．2mg「トーワ」 ボグリボース錠0．2mg「杏林」 ボグリボース錠0．2mg「日医工」 ボグリボース錠0．2mg「武田テバ」 ボグリボース錠0．2mg「VTRS」	耐糖能異常における2型糖尿病の発症抑制（ただし、食事療法及び運動療法を十分に行っても改善されない場合に限る。）	耐糖能異常と判断した根拠（判断した年月日とその結果）、食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった旨及び高血圧症又は脂質異常症の診断名を記載する。	830600081	耐糖能異常と判断した根拠（ベイスン錠0．2等）：******	
				850600073	耐糖能異常と判断した年月日（ベイスン錠0．2等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				820600107	食事療法及び運動療法を3～6ヶ月間行っても改善されなかった（ベイスン錠0．2等）	
				830600082	高血圧症又は脂質異常症の診断名（ベイスン錠0．2等）：******	
177	ベージニオ錠50mg ベージニオ錠100mg ベージニオ錠150mg		本製剤の効能・効果は「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌」及び「ホルモン受容体陽性かつHER2陰性で再発高リスクの乳癌における術後薬物療法」であることから、ホルモン受容体陽性、HER2陰性であることを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600074	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600075	ホルモン受容体陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600076	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（ベージニオ錠50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600077	HER2陰性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベージニオ錠50mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
178	ベスポンサ点滴静注用1mg		本製剤の使用上の注意において「フローサイトメトリー法等の検査によって、CD22抗原が陽性であることが確認された患者に使用すること」とされているので、CD22陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては必ず実施年月日を記載すること。	850600078	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（ベスポンサ点滴静注用1mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600079	CD22陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ベスポンサ点滴静注用1mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
179	ペマジール錠4．5mg	がん化学療法後に増悪したFGFR2融合遺伝子陽性の治癒切除不能な胆道癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 　なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600080	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（ペマジール錠4．5mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600081	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ペマジール錠4．5mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座が確認され、FGFR1融合遺伝子陽性の骨髄性又はリンパ性腫瘍と診断された患者に投与すること。」とされているので、染色体検査又は遺伝子検査により8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日を記載すること。 　なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600194	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（ペマジール錠4．5mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600195	8p11染色体領域の転座を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ペマジール錠4．5mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
180	ヘムライブラ皮下注12mg ヘムライブラ皮下注30mg ヘムライブラ皮下注60mg ヘムライブラ皮下注90mg ヘムライブラ皮下注105mg ヘムライブラ皮下注150mg		本製剤の使用に当たっては、血液凝固第Ⅷ因子のインヒビターを保有することの確認が前提であり、インヒビター力価の測定された年月日及び力価を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	850600302	インヒビター力価測定年月日（ヘムライブラ皮下注12mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
181	ベリキューボ錠2．5mg ベリキューボ錠5mg ベリキューボ錠10mg		効能又は効果に関連する注意において、「左室駆出率の保たれた慢性心不全における本剤の有効性及び安全性は確立していないため、左室駆出率の低下した慢性心不全患者に投与すること。」とされているので、投与開始に当たっては、左室駆出率の計測年月日及び左室駆出率の値を記載すること。 なお、他の医療機関で左室駆出率を測定した場合には、当該測定結果及び医療機関名を記載することで差し支えない。	850600082	左室駆出率の計測年月日（ベリキューボ錠2．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600083	左室駆出率の値（ベリキューボ錠2．5mg等）：******	
				830600084	左室駆出率を測定した医療機関名（他の医療機関で測定した場合）（ベリキューボ錠2．5mg等）：******	
182	ヘルネクシオス錠60mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、HER2（ERBB2）遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600303	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（ヘルネクシオス錠60mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600304	HER2（ERBB2）遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ヘルネクシオス錠60mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	○
183	ボイデヤ錠50mg		本製剤の効能又は効果に関連する使用上の注意において、「補体（C5）阻害剤による適切な治療を行っても十分な効果が得られない場合に、補体（C5）阻害剤と併用して投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用している薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600247	治療として使用していた薬剤の品名（ボイデヤ錠50mg）：******	○
				830600248	治療として使用していた薬剤の使用期間（ボイデヤ錠50mg）：******	○
184	ポテリジオ点滴静注20mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「CCR4陽性の成人 T細胞白血病リンパ腫（ATL）、再発又は難治性のCCR4陽性の末梢性T細胞リンパ腫（PTCL）の場合、CCR4抗原は、フローサイトメトリー（FCM）又は免疫組織化学染色（IHC）法により検査を行い、陽性であることが確認されている患者のみに投与すること。」とされているので、CCR4陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600083	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（ポテリジオ点滴静注20mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600084	CCR4陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ポテリジオ点滴静注20mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
185	ミカトリオ配合錠		本製剤への切り替えに当たっては、次の事項を切り替えた月に記載すること。 （1） テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法として使用していた品名及び使用期間 （2） テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12.5mg の併用療法において、安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値及び当該血圧測定の実施年月日	830600085	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mgの併用療法として使用していた品名（ミカトリオ配合錠）：******	
				830600086	テルミサルタン80mg、アムロジピン5mg及びヒドロクロロチアジド12．5mgの併用療法として使用していた使用期間（ミカトリオ配合錠）：******	
				830600131	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定値（ミカトリオ配合錠）：******	
				850600151	併用療法において安定した血圧コントロールが得られていると判断した際に参照した血圧測定実施年月日（ミカトリオ配合錠）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
186	ミチーガ皮下注用60mgシリンジ ミチーガ皮下注用30mgバイアル	アトピー性皮膚炎に伴うそう痒	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1）次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2） 本剤投与前の治療の状況 ア 6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前にステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（4週間未満又は行っていない場合はその理由） イ 6歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、本剤投与前に抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（2週間未満又は行っていない場合はその理由） 3） 13歳以上のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、ア及びイについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア そう痒VAS 又はそう痒NRS イ かゆみスコア ウ EASIスコア 4） 6歳以上13歳未満のアトピー性皮膚炎患者に投与する場合、疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の値。ただし、アについては、本製剤投与開始2日前から本剤投与開始までの3日間全ての値を記載すること。 ア かゆみスコア イ EASIスコア	820600322	医師要件ア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）	
				820600323	医師要件イ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）	
				820600324	医師要件ウ（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）	
				830600172	ステロイド外用薬（ストロングクラス以上）又はカルシニューリン阻害外用薬を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				830600173	4週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				830600174	抗ヒスタミン薬又は抗アレルギー薬による内服治療を行った治療期間（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				830600175	2週間未満又は行っていない場合はその理由（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600030	そう痒VASの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600031	そう痒VASの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600032	そう痒VASの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600033	そう痒NRSの値（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600034	そう痒NRSの値（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600035	そう痒NRSの値（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600036	かゆみスコア（投与開始2日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600037	かゆみスコア（投与開始1日前）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600038	かゆみスコア（投与開始日）（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
				842600039	EASIスコア（ミチーガ皮下注用60mgシリンジ等）：******	
187	ミチーガ皮下注用30mgバイアル	既存治療で効果不十分な結節性痒疹	効能又は効果に関連する注意において、「17.臨床成績」の項の内容を熟知し、臨床試験に組み入れられた患者の背景を十分に理解した上で、ステロイド外用剤等の抗炎症外用剤及び抗ヒスタミン剤等の抗アレルギー剤による適切な治療を一定期間施行しても、痒疹結節を主体とする病変が多発し、複数の部位に及ぶ患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 ア 既存治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間（既存治療として薬剤を使用していない場合はその理由） イ 投与開始時の痒疹結節数 ウ 投与開始時の病変部位 エ 投与開始時のそう痒スコア	830600249	既存治療として使用していた薬剤の品名（ミチーガ皮下注30mgバイアル）：******	○
				830600250	既存治療として使用していた薬剤の使用期間（ミチーガ皮下注30mgバイアル）：******	○
				830600251	既存治療として薬剤を使用していない理由（ミチーガ皮下注30mgバイアル）：******	○
				842600070	投与開始時の痒疹結節数（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）：******	○
				830600252	投与開始時の病変部位（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）：******	○
				842600071	投与開始時のそう痒スコア（ミチーガ皮下注用30mgバイアル）：******	○
188	ムルプレタ錠3mg		本製剤の使用上の注意において、「開腹、開胸、開心、開頭又は臓器切除を伴う観血的手技の場合は、本剤の投与を避けること。」とされていることから、このような症例には使用しないこと。また、観血的手技の名称及び実施予定年月日を記載すること。	830600087	観血的手技の名称（ムルプレタ錠3mg）：******	
				850600085	観血的手技の実施予定年月日（ムルプレタ錠3mg）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
189	メキニスト錠0．5mg メキニスト錠2mg	BRAF 遺伝子変異を有する悪性黒色腫 BRAF 遺伝子変異を有する切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌 標準的な治療が困難なBRAF 遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌 を除く） BRAF 遺伝子変異を有する再発又は難治性の有毛細胞白血病	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600086	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メキニスト錠0．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600087	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0．5mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
190	メキニスト錠小児用ドライシロップ4.7mg	標準的な治療が困難なBRAF遺伝子変異を有する進行・再発の固形腫瘍（結腸・直腸癌を除く） BRAF 遺伝子変異を有する低悪性度神経膠腫	本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF 遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600305	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メキニスト錠0．5mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
191	メクトビ錠15mg		本製剤の効能・効果に関連する使用上の注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、BRAF遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600088	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（メクトビ錠15mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600089	BRAF遺伝子変異を確認した検査の実施年月日（初回投与）（メクトビ錠15mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
192	メンクアットフィ筋注		本製剤は、エクリズマブ（遺伝子組換え）、ラブリズマブ（遺伝子組換え）、ステムリマブ（遺伝子組換え）、ペグセタコプラン、ジルコプランナトリウム、ダニコパン、クロバリマブ（遺伝子組換え）又はイプタコパン塩酸塩水和物投与患者に使用した場合に限り算定できるものであるので、これらの製剤のうちいずれかの投与を行った又は行う予定の年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること（同一の診療報酬明細書においてこれらの製剤のうちいずれかの投与が確認できる場合を除く。）。	850600202	エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600203	エクリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600204	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600205	ラブリズマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600206	ステムリマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600207	ステムリマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600208	ペグセタコプラン投与を行った年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600209	ペグセタコプラン投与を行う予定の年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600210	ジルコプランナトリウム投与を行った年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600211	ジルコプランナトリウム投与を行う予定の年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600306	ダニコパン投与を行った年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600307	ダニコパン投与を行う予定の年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600308	クロバリマブ（遺伝子組換え）投与を行った年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600309	クロバリマブ（遺伝子組換え）投与を行う予定の年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600310	イプタコパン塩酸塩水和物投与を行った年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600311	イプタコパン塩酸塩水和物投与を行う予定の年月日（メンクアットフィ筋注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
193	モノヴァー静注500mg モノヴァー静注1000mg		本製剤投与前の血中Hb値及び血中Hb値が8.0g/dL以上の場合、本製剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600195	投与前の血中Hb値（モノヴァー静注500mg等）：******	
				830600176	投与が必要と判断した理由（モノヴァー静注500mg等）：******	
194	ヨビパス皮下注168μgペン ヨビパス皮下注294μgペン ヨビパス皮下注420μgペン		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「活性型ビタミンD製剤やカルシウム剤による治療を受けている患者に対して、本剤の投与を検討すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、診療報酬明細書の摘要欄に、治療として使用していた薬剤の品名及び使用期間を記載すること。	830600253	治療として使用していた薬剤の品名（ヨビパス皮下注168μgペン等）：******	○
				830600254	治療として使用していた薬剤の使用期間（ヨビパス皮下注168μgペン等）：******	○
195	ライアットMIBG－I131静注		本製剤の効能又は効果は「MIBG集積陽性の治癒切除不能な褐色細胞腫・パラガングリオーマ」及び「MIBG集積陽性の神経芽腫」であり、MIBG集積陽性が確認された患者が対象であることから、MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600094	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（ライアットMIBG－I131静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600095	MIBG集積陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライアットMIBG－I131静注）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
196	ライブリバント点滴静注350mg	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600312	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600313	EGFR遺伝子エクソン20挿入変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
		EGFR遺伝子変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌に用いる場合	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600314	EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600315	EGFR遺伝子変異（エクソン20挿入変異を除く）陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ライブリバント点滴静注350mg）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
197	ラズクルーズ錠80mg ラズクルーズ錠240mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、EGFR遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600316	EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（ラズクルーズ錠80mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
				850600317	EGFR 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ラズクルーズ錠80mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	○
198	ラピフォートワイプ2．5%		本製剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を記載すること。	842600040	多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）（ラピフォートワイプ2．5%）：******	
199	リツキサン点滴静注100mg リツキサン点滴静注500mg	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫、CD20陽性の慢性リンパ性白血病及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600096	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキサン点滴静注100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600097	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキサン点滴静注100mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」 リツキシマブBS点滴静注500mg「KHK」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600098	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600152	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「KHK」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
	リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」 リツキシマブBS点滴静注500mg「ファイザー」	CD20陽性のB細胞性非ホジキンリンパ腫及び免疫抑制状態下のCD20陽性のB細胞性リンパ増殖性疾患	CD20陽性を確認した検査の実施年月日について記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600099	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600100	CD20陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（リツキシマブBS点滴静注100mg「ファイザー」等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
200	リットフーロカプセル50mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「本剤投与開始時に、頭部全体の概ね50%以上に脱毛が認められ、過去6ヵ月程度毛髪に自然再生が認められない患者に投与すること。」とされているので、本製剤の投与開始に当たっては、頭部全体に占める脱毛部位の割合及び毛髪の自然再生が認められていない期間を記載すること。	830600177	頭部全体に占める脱毛部位の割合（リットフーロカプセル50mg）：******	
				830600178	毛髪の自然再生が認められていない期間（リットフーロカプセル50mg）：******	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
201	リトゴビ錠4mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、FGFR2融合遺伝子が確認された患者に投与すること。」とされているので、FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600212	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(リトゴビ錠4mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600213	FGFR2融合遺伝子を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リトゴビ錠4mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
202	リフヌア錠45mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「最新のガイドライン等を参考に、慢性咳嗽の原因となる病歴、職業、環境要因、臨床検査結果等を含めた包括的な診断に基づく十分な治療を行っても咳嗽が継続する場合に使用を考慮すること。」とされていることを踏まえ、投与開始に当たっては、難治性の慢性咳嗽であると判断した理由を記載すること。	830600179	難治性の慢性咳嗽であると判断した理由(リフヌア錠45mg):******	
203	リブタヨ点滴静注350mg	共通	次に掲げる施設のうち、該当するもの(「施設要件ア」から「施設要件オ」までのうち該当するものを記載) ア 厚生労働大臣が指定するがん診療連携拠点病院等(都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、地域がん診療病院など) イ 特定機能病院 ウ 都道府県知事が指定するがん診療連携病院(がん診療連携指定病院、がん診療連携協力病院、がん診療連携推進病院など) エ 外来化学療法室を設置し、外来腫瘍化学療法診療料1、外来腫瘍化学療法診療料2又は外来腫瘍化学療法診療料3の施設基準に係る届出を行っている施設 オ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算の施設基準に係る届出を行っている施設	820600325	施設要件ア(リブタヨ点滴静注350mg)	
				820600326	施設要件イ(リブタヨ点滴静注350mg)	
				820600327	施設要件ウ(リブタヨ点滴静注350mg)	
				820600328	施設要件エ(リブタヨ点滴静注350mg)	
				820600329	施設要件オ(リブタヨ点滴静注350mg)	
		がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸癌の治療	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、婦人科腫瘍のがん薬物療法を含むがん治療の臨床研修を行っていること。	820600330	医師要件ア(リブタヨ点滴静注350mg)	
				820600331	医師要件イ(リブタヨ点滴静注350mg)	
		切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌の治療	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」又は「医師要件イ」と記載) ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床腫瘍学の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に4年以上の臨床経験を有していること。うち、3年以上は、肺癌のがん薬物療法を含む呼吸器病学の臨床研修を行っていること。 本剤を単独で投与する場合、PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日及び検査結果(発現率) 本製剤を他の抗悪性腫瘍剤と併用する場合、次に掲げる併用投与のうち、該当するもの(「併用投与ア」又は「併用投与イ」と記載) ア 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及びパクリタキセルとの併用投与 イ 白金製剤(カルボプラチン又はシスプラチン)及びペメトレキセドナトリウムとの併用投与	820600594	医師要件ア(リブタヨ点滴静注350mg)	○
				820600331	医師要件イ(リブタヨ点滴静注350mg)	○
				850600318	PD-L1陽性を確認した検査の実施年月日(リブタヨ点滴静注350mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				830600255	PD-L1陽性を確認した検査の検査結果(発現率)(リブタヨ点滴静注350mg):******	○
				820600596	併用投与ア(リブタヨ点滴静注350mg)	○
				820600597	併用投与イ(リブタヨ点滴静注350mg)	○
204	リベルサス錠3mg リベルサス錠7mg リベルサス錠14mg		他の経口血糖降下薬を投与していない患者に本剤を投与する場合は、本剤の投与が必要と判断した理由を記載すること。	830600088	他の経口血糖降下薬を投与していない患者に投与が必要と判断した理由(リベルサス錠3mg等):******	
205	リムパーザ錠100mg リムパーザ錠150mg	ア「BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法」、イ「がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつ HER2 陰性の手術不能又は再発乳癌」、ウ「BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌」、エ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」又はオ「BRCA遺伝子変異陽性の治癒切除不能な膵癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法」	効能又は効果に関連する使用上の注意において、ア、ウ、エ及びオの場合「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。」、イの場合「承認された体外診断薬等を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異(病的変異又は病的変異疑い)を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600101	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(リムパーザ錠100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600102	BRCA遺伝子変異を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムパーザ錠100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
		相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるペバシズマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法	効能又は効果に関連する使用上の注意において、「承認された体外診断用医薬品又は医療機器を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、検査実施年月日は、当該検査を実施した月のみ記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600103	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(リムパーザ錠100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600104	相同組換え修復欠損を有することを確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムパーザ錠100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
		ミスマッチ修復機能正常(pMMR)の進行・再発の子宮体癌におけるデュルバルマブ(遺伝子組換え)を含む化学療法後の維持療法	効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、pMMRが確認された患者に投与すること。」とされているのでミスマッチ修復機能正常(pMMR)を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書に記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600319	ミスマッチ修復機能正常(pMMR)を確認した検査の実施年月日(リムパーザ錠100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
				850600320	ミスマッチ修復機能正常(pMMR)を確認した検査の実施年月日(初回投与)(リムパーザ錠100mg等):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○
206	リンヴォック錠7.5mg リンヴォック錠15mg リンヴォック錠30mg	アトピー性皮膚炎	本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。なお、本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1)次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(「医師要件ア」から「医師要件ウ」までのうち該当するものを記載) ア 成人アトピー性皮膚炎患者又は小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、5年以上の皮膚科診療の臨床研修を行っていること。 イ 成人アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に6年以上の臨床経験を有し、そのうち3年以上はアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を行っていること。 ウ 小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合であって、医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、3年以上の小児科診療の臨床研修及び3年以上のアトピー性皮膚炎を含むアレルギー診療の臨床研修を含む6年以上の臨床経験を有していること。 2)本剤投与前の抗炎症外用薬による治療の状況(「前治療要件ア」又は「前治療要件イ」と記載) ア 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、アトピー性皮膚炎診療ガイドラインで重症度に応じて推奨されるステロイド外用薬(ストロングクラス以上)やカルシニューリン阻害外用薬による適切な治療を直近の6カ月以上行っている。 イ 12歳以上のアトピー性皮膚炎患者であって、ステロイド外用薬やカルシニューリン阻害外用薬に対する過敏症、顕著な局所性副作用若しくは全身性副作用により、これらの抗炎症外用薬のみによる治療の継続が困難。 3)疾患活動性の状況として、次に掲げるすべての項目の数値 ア IGAスコア イ 全身又は頭頸部のEASIスコア ウ 体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%) 4)小児アトピー性皮膚炎患者に投与する場合は、体重	820600108	医師要件ア(リンヴォック錠7.5mg等)	
				820600109	医師要件イ(リンヴォック錠7.5mg等)	
				820600110	医師要件ウ(リンヴォック錠7.5mg等)	
				820600111	前治療要件ア(リンヴォック錠7.5mg等)	
				820600112	前治療要件イ(リンヴォック錠7.5mg等)	
				830600089	IGAスコア(リンヴォック錠7.5mg等):******	
				830600090	全身のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等):******	
				830600091	頭頸部のEASIスコア(リンヴォック錠7.5mg等):******	
				842600020	体表面積に占めるアトピー性皮膚炎病変の割合(%)(リンヴォック錠7.5mg等):******	
				842600021	体重(小児アトピー性皮膚炎患者に投与の場合)(kg)(リンヴォック錠7.5mg等):******	
207	ルクスターナ注		本製品の効能、効果又は性能に関連する使用上の注意において、「遺伝学的検査によりRPE65遺伝子の両アレル性の変異が確認された患者に投与すること。」及び「適切な検査により十分な生存網膜細胞を有することが確認された患者に投与すること。」とされているので、以下を記載すること。 ・RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日 ・生存網膜細胞を確認した検査方法及び検査の実施年月日	850600214	RPE65遺伝子の両アレル性の変異を確認した遺伝学的検査の実施年月日(ルクスターナ注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600180	生存網膜細胞を確認した検査方法(ルクスターナ注):******	
				850600215	生存網膜細胞を確認した検査の実施年月日(ルクスターナ注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
208	ルマケラス錠120mg	がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、KRAS G12C変異陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600216	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(ルマケラス錠120mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600217	KRAS G12C変異陽性を確認した検査の実施年月日(初回投与)(ルマケラス錠120mg):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
		がん化学療法後に増悪したKRAS G12C変異陽性の治癒切除不能な進行・再発の結腸・直腸癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴のない患者における本剤の有効性及び安全性は確立していない。」と記載されているので、フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者に投与することとし、その旨を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。	820600598	フッ化ピリミジン系抗悪性腫瘍剤、オキサリプラチン及びイリノテカン塩酸塩水和物による治療歴を有する患者（ルマケラス錠120mg）	○
209	レクビオ皮下注300mgシリンジ		本製剤の投与開始に当たっては、次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 ① 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 ② 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 ③ 食事療法を行っている旨及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ④ HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 ⑤ 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 ⑥ 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 ⑦ 家族性高コレステロール血症以外の患者で、⑥の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600332	施設要件ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600333	施設要件イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600181	本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				820600334	食事療養を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600335	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600336	運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600182	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				830600183	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名の1日投与量（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				820600337	最大耐用量である（1日投与量が最大用量でない場合）（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600184	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				820600338	リスク因子ア（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600339	リスク因子イ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600340	リスク因子ウ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600341	リスク因子エ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600342	リスク因子オ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				820600343	リスク因子カ（レクビオ皮下注300mgシリンジ）	
				830600185	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
			（本製剤の2回目の投与の場合） 次に掲げるすべての項目を記載すること。 ア 直近のLDL－コレステロールの検査値及び検査年月日 イ LDL－コレステロール及び患者の状態等を踏まえ、投与継続が可能と判断した理由	830600186	直近のLDL－コレステロールの検査値（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
				850600218	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600187	投与継続が可能と判断した理由（レクビオ皮下注300mgシリンジ）：******	
			（本製剤を最初に投与した場合） 次の事項を記載すること。 ① 次に掲げる患者の要件のうち、該当するもの（「患者要件ア」～「患者要件ウ」までのうち該当するものを記載） ア 患者本人及び家族・介護者の、安全性に関する内容も踏まえ本剤による治療意思が確認されている患者 イ 以下に示す本剤の禁忌に該当しないことが確認された患者 ・ 本剤の成分に対し重篤な過敏症の既往歴がある患者 ・ 本剤投与開始前に血管原性脳浮腫、5個以上の脳微小出血、脳表ヘモジデリン沈着症又は1cmを超える脳出血が認められる患者 ウ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能であることが確認された患者 ② 認知機能の低下及び臨床症状の重症度範囲について、次に掲げるすべての項目のスコア及び実施年月日 ア 認知機能評価 MMSEスコア イ 臨床認知症尺度 CDR全般スコア ③ 次に掲げる検査のうち、当該患者の診断に用いた検査に該当するもの（「患者要件エ」又は「患者要件オ」と記載）、実施年月日及び検査実施施設名 エ アミロイドPET オ 脳脊髄液（CSF）検査 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ア」から「医師要件エ」までのうち該当するものを記載） ア 日本神経学会の専門医 イ 日本老年医学会の専門医 ウ 日本精神神経学会の専門医 エ 日本脳神経外科学会の専門医 ⑤ 次に掲げる医師の要件のうち、当該患者の本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件オ」から「医師要件ク」までのうち該当するものを記載） オ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の軽度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること カ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること キ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること ク 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること ⑥ 次に掲げる項目のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設である。 イ 以下のⅠからⅧをすべて満たす施設でない。 （項目） Ⅰ MRI検査（1.5 Tesla以上）が実施可能な医療機関であり、かつ、ARIAが認められた場合に、画像所見や症状の有無から、本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ、施設内で必要な対応ができる体制が整っていること Ⅱ 認知機能のスコア評価（MMSEスコア）及び臨床認知症尺度（CDR全般スコア）が実施可能な者が配置されていること Ⅲ 同一施設内又は連携がとれる施設においてPET検査又はCSF検査が実施可能であること Ⅳ 上記の④及び⑤に該当する、常勤医師が複数名配置されていること Ⅴ CDR全般スコア評価に精通し、一定以上の評価経験を有する医療従事者がいること Ⅵ ARIAのリスク管理に必要な知識を有し、かつ、MRI読影に関する医療従事者向け研修を受講した、ARIAの鑑別を含むMRI読影が適切に行える常勤医が1名以上いること Ⅶ 認知症疾患医療センター又は認知症疾患医療センターと連携がとれる施設であること Ⅷ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できる施設であること	820600344	患者要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600345	患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600346	患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600347	患者要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600348	患者要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600221	アミロイドPETの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600188	アミロイドPET検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				850600222	脳脊髄液（CSF）検査の実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600189	脳脊髄液（CSF）検査検査実施施設名（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				820600349	医師要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600350	医師要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600351	医師要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600352	医師要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600353	医師要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600354	医師要件カ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600355	医師要件キ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600356	医師要件ク（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600357	施設要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600358	施設要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
210	レケンビ点滴静注200mg レケンビ点滴静注500mg		（投与開始後6か月以降の投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本製剤の投与施設（「施設要件ウ」又は「施設要件エ」と記載）及び「施設要件エ」に該当する場合は、連携施設名及び所在地 ウ 初回投与施設（初回投与施設と同一の施設） エ 連携施設（初回投与施設と連携している施設） ② 次に掲げる施設要件のうち、本製剤の投与施設に該当するもの（「施設要件オ」と記載） オ 製造販売業者に課せられている全例調査を確実に実施できること ③ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ケ」から「医師要件シ」までのうち該当するものを記載） ケ 日本神経学会の専門医 コ 日本老年医学会の専門医 サ 日本精神神経学会の専門医 シ 日本脳神経外科学会の専門医 ④ 次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの（「医師要件ス」～「医師要件タ」までのうち該当するものを記載） ス 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に、10年以上の経度認知障害の診断、認知症疾患の鑑別診断等の専門医療を主たる業務とした臨床経験を有していること セ 画像所見からARIAの有無を判断した上で、臨床症状の有無と併せて本剤の投与継続、中断又は中止を判断し、かつ必要な対応ができる医師であること ソ 製造販売業者が提供するARIAに関するMRI読影の研修を受講していること タ 日本認知症学会又は日本老年精神医学会の実施するアルツハイマー病の病態、診断、本剤の投与対象患者及び治療に関する研修を受講していること と	820600359	施設要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600360	施設要件エ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				830600190	連携施設名（施設要件エに該当））（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				830600191	連携施設の所在地（施設要件エに該当））（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				820600361	施設要件オ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600362	医師要件ケ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600363	医師要件コ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600364	医師要件サ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600365	医師要件シ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600366	医師要件ス（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600367	医師要件セ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600368	医師要件ソ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600369	医師要件タ（レケンビ点滴静注200mg等）	
			（継続投与の場合） 次の事項を摘要欄に記載すること。 なお、本製剤は、初回投与後6か月までは、初回投与施設で投与すること。 ① 本製剤の初回投与から起算して、何週目の投与であるか。 ② 本製剤投与中、CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を実施した直近の年月日 ③ 本製剤投与中、MRI検査を受けた直近の年月日	842600043	初回投与から起算しての週数（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				850600223	臨床症状の評価を実施した直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600224	MRI検査を受けた直近の年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			（初回投与から起算して、18か月を超える投与の場合） 次の事項を記載すること。 ① 本剤投与の継続が必要と判断した理由（CDR全般スコア推移、MMSEスコア推移、患者及び家族・介護者から自他覚症状の聴取等による臨床症状の評価を踏まえた有効性の観点、並びにARIAの有無や副作用発現状況等を踏まえた安全性の観点を含めて具体的に記載すること） ② 本剤の最適使用推進ガイドラインにおいて「中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された場合、中等度以降に進行した患者に投与を継続したときの有効性が確立していないことから、本剤の投与を中止し、再評価を行うこと。」とされていることから、中等度以降のアルツハイマー病による認知症と診断された患者に対して本剤の投与継続を行う場合には、再評価を行った結果として（2）の①～②及び投与継続を判断した理由（上記①と同様に具体的に記載すること）	830600192	投与の継続が必要と判断した理由（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				820600344	患者要件ア（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600345	患者要件イ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				820600346	患者要件ウ（レケンビ点滴静注200mg等）	
				842600041	認知機能評価MMSEスコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				850600219	認知機能評価MMSEスコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				842600042	臨床認知症尺度CDR全般スコア（レケンビ点滴静注200mg等）：******	
				850600220	臨床認知症尺度CDR全般スコアの実施年月日（レケンビ点滴静注200mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
211	レットヴィモカプセル40mg レットヴィモカプセル80mg レットヴィモカプセル錠40mg レットヴィモカプセル錠80mg	RET 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形腫瘍	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、RET融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600105	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600106	RET融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
		RET 遺伝子変異陽性の根治切除不能な甲状腺髄様癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、RET遺伝子変異が確認された患者に投与すること。」とされているので、RET遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず当該検査の実施年月日を記載すること。	850600153	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				850600154	RET 遺伝子変異陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（レットヴィモカプセル40mg等）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
			次の事項を記載すること。本製剤の継続投与に当たっては、投与開始時の情報を記載すること。 1） 次に掲げる施設のうち、該当するもの（「施設要件ア」又は「施設要件イ」と記載） ア 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は循環器診療に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 イ 医師免許取得後、満6年以上の臨床研修歴を有し、このうち3年以上は動脈硬化学に関する臨床研修歴を有する医師が所属する施設 2） 本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 3） 食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 4） HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合には、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 5） 本製剤をHMG－CoA還元酵素阻害剤による治療が適さない患者（副作用の既往等によりHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が困難な患者又はHMG－CoA還元酵素阻害剤の使用が禁忌とされる患者）に投与する場合には、使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由 6） 家族性高コレステロール血症以外の患者では、以下の心血管イベントのリスク因子のいずれに該当するか（「リスク因子ア」から「リスク因子カ」までのうち該当するものを記載）。 ア 冠動脈疾患（安定狭心症に対する冠動脈形成術を含む）の既往歴 イ アテローム血栓性脳梗塞（明らかなアテロームを伴うその他の脳梗塞も含む）の既往歴 ウ 糖尿病 エ 慢性腎臓病 オ 末梢動脈疾患 カ 久山町研究スコアにて高リスク分類 7） 家族性高コレステロール血症以外の患者で、6）の「リスク因子ウ」から「リスク因子カ」までのいずれかに該当し、HMG－CoA還元酵素阻害剤で効果不十分な患者に投与する場合、投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間	820600113	施設要件ア（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600114	施設要件イ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レパーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy″年″mm″月″dd″日″	
				830600132	LDL－コレステロール検査値（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600115	食事療養を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である（レパーサ皮下注140mgペン）	
				830600094	使用可能なHMG－CoA還元酵素阻害剤がないと判断した理由（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600120	リスク因子ア（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600121	リスク因子イ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600122	リスク因子ウ（レパーサ皮下注140mgペン）	

項番	医薬品名称	効能・効果	記 載 事 項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言	令和8年6月1日適用
212	レパーサ皮下注140mgペン			820600123	リスク因子エ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600124	リスク因子オ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600370	リスク因子カ（レパーサ皮下注140mgペン）	
				830600095	HMG－CoA還元酵素阻害剤の投与期間（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
			（平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合） ③を記載できない場合は、従前のとおり次の事項を記載するとともに、投与中である旨（「投与中患者」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。 ア　本製剤の使用が必要と判断するに当たって参照したLDL－コレステロールの検査値及び当該検査の実施年月日 イ　食事療法を行っている旨、及び患者の状況に応じて、運動、喫煙等に関する指導又は糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療若しくは指導を行っている旨 ウ　投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名及び1日投与量。なお、1日投与量が最大用量でない場合は、最大耐用量である旨もあわせて記載すること。 エ　家族性高コレステロール血症以外の患者では、心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由（冠動脈疾患、非心原性脳梗塞、末梢動脈疾患、糖尿病若しくは慢性腎臓病に罹患していること若しくはそのいずれかの既往歴を有すること、又は複数の危険因子が認められること）。 （平成 29 年3月 31 日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関の場合） ③を記載できない場合は、従前のとおり（平成29年3月31日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合）に掲げる事項を記載するとともに、当該保険医療機関での使用実績がある旨（「使用実績有」と記載）及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月を記載すること。	850600155	LDL－コレステロール検査の実施年月日（レパーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				830600132	LDL－コレステロール検査値（レパーサ皮下注140mgペン）：******	
				820600115	食事療養を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600116	運動、喫煙等に関する指導を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600117	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する治療を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				820600118	糖尿病、高血圧症等の虚血性心疾患の危険因子に対する指導を行っている（レパーサ皮下注140mgペン）	
				830600092	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の成分名（レパーサ皮下注140mgペン）：*******	
				830600093	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の1日投与量（レパーサ皮下注140mgペン）：*******	
				820600119	投与中のHMG－CoA還元酵素阻害剤の最大耐用量である（レパーサ皮下注140mgペン）	
				830600096	心血管イベントの発現リスクが高いと判断した理由（レパーサ皮下注140mgペン）：*******	
				820600125	投与中患者（レパーサ皮下注140mgペン）	
				850600107	初めて本製剤を投与した年月（レパーサ皮下注140mgペン）：（元号）yy"年"mm"月"	
				820600126	使用実績有（レパーサ皮下注140mgペン）	
213	レフィキシア静注用500 レフィキシア静注用1000 レフィキシア静注用2000		手術時における血液凝固第Ⅸ因子製剤の使用に当たっては、術前に予想される投与回数を考慮した上で適切な製剤を選択することとし、本剤を手術時に使用した場合には、その理由を記載すること。	830600101	手術時に使用した理由（レフィキシア静注用500等）：******	
214	ローブレナ錠25mg ローブレナ錠100mg		本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設における検査により、ALK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本製剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600108	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ローブレナ錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600109	ALK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ローブレナ錠25mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
215	ロズリートレクカプセル100mg ロズリートレクカプセル200mg	NTRK 融合遺伝子陽性の進行・再発の固形癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、NTRK融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600110	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600111	NTRK融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
		ROS1融合遺伝子陽性の切除不能な進行・再発の非小細胞肺癌	本製剤の効能又は効果に関連する注意において、「十分な経験を有する病理医又は検査施設により、ROS1融合遺伝子陽性が確認された患者に投与すること。」とされているので、ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日を記載すること。 なお、当該検査を実施した月のみ実施年月日を記載すること。ただし、本剤の初回投与に当たっては、必ず実施年月日を記載すること。	850600112	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
				850600113	ROS1融合遺伝子陽性を確認した検査の実施年月日（初回投与）（ロズリートレクカプセル100mg等）：（元号）yy"年"mm"月"dd"日"	
216	照射洗浄血小板－LR「日赤」 照射洗浄血小板HLA－LR「日赤」		本製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28年6月14日付け薬生発0614第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を記載すること。	830600102	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板－LR「日赤」等）：******	
217	照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」 照射洗浄血小板－LRBS「日赤」		洗浄血小板製剤の使用適正化については、「「血液製剤の使用指針」の一部改正について」（平成28 年6月14 日付け薬生発0614 第1号厚生労働省医薬・生活衛生局長通知）により通知されているところであるので、使用に当たっては十分に留意すること。 なお、同通知において、「洗浄血小板製剤については、輸血による副作用を防止するという目的に鑑み当該製剤の使用が望ましい状態にある患者に対して適切に投与されるよう、その使用については改正内容を踏まえ、必要と考えられる場合に限ること」とされていることから、本製剤の投与が適切と判断される症例に使用した場合に限り算定できるものであり、本製剤の使用が必要と判断した理由を診療報酬明細書の摘要欄に記入すること。	830600256	使用が必要と判断した理由（照射洗浄血小板HLA－LRBS「日赤」等）：******	○

※「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、特に記載している場合を除き、「摘要」欄へ記載するものであること。

※別表Ⅲに掲げる記載事項を記載する場合であって、別表Ⅱに掲げる記載事項と重複する事項については、別表Ⅱを用いた記載は省略して差し支えないこと。

別表Ｖ　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・医薬品供給対応体制加算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・医薬品供給対応体制加算2を算定した場合	地支B	「調剤基本料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
29	区分番号００	地域支援・医薬品供給対応体制加算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・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合	地支D	「調剤基本料」欄
31	区分番号００	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合	地支E	「調剤基本料」欄
32	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
33	区分番号００	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合	バ後体	「調剤基本料」欄
34	区分番号００	地域支援・医薬品供給対応体制加算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
35	区分番号００	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷E	「調剤基本料」欄
36	区分番号００	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合：100分の10に該当する場合	バ後体敷	「調剤基本料」欄
37	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
38	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
39	区分番号００	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合	在総Bイ	「調剤基本料」欄
40	区分番号００	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合	在総Bロ	「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：100分の10に該当する場合	在敷A	「調剤基本料」欄
42	区分番号００	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bイ	「調剤基本料」欄
43	区分番号００	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bロ	「調剤基本料」欄
44	区分番号００	電子的調剤情報連携体制整備加算を算定した場合	薬DX	「調剤基本料」欄
45	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
46	区分番号００	門前薬局等立地依存減算に該当する場合	門減	「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

項番	区分	項目	略称	記載欄
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	調剤管理料の調剤時残薬調整加算を算定した場合	調残	「薬学管理料」欄
62	区分番号10の2	調剤管理料の薬学的有害事象等防止加算を算定した場合	調有	「薬学管理料」欄
63	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
64	区分番号10の3	服薬管理指導料1イを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合	薬Aイ	「薬学管理料」欄
65	区分番号10の3	服薬管理指導料1ロを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、1イ以外の場合	薬Aロ	「薬学管理料」欄
66	区分番号10の3	服薬管理指導料2イを算定した場合：3月を超えて再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合	薬Bイ	「薬学管理料」欄
67	区分番号10の3	服薬管理指導料2イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合（手帳なし）	薬Bイ無	「薬学管理料」欄
68	区分番号10の3	服薬管理指導料2ロを算定した場合：初めて処方箋を持参した患者等、来局した患者において、2イ以外の場合	薬Bロ	「薬学管理料」欄
69	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護を受けている患者を訪問し、対面により必要な指導等を行った場合	薬Cア	「薬学管理料」欄
70	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者を訪問し、対面で必要な指導を行った場合	薬Cイ	「薬学管理料」欄
71	区分番号10の3	服薬管理指導料4イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者	薬Dイ	「薬学管理料」欄
72	区分番号10の3	服薬管理指導料4ロを算定した場合：在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの	薬Dロ	「薬学管理料」欄
73	区分番号10の3	服薬管理指導料4ハを算定した場合：ロのうち、患者の急変等に伴い行った場合	薬Dハ	「薬学管理料」欄
74	区分番号10の3	服薬管理指導料4ニを算定した場合：イからハまで以外	薬Dニ	「薬学管理料」欄
75	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
76	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
77	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
78	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
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：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
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：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
81	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
82	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Aイ	「薬学管理料」欄
83	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Aロ	「薬学管理料」欄
84	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
85	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Cイ	「薬学管理料」欄
86	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Cロ	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
87	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
88	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
89	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
90	区分番号10の3	服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師フォローアップ加算を算定した場合	薬FU	「薬学管理料」欄
91	区分番号10の3	服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師訪問加算を算定した場合	薬訪	「薬学管理料」欄
92	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
93	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
94	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
95	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
96	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
97	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2を算定した場合	剤調B	「薬学管理料」欄
98	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
99	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
100	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
101	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
102	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
103	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
104	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
105	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
106	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
107	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
108	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
109	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
110	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
111	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
112	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
113	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
114	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
115	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

項番	区分	項目	略称	記載欄
116	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
117	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
118	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
119	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
120	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
121	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
122	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
123	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
124	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
125	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
126	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
127	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
128	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
129	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
130	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
131	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
132	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
133	区分番号15の9	訪問薬剤管理医師同時指導料を算定した場合	医同	「薬学管理料」欄
134	区分番号15の10	複数名薬剤管理指導訪問料を算定した場合	調複	「薬学管理料」欄
135	区分番号40	調剤ベースアップ評価料	調ベ	「薬学管理料」欄
136	区分番号41	調剤物価対応料	調物	「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。

別紙２

診療録等の記載上の注意事項

第１　一般的事項

１　診療録、歯科診療録及び処方箋（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和 32 年厚生省令第 15 号）によるものであること。保険薬局に分割調剤を指示する場合は、様式第二号の二を用いること。

２　処方箋の用紙は、Ａ列５番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、Ａ列４番とすることが望ましいものであること。

３　医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。

４　公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第２　診療録等の記載上の注意事項（共通）

１　「公費負担者番号」欄について

（１）　医療券等に記入されている公費負担者番号８桁を記載すること（別添２「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第２を参照）。

（２）　１種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第１公費」という。）。

（３）　２種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添２の別表１「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第１公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第２公費」という。）。

（４）　公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。

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

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

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

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

２　「公費負担医療の受給者番号」欄について

（１） 医療券等に記入されている受給者番号７桁を記載すること（別添２「設定要領」の第３を参照）。

（２） その他は、１の（２）から（６）までと同様であること。

３ 「保険者番号」欄について

（１） 設定された保険者番号８桁（国民健康保険については６桁）を記載すること（別添２「設定要領」の第１を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

（２） 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療と公費負担医療の併用の場合（以下「公費負担医療のみの場合」という。）は、別段の定めのある場合を除き、記載しないこと。

（３） 月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。

４ 「被保険者資格に係る情報」欄の「記号・番号」欄（処方箋にあっては、「被保険者資格に係る記号・番号」欄）について

健康保険資格確認書、国民健康資格確認書、船員保険資格確認書、受給資格者票及び特別療養費受給票等（以下「資格確認書等」という。）の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。

なお、資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、枝番も併せて記載すること。

また、後期高齢者医療資格確認書の「被保険者番号」欄の被保険者番号を記載すること。

第３ 診療録の記載上の注意事項

１ 「受診者」欄について

（１） 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。

（２） 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを〇で囲むこと。

（３） 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。

なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。

（４） 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。

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

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

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

２ 「被保険者資格に係る情報」欄の「有効期限」欄について

資格確認書等の有効期限を記載すること。

３ 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

４ 「資格取得年月日」欄について

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

５ 「事業所（船舶所有者）」欄について

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

と。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

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

６　「保険者」欄について

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

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

７　「傷病名」欄について

傷病名については、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」（令和６年４月 22 日付保発 0422 第２号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。）別添３に規定する傷病名を用いること。

８　「職務」欄について

（１）「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に〇で囲むこと。

（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〇で囲むこと。

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〇で囲むこと。

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」欄は、受診者の姓名を記載する。

（２）　「生年月日」及び「性別」欄は、受診者の生年月日を記載し、該当する性別を〇で囲む。

（３）　「住所」欄は、受診者の住所及び電話番号を記載する。

なお、電話番号は、記載を省略して差し支えない。

（４）　「職業」欄は、受診者の職種名を記載する。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

（５）　「被保険者との続柄」欄は、被保険者と受診者との続柄を記載する。

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は、記載を省略して差し支えない。

２　「被保険者資格に係る情報」欄の「有効期限」欄について

資格確認書等の有効期限を記載する。

３　「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載する。

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の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支

えない。

5　「事業所（船舶所有者）」欄について

（1）　「所在地」欄は、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（2）　「名称」欄は、被保険者の勤務する事業所の名称の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の名称の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

6　「保険者」欄について

（1）　「所在地」欄は、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の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

（2）　「名称」欄は、被保険者が管掌されている保険者名の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

7　「部位」欄について

傷病のある部位をそれぞれ記載する。

ただし、同一傷病名は、同一欄に一括して記載して差し支えない。

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。

9　「職務」欄について

（1）　「上」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〇で囲む。

（2）　「外」は、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に〇で囲む。

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。

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。

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、「治ゆ」「死亡」「中止」のうち該当するものを記載する。なお、予め「治ゆ」「死亡」「中止」を印刷し、該当するものを〇で囲むことにより記載しても差し支えない。

13　「　　上
　　右 ――┼―― 左　欄について
　　下　　」

（1）　予め歯の配列図等を印刷して差し支えない。

（2）　必要がある場合、口腔診察の所見等を記載する。

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。

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。

（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

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。

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〇で囲むこと。

（４） 区分

該当するものを〇で囲むこと。

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「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） 地域包括診療加算又は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。

⑽ 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。

別添１

診療報酬請求書等一覧表

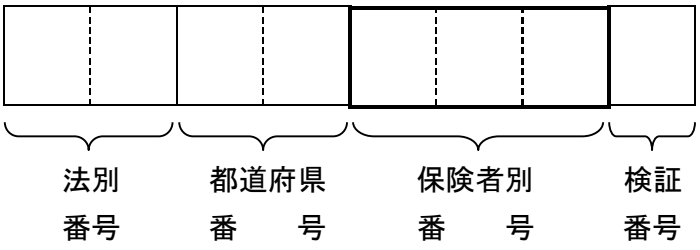
区分			様式番号
診療報酬請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）		様式第１（１）
	医科、入院外　（　〃　）		〃（２）
	歯科、入院外　（　〃　）		〃（３）
	医科・歯科　（国保の被保険者に限る）		様式第６
	医科、歯科　（後期高齢者に限る）		様式第８
診療報酬明細書	算定告示別表第１（医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入院	様式第２（１）
		入院外	様式第２（２）
	算定告示別表第２（歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場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

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

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	

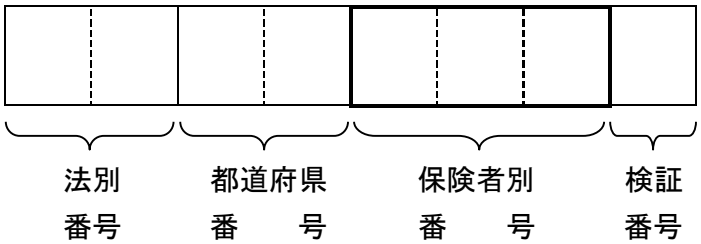
０ ＋ ６ ＋ ２ ＋ ３ ＋ ０ ＋ ４ ＋ （１ ＋ ６）＝ 22

〇10－２＝ 8 ……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際しては、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。

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。

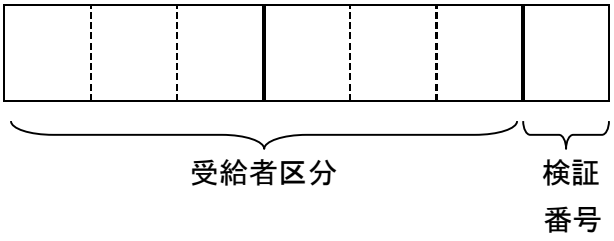
４　実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。

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。

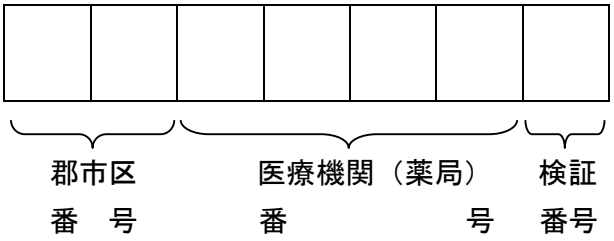


２　受給者区分は、各公費負担医療の受給者ごとに公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。

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、医科にあっては 1,000 から 2,999、歯科にあっては 3,000 から 3,999、薬局にあっては 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っては、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

〇10－８＝ 2 　……検証番号

〇医療機関等コード　　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）
	組合管掌健康保険		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	制度の略称
公費負担医	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	－
		○新感染症外出自粛対象者の医療（法第 50 条の３関係）		－
	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	－
	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）
	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）
	障害者総合支援法による	○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	－
		○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関係）		２２	－
	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)	２８	（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）		－
	児童福祉法による	○療育の給付（法第 20 条関係）	１７	－
		○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）	７９	－

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）	１９	－
	母子保健法による養育医療（法第 20 条関係）		２３	－
	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）		５２	－
	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）	５４	－
制	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		５１	－
	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		３８	－
度	児童福祉法の措置等に係る医療の給付		５３	－
	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）		６６	－
	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）		６２	－
	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。）		２５	－
	生活保護法による医療扶助（法第 15 条関係）		１２	（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		

②

＜ 抄 ＞

老老発0327第２号
保医発0327第４号
令和８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

厚生労働省老健局老人保健課長
（公　印　省　略）

厚生労働省保険局医療課長
（公　印　省　略）

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

標記については、「要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合の一部を改正する件」（令和８年厚生労働省告示第119号）が告示され、令和８年６月１日から適用されること等に伴い、「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」（平成18年４月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号）の一部を下記のように改め、令和８年６月１日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう貴管下の保険医療機関、審査支払機関等に対して周知徹底を図られたい。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。なお、「保険医療機関と併設する介護医療院における夜勤職員の員数の算定について」（平成30年９月28日付厚生労働省老健局老人保健課事務連絡）は令和８年５月31日限り廃止する。

記

「記」以下を別添のとおり改める。

別添

第１　保険医療機関に係る留意事項について

１　介護保険における短期入所療養介護を利用中に医療保険からの給付を受けた場合の取扱いについて

（１）　介護保険における短期入所療養介護において、緊急その他の場合において療養の給付を受けた場合において、当該医療保険における請求については、「入院外」のレセプトを使用すること。

（２）　この場合において、医療保険における患者の一部負担の取扱いについても通常の外来に要する費用負担によるものであること。

２　医療保険の診療項目と介護保険の特定診療費、特別療養費及び特別診療費の算定における留意事項

（１）　保険医療機関の病床から、同一建物内の介護医療院若しくは介護療養型老人保健施設に入所した者又は当該医療機関と一体的に運営されるサテライト型小規模介護療養型老人保健施設に入所した者にあっては、特別療養費又は特別診療費に定める初期入所診療加算は算定できないものであること。ただし、当該施設の入所期間及び当該施設入所前の医療保険適用病床における入所期間が通算して６月以内の場合であって、当該入所した者の病状の変化等により、診療方針に重要な変更があり、診療計画を見直す必要が生じた場合においては、この限りでない。

（２）　保険医療機関の病床から介護医療院又は介護療養型老人保健施設に入所した場合、当該入所した週において、医療保険の薬剤管理指導料を算定している場合には、特別療養費又は特別診療費として定められた薬剤管理指導は算定できないものであること。また、介護医療院又は介護療養型老人保健施設から医療保険適用病床に入院した場合についても同様であること。

（３）　特定診療費又は特別診療費として定められた理学療法、作業療法、言語聴覚療法、集団コミュニケーション療法及び精神科作業療法並びに特別療養費として定められた言語聴覚療法及び精神科作業療法を行う施設については、医療保険の疾患別リハビリテーション及び精神科作業療法を行う施設と同一の場合及びこれらと共用する場合も認められるものとすること。ただし、共用する場合にあっては、施設基準及び人員配置基準等について、特定診療費、特別療養費又は特別診療費及び医療保険のそれぞれにおいて定められた施設基準の両方を同時に満たす必要があること。

第２　介護調整告示について

要介護被保険者等である患者（介護医療院に入所中の患者を除く。）に対し算定できる診療報酬点数表に掲げる療養については、介護調整告示によるものとし、別紙１を参照のこと。

なお、要介護被保険者等であって、特別養護老人ホーム等の入所者であるものに対する診療報酬の取扱いについては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱い

について」（平成18年３月31日保医発第0331002号）も併せて参照すること。

第３　介護医療院に入所中の患者の医療保険における保険医療機関への受診等について

１　介護医療院の入所者が、入所者の病状からみて当該介護医療院において自ら必要な医療を提供することが困難であると認めた場合には、協力医療機関その他の医療機関へ転医又は対診を求めることを原則とする。

２　介護医療院サービス費を算定している患者について、当該介護医療院サービス費に含まれる診療を他保険医療機関で行った場合には、当該他保険医療機関は当該費用を算定できない。

３　介護医療院サービス費を算定する患者に対し専門的な診療が必要となった場合には、保険医療機関において当該診療に係る費用を算定できる。算定できる費用については介護調整告示によるものとし、別紙２を参照のこと。

４　療養病棟（令和６年３月31日限り廃止された介護保険適用の療養病床を含む。）の一部を介護医療院に転換した場合において、１病棟を医療療養病床と介護医療院とに分けた場合には、当該病棟の医療療養病床と介護医療院が全体で一体性を確保できていると認められ、患者又は入所者に対する医療又は介護サービスの提供に支障がない場合であって、（１）から（３）までを満たす場合には、１病棟全てを各保険適用の病床又は療養床とみなした場合に、各保険適用の病床又は療養床としての基準を満たす夜勤体制を採用できること。

（１）　転換前の療養病棟の数が２以下の保険医療機関であること。

（２）　転換後の介護医療院の療養床数は転換病床数以下であること。

（３）　転換後の保険医療機関の療養病床数と介護医療院の療養床数の合計が転換前の保険医療機関の療養病床数以下であること。

第４　医療保険における在宅医療と介護保険における指定居宅サービス等に関する留意事項

１　同一日算定について

診療報酬点数表の別表第一第２章第２部（在宅医療）に掲げる療養に係る同一日算定に関する考え方については、介護保険の指定居宅サービスは対象とするものではないこと。

２　月の途中で要介護被保険者等となる場合等の留意事項について

要介護被保険者等となった日から、同一の傷害又は疾病等についての給付が医療保険から介護保険へ変更されることとなるが、この場合において、１月あたりの算定回数に制限がある場合（医療保険における訪問歯科衛生指導と介護保険における歯科衛生士が行う居宅療養管理指導の場合など）については、同一保険医療機関において、両方の保険からの給付を合算した回数で制限回数を考慮するものであること。

3　訪問診療に関する留意事項について

（1）　指定特定施設（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成11年厚生省令第37号）第174条第１項）、指定地域密着型特定施設（指定地域密着型サービスの事業の人員、設備及び運営に関する基準（平成18年厚生労働省令第34号）第109条第１項）又は指定介護予防特定施設（指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年厚生労働省令第35号）第230条第１項）のいずれかに入居する患者（指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準第192条の２に規定する外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護及び指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準第253条に規定する外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受けている患者を除く。）については在宅がん医療総合診療料は算定できない。

（2）　要介護被保険者等については、在宅患者連携指導料は算定できない。

（3）　特別養護老人ホーム入居者に対しては、「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成18年３月31日保医発第0331002号）に定める場合を除き、在宅患者訪問診療料を算定できない。

4　在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料に関する留意事項について

介護保険におけるターミナルケア加算を算定した場合は、在宅患者訪問看護・指導料の在宅ターミナルケア加算及び同一建物居住者訪問看護・指導料の同一建物居住者ターミナルケア加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあっては、在宅患者訪問看護・指導料及び同一建物居住者訪問看護・指導料の看護・介護職員連携強化加算を算定できない。

5　在宅患者緊急時等共同指導料に関する留意事項について

介護保険における居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費を算定した日は調剤に係る在宅患者緊急時等共同指導料を算定できない。

6　在宅患者訪問点滴注射管理指導料に関する留意事項について

小規模多機能型居宅介護事業所、複合型サービス事業所において通所サービス中に実施される点滴注射には算定できない。

7　精神科訪問看護・指導料に関する留意事項について

精神疾患を有する患者について、精神科訪問看護指示書が交付された場合は、要介護被保険者等の患者であっても算定できる。ただし、認知症が主傷病である患者（精神科在宅患者支援管理料を算定する者を除く。）については算定できない。

8　訪問看護等に関する留意事項について

（1）　訪問看護療養費は、要介護被保険者等である患者については、原則として算定できないが、特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護を行う場合、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等（平成18年厚生労働省告示第103号。以下「基準告示」という。）第２の１の（１）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護を行う場合（退院支援指導加算については、退院後行う初回の訪問看護が特別訪問看護指示書に係る指定訪問看護である場合又は基準告示第２の１の（１）に規定する疾病等の利用者に対する指定訪問看護である場合、訪問看護情報提供療養費１については、同一月に介護保険による訪問看護を受けていない場合に限る。）、精神科訪問看護基本療養費が算定される指定訪問看護を行う場合（認知症でない患者に指定訪問看護を行う場合に限る。）及び入院中（外泊日を含む。）に退院に向けた指定訪問看護を行う場合には、算定できる。

ただし、その場合であっても、介護保険の訪問看護等において緊急時訪問看護加算、緊急時介護予防訪問看護加算又は緊急時対応加算を算定している月にあっては24時間対応体制加算、介護保険における特別管理加算を算定している月にあっては医療保険の特別管理加算、介護保険における看護・介護職員連携強化加算を算定している月にあっては医療保険の看護・介護職員連携強化加算、介護保険における専門管理加算を算定している月にあっては医療保険の専門管理加算は算定できない。また、介護保険の訪問看護等においてターミナルケア加算（遠隔死亡診断補助加算を含む。）を算定した場合は、訪問看護ターミナルケア療養費（遠隔死亡診断補助加算を含む。）は算定できない。

（2）　要介護被保険者等については、在宅患者連携指導加算は算定できない。

9　訪問リハビリテーションに関する留意事項について

在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料は、要介護被保険者等である患者については、原則として算定できないが、急性増悪等により一時的に頻回の訪問リハビリテーションの指導管理を行う必要がある場合には、６月に１回、14日間に限り算定できる。

10　リハビリテーションに関する留意事項について

要介護被保険者等である患者に対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、廃用症候群リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。）を算定するリハビリテーション（以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。）を行った後、介護保険における訪問リハビリテーション若しくは通所リハビリテーション又は介護予防訪問リハビリテーション若しくは介護予防通所リハビリテーション（以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。）の利用開始日を含む月の翌月以降は、当該リハビリテーションに係る疾患等に

ついて、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合を除き、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施する施設とは別の施設で介護保険におけるリハビリテーションを提供することになった場合には、一定期間、医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションを併用して行うことで円滑な移行が期待できることから、介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日を含む月の翌々月まで、併用が可能であること。併用する場合には、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載することにより、同一の疾患等について介護保険におけるリハビリテーションを行った日以外の日に医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定することが可能である。ただし、当該利用開始日の翌月及び翌々月に算定できる疾患別リハビリテーション料は１月７単位までとする。

なお、医療保険における疾患別リハビリテーション料（心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料を除く。）の算定中に介護保険におけるリハビリテーションの案内等が行われ、当該支援によって紹介された事業所において介護保険におけるリハビリテーションを体験する目的で、同一の疾患等について医療保険における疾患別リハビリテーションを行った日以外に１月に５日を超えない範囲で介護保険におけるリハビリテーションを行った場合は、３か月以内に限り、診療録及び診療報酬明細書に「介護保険におけるリハビリテーションの利用開始日」を記載する必要はなく、医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険におけるリハビリテーションへ移行したものとはみなさない。

11　重度認知症患者デイ・ケア料等に関する留意事項について

（１）　医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料、精神科ショート・ケア、精神科デイ・ケア、精神科ナイト・ケア又は精神科デイ・ナイト・ケア（以下「重度認知症患者デイ・ケア料等」という。）を算定している患者に対しては、当該重度認知症患者デイ・ケア料等を、同一の環境において反復継続して行うことが望ましいため、患者が要介護被保険者等である場合であっても、重度認知症患者デイ・ケア料等を行っている期間内においては、介護保険における認知症対応型通所介護費及び通所リハビリテーション費を算定できないものであること。

ただし、要介護被保険者等である患者であって、特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設又は指定介護予防特定施設に限る。）の入居者及びグループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者以外のものに対して行う重度認知症患者デイ・ケア等については、介護保険における指定認知症対応型通所介護又は通所リハビリテーションを行った日以外の日に限り、医療保険における重度認知症患者デイ・ケア料等を算定できるものであること。

（２）　グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設）の入居者については、医療保険の重度認知症患者デ

イ・ケア料は算定できないものであること。ただし、認知症である老人であって日常生活自立度判定基準がランクMに該当するものについては、この限りでないこと。

12　人工腎臓等に関する留意事項について

介護老人保健施設の入所者について、人工腎臓の「１」から「３」までのいずれかを算定する場合（「注13」の加算を算定する場合を含む。）の取扱いは、介護老人保健施設の入所者以外の者の場合と同様であり、透析液（灌流液）、血液凝固阻止剤、生理食塩水、エリスロポエチン、ダルベポエチン、エポエチンベータペゴル及びＨＩＦ－ＰH阻害剤の費用は人工腎臓の所定点数に含まれており、別に算定できない。なお、生理食塩水には、回路の洗浄・充填、血圧低下時の補液、回収に使用されるもの等が含まれ、同様の目的で使用される電解質補液、ブドウ糖液等についても別に算定できない。また、ＨＩＦ－ＰH阻害剤は、原則として人工腎臓を算定する保険医療機関において院内処方すること。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

（別紙１）

区　分	１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）					２．入院中の患者		３．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者		ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
								併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	
初・再診料	○					—	×	×	○（入院に係るものを除く。）	○（配置医師が行う場合を除く。）
看護師等遠隔診療補助加算	○	×	×	×	×	—	×	×		×
入院料等	×					○	×	×		—
通則第３号　外来感染対策向上加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第３号ただし書　発熱患者等対応加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第４号　連携強化加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第５号　サーベイランス強化加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第６号　抗菌薬適正使用体制加算	○					—	—	○（Ｂ００１－２－８外来放射線照射診療料又はＢ００１－２－１２外来腫瘍化学療法診療料を算定する場合に限る。）		○（配置医師が行う場合を除く。）
通則第７号　遠隔電子処方箋活用加算	○					○	○※３	○※３		○
通則第８号　医療提供機能連携確保加算	○					○	○	○		○
Ｂ００１の10　入院栄養食事指導料	—					○	×	×		—
Ｂ００１の22　がん性疼痛緩和指導管理料	○					○	○	○		○
Ｂ００１の24　外来緩和ケア管理料	○					—	—	○（悪性腫瘍の患者に限る。）		○
Ｂ００１の25　移植後患者指導管理料	○					—	—	×		○
Ｂ００１の26　植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料	○					—	—	×		○
Ｂ００１の27　糖尿病透析予防指導管理料	○					—	—	×		○
Ｂ００１の32　一般不妊治療管理料	○					—	—	×		○

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区　分	１．入院中の患者以外の患者（次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者		３．入所中の患者		
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。）※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。） うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者 併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者
第１節に規定する調剤技術料	○				×	×	○		○
１０の２　調剤管理料	○				×	×	○		○
１０の３　服薬管理指導料	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。ただし、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た場合には算定可）				×	×	○		○
１４の２　１　外来服薬支援料１	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				×	×	×		○
１４の２　２　外来服薬支援料２	○				×	×	○		○
１４の３　２　服用薬剤調整支援料２	○				×	×	○		○
１５　在宅患者訪問薬剤管理指導料	×				×	×	×		○（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	○				×	×	○（注10に規定する場合に限る。）		○（末期の悪性腫瘍の患者又は注10に規定する場合に限る。）
１５の３　在宅患者緊急時等共同指導料	○（同一日において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				×	×	×		○（末期の悪性腫瘍の患者に限る。）
１５の４　退院時共同指導料	—				○	×	×		—
１５の５　服薬情報等提供料	○（同一月において、居宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費（薬剤師が行う場合に限る。）が算定されている場合を除く。）				×	×	×		○
１５の９　訪問薬剤管理医師同時指導料	○（養護老人ホーム、軽費老人ホームA型、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム及びサービス付き高齢者向け住宅の入所者を除く。）		×		×	×	×		×
１５の１０　複数名薬剤管理指導訪問料	○（在宅患者訪問薬剤管理指導料の１を算定している患者に限る。）		×		×	×	×		×
第３節に規定する薬剤料	○				×	×	○（※３及び※４）		○
第４節に規定する特定保険医療材料料	○				×	×	○		○
上記以外	○				×	×	×		○

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区　分	１．入院中の患者以外の患者 （次の施設に入居又は入所する者を含み、３の患者を除く。）				２．入院中の患者		３．入所中の患者			
	自宅、社会福祉施設、身体障害者施設等（短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く。） ※１	うち、小規模多機能型居宅介護又は複合型サービスを受けている患者（宿泊サービスに限る。）	認知症対応型グループホーム（認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護）	特定施設（指定特定施設、指定地域密着型特定施設及び指定介護予防特定施設に限る。）	うち、外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護又は外部サービス利用型指定介護予防特定施設入居者生活介護を受ける者が入居する施設	保険医療機関（短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く。）	短期入所療養介護及び介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設又は介護医療院の療養室を除く。）を受けている患者	ア．介護老人保健施設 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護老人保健施設の療養室に限る。）を受けている患者	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	ア．地域密着型介護老人福祉施設又は介護老人福祉施設 イ．短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けている患者

※５　次に掲げる費用に限る。
・外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ又は３のイ
・外来化学療法加算
・皮内、皮下及び筋肉内注射（がん性疼痛緩和指導管理料又は外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）を算定するものに限る。）
・静脈内注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又はがん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ若しくは外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・動脈注射（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・抗悪性腫瘍剤局所持続注入（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ又は３のイを算定するものに限る。）
・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ又はは３のイを算定するものに限る。）
・点滴注射（保険医が療養病床から転換した介護老人保健施設に赴いて行うもの又はがん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ若しくは外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・中心静脈注射（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）
・植込型カテーテルによる中心静脈注射（がん性疼痛緩和指導管理料、外来緩和ケア管理料（悪性腫瘍の患者に限る。）、外来腫瘍化学療法診療料の１のイ、２のイ若しくは３のイ又は外来化学療法加算を算定するものに限る。）

・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）の費用
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）の費用
・疼痛コントロールのための医療用麻薬の費用
・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）の費用
・血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

※６　創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、膣洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザ、超音波ネブライザ、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

※７　検査、リハビリテーション、処置、手術又は麻酔について、それぞれ要介護被保険者等である患者について療養に要する費用の額を算定できる場合別表第四に掲げるものを除く。

※８　死亡日からさかのぼって30日以内の患者については、当該患者を当該特別養護老人ホーム（看取り介護加算の施設基準に適合しているものに限る。）において看取った場合（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院若しくは当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医師により行われたものに限る。）に限る。

※９　認知症患者を除く。（ただし、精神科在宅患者支援管理料を算定する患者にあってはこの限りではない。）

※10　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料又は在宅がん医療総合診療料（以下「在宅患者訪問診療料等」という。）を算定した保険医療機関の医師（配置医師を除く。）が診察した場合に限り、算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。
また、保険医療機関の退院日から当該サービスの利用を開始した患者については、当該サービス利用開始前の在宅患者訪問診療料等の算定にかかわらず、退院日を除き算定できる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。

※11　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間に限る。）。

※12　末期の悪性腫瘍の患者であって、当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、在宅患者訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、算定することができる。

※13　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護・指導料を算定した保険医療機関の看護師等が訪問看護・指導を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。

※14　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、精神科訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り、利用開始後30日までの間、算定することができる。

※15　末期の悪性腫瘍等の患者、急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者（認知症でない者に限る。）

※16　末期の悪性腫瘍の患者又は精神科訪問看護基本療養費を算定出来る者（認知症でない者に限る。）に限る。

※17　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（末期の悪性腫瘍の患者以外の患者においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。

※18　当該補助料の算定月と同月内に、介護保険の訪問看護費を算定している場合を除く。

※19　当該患者によるサービス利用前30日以内に患家を訪問し、訪問看護基本療養費を算定した訪問看護ステーションの看護師等が指定訪問看護を実施した場合に限り（末期の悪性腫瘍の以外の患者においては、利用開始後30日までの間）、算定することができる。

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

（別紙２）

区　分	ア．介護医療院に入所中の患者 イ．短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
初・再診料	×	○	○	
看護師等遠隔診療補助加算	×			
入院料等	×		○ （Ａ４００の１　短期滞在手術等基本料１に限る。）	
通則の３　外来感染対策向上加算	○			
通則の４　連携強化加算	○			
通則の５　サーベイランス強化加算	○			
通則の６　抗菌薬適正使用体制加算	○			
通則第７号　遠隔電子処方箋活用加算	○ ※２		○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	
通則第８号　医療提供機能連携確保加算	○			
Ｂ００１の１　ウイルス疾患指導料	○			
Ｂ００１の２　特定薬剤治療管理料	○			
Ｂ００１の３　悪性腫瘍特異物質治療管理料	○			
Ｂ００１の６　てんかん指導料	○			
Ｂ００１の７　難病外来指導管理料	○			
Ｂ００１の８　皮膚科特定疾患指導管理料	○			
Ｂ００１の９　外来栄養食事指導料	○ ※１			
Ｂ００１の11　集団栄養食事指導料	○ ※１			
Ｂ００１の12　心臓ペースメーカー指導管理料	○			
Ｂ００１の14　高度難聴指導管理料	○			

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区　分	ア.介護医療院に入所中の患者 イ.短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関
Ｂ００８－２　薬剤総合評価調整管理料	×			
Ｂ０１４　退院時共同指導料１	×			
Ｃ００３　在宅患者訪問薬剤管理指導料	×			
Ｃ００７　在宅患者連携指導料	×			
Ｃ００８　在宅患者緊急時等カンファレンス料	×			
上記以外	○			
第１節に規定する調剤技術料	○			
１０の２　調剤管理料	○			
１０の３　服薬管理指導料	○			
１４の２の２　外来服薬支援料２	○			
１４の３　服用薬剤調整支援料２	○			
１５の２　在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	○ （注10に規定する場合に限る。）			
第３節に規定する薬剤料	○ ※２		○ （専門的な診療に特有の薬剤に係るものに限る。）	
上記以外	×			
訪問看護療養費	×			
退院時共同指導加算	○ ※５又は精神科訪問看護基本療養費を算定できる者			

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について

区　分	ア. 介護医療院に入所中の患者 イ. 短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護（介護医療院の療養床に限る。）を受けている患者			
	介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定しない日の場合		介護医療院サービス費のうち、他科受診時費用（362単位）を算定した日の場合	
	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関	併設保険医療機関	併設保険医療機関以外の保険医療機関

※１　介護報酬において、指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）の別表（指定施設サービス等介護給付費単位数表）の４のイからへまでの注５に掲げる減算を算定した場合に限る。

※２　次に掲げる薬剤の薬剤料と当該薬剤の処方に係る遠隔電子処方箋活用加算及び処方箋料に限る。
・抗悪性腫瘍剤（悪性新生物に罹患している患者に対して投与された場合に限る。）
・ＨＩＦ－ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）
・ＪＡＫ阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）

※３　次に掲げる薬剤の薬剤料に限る。
・エリスロポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・ダルベポエチン（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・エポエチンベータペゴル（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに投与された場合に限る。）
・疼痛コントロールのための医療用麻薬
・生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）
・インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するものに限る。）
・抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能又は効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能又は効果を有するものに限る。）
・血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）

※４　創傷処置（手術日から起算して十四日以内の患者に対するものを除く。）、喀痰吸引、摘便、酸素吸入、酸素テント、皮膚科軟膏処置、膀胱洗浄、留置カテーテル設置、導尿、膣洗浄、眼処置、耳処置、耳管処置、鼻処置、口腔、咽頭処置、間接喉頭鏡下喉頭処置、ネブライザ、超音波ネブライザ、介達牽引、消炎鎮痛等処置、鼻腔栄養及び長期療養患者褥瘡等処置を除く。

※５　末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る。

③

＜ 抄 ＞

保医発 0327 第６号
令和８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）

「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について

標記については、令和８年３月５日に、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等の一部を改正する告示」（令和８年厚生労働省告示第68号）が公布され、また、本日、「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等の一部を改正する告示」（令和８年厚生労働省告示第 116 号）及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等の一部を改正する件」（令和８年厚生労働省告示第 117 号）が告示され、それぞれ順次適用されることとなったことに伴い、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成 18 年３月 13 日保医発第 0313003 号）を下記のように改正し、令和８年６月１日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

記以下を別添のとおり改める。

別添

第１　厚生労働大臣が定める掲示事項（掲示事項等告示第１関係）

１　保険医療機関が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、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。以下「療担規則」という。）上院内掲示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象としたこと。

また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

２　具体的には、従来から院内掲示とされていたものを含め、以下の５つの事項を院内掲示事項及びウェブサイト掲載事項として定めたこと。

（１）　入院基本料に関する事項

保険医療機関は、入院基本料に係る届出内容の概要(看護要員の対患者割合、看護要員の構成)を掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載するものとすること。

(掲示例)

①　入院患者数 42 人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料６を算定している病院の例

「当病棟では、１日に 13 人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

・　朝９時～夕方 17 時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は６人以内です。
・　夕方 17 時～深夜１時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。
・　深夜１時～朝９時まで、看護職員１人当たりの受け持ち数は 14 人以内です。

②　有床診療所入院基本料１を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が７名以上勤務しています。」

（２）　厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ、救急補正係数及び激変緩和係数（平成 24 年厚生労働省告示第 165 号）別表第一から第三までの病院の欄に掲げる病院であること。

（３）　地方厚生（支）局長への届出事項に関する事項

①　診療報酬の算定方法(平成 20 年厚生労働省告示第 59 号。以下「算定告示」という。)又は入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準(平成 18 年厚生労働省告示第 99 号)に基づき、保険医療機関が地方厚生（支）局長へ届け出ることとされている事項を届け出た場合は、当該届け出た事項を掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載するものとすること。

②　具体的には、各種施設基準及び入院時食事療養(Ⅰ)又は入院時生活療養(Ⅰ)の基準に適合するものとして届け出た内容のうち、当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等を分かりやすく掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載するものであること。

(掲示例)

入院時食事療養(Ⅰ)に係る食事療養を実施している病院の例

「入院時食事療養(Ⅰ)の届出を行っており、管理栄養士又は栄養士によって管理された

食事を適時(夕食については午後６時以降)、適温で提供しています。」

（４） 明細書の発行状況に関する事項

① 療担規則第５条の２第２項及び第５条の２の２第１項並びに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（昭和58年厚生省告示第14号。以下「療担基準」という。）第５条の２第２項及び第５条の２の２第１項に規定する明細書の発行状況に関する事項について、院内掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載するものとすること。

② 具体的には、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（令和８年３月５日保発0305第18号）によるものであること。

（５） 保険外負担に関する事項

① いわゆる保険外負担については、その適切な運用を期するため、院内掲示及びウェブサイト掲載の対象とすることとしたものであること。なお、保険外負担の在り方については、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（平成17年９月１日保医発第0901002号）等を参考にされたいこと。

② 具体的には、次に掲げる事項を掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載するものとすること。

ア 法令の規定に基づかず、患者から費用の支払を受けている個々の「サービス」又は「物」について、その項目とそれに要する実費

イ 「介護料」「衛生材料費」等の、治療(看護)行為及びそれに密接に関連した「サービス」又は「物」については、患者から費用を徴収することは認められていないこと。

また、「施設管理費」「雑費」等曖昧な名目での費用徴収は認められていないこと。

(掲示例)

「当院では、以下の項目について、その使用量、利用回数に応じた実費の負担をお願いしています。

紙おむつ代	１枚につき	○○円
理髪代	１回につき○○○○円	
―――	―――	―――円

なお、衛生材料等の治療（看護）行為及びそれに密接に関連した「サービス」や「物」についての費用の徴収や、「施設管理費」等の曖昧な名目での費用の徴収は、一切認められていません。」

③ なお、保険外併用療養費に係る事項については、療担規則第５条の４第２項及び療担基準第５条の４第２項に基づき、その内容及び費用につき院内掲示を行う旨定められているところであるが、今後とも当該事項を院内の見やすい場所に掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載することの徹底が図られるべきものであること。

第２ 明細書を交付しなければならない保険医療機関（掲示事項等告示第１の５及び第１の６関係）

１ 領収証を交付するときは、正当な理由がない限り、個別の診療報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は特定保険医療材料の名称を含む。）が分かる明細書を無償で交付しなければならない保険医療機関として、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費等の請求を行うことが義務付けられた保険医療機関を定めたものであること。

２　明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」によるものであること。

第３　保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める基準等（掲示事項等告示第２、第２の２及び第３並びに医薬品等告示関係）

１　別に厚生労働大臣が定める先進医療（先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合する保険医療機関において行われるものに限る。）に関する事項

（１）　保険外併用療養費の支給対象となる先進医療は、先進医療ごとに別に厚生労働大臣が定める施設基準の設定を求める旨の厚生労働大臣への届出に基づき、施設基準が設定されたものとすること。

（２）　保険外併用療養費の支給対象となる先進医療の実施に当たっては、先進医療ごとに、保険医療機関が別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合していることを地方厚生（支）局長に届け出るものとすること。

（３）　保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置等並びに歯冠修復及び欠損補綴等並びに薬価基準に収載されていない医薬品、保険適用されていない医療機器及び保険適用されていない再生医療等製品の費用については含まれないものであること。

（４）　保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとする。したがって、先進医療の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

（５）　患者から先進医療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（６）　特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（７）　保険外併用療養費の支給対象となる先進医療を実施する保険医療機関は、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合の報告及び定期的な報告を、「厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準の制定等に伴う実施上の留意事項及び先進医療に係る届出等の取扱いについて」（平成 28 年３月４日医政発 0304 第２号、薬生発 0304 第２号、保発 0304 第 16 号）により行うものとすること。

２　医薬品の治験に係る診療に関する事項

（１）　保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号。以下「医薬品医療機器等法」という。）第２条第 18 項の規定によるもの（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）とすること。

（２）　したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則（昭和 36 年厚生省令第１号。以下「医薬品医療機器等法施行規則」という。）の関係規定によるほか、医薬品の臨床試験の実施の

基準に関する省令（平成９年厚生省令第 28 号）によるものとすること。

（３） 保険外併用療養費の支給対象となる期間については、治験の対象となる患者ごとに当該治験を実施した期間とすること。

（４） 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、検査及び画像診断に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはせず、また、投薬及び注射に係る費用については、当該治験の被験薬の予定される効能又は効果と同様の効能又は効果を有する医薬品（以下「同種同効薬」という。）並びに当該治験の被験薬及び対照薬に係る診療については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験の被験薬及び対照薬（ただし、同種同効薬を除く。）に係る投薬及び注射に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、これらの項目が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、当該診療において実施した保険外併用療養費の支給対象とはならない項目のうち当該包括点数に包括されている項目の所定点数を合計した点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

（５） 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

（６） 保険外併用療養費の支給対象となる治験において、患者から当該治験の被験薬の薬剤料等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（７） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（８） 保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について別紙様式６により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式６の２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

３ 医療機器の治験に係る診療に関する事項

（１） 保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品医療機器等法第２条第 18 項の規定によるもの（機械器具等に係るものに限る。）とすること。

（２） したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品医療機器等法施行規則の関係規定によるほか、医療機器の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成 17 年厚生労働省令第 36 号）によるものとすること。

（３） 保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後１週間（２以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠

損補綴が行われた日から起算して８日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日を経過する日までの間とする。）に行われた検査及び画像診断、当該治験の被験機器及び対照機器（以下「当該治験機器」という。）並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験機器並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされない検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

ア　当該診療において実施した当該検査等の所定点数

イ　当該治験機器を使用するために通常要する費用に基づき算定した点数

（４）　保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

（５）　保険外併用療養費の支給対象となる治験において、患者から当該治験の被験機器の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（６）　特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（７）　保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について別紙様式８により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式８の２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

４　再生医療等製品の治験に係る診療に関する事項

（１）　保険外併用療養費の支給対象となる治験は、医薬品医療機器等法第２条第 18 項の規定によるもの（加工細胞等（医薬品医療機器等法施行規則第 275 条の２の加工細胞等をいう。）に係るものに限る。）とすること。

（２）　したがって、治験の実施に当たっては、医薬品医療機器等法及び医薬品医療機器等法施行規則の関係規定によるほか、再生医療等製品の臨床試験の実施の基準に関する省令（平成 26 年厚生労働省令第 89 号）によるものとすること。

（３）　保険外併用療養費の支給対象となる診療については、治験依頼者の依頼による治験においては、医療保険制度と治験依頼者との適切な費用分担を図る観点から、治験に係る診療のうち、手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴の前後１週間（２以上の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた場合は、最初の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日目に当たる日から最後の手術若しくは処置又は歯冠修復及び欠損補綴が行われた日から起算して８日を経過する日までの間とする。）に行われた

検査及び画像診断、当該治験の被験製品及び対照製品（以下「当該治験製品」という。）並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。また、自ら治験を実施する者による治験においては、治験に係る診療のうち、当該治験製品並びに診療報酬上評価されていない手術、処置、歯冠修復及び欠損補綴に係る費用については、保険外併用療養費の支給対象とはしないものとする。なお、いずれの場合においても、保険外併用療養費の支給対象とされない検査等が包括化された点数を算定している保険医療機関において治験が行われた場合の当該包括点数の取扱いについては、当該包括点数から、次の点数を差し引いた点数に係るものについて、保険外併用療養費の支給対象とすること。

ア　当該診療において実施した当該検査等の所定点数

イ　当該治験製品を使用するために通常要する費用に基づき算定した点数

（４）　保険外併用療養費の支給対象となる治験は、患者に対する情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意がなされたものに限られるものとし、したがって、治験の内容を患者等に説明することが医療上好ましくないと認められる等の場合にあっては、保険外併用療養費の支給対象としないものとすること。

（５）　保険外併用療養費の支給対象となる治験において、患者から当該治験の被験製品の費用等を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（６）　特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（７）　保険外併用療養費の支給対象となる治験を実施した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、治験の実施状況について別紙様式15により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。また、特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式15の２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

５　医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた医薬品の投与に関する事項

（１）　医薬品医療機器等法上の承認（同法第 14 条第１項又は第 19 条の２第１項の規定による承認）を受けた者が製造販売した当該承認に係る医薬品のうち、使用薬剤の薬価（薬価基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 60 号。以下「薬価基準」という。）に収載されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認を受けた医薬品の投与について、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２）　保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。

（３）　病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすものであること。

ア　当該病院又は診療所に常勤の薬剤師が、２名以上配置されていること。

イ　医薬品情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「医薬品情報管理室」という。）を有し、常勤の薬剤師が１人以上配置されていること。

ウ　医薬品情報管理室の薬剤師が、有効性、安全性等薬学的情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（４）　薬局にあっては、算定告示別表第三調剤報酬点数表（以下「調剤報酬点数表」という。）

第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（３）の要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき医薬品を投与するものであること。

（５） 医薬品医療機器等法上の承認を受けた日から起算して 90 日以内に行われた投薬について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が 90 日以内であれば、服用時点が 91 日目以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、用法、用量、効能、効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（７） 処方箋を交付する場合であっても、（６）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医薬品の交付が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（８） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

（９） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式９により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

６ 医薬品医療機器等法に基づく承認等を受けた医療機器又は体外診断用医薬品の使用等に関する事項

（１） 医薬品医療機器等法上の承認（医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第１項又は第 23 条の２の 17 第１項の規定による承認）又は認証（医薬品医療機器等法第 23 条の２の 23 第１項の規定による認証）を受けた者が製造販売した当該承認又は認証に係る医療機器又は体外診断用医薬品のうち、保険適用されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認又は認証を受けた医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給について、当該医療機器又は体外診断用医薬品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） （１）の医療機器のうち、医薬品医療機器等法に基づく承認（第１段階承認）を受けたプログラム医療機器及び保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関する使用成績を踏まえた再評価を目指すプログラム医療機器の使用又は支給については、それぞれ「11」及び「12」に定めるとおりとする。

（３） 保険外併用療養費の支給額には、当該医療機器及び当該体外診断用医薬品に係る診療のうち診療報酬上評価されていないもの並びに当該医療機器及び当該体外診断用医薬品の費用については含まれないものであること。

（４） 病院又は診療所にあっては、医療機器については以下のア及びイの要件を、体外診断用医薬品についてはウ及びエの要件を、それぞれ満たすことが望ましい。

ア 医療機器の保守管理等を行うための専用施設（以下「医療機器管理室」という。）を有し、臨床工学技士等の医療機器の専門家（以下「臨床工学技士等」という。）が配置されていること。

イ　医療機器管理室の臨床工学技士等が、医療機関内における医療機器の保守管理等を一括して実施し、医療機器の操作方法、安全性情報等の医師等に対する情報提供を行っていること。

ウ　体外診断用医薬品の管理等を行うための施設（以下「体外診断用医薬品管理室」という。）を有し、臨床検査技師等の体外診断用医薬品の専門家（以下「臨床検査技師等」という。）が配置されていること。

エ　体外診断用医薬品管理室の臨床検査技師等が、体外診断用医薬品の有効性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（５）　薬局にあっては、調剤報酬点数表第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（４）のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき医療機器又は体外診断用医薬品を支給するものであること。

（６）　「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和８年２月 13 日産情発 0213 第４号、保発 0213 第６号）又は「体外診断用医薬品の保険適用に関する取扱いについて」（令和８年２月 13 日産情発 0213 第５号、保発 0213 第８号）に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間（240 日を上限とする。）の範囲内で行われた医療機器又は体外診断用医薬品の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が 240 日以内であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（７）　医療技術の保険適用について保険医療材料等専門組織で審議する場合において、保険適用希望内容のうちその全部又は一部について、新たな技術料の設定や技術料の見直しに当たり、分野横断的な幅広い観点からの評価や他の既存技術に対する評価の見直しがあわせて必要と考えられる場合は、保険医療材料等専門組織は医療技術評価分科会での審議を求めることができることとされているところ、医療技術評価分科会での審議を行う医療機器については、（６）に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間の上限は、２年（やむを得ない事情がある場合は３年とする。）とする。この場合において、支給時点が２年以内（やむを得ない事情がある場合は３年以内とする。）であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。「やむを得ない事情がある場合」とは、保険適用を希望した日から起算して直近の診療報酬改定までの期間が２年を超える場合のことを指す。

（８）　特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医療機器又は体外診断用医薬品の名称、使用目的又は効果、使用方法、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（９）　処方箋を交付する場合であっても、（８）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医療機器又は体外診断用医薬品の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

(10)　特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

(11)　特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式12により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

7　医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた再生医療等製品の使用又は支給に関する事項

（1）　医薬品医療機器等法上の承認（医薬品医療機器等法第 23 条の 25 第１項又は第 23 条の 37 第１項の規定による承認）を受けた者が製造販売した当該承認に係る再生医療等製品のうち、保険適用されていないものに対する患者のニーズに対応する観点から、医薬品医療機器等法上の承認を受けた再生医療等製品の使用又は支給について、当該再生医療等製品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（2）　保険外併用療養費の支給額には、当該再生医療等製品に係る診療のうち診療報酬上評価されていないもの並びに当該再生医療等製品の費用については含まれないものであること。

（3）　病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすことが望ましい。

ア　再生医療等製品の安全性等に関する情報の収集及び伝達を行うための専用施設（以下「再生医療等製品管理室」という。）を有し、再生医療等製品の安全性等に関して十分な知識を持つ常勤の担当者が１名以上配置されていること。

イ　再生医療等製品管理室の担当者が、再生医療等製品の品質、有効性、安全性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（4）　薬局にあっては、調剤報酬点数表第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（3）のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。

（5）　保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間（240 日を上限とする。）の範囲内で行われた再生医療等製品の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が 240 日以内であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（6）　医療技術の保険適用について保険医療材料等専門組織で審議する場合において、保険適用希望内容のうちその全部又は一部について、新たな技術料の設定や技術料の見直しに当たり、分野横断的な幅広い観点からの評価や他の既存技術に対する評価の見直しがあわせて必要と考えられる場合は、保険医療材料等専門組織は医療技術評価分科会での審議を求めることができることとされているところ、医療技術評価分科会での審議を行う再生医療等製品については、（5）に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間の上限は、２年（やむを得ない事情がある場合は３年とする。）とする。この場合において、支給時点が２年以内（やむを得ない事情がある場合は３年以内とする。）であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。「やむを得ない事情がある場合」とは、保険適用を希望した日から起算して直近の診療報酬改定までの期間が２年を超える場合のことを指す。

（7）　特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該再生医療等製品の名称、用法、用量、使用方法、効能、効果、性能、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（８） 処方箋を交付する場合であっても、（７）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該再生医療等製品の投与又は支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（９） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

(10) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式16により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

８ 薬価基準に収載されている医薬品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に関する事項

（１） 薬価基準に収載されている医薬品の医薬品医療機器等法第 14 条第１項又は第 19 条の２第１項の規定による承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果に係る投与に対する患者のニーズに対応する観点から、当該投与に係る薬剤料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、薬剤料そのものの費用は含まれないものであること。

（３） 医薬品医療機器等法第14条第15項（医薬品医療機器等法第19条の２第５項において準用する場合を含む。）の規定による承認事項（用法、用量、効能又は効果に限る。）の一部変更の承認（以下「医薬品一部変更承認」という。）の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法（平成11年法律第97号）第11条に規定する薬事審議会が事前の評価を開始した医薬品（当該評価期間が終了したものを除く。）の投与にあっては、当該評価が開始された日から６月、医薬品一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された医薬品（薬事審議会の事前評価が終了したものを除く。）の投与にあっては、当該申請が受理された日から２年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、投薬時点が上記期間内であれば、服用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（４） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医薬品の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果、副作用及び相互作用に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（５） 処方箋を交付する場合であっても、（４）の情報の提供は医療機関において行うものとする。

（６） 特別の料金については、当該医薬品について薬価基準の別表に定める価格を標準とする。

（７） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式11により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

９　保険適用されている医療機器の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法と異なる使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法に係る使用に関する事項

（１） 保険適用されている医療機器の医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第１項若しくは第 23 条の２の 17 第１項の規定による承認又は医薬品医療機器等法第 23 条の２の 23 第１項の規定による認証に係る使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法（以下「使用目的等」という。）と異なる使用目的等に係る使用又は支給に対する患者のニーズに対応する観点から、当該医療機器に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、当該医療機器に係る診療のうち診療報酬上評価されていないもの及び当該医療機器の費用については含まれないものであること。

（３） 病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすことが望ましい。

ア　医療機器管理室を有し、臨床工学技士等が配置されていること。

イ　医療機器管理室の臨床工学技士等が、医療機関内における医療機器の保守管理等を一括して実施し、医師等に対する医療機器の操作方法、安全性情報等の情報提供を行っていること。

（４） 薬局にあっては、調剤報酬点数表第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（３）のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき医療機器を支給するものであること。

（５） 医薬品医療機器等法第 23 条の２の５第 15 項（医薬品医療機器等法第 23 条の２の 17 第５項において準用する場合を含む。）の規定による承認事項（使用目的等に限る。）の一部変更の承認（以下「医療機器一部変更承認」という。）の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法第11条に規定する薬事審議会が事前の評価を開始した医療機器の使用又は支給にあっては、当該評価が開始された日から６月（当該期間内に医療機器一部変更承認の申請が受理されたときは、当該申請が受理された日までの期間）、医療機器一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された医療機器の使用又は支給にあっては、当該申請が受理された日から２年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該医療機器の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（７） 処方箋を交付する場合であっても、（６）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該医療機器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（８） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

（９） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式12の２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

10 保険適用されている再生医療等製品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能に係る使用又は支給に関する事項

（１） 保険適用されている再生医療等製品の医薬品医療機器等法第23条の25第１項又は第23条の37第１項の規定による承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能（以下「用法等」という。）と異なる用法等に係る使用又は支給に対する患者のニーズに対応する観点から、当該再生医療等製品に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、当該再生医療等製品に係る診療のうち診療報酬上評価されていないもの及び当該再生医療等製品の費用については含まれないものであること。

（３） 病院又は診療所にあっては、以下の要件を満たすことが望ましい。

ア 再生医療等製品管理室を有し、再生医療等製品の安全性等に関して十分な知識を持つ常勤の担当者が１名以上配置されていること。

イ 再生医療等製品管理室の担当者が、再生医療等製品の品質、有効性、安全性等に関する情報の管理及び医師等に対する情報提供を行っていること。

（４） 薬局にあっては、調剤報酬点数表第１節に規定する調剤基本料の注５の規定に基づく届出を行った薬局であって、（３）のア及びイの要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づき再生医療等製品を投与又は支給するものであること。

（５） 医薬品医療機器等法23条の25第11項（医薬品医療機器等法第23条の37第５項において準用する場合を含む。）の規定による承認事項（用法等に限る。）の一部変更の承認（以下「再生医療等製品一部変更承認」という。）の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）を行うことが適当と認められるものとして厚生労働省設置法第11条に規定する薬事審議会が事前の評価を開始した再生医療等製品の使用又は支給にあっては、当該評価が開始された日から６月（当該期間内に再生医療等製品一部変更承認の申請が受理されたときは、当該申請が受理された日までの期間）、

再生医療等製品一部変更承認の申請（申請書に添付しなければならない資料について、当該申請に係る事項が医学薬学上公知であると認められる場合その他資料の添付を必要としない合理的理由がある場合において、申請者が依頼して実施された臨床試験の試験成績に関する資料の添付を省略して行われるものに限る。）が受理された再生医療等製品の使用又は支給にあっては、当該申請が受理された日から２年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該再生医療等製品の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（７） 処方箋を交付する場合であっても、（６）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該再生医療等製品の投与又は支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

（８） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とする。

（９） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式17により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

11 医薬品医療機器等法に基づく承認（第１段階承認）を受けたプログラム医療機器の使用等に関する事項

（１） 医薬品医療機器等法第23条の２の５第１項又は第23条の２の17第１項の規定による承認（第１段階承認）を受けたプログラム医療機器であって、医薬品医療機器等法第23条の２の５第１項又は第23条の２の17第１項の規定による改めての承認（使用目的等を変更する場合に限る。）又は医薬品医療機器等法第23条の２の５第15項（医薬品医療機器等法第23条の２の17第５項において準用する場合を含む。）の規定による一部変更承認（使用目的等を変更する場合に限る。）（第２段階承認）を受けて、保険適用されることを目指しているものの使用又は支給に対する患者のニーズ等に対応する観点から、当該プログラム医療機器に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、当該プログラム医療機器の使用又は支給に係る診療のうち診療報酬上評価されていないもの及び当該プログラム医療機器の費用については含まれないものであること。

（３） 病院又は診療所にあっては、医療機関内におけるプログラム医療機器の保守管理等の実施並びに医療機器の操作方法及び安全性情報等の確認が可能な体制を有していること。

（４） 薬局にあっては、（３）の要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づきプログラム医療機器を支給するものであること。

（５） 第２段階承認の申請前のプログラム医療機器の使用又は支給については、中央社会保険医療協議会総会において認められた範囲において、中央社会保険医療協議会総会において認められた期間に行われるものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６） 第２段階承認の申請中のプログラム医療機器の使用又は支給については、厚生労働省設置法第11条に規定する薬事審議会において第２段階承認の申請が受理された日から２年（当該期間内に当該申請に対する処分があったとき又は当該申請の取下げがあったときは、当該処分又は取下げがあった日までの期間）の範囲内で行われたものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（７） 第２段階承認を受けたプログラム医療機器の使用又は支給については、「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和８年２月 13 日産情発 0213 第４号、保発 0213 第６号）に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間（240 日を上限とする。）の範囲内で行われたプログラム医療機器の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が 240 日以内であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（８） 医療技術の保険適用について保険医療材料等専門組織で審議する場合において、保険適用希望内容のうちその全部又は一部について、新たな技術料の設定や技術料の見直しに当たり、分野横断的な幅広い観点からの評価や他の既存技術に対する評価の見直しがあわせて必要と考えられる場合は、保険医療材料等専門組織は医療技術評価分科会での審議を求めることができることとされているところ、医療技術評価分科会での審議を行うプログラム医療機器については、（７）に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間の上限は、２年（やむを得ない事情がある場合は３年とする。）とする。この場合において、支給時点が２年以内（やむを得ない事情がある場合は３年以内とする。）であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。「やむを得ない事情がある場合」とは、保険適用を希望した日から起算して直近の診療報酬改定までの期間が２年を超える場合のことを指す。

（９） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該プログラム医療機器の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

(10) 処方箋を交付する場合であっても、（９）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該プログラム医療機器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

(11) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当

適切な範囲の額とする。

(12)　特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式19により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

(13)　本評価療養の対象となるプログラム医療機器については、別途通知するものとする。

12　保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関する使用成績を踏まえた再評価を目指すプログラム医療機器の使用等について

（１）　現に保険適用されており、保険適用されていない範囲における使用に係る有効性に関する使用成績を踏まえた再評価を目指すプログラム医療機器の使用又は支給に対する患者のニーズ等に対応する観点から、当該プログラム医療機器に係る費用等に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２）　保険外併用療養費の支給額には、当該プログラム医療機器の使用又は支給に係る診療のうち診療報酬上評価されていないもの及び当該プログラム医療機器の費用については含まれないものであること。

（３）　病院又は診療所にあっては、医療機関内におけるプログラム医療機器の保守管理等の実施並びに医療機器の操作方法及び安全性情報等の確認が可能な体制を有していること。

（４）　薬局にあっては、（３）の要件を満たす病院又は診療所の医師又は歯科医師から交付された処方箋に基づきプログラム医療機器を支給するものであること。

（５）　使用成績を踏まえた再評価に係る申請（チャレンジ申請）を行うことの妥当性判断に係る申請を行い、チャレンジ申請を行うことが妥当であると判断されたプログラム医療機器の使用又は支給については、当該判断の際に付された条件の下で、中央社会保険医療協議会総会において認められた範囲において、中央社会保険医療協議会総会において認められた期間に行われるものについて特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が上記期間内であれば、患者による使用時点が上記期間を超える場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（６）　チャレンジ申請を現に行っているプログラム医療機器の使用又は支給については、「医療機器の保険適用等に関する取扱いについて」（令和８年２月 13 日産情発 0213 第４号、保発 0213 第６号）に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間（240 日を上限とする。）の範囲内で行われたプログラム医療機器の使用又は支給について特別の料金を徴収することができるものとする。なお、支給時点が 240 日以内であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を徴収することができるものとする。

（７）　医療技術の保険適用について保険医療材料等専門組織で審議する場合において、保険適用希望内容のうちその全部又は一部について、新たな技術料の設定や技術料の見直しに当たり、分野横断的な幅広い観点からの評価や他の既存技術に対する評価の見直しがあわせて必要と考えられる場合は、保険医療材料等専門組織は医療技術評価分科会での審議を求めることができることとされているところ、医療技術評価分科会での審議を行うプログラム医療機器については、（６）に規定する保険適用希望書が受理された日から当該保険適用希望に係る保険適用上の取扱いが決定されるまでの期間の上限は、２年（やむを得ない事情がある場合は３年とする。）とする。この場合において、支給時点が２年以内（やむを得ない事情がある場合は３年以内とする。）であれば、使用時点がそれ以後になる場合であっても特別の料金を

徴収することができるものとする。「やむを得ない事情がある場合」とは、保険適用を希望した日から起算して直近の診療報酬改定までの期間が２年を超える場合のことを指す。

（８） 特別の料金の徴収は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、患者に対し当該プログラム医療機器の名称、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的等、不具合等に関する主な情報を文書により提供しなければならないものとする。したがって、患者の自由な選択と同意がなされたものと認められない場合は、特別の料金の徴収は認められないこと。

（９） 処方箋を交付する場合であっても、（８）の情報の提供は医療機関において行うものとする。また、処方箋を交付する場合は、患者の希望する薬局において当該プログラム医療機器の支給が可能であるか事前に確認すること。この場合、処方箋を交付する場合も特別の料金を徴収することは認められるが、薬局においても特別の料金を徴収されることがある旨の説明を行うものとする。

(10) 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、当該プログラム医療機器の保険適用されている範囲における使用又は支給に係る所定点数相当額を標準とする。

(11) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式20により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。

(12) 本評価療養の対象となるプログラム医療機器については、別途通知するものとする。

13 別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）に関する事項

（１） 保険外併用療養費の支給対象となる患者申出療養は、厚生労働大臣に個別に認められたものとすること。

（２） 保険外併用療養費の支給額には、診療報酬上評価されていない手術及び処置等並びに歯冠修復及び欠損補綴等並びに薬価基準に収載されていない医薬品、保険適用されていない医療機器及び保険適用されていない再生医療等製品の費用については含まれないものであること。

（３） 保険医療機関は、保険外併用療養費の支給対象となる患者申出療養を行うに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとする。

（４） 患者から患者申出療養に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（５） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（６） 患者申出療養について、患者の希望に基づき、保険医療機関において申出に係る相談を実施した場合及び臨床研究中核病院において健康保険法（大正11年法律第70号）第63条第４項又は高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第64条第４項に規定する意見書その他必要な書類を作成した場合には、当該相談及び書類作成に係る費用について、患者から徴収しても差し支えないものとすること。ただし、この場合、「療養の給付と直接関係のないサービス等の取扱いについて」に定める費用徴収する場合の手続に従うこと。

14　特別の療養環境の提供に係る基準に関する事項

ｉ）　入院医療に係る特別の療養環境の提供

（１）　療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、（２）の要件を満たす病床について保険医療機関の病床（健康保険法第 63 条第３項第１号の指定に係る病床に限る。以下第３において同じ。）の数の５割まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

（２）　療養環境については、患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境である必要があり、次の①から④までの要件を充足するものでなければならないこと。

①　特別の療養環境に係る一の病室の病床数は４床以下であること。

②　病室の面積は１人当たり６．４平方メートル以上であること。

③　病床ごとのプライバシーの確保を図るための設備を備えていること。

④　特別の療養環境として適切な設備を有すること。

（３）　（１）にかかわらず、厚生労働大臣が次に掲げる要件を満たすものとして承認した保険医療機関にあっては、当該承認に係る病床割合まで患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

①　当該保険医療機関の所在地を含む区域（医療法（昭和 23 年法律第 205 号）第 30 条の４第２項第 14 号に規定する区域をいう。）における療養病床（同法第７条第２項第４号に規定する療養病床をいう。）及び一般病床（同項第５号に規定する一般病床をいう。以下同じ。）の数が、同法第 30 条の４第１項に規定する医療計画において定める当該区域の療養病床及び一般病床に係る基準病床数に既に達しており、かつ、特別の療養環境に係る病床数の当該保険医療機関の病床数に対する割合を増加しても患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないこと。

この場合においては、当該保険医療機関におけるこれまでの特別の病室の稼働の状況、特別の病室の申し込みの状況等を勘案し、当該保険医療機関の特別の病室を増加しても、患者が療養の給付を受けることに支障を来すおそれがないかどうか判断するものとすること。

②　経験を有する常勤の相談員により、特別の療養環境の提供に係る病室への入退室及び特別の料金等に関する相談体制が常時とられていること。

③　必要に応じ、患者を適切かつ迅速に他の保険医療機関に紹介することができる等の他の保険医療機関との連携体制が整えられていること。

④　当該保険医療機関における特別の療養環境の提供に係る病室の全てについて、一の病室の病床数が２床以下であり、かつ、病室の面積及び設備については（２）の②から④までの要件を充足するものであること。

⑤　算定告示別表第一医科診療報酬点数表（以下「医科点数表」という。）第１章第２部第１節又は別表第二歯科診療報酬点数表（以下「歯科点数表」という。）第１章第２部第１節に規定する急性期病院一般入院基本料、急性期一般入院基本料、７対１入院基本料及び 10 対１入院基本料、療養病棟入院基本料（特別入院基本料等を除く。）並びに有床診療所入院基本料１及び有床診療所入院基本料４を算定する保険医療機関であること。

⑥　医療法施行規則（昭和 23 年厚生省令第 50 号）第 19 条第１項第１号及び第２号に定める医師及び歯科医師の員数を満たしていること。

⑦　厚生労働大臣から当該承認を受ける前６月間において掲示事項等告示第３の基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

（４）（３）の承認に係る病床割合については、次の事項を基準として設定すること。

①　医科点数表又は歯科点数表に掲げる療養環境加算、重症者等療養環境特別加算等を算定する病室として当該保険医療機関が届出を行っている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。

②　特定集中治療室、小児特定集中治療室、新生児特定集中治療室、母体・胎児集中治療室、一類感染症患者入院医療管理治療室等患者の治療上の必要があるために入院するものとして設けられている病室における病床は、承認に係る病床から除外すること。

③　地域医療支援病院（医療法第４条第１項に規定する地域医療支援病院をいう。以下同じ。）、救急病院等を定める省令（昭和 39 年厚生省令第８号）に基づき認定された救急病院等、「救急医療対策の整備事業について」（昭和 52 年医発第 692 号）に規定された保険医療機関等において救急患者のために設けられた専用病床等は、承認に係る病床から除外すること。

④　①から③までのほか、当該保険医療機関におけるこれまでの特別療養環境室以外の病床への入院状況、特別療養環境室への入院希望の状況、救急患者の割合等を総合的に勘案し、特別療養環境室に係る病床以外の病床を一定割合確保すること。

（５）（１）及び（３）にかかわらず、特定機能病院（医療法第４条の２第１項に規定する特定機能病院をいう。以下同じ。）以外の保険医療機関であって、国又は地方公共団体が開設するものにあっては、その公的性格等に鑑み、国が開設するものにあっては病床数の２割以下、地方公共団体が開設するものにあっては病床数の３割以下としたこと。

（６）　特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室に入院させられることのないようにしなければならないこと。

（７）　特別療養環境室へ入院させた場合においては、次の事項を履行するものであること。

①　保険医療機関内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に特別療養環境室の各々についてそのベッド数、特別療養環境室の場所及び料金を患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

②　特別療養環境室への入院を希望する患者に対しては、特別療養環境室の設備構造、料金等について明確かつ懇切丁寧に説明し、患者側の同意を確認のうえ入院させること。

③　この同意の確認は、料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであること。なお、この文書は、当該保険医療機関が保存し、必要に応じ提示できるようにしておくこと。

（８）　患者に特別療養環境室に係る特別の料金を求めてはならない場合としては、具体的には以下の例が挙げられること。なお、③に掲げる「実質的に患者の選択によらない場合」に該当するか否かは、患者又は保険医療機関から事情を聴取した上で、適宜判断すること。

①　同意書による同意の確認を行っていない場合（当該同意書が、室料の記載がない、患者側の署名がない等内容が不十分である場合を含む。）

② 患者本人の「治療上の必要」により特別療養環境室へ入院させる場合

（例）

・ 救急患者、術後患者等であって、病状が重篤なため安静を必要とする者、又は常時監視を要し、適時適切な看護及び介助を必要とする者

・ 免疫力が低下し、感染症に罹患するおそれのある患者

・ 集中治療の実施、著しい身体的・精神的苦痛を緩和する必要のある終末期の患者

・ 後天性免疫不全症候群の病原体に感染している患者（患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。）

・ クロイツフェルト・ヤコブ病の患者（患者が通常の個室よりも特別の設備の整った個室への入室を特に希望した場合を除く。）

③ 病棟管理の必要性等から特別療養環境室に入院させた場合であって、実質的に患者の選択によらない場合

（例）

・ ＭＲＳＡ等に感染している患者及び当該感染症の疑似症患者であって、主治医等が他の入院患者の院内感染を防止するため、実質的に患者の選択によらず入院させたと認められる者の場合

・ 特別療養環境室以外の病室の病床が満床であるため、特別療養環境室に入院させた患者の場合

なお、「治療上の必要」に該当しなくなった場合等上記②又は③に該当しなくなったときは、（６）及び（７）に示した趣旨に従い、患者の意に反して特別療養環境室への入院が続けられることがないよう改めて同意書により患者の意思を確認する等、その取扱いに十分に配慮すること。

（９） 患者が事実上特別の負担なしでは入院できないような運営を行う保険医療機関については、患者の受診の機会が妨げられるおそれがあり、保険医療機関の性格から当を得ないものと認められるので、保険医療機関の指定又は更新による再指定に当たっては、十分改善がなされた上で、これを行う等の措置も考慮すること。（３）に掲げる保険医療機関については、特に留意すること。

(10) 平成６年３月 31 日現在、従来の特別の病室として特別の料金を徴収している病室が（２）の②に掲げる要件を満たしていない場合は、当該病床を含む病棟の改築又は建替までは経過的に当該要件を課さないこととするが、早急に改善されるべきものであること。

(11) 保険医療機関は、特別の療養環境の提供に係る病床数、特別の料金等を定期的に地方厚生（支）局長に報告するとともに、当該事項を定め又は変更しようとする場合には、別紙様式１により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

ⅱ） 外来医療に係る特別の療養環境の提供

（１） 外来医療においても療養環境の向上に対するニーズが高まりつつあることに対応して、患者の選択の機会を広げるために、一定の要件を満たす診察室等について、患者に妥当な範囲の負担を求めることを認めることとしたものであること。

（２） 特別の療養環境の適切な提供を確保するため、診療に要する時間が長時間にわたる場合に限り特別の療養環境を提供することができるものであること。具体的には、一連の診療に要する時間が概ね１時間を超える場合をいうものであること。

（３） 療養環境については、患者が特別の負担をする上でふさわしい療養環境である必要があり、次の①及び②の要件を充足するものでなければならないこと。

① 特別療養環境室は完全な個室環境を生じさせることができるものに限られ、間仕切り等により個人の区画を確保するようなものは認められないこと。

② 患者が静穏な環境下で受診できる構造設備等が確保されていること。

（４） 特別の療養環境の提供は、患者への十分な情報提供を行い、患者の自由な選択と同意に基づいて行われる必要があり、患者の意に反して特別療養環境室における受診が強いられることのないようにしなければならないこと。このため、特別療養環境室は通常の診療室等における応需態勢を確保した上で提供される必要があり、通常の診察室が空いていない等の理由により特別療養環境室での受診が求められることのないようにしなければならないこと。なお、一定期間における複数回の受診について包括的に同意を得ることは差し支えないが、その際には期間等を明示した上で同意を確認すること。

（５） 特別の療養環境の提供を受ける患者は他の患者に比べ予約の順位が優先されるなど、療養環境の提供以外の便宜を図ることは認められないこと。

（６） ｉ）（７）から（９）まで及び（11）に掲げる事項について、外来医療における特別の療養環境の提供においても準用するものであること。（様式については別紙様式１の２によること。）

15 予約に基づく診察に関する事項

（１） 予約診察による特別の料金の徴収については、当該予約診察が保険医療機関において対面で行われるものでなければ認められないものであること。

（２） 予約診察による特別の料金の徴収に当たっては、それぞれの患者が予約した時刻に診療を適切に受けられるような体制が確保されていることが必要であり、予約時間から一定時間(30分程度)以上患者を待たせた場合は、予約料の徴収は認められないものであること。

（３） 予約料を徴収しない時間を各診療科ごとに少なくとも延べ外来診療時間の２割程度確保するものとする。なお、この時間帯の確保に当たっては、各診療科における各医師又は歯科医師の同一診療時間帯に、予約患者とそうでない患者を混在させる方法によっても差し支えないものとする。

（４） 予約患者でない患者についても、概ね２時間以上待たせることのないよう、適宜診察を行うものとすること。

（５） 予約患者については、予約診察として特別の料金を徴収するのにふさわしい診療時間(10分程度以上)の確保に努めるものとし、医師又は歯科医師１人につき１日に診察する予約患者の数は概ね40人を限度とすること。

（６） 上記の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内に患者にとって分かりやすく掲示するとともに、保険医療機関の受付窓口の区分、予約でない患者に対する受付窓口での説明、予約患者でない患者への番号札の配布等、各保険医療機関に応じた方法により、予約患者とそうでない患者のそれぞれについて、当該取扱いが理解されるよう配慮するものとすること。

また、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

（７） 予約料の徴収は、患者の自主的な選択に基づく予約診察についてのみ認められるものであ

り、病院側の一方的な都合による徴収は認められないものであること。

（８） 予約料の額は、曜日・時間帯、標榜科等に応じて複数定めても差し支えないが、社会的に見て妥当適切なものでなければならないこと。

（９） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式３により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

(10) 専ら予約患者の診察に当たる医師又は歯科医師がいても差し支えないものとすること。

(11) 予約診察を行う時刻は夜間、休日又は深夜であっても差し支えないものとすること。ただし、この場合には、当該予約患者については保険医療機関において診療応需の態勢をとっているといえることから、医科点数表又は歯科点数表に規定する時間外加算、休日加算及び深夜加算は算定できないこと。

16 保険医療機関又は保険薬局が表示する診療時間又は開局時間以外の時間における診察等（以下単に「時間外診察等」という。）に関する事項

（１） 本制度は、国民の生活時間帯の多様化や時間外診察等に係るニーズの動向を踏まえて創設されたものであり、したがって、本制度の対象となるのは、緊急の受診の必要性はないが患者が自由な選択に基づき、自己の都合により時間外診察等を希望した場合に限られ、緊急やむを得ない事情による時間外の診察等については従前通り診療報酬点数表上又は調剤報酬点数表上の時間外加算の対象となり、患者からの費用徴収は認められないものであること。また、時間外診察等に係る特別の料金を徴収する場合は、診療報酬点数表上又は調剤報酬点数表上の時間外加算、休日加算及び深夜加算は算定できない。

（２） 「時間外診察等」には、保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における診察、医師の診察とは別日に実施される保険医療機関が表示する診療時間以外の時間における指導管理（外来栄養食事指導料、がん患者指導管理料、乳腺炎重症化予防ケア・指導料、心理支援加算等を算定する指導管理をいう。）及び保険薬局が表示する開局時間以外の時間における調剤が含まれるものであること。

（３） 時間外診察等に係る特別の料金の徴収については、当該時間外診察等が保険医療機関又は保険薬局において対面で行われるものでなければ認められないものであること。

（４） 本制度に基づき時間外診察等に係る費用徴収を行おうとする保険医療機関及び保険薬局は、時間外診察等に係る費用徴収についての掲示をあらかじめ院内及び薬局内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関及び保険薬局については、この限りではない。

（５） 社会通念上時間外とされない時間帯（例えば平日の午後４時）であっても、当該保険医療機関又は保険薬局の標榜診療時間帯又は標榜開局時間帯以外であれば、診療報酬上又は調剤報酬上の時間外加算とは異なり、本制度に基づく時間外診察等に係る費用徴収は認められるものであること。

（６） 患者からの徴収額については、診療報酬点数表又は調剤報酬点数表における時間外加算の所定点数相当額を標準とすること。

（７） 患者からの徴収額及び標榜診療時間帯若しくは標榜開局時間帯を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式４により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

17 200 床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項

（１） 病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の保険医療機関等からの紹介なしに一般病床の数が 200 床以上の病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、初診料を算定する初診に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたところであるが、当該療養の取扱いについては、以下のとおりとすること。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

① 患者の疾病について医学的に初診といわれる診療行為が行われた場合に徴収できるものであり、自ら健康診断を行った患者に診療を開始した場合等には、徴収できない。

② 同時に２以上の傷病について初診を行った場合においても、１回しか徴収できない。

③ １傷病の診療継続中に他の傷病が発生して初診を行った場合においても、第１回の初診時にしか徴収できない。

④ 医科・歯科併設の病院においては、お互いに関連のある傷病の場合を除き、医科又は歯科においてそれぞれ別に徴収できる。

⑤ ①から④までによるほか、初診料の算定の取扱いに準ずるものとする。

（２） 初診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提として、患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであり、当該情報提供に資する観点から、「他の保険医療機関等からの紹介によらず、当該病院に直接来院した患者については初診に係る費用として〇〇〇〇円を徴収する。ただし、緊急その他やむを得ない事情により、他の保険医療機関からの紹介によらず来院した場合にあっては、この限りでない。」旨を病院の見やすい場所に患者にとって分かりやすく明示するものとすること。

（３） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（４） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式２により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。また、特別の料金を徴収した患者数並びに特別の料金を徴収しなかった場合における当該患者数及びその理由等特別の料金の徴収に係る状況について、記録しておくこと。

患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、上記を含む実施状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

（５） 国の公費負担医療制度の受給対象者については、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして、初診に係る特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。

（６） いわゆる地方単独の公費負担医療（以下「地方単独事業」という。）の受給対象者については、当該地方単独事業の趣旨が、特定の障害、特定の疾病等に着目しているものである場合には、（５）と同様の取扱いとすること。

（７） 社会福祉法（昭和 26 年法律第 45 号）第２条第３項第９号に規定するいわゆる無料低額診療事業の実施医療機関において当該制度の対象者について初診に係る特別の料金の徴収を行うこと、及びエイズ拠点病院において HIV 感染者について初診に係る特別の料金の徴収を行うことは、「やむを得ない事情がある場合」に該当するものとして認められないものであること。

18 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が 200 床未満の病院を除く。）及び外来機能報告対象病院等（医療法第 30 条の 18 の４第１項第２号の規定に基づき、同法第 30 条の 18 の２第１項第１号の厚生労働省令で定める外来医療を提供する基幹的な病院として都道府県

が公表したもの（以下「紹介受診重点医療機関」という。）に限り、一般病床に係るものの数が200床未満の病院を除く。）の初診に関する事項

（１） 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200床未満の病院を除く。）は、健康保険法第70条第３項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することと併せて、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者については、選定療養として、初診時に 7,000 円（歯科医師である保険医による初診の場合は 5,000 円）以上の金額の支払を受けることとしたところであるが、その取扱いについては、（２）から（７）までに定めるとおりとすること。なお、当該初診の取扱い及び病床数の計算の仕方については、17 の（１）と同様の取扱いとすること。

（２） （１）の措置は、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（平成18年厚生労働省告示第 495 号）第２条第４号に掲げる初診として行われるものであり、（１）の金額の支払を受ける場合には、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（３） 救急の患者その他17の（５）から（７）までに定める患者については、「緊急やむを得ない場合」に該当するものとして、特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。

（４） （３）に定める場合のほか、正当な理由がある場合は、他の保険医療機関等からの紹介なしに受診した患者について、（１）の金額の支払を求めないことができること。なお、正当な理由がある場合とは、次に掲げる患者に初診を行う場合であること。

① 自施設の他の診療科から院内紹介されて受診する患者
② 医科と歯科との間で院内紹介された患者
③ 特定健康診査、がん検診等の結果により精密検査受診の指示を受けた患者
④ 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者
⑤ 外来受診から継続して入院した患者
⑥ 地域に他に当該診療科を標榜する保険医療機関がなく、当該保険医療機関が外来診療を実質的に担っているような診療科を受診する患者
⑦ 治験協力者である患者
⑧ 災害により被害を受けた患者
⑨ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者
⑩ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（急を要しない時間外の受診及び単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合を除く。）

（５） （１）の金額の支払を求めた患者に対する保険外併用療養費の支給額は、当該初診に係る所定点数から、200 点（歯科医師である保険医による初診の場合においても同じ。）を控除した点数を用いて算定することとしたものであること。

（６） その他、17の（２）及び（４）に定める取扱いに準ずるものとすること。

（７） 新たに紹介受診重点医療機関として公表された保険医療機関については、保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部を改正する省令（令和４年厚生労働省令第31号。以下「令和４

年改正省令」という。）附則第２条第３項及び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等の一部を改正する告示（令和４年厚生労働省告示第52号。以下「令和４年改正告示」という。）附則第２項に規定する正当な理由を有するものとして、当該公表があった日から起算して６か月を経過する日までの間に限り、（１）の金額の支払を受けることを要しないこと。

19　200床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の再診に関する事項

（１）　病院と診療所の機能分担の推進を図る観点から、他の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、自己の選択に係るものとして、外来診療料又は再診料に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。また、同時に２以上の傷病についてそれぞれ別の診療科で再診を行った患者であっても、ある傷病に係る診療科において、他の病院又は診療所に対し文書による紹介を行う旨の申出（以下「逆紹介」という。）が行われたにもかかわらず、当該診療科を受診した場合には、別の傷病に係る診療科において逆紹介が行われていない場合であっても、特別の料金を徴収することができるものである。なお、病床数の計算の仕方は、外来診療料に係る病床数の計算方法の例によるものであること。

（２）　外来診療料又は地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定する療養に相当する療養が行われた場合に特別の料金を徴収することができるものである。

（３）　再診に係る特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供を前提とされるものであり、当該情報提供に資する観点から、必要な情報を病院の見やすい場所に患者にとって分かりやすく明示するものとする。

（４）　他の病院又は診療所に対する文書による紹介を行う旨の申出については、当該医療機関と事前に調整した上で行うものとし、以下の事項を記載した文書を交付することにより行うものであること。また、当該文書による申出を行った日については、特別の料金の徴収は認められないものであること。

ア　他の病院又は診療所に対し文書により紹介を行う用意があること。

イ　紹介先の医療機関名

ウ　次回以降特別の料金として○○円を徴収することとなること。

（５）　その他、200 床（一般病床に係るものに限る。）以上の病院の初診に関する事項の(３)から(７)までの取扱いに準ずるものとすること。

20　特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床に係るものの数が 200 床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（一般病床に係るものの数が 200 床未満の病院を除く。）の再診に関する事項

（１）　特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（一般病床の数が200未満の病院を除く。）は、健康保険法第70条第３項に規定する保険医療機関相互間の機能の分担及び業務の連携のための措置として、患者の病状その他の患者の事情に応じた適切な他の保険医療機関を当該患者に紹介することと併せて、逆紹介を行ったにもかかわらず、当該病院を受診した患者については、選定療養として、再診時に 3,000 円（歯科医師である保険医による再診の場合は 1,900 円）以上の金額の支払を受けることとしたところであるが、その取扱い等については、（２）から（８）までに定めるとおりとすること。

（２） 特定機能病院、地域医療支援病院（一般病床の数が 200 床未満の病院を除く。）及び紹介受診重点医療機関（一般病床の数が 200 未満の病院を除く。）は、患者の病状が安定している場合その他当該保険医療機関以外の病院又は診療所に紹介することが適当と認めたときは、逆紹介を行うものとし、当該申出を行ったにもかかわらず患者が受診した場合には、（１）の金額の支払を受けること。

（３） （１）の措置は、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２条第５号に掲げる再診として行われるものであり、（１）の金額の支払を受ける場合には、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（４） 救急の患者その他17の（５）から（７）までに定める患者については、「緊急やむを得ない場合」に該当するものとして、特別の料金の徴収を行うことは認められないものであること。

（５） （４）に定める場合のほか、正当な理由がある場合は、（１）の金額の支払を求めないことができること。なお、正当な理由がある場合とは、次に掲げる患者に再診を行う場合であること。

① 救急医療事業、周産期事業等における休日夜間受診患者

② 外来受診から継続して入院した患者

③ 災害により被害を受けた患者

④ 労働災害、公務災害、交通事故、自費診療の患者

⑤ その他、保険医療機関が当該保険医療機関を直接受診する必要性を特に認めた患者（急を要しない時間外の受診及び単なる予約受診等、患者の都合により受診する場合を除く。）

（６） （１）の金額の支払を求めた患者に対する保険外併用療養費の支給額は、当該再診に係る所定点数から、50 点（歯科医師である保険医による再診の場合は 40 点）を控除した点数を用いて算定することとしたものであること。

（７） その他、19 の取扱いに準ずるものとすること。

（８） 新たに紹介受診重点医療機関として公表された保険医療機関については、令和４年改正省令附則第２条第３項及び令和４年改正告示附則第２項に規定する正当な理由を有するものとして、当該公表があった日から起算して６か月を経過する日までの間に限り、（１）の金額の支払を受けることを要しないこと。

21 医科点数表等に規定する回数を超えて受けた診療であって別に厚生労働大臣が定めるものに関する事項

（１） 本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療であって、①検査（腫瘍マーカーのうち、「α－フェトプロテイン（ＡＦＰ）」及び「癌胎児性抗原（ＣＥＡ）」、「前立腺特異抗原（ＰＳＡ）」及び「ＣＡ19－9」、②リハビリテーション（「心大血管疾患リハビリテーション料」、「脳血管疾患等リハビリテーション料」、「廃用症候群リハビリテーション料」、「運動器リハビリテーション料」、「呼吸器リハビリテーション料」、「摂食機能療法」及び「リンパ浮腫複合的治療料」）、③精神科専門療法（「精神科ショート・ケア」、「精神科デイ・ケア」、「精神科ナイト・ケア」及び「精神科デイ・ナイト・ケア」）について、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。

ただし、①については、患者の不安を軽減する必要がある場合、②については、患者の治療に対する意欲を高める必要がある場合、③については、患者家族の負担を軽減する必要がある場合に限り実施されるものであること。

なお、当該診療の実施に当たっては、その旨を診療録に記載すること。

（２） 本制度に基づき医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施する場合において、特掲診療料の施設基準等（平成 20 年厚生労働省告示第 63 号）等により施設基準が定められている場合には、これに適合する旨を地方厚生（支）局長に届け出ていること。

（３） 医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る特別の料金の徴収を行おうとする保険医療機関は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、当該事項について院内の見やすい場所に分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

（４） 保険医療機関は、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療を実施するに当たり、あらかじめ患者に対し、その内容及び費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、この同意の確認は、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うこと。

（５） 患者から、医科点数表等に規定する回数を超えて行う診療に係る費用を特別の料金として徴収する場合、当該特別の料金の徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該特別の料金の徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（６） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、医科点数表等に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とすること。

（７） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式13により地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

22　入院期間が 180 日を超える入院に関する事項

（１） 入院医療の必要性が低いが患者側の事情により長期にわたり入院している者への対応を図る観点から、通算対象入院料（一般病棟入院基本料（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料を含み、医科点数表の注11に規定する療養病棟入院料１の例により算定する場合（歯科点数表第１章第２部第１節通則１の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。）を除く。）、特定機能病院入院基本料（一般病棟の場合に限り、医科点数表の注９に規定する療養病棟入院料１の例により算定する場合（歯科点数表第１章第２部第１節通則１の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。）を除く。）及び専門病院入院基本料（医科点数表の注８に規定する療養病棟入院料１の例により算定する場合（歯科点数表第１章第２部第１節通則１の規定により医科点数表の例により算定する場合を含む。）を除く。）をいう。以下同じ。）を算定する保険医療機関への 180 日を超える入院（(６)に定める患者の入院を除く。）については、患者の自己の選択に係るものとして、その費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（２） 入院期間は、以下の方法により計算されるものであり、医科点数表及び歯科点数表（以下

「医科点数表等」という。）の例により計算されるものではないことに留意すること。

① 保険医療機関を退院した後、同一の疾病又は負傷により、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合（当該疾病又は負傷が一旦治癒し、又は治癒に近い状態（寛解状態を含む。）になった後に入院した場合を除く。）にあっては、これらの保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。

② ①の場合以外の場合にあっては、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算する。

（３） 退院の日から起算して３月以上（悪性腫瘍、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）第５条第１項に規定する指定難病（同法第７条第４項に規定する医療受給者証を交付されている患者（同条第１項各号に規定する特定医療費の支給認定に係る基準を満たすものとして診断を受けたものを含む。）に係るものに限る。）又は「特定疾患治療研究事業について」（昭和 48 年４月 17 日衛発第 242 号）に掲げる疾患（当該疾患に罹患しているものとして都道府県知事から受給者証の交付を受けているものに限る。ただし、スモンについては過去に公的な認定を受けたことが確認できる場合等を含む。）に罹患している患者については１月以上。以下同じ。）の期間、同一傷病について、いずれの保険医療機関に入院することなく経過した後に、当該保険医療機関又は他の保険医療機関に入院した場合は、（２）の②に該当するものであり、入院期間の計算方法は、現に入院している保険医療機関において通算対象入院料を算定していた期間を通算するものであること。

（４） 入院期間の確認については、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）別添１第１章第２部通則３に従うものであること。

（５） 保険外併用療養費の支給額は、所定点数から通算対象入院料の基本点数の 100 分の 15 に相当する点数を控除した点数をもとに計算されるものであるが、通算対象入院料の基本点数とは、それぞれの区分の注１（特別入院基本料、月平均夜勤時間超過減算及び夜勤時間特別入院基本料の場合は注２）に掲げられている点数であるものである。なお、控除する点数に１点未満の端数があるときは、小数点以下第一位を四捨五入して計算するものとする。また、外泊期間中は、保険外併用療養費は支給しないものとする。なお、外泊期間中であっても、特別の料金を徴収することができることとし、その標準については、（９）に規定するところによるものとする。

（６） 当該制度は、入院医療の必要性が低いが患者側の事情により入院しているものへの対応を図るためのものであることから、以下の表の左欄に掲げる状態等にあって、中欄の診療報酬点数に係る療養のいずれかについて、右欄に定める期間等において実施している患者の入院については、選定療養には該当せず、特別の料金を徴収することは認められないものである。なお、左欄に掲げる状態等にある患者が、退院等により右欄に定める実施期間等を満たさない場合においては、当該月の前月において選定療養に該当していない場合に限り、当該月においても同様に取り扱う。他の病院から転院してきた患者についても同様の取扱いとする。

状態等	診療報酬点数	実施の期間等
１　難病患者等入院診療加	難病患者等入院診療加算	当該加算を算定している期間

算を算定する患者		
2　重症者等療養環境特別加算を算定する患者	重傷者等療養環境特別加算	当該加算を算定している期間
3　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由者でなかった患者を除く。）、脊椎損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者を除く。）、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等（注１参照）		左欄の状態にある患者
4　悪性新生物に対する腫瘍用薬（重篤な副作用を有するものに限る。）を投与している状態（注２参照）	動脈注射 抗悪性腫瘍剤局所持続注入 点滴注射 中心静脈注射 骨髄内注射	左欄治療により、集中的な入院加療を要する期間
5　悪性新生物に対する放射線治療を実施している状態	放射線治療（エックス線表在治療又は血液照射を除く。）	
6　ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態（注３参照）	ドレーン法（ドレナージ） 胸腔穿刺 腹腔穿刺	当該月において２週以上実施していること
7　人工呼吸器を使用している状態	間歇的陽圧吸入法、体外式陰圧人工呼吸器治療 人工呼吸	当該月において１週以上使用していること
8　人工腎臓、持続緩徐式血液濾過又は血漿交換療法を実施している状態	人工腎臓、持続緩徐式血液濾過 血漿交換療法	各週２日以上実施していること（注４参照） 当該月において２日以上実施していること
9　全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態（当該手術を実施した	脊椎麻酔 開放点滴式全身麻酔 声門上器具又は気管挿管に	

日から起算して30日までの間に限る。）	よる気道確保を伴う閉鎖循環式全身麻酔	
10　末期の悪性新生物に対する治療を実施している状態	薬剤料（麻薬に限る。）（注５参照） 神経ブロック（注６参照）	左欄の状態にある期間
11　呼吸管理を実施している状態	救命のための気管挿管（注７参照） 気管切開術（注８参照） 酸素吸入（注９参照）	
12　頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態（注10参照）	喀痰吸引、干渉低周波去痰器による喀痰排出 気管支カテーテル薬液注入法	当該月において１日あたり８回（夜間を含め約 3 時間に１回程度）以上実施している日が20日を超えること
13　肺炎等に対する治療を実施している状態	薬剤料（抗生剤に限る。）（注11参照）	左欄の状態にある期間
14　集中的な循環管理が実されている先天性心疾患等の患者（注12参照）	薬剤料（強心剤等に限る。）	
15　15歳未満の患者		左欄の年齢にある期間
16　児童福祉法第６条の２第３項に規定する小児慢性特定疾病医療支援を受けている患者		当該支援を受けている期間
17　児童福祉法第20条第１項の療育の給付を受けている患者		当該給付を受けている期間
18　造血幹細胞移植又は臓器移植後の拒絶反応に対する治療を実施している患者		左欄の状態にある期間

注１　３の左欄に掲げる状態等にある患者は具体的には以下のような状態等にあるものをいうものであること。

a　重度の肢体不自由者（脳卒中の後遺症又は認知症の患者であって、その発症前は重度の肢体不自由者でなかった患者を除く。）、脊髄損傷等の重度障害者（脳卒中の後遺症又は認知症の患者であって、その発症前は脊髄損傷等の重度障害者でなかった患者を除く。）

なお、脳卒中の後遺症の患者及び認知症の患者については、当該傷病が主たる傷病である患者のことをいう。

b　重度の意識障害者

重度の意識障害者とは、次に掲げる者をいう。なお、病因が脳卒中の後遺症であっても、次の状態である場合には、重度の意識障害者となる。

ア　意識障害レベルがＪＣＳ(Japan Coma Scale)でⅡ－３（又は 30）以上又はＧＣＳ（Glasgow Coma Scale）で８点以下の状態が２週以上持続している患者

イ　無動症の患者（閉じ込め症候群、無動性無言、失外套症候群等）

c　以下の疾患に罹患している患者

筋ジストロフィー、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上でかつ生活機能障害度Ⅱ度又はⅢ度のものに限る。））、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎及びもやもや病（ウイリス動脈輪閉塞症）

d　重度の肢体不自由者については、「「障害老人の日常生活自立度（寝たきり度）判定基準」の活用について」（平成３年 11 月 18 日老健第 102－２号）においてランクＢ（以下「ランクＢ」という。）以上に該当するものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。

2　４の「重篤な副作用を有するもの」とは、肝障害、間質性肺炎、骨髄抑制、心筋障害等の生命予後に影響を与えうる臓器障害を有する腫瘍用薬であること。

3　６に係る胸腔穿刺又は腹腔穿刺を算定した場合は、当該胸腔穿刺又は腹腔穿刺に関し洗浄を行った旨を診療報酬明細書に記載すること。

4　８の「人工腎臓を実施している状態」にある患者については、ランクＢ以上に該当するものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨を診療報酬明細書に記載すること。

5　10 の中欄に規定する「麻薬」については、使用薬剤を診療報酬明細書に記載すること。

6　10 の中欄に規定する「神経ブロック」とは、医科点数表第２章第 11 部第２節区分番号「Ｌ１００」神経ブロック（局所麻酔剤又はボツリヌス毒素使用）、区分番号「Ｌ１０１」神経ブロック（神経破壊剤又は高周波凝固法使用）又は区分番号「Ｌ１０５」神経ブロックにおける麻酔剤の持続的注入であること。

7　11 の中欄に規定する「救命のための気管挿管」を実施している患者については、気管挿管を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

8　11 の中欄に規定する「気管切開術」を実施している患者については、ランクＢ以上に該当するものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨及び気管切開術を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

9　11 の中欄に規定する「酸素吸入」を実施している患者については、ランクＢ以上に該当し、かつ、酸素吸入を実施しない場合には経皮的動脈血酸素飽和度が 90%以下となるものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨及び酸素吸入を実施しな

い場合の経皮的動脈血酸素飽和度の値及び酸素吸入を実施している旨を診療報酬明細書に記載すること。

10　12 の左欄に規定する「頻回に喀痰吸引・排出を実施している状態」については、ランクＢ以上に該当するものが対象となるものであり、ランクＢ以上に該当する旨及び喀痰吸引又は干渉低周波去痰器による喀痰排出の内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）について、診療報酬明細書に記載すること。また、頻回の喀痰吸引を長期間必要とする理由（気管切開等の呼吸管理を行っておらず、かつ、長期間喀痰吸引を実施している場合は、特にその理由を診療録に記載する。）及びその内容（喀痰吸引等の頻度、喀痰吸引に伴う排痰処置等）を診療録に記載すること。

11　13 の中欄に規定する抗生剤（病原生物に対する医薬品をいう。）は、主として全身性の感染症に対する治療のために投与される注射薬に限るものとし、使用薬剤並びに当該治療に係る細菌培養同定検査等及び薬剤感受性検査の結果を診療報酬明細書に記載又は添付すること。

12　14 の「集中的な循環管理が実施されている先天性心疾患等の患者」については、常時モニタリング下に、塩酸ドパミン、塩酸ドブタミン、ミルリノン、アムリノン、塩酸オルプリノン、不整脈用剤又はニトログリセリン（いずれも注射薬に限る。）を投与されている先天性心疾患等の患者が対象となるものであり、循環管理の内容（モニタリングの内容、使用薬剤等）を診療報酬明細書に記載すること。

（７）　急性増悪のため、通算対象入院料を算定する病棟から、一般病棟に転棟させた場合（一般病棟に入院中の患者が急性増悪した場合を含む。）は当該転棟の日（一般病棟に入院中の患者については急性増悪の日）から 30 日間は、特別の料金を徴収することは認められない取扱いとするものであること。ただし、30 日間を経過した後は、（６）に規定する基準に従い、当該患者の入院が選定療養となるか否かを判断するものであること。なお、この場合においては、一般病棟に転棟させた理由を診療報酬明細書に詳細に記載すること。

（８）　特別の料金を徴収しようとする場合は、患者への十分な情報提供が前提とされるものであり、特別の料金の額等に関する情報を文書により提供しなければならないものとする。

（９）　特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、通算対象入院料の基本点数の 100 分の 15 に相当する点数をもとに計算される額を標準とする。

(10)　特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 10 により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとする。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について別紙様式 10 により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

23　前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金の支給に関する事項

（１）　前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金とは、金属歯冠修復であって、その金属として金合金又は白金加金を用いたものであること。なお、硬質レジン前装冠に用いる金合金又は白金加金は対象としないこと。

（２）　保険外併用療養費の額は、再診、補綴時診断、印象採得、咬合採得、金属歯冠修復製作（材料料を含む。）、装着に係る所定点数を合計して算出すること。

（３）　前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用については、社会的にみ

て妥当適切なものでなければならないこと。

（４） 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用を徴収する保険医療機関は、金合金又は白金加金に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

（５） 本制度が適用されるのは、患者に対して前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

（６） 保険医療機関が、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式14により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

（７） 患者から前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金加金に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（８） 本制度に基づき、前歯部の金属歯冠修復の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金合金又は白金加金の支給の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

24　金属床による総義歯の提供に関する事項

（１） 本制度は、有床義歯に係る患者のニーズの動向等を踏まえて創設されたものであること。

（２） 金属床総義歯とは、義歯床粘膜面の大部分が金属で構成されていて顎粘膜面にその金属が直接接触する形態で、なおかつ金属部分で咬合・咀嚼力の大部分を負担できる構造の総義歯をいうものであること。

（３） 金属床総義歯を提供する場合は熱可塑性樹脂を用いたものとみなして保険外併用療養費を支給するが、その費用は患者に対し実際に行った再診、顎運動関連検査、補綴時診断、印象採得、仮床試適、義歯製作（材料料を含む。）、装着及び新製有床義歯管理（１回のみ）に係る所定点数を合計して算出すること。

（４） 金属床総義歯に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。

（５） 本制度に基づき、金属床総義歯に係る費用を徴収する保険医療機関は、金属床総義歯の概要及び金属床総義歯に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

（６） 本制度が適用されるのは、患者に対して総義歯に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

（７） 保険医療機関が、保険外併用療養費及び特別の料金からなる金属床総義歯に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式５により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

（８） 患者から金属床総義歯に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用

療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（9） 本制度に基づき、金属床総義歯の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に金属床総義歯に係る費用を含めた金属床総義歯の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

25 う蝕に罹患している患者の指導管理に関する事項

（1） 本制度は、小児う蝕の再発抑制に対するニーズが高まりつつあることを踏まえて創設されたものであること。

（2） 本制度の対象となる指導管理（以下「継続管理」という。）は、う蝕多発傾向を有しない16歳未満の患者であって継続的な管理を要するものに対するフッ化物局所応用又は小窩裂溝填塞による指導管理に限られるものとし、保険外併用療養費の額は、再診料、歯科疾患管理料及び歯科衛生実地指導料に係る所定点数を合計して算出すること。なお、16歳以上の患者については、本制度の対象としないこと。

（3） フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用については、社会的にみて妥当適切なものでなければならないこと。

（4） 本制度に基づき、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を徴収する保険医療機関は、継続管理の概要並びにフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

（5） 本制度が適用されるのは、患者又は患者の保護者に対して継続管理に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものとすること。

（6） 保険医療機関が、フッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式７により地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

（7） 患者又は患者の保護者からフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（8） 本制度に基づき、継続管理の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にフッ化物局所応用及び小窩裂溝填塞に係る費用を含めた継続管理の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

26 白内障に罹患している患者に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に関する事項

（1） 本制度は、患者の要望に従い、患者の自己の選択に係るものとして、白内障に対する水晶体再建に使用する眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給について、眼鏡装用率の軽減に係る費用に相当する療養部分についてその費用を患者から徴収することができることとしたものである。

（2） 関係学会から示されている指針に基づき、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レン

ズの支給を適切に実施すること。

（３） 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズとは、白内障に罹患している患者に対する水晶体再建において水晶体の代用として視力補正を目的に挿入されるものであって、多焦点機構を有する後房レンズとして医薬品医療機器等法上の承認（医薬品医療機器等法第23条の２の５第１項又は第 23 条の２の 17 第１項による承認）を受けた眼内レンズのうち、眼鏡装用率又は眼鏡依存度の軽減効果を有するとして承認されたもの又は令和２年３月 31 日までに先進医療において眼鏡装用率の軽減効果を有すると評価されたものであること。

（４） 眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る特別の料金の徴収を行おうとする保険医療機関は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、（１）に示す本制度の趣旨及び特別の料金について院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

（５） 保険医療機関は、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズを支給するに当たり、あらかじめ患者に対し、本療養によって生じうる利益及び不利益並びに費用に関して明確かつ懇切に説明を行い、患者の自由な選択に基づき、文書によりその同意を得るものとし、この同意の確認は、特別の料金等を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うこと。

（６） 患者から眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（７） 特別の料金については、保険医療機関における眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの費用から医科点数表に規定する水晶体再建術において使用する眼内レンズ（その他のものに限る。）の費用を控除した額に、眼鏡装用率の軽減効果を有する多焦点眼内レンズの支給に必要な検査に係る費用を合算したものを標準として、社会的にみて妥当適切な範囲の額とすることとする。なお、当該検査に係る費用については、医科点数表に規定する基本点数をもとに計算される額を標準とすること。

（８） 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式18により地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について、地方厚生（支）局長に報告すること。

27 主として患者が操作等を行うプログラム医療機器であって、保険適用期間の終了後において患者の希望に基づき使用することが適当と認められるものの使用に関する事項

（１） 本制度は、主に患者自身が使用するものとして保険適用されているプログラム医療機器であって保険適用期間が定められているものについて、保険適用期間終了後に患者が自身の生活習慣の管理等のために継続的な使用を行うことに対するニーズの動向を踏まえて創設されたものであること。

（２） 当該プログラム医療機器の使用にあたり、当該プログラム医療機器の保険適用期間において、保険医療機関が満たすべき施設基準又は条件が設けられていた場合には、保険適用期間の終了後の使用に当たって、当該施設基準を満たす保険医療機関において、当該条件を遵守する必要があること。

（３） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、当該プログラム医療機器の保険適用期間中における診療報酬点数表のプログラム医療機器等指導管理料及び特定保険医療材料料等の所定点数相当額を標準とすること。

（４） 本制度に基づき、主として患者が操作等を行うプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用を徴収する保険医療機関は、当該プログラム医療機器の使用に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

（５） 本制度が適用されるのは、患者に対してプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

（６） 保険医療機関が、プログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式21により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

（７） 患者からプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（８） 本制度に基づき、プログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的にプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用に係る費用を含めたプログラム医療機器の保険適用期間の終了後における使用の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

28　間歇スキャン式持続血糖測定器の使用（算定告示に掲げる療養としての使用を除く。）に関する事項

（１） 本制度は、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用について、診療報酬上対象とならない患者が自身の生活習慣の管理等のために使用を行うことに対するニーズの動向等を踏まえて創設されたものであること。

（２） 本制度による間歇スキャン式持続血糖測定器の使用は、医科点数表区分番号Ｃ１５０に掲げる血糖自己測定器加算の注３の算定要件を満たさない患者に対して、Ｃ１５０に掲げる血糖自己測定器加算の注３に係る人員に関する要件（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添１第２章第２部第２節第２款Ｃ１５０の(５)に規定する要件をいう。）を満たす保険医療機関において行われるものに限られるものであること。

（３） 特別の料金については、その徴収の対象となる療養に要するものとして社会的にみて妥当適切な範囲の額とし、医科点数表のＣ１５０に掲げる血糖自己測定器加算の７の所定点数相当額を標準とすること。

（４） 本制度に基づき、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用を徴収する保険医療機関は、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事

項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

（５） 本制度が適用されるのは、患者に対して間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

（６） 保険医療機関が、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用等を定めた場合又は変更しようとする場合は、別紙様式22により地方厚生（支）局長にその都度報告するものとすること。

（７） 患者から間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（８） 本制度に基づき、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用を含めた間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとすること。

29　医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に関する事項

（１） 本制度は、医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に対するニーズの動向等を踏まえて創設されたものであること。

（２） 本制度による精子の凍結又は融解は、医科点数表区分番号Ｋ９１７－５に掲げる精子凍結保存管理料の算定対象とならない患者であって、当該患者の都合により、採卵時に射出精子を持参することが困難であるものについて、Ｋ９１７－５に掲げる精子凍結保存管理料の施設基準を満たす保険医療機関において行われるものに限られるものであること。

（３） 精子の凍結又は融解に係る特別の料金については、Ｋ９１７－５に掲げる精子凍結保存管理料の１の所定点数相当額を標準とすること。

（４） 本制度に基づき、精子の凍結又は融解に係る費用を徴収する保険医療機関は、精子の凍結又は融解に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

（５） 本制度が適用されるのは、患者に対して精子の凍結又は融解に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

（６） 患者から精子の凍結又は融解に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

30　長期収載品の処方等又は調剤に関する事項

（１） 創薬力強化に向けて、革新的な医薬品等の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置等を推進することとしているところ、医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため、後発医薬品の安定供給を図りつつ、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行うこととしている。本制度は、こうした政策的な要素を考慮した上で、具体的には、医療上の必要性があ

ると認められる場合等は、保険給付するという前提に立ちつつ、後発医薬品が存在する中においても、薬剤工夫による付加価値等への患者の選好により使用されることがある等の長期収載品の使用実態も踏まえ、長期収載品の処方等又は調剤について、患者の自己の選択に係るものとして、その費用を患者から徴収することとしたものである。

（２） 長期収載品とは、後発医薬品のある先発医薬品（昭和 42 年９月 30 日以前の薬事法（現行の医薬品医療機器等法）の規定による製造の承認がされた医薬品であって、価格差のある後発医薬品があるもの（いわゆる「準先発品」）を含む。）をいうものであること。

（３） 本制度の対象となる長期収載品は、次の①又は②の要件を満たす医薬品あって、当該長期収載品の薬価が、当該長期収載品の後発医薬品（組成、剤形及び規格が同一であるものに限る。以下同じ。）のうち最も薬価が高いものの薬価を超えているものであること。

① 当該長期収載品に係る後発医薬品が初めて薬価基準に収載された日の属する月の翌月の初日から起算して５年を経過した長期収載品（バイオ医薬品を除く。）

② 当該長期収載品に係る後発医薬品が初めて薬価基準に収載された日の属する月の翌月の初日から起算して５年を経過しない長期収載品であって、当該長期収載品に係る後発医薬品の数量を、当該長期収載品に係る後発医薬品の数量に当該長期収載品の数量を加えて得た数で除して得た数（以下「後発品置換え率」という。）が 50%以上であるもの（バイオ医薬品を除く。）

ただし、①の要件を満たす医薬品であっても、（６）③に記載のとおり、保険医療機関又は保険薬局において後発医薬品を提供することが困難な場合には選定療養の対象外とすることを踏まえ、後発品置換え率が極めて低い長期収載品（後発品置換え率が１%未満の長期収載品）は、対象外とする。

なお、対象となる長期収載品の具体的な品目の一覧（長期収載品の薬価、当該長期収載品の後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価等を含む。）は厚生労働省のウェブサイトに掲載している。

（４） 保険外併用療養費の支給額は、所定点数から次に掲げる点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価を控除して得た価格に２分の１を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて次の各区分の例により算定した点数を加えた点数をもとに計算されるものである。

① 別表第一区分番号Ｃ２００に掲げる薬剤
② 別表第一区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤
③ 別表第一区分番号Ｇ１００に掲げる薬剤
④ 別表第二区分番号Ｆ２００に掲げる薬剤
⑤ 別表第二区分番号Ｇ１００に掲げる薬剤
⑥ 別表第三区分番号２０に掲げる使用薬剤料

（５） 長期収載品の処方等又は調剤を行おうとする保険医療機関又は保険薬局は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、（１）に示す本制度の趣旨及び特別の料金について院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。

また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関又は保険薬局については、この限りではない。

（６） 本制度が適用されるのは、次の①から③までのすべてを満たす場合に限られるものであること。

① 患者に対して長期収載品の処方等又は調剤に関する十分な情報提供がなされ、医療機関又は薬局との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。なお、今般、本制度の導入にあたっては、院外処方や院内処方等及びそれを踏まえた調剤時における患者の希望による長期収載品の選択を対象とし、入院中の患者については対象外とする。

② 長期収載品を処方等又は調剤することに医療上必要があると認められる場合に該当しないこと。具体的には、処方箋の「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載された長期収載品は、医療上必要があると認められるため保険給付の対象となり、選定療養の対象にはならないこと。他方、患者の希望を踏まえ銘柄名処方され、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載された長期収載品や、一般名処方され、患者が調剤を希望した長期収載品は、選定療養の対象となること。

③ 当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当しないこと。

（７） 患者から長期収載品の処方等又は調剤に係る特別の料金の費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

（８） 特別の料金については、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、長期収載品と後発医薬品の価格差の一定割合とすること。また、後発医薬品の使用促進を進めていく観点からも、当該一定割合分を徴収しなければならないとすること。

具体的には、当該長期収載品の薬価から、当該長期収載品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に２分の１を乗じて得た価格を用いて算定告示の例により算定した点数に10円を乗じて得た額とすること。ここでいう当該長期収載品の後発医薬品の薬価とは、該当する後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価をいうこと。

なお、「選定療養」に係る費用として徴収する特別の料金は消費税の課税対象であるところ、前述で算定方法を示している長期収載品の特別の料金の額に消費税分は含まれておらず、前述の額に消費税分を加えて徴収する必要があること。

31 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に関する事項

（１） 本制度は、裸眼視力 1.0 未満の小中学生の割合が年々増加しており、近視の進行抑制については一定のニーズが存在すること等を踏まえて創設されたものであること。

（２） 本制度による近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に当たって行う検査については、医科点数表「眼科学的検査」の通則２に基づき算定すること。

（３） 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品に係る特別の料金については、社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

（４） 本制度に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る費用を徴収する保険医療機関及び保険薬局は、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品に係る費用について、あらかじめ院内及び薬局内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示してお

かなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関及び保険薬局については、この限りではない。

（５） 本制度が適用されるのは、患者に対して近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に関する十分な情報提供がなされ、保険医療機関及び保険薬局との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

（６） 患者から近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る費用徴収を行った保険医療機関及び保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとすること。

第４　療担規則第 11 条の３第１項及び療担基準第 11 条の３の厚生労働大臣が定める報告事項（掲示事項等告示第４関係）

１　健康保険法第 63 条第２項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 64 条第２項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解及び長期収載品の処方等又は調剤を除く。）に関する事項

２　酸素及び窒素の購入価格に関する事項

３　算定告示及び「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」に基づき、地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項

４　療担規則第５条の２第２項及び第５条の２の２第 1 項並びに療担基準第５条の２第２項及び第５条の２の２第１項に規定する明細書の発行状況に関する事項

５　保険医療機関が、地方厚生（支）局長に届け出た事項については、毎年８月１日現在の届出事項に係る状況等を地方厚生（支）局長に報告するものであること。この中には、算定告示に係る届出に関する事項が含まれているものであること。

第５　特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等（掲示事項等告示第５関係）

特殊療法等の禁止の例外である療担規則第 18 条及び療担基準第 18 条の厚生労働大臣が定める療法等として、次の療法を定めたものであること。

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条各号に掲げる評価療養及び１条の２に規定する患者申出療養に係る療法

第６　保険医の使用医薬品（掲示事項等告示第６関係）

薬価基準に収載されている医薬品等について、保険医が施用し又は処方することができることとしたものであること。その他保険医の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

第７　医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（掲示事項等告示第７関係）

１　保険医について、第６に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、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号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合又は厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準（平成 20 年厚生労

働省告示第 129 号）第３項各号に掲げる先進医療に係る薬物を使用する場合であること。

２　１のほか、他医薬品の使用等に関し留意すべき事項は以下のとおりであること。

（１）　我が国の健康保険制度においては、一連の診療の中で、①保険医が保険診療と特殊療法等を併せて行うこと、②保険診療と自由診療とを併せて行い、保険医療機関が、自由診療部分について患者から追加的な負担を求めることは、原則として禁止されており、これを行った場合には、当該診療は健康保険制度の対象としない（全て自由診療とする。）こととしているため、日本で承認を受けていない医薬品を医師が個人的に輸入し、患者に処方した場合、当該診療は健康保険制度の対象とならないものであること。

ただし、患者自身が、自己の責任においてこのような医薬品を輸入し、これを使用すること自体は禁止されておらず、また、このような患者に対する保険給付が一律に制限されるものではない。

なお、このような医薬品の輸入・使用は、患者個人の責任において行われるものであり、当該医薬品の使用により生ずる副作用等については、公的な補償の対象とならないものであること。

（２）　保険医が使用することが認められる医薬品は、掲示事項等告示第６に定められており、当該告示に規定されている医薬品を、当該医薬品の医薬品医療機器等法上の承認に係る効能・効果の範囲外で使用すること自体は禁止されているものではないこと。

（３）　保険薬局において、患者の希望に基づき次の①から③までに定めるサービスを提供した場合には、当該サービスについて、患者からその費用を徴収しても差し支えないものとすること。ただし、患者から費用を徴収する場合には、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」に定める手続きを経る必要があるものであること。

①　患者の希望に基づく内服薬の一包化（治療上の必要性がない場合に限る。）

ア　一包化とは、服用時点の異なる２種類以上の内服用固型剤又は１剤であっても３種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与することであること。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものであること。

イ　治療上の必要性の有無について疑義がある場合には、処方箋を交付した医師に確認すること。

ウ　患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等は、その理由を調剤録に記載すること。

②　患者の希望に基づく甘味剤等の添加（治療上の必要性がなく、かつ、治療上問題がない場合に限る。）

治療上の必要性及び治療上の問題点の有無について疑義がある場合には、処方箋を交付した医師に確認すること。

③　患者の希望に基づく服薬カレンダー（日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材をいう。）の提供

第８　保険医の使用歯科材料（掲示事項等告示第８関係）

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）に掲

げられている歯科材料について、歯冠修復及び欠損補綴において使用することができることとしたものである。

第９　厚生労働大臣が定める歯科材料の使用に係る場合（掲示事項等告示第９関係）

第８に規定する歯科材料以外の歯科材料の使用が認められる場合として、次の場合を定めたものであること。

①　金合金又は白金加金を前歯部の金属歯冠修復に使用する場合

②　掲示事項等告示第８に掲げる保険医療材料（金属であるものに限る。）以外の金属を総義歯の床部に使用する場合

③　医薬品医療機器等法第 80 条の３第１項に規定する治験に係る機械器具等を使用する場合

④　厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準第３項各号に掲げる先進医療に係る機械器具等を使用する場合

第 10　厚生労働大臣が定める注射薬等（掲示事項等告示第 10 関係）

１　保険医が投与することができる注射薬として電解質製剤等を定めたものである。

２　在宅血液透析を行っている患者とは以下に定めるものであること。

①　在宅血液透析指導管理料を算定している患者

②　介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で人工腎臓を行っている患者

③　「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年３月 31 日保医発第 0331002 号）の１の(1)から(6)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で人工腎臓を行っている患者

３　在宅腹膜灌流を行っている患者とは以下に定めるものであること。

①　在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者

②　介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で腹膜灌流を行っている患者

③　「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の１の(1)から(6)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で腹膜灌流を行っている患者

４　投薬期間に上限が設けられている医薬品

①　投薬量又は投与量が 14 日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法（昭和 28 年法律第 14 号）第２条第１号に規定する麻薬等を定めたものである。

②　投薬量又は投与量が 30 日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。

③　投薬量が 90 日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。

④　投与期間に上限が設けられている麻薬又は向精神薬の処方は、薬物依存症候群の有無等、患者の病状や疾患の兆候に十分注意した上で、病状が安定し、その変化が予見できる患者に限って行うものとする。

そのほか、当該医薬品の処方に当たっては、当該患者に既に処方した医薬品の残量及び他の医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について患者に確認し、診療録に記載するものとする。

第10の２　リフィル処方箋に係る厚生労働大臣が定める医薬品（掲示事項等告示第10の２関係）

療担規則第20条第３号ロ及び療担基準第20条第４号ロに規定するリフィル処方箋により処方することができない医薬品として、第10の４の①から③までに掲げる投薬期間に上限が設けられている医薬品及び鎮痛・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。）を定めたものであること。

第11　処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合（掲示事項等告示第12関係）

介護老人保健施設の入所者である患者に対する薬剤又は治療材料の支給を目的とした処方箋の交付の禁止の例外として、次の場合を定めたものであること。

① 悪性新生物に罹患している患者に対して抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

② ＨＩＦ―ＰＨ阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

③ ＪＡＫ阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

④ 生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑤ 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑥ 抗ウイルス剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はＨＩＶ感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑦ インターフェロン製剤（Ｂ型肝炎又はＣ型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑧ 血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑨ 自己連続携行式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑩ 調剤報酬点数表第４節区分番号「３０」特定保険医療材料の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑪ エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑫ ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑬ エポエチンベータペゴル（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑭ 人工腎臓用透析液（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑮ 血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

⑯ 生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

第 12　保険薬局に係る厚生労働大臣が定める掲示事項（掲示事項等告示第 13 関係）

1　保険薬局が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号。以下「薬担規則」という。）上院内掲示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象としたこと。

また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとすること。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

2　具体的には、従来から院内掲示とされていたものを含め、以下の３つの事項を院内掲示事項及びウェブサイト掲載事項として定めたものであること。

①　調剤報酬点数表の第２節区分番号「１０の２」調剤管理料及び区分番号「１０の３」服薬管理指導料に関する事項

②　調剤報酬点数表に基づき地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項

③　薬担規則第４条の２第２項及び第４条の２の２第１項並びに療担基準第 26 条の５第２項及び第 26 条の５の２第１項に規定する明細書の発行状況に関する事項

3　なお、２に掲げる事項のほか、保険外併用療養費に係る事項については、薬担規則第４条の３第２項及び療担基準第 26 条の６第２項に基づき、その内容及び費用につき院内掲示を行うこととしており、今後、当該事項を院内の見やすい場所に掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載することの徹底が図られるべきものであること。

第 12 の２　明細書を発行しなければならない保険薬局（掲示事項等告示第 13 の２及び第 13 の３関係）

①　領収証を交付するときは、個別の調剤報酬点数の算定項目が分かる明細書を無償で交付しなければならない保険薬局として、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費等の請求を行うことが義務付けられた保険薬局を定めたものであること。

②　明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」によるものであること。

第 13　保険薬剤師の使用医薬品（掲示事項等告示第 14 関係）

薬価基準に収載されている医薬品等について、保険薬剤師が使用することができることとしたものであること。その他保険薬剤師の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

第 14　保険薬剤師の医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（掲示事項等告示第 15 関係）

保険薬剤師について、第 13 に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、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号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

第15　その他

1　署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要であること。

2　文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成12年法律第102 号）第２条第３項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第２項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成14年法律第153号）に基づき、平成16年1月29日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

（別紙様式４）

保険医療機関又は保険薬局が表示する診療時間又は開局時間以外の時間における診察等の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

標榜診療時間・標榜開局時間

曜　　日	標榜診療時間帯・標榜開局時間帯
曜日　午前	（　～　）時
午後	（　～　）時
曜日　午前	（　～　）時
午後	（　～　）時
曜日　午前	（　～　）時
午後	（　～　）時
曜日　午前	（　～　）時
午後	（　～　）時
曜日　午前	（　～　）時
午後	（　～　）時
曜日　午前	（　～　）時
午後	（　～　）時
曜日　午前	（　～　）時
午後	（　～　）時

徴収額　　円

（別紙様式９）

医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた医薬品の投与の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

１．医薬品等

成分名	販売名	効能・効果	用法・用量	医薬品医療機器等法の承認年月	患者からの徴収額

２．薬剤師の勤務状況

氏　　名	勤務時間	氏　　名	勤務時間

（別紙様式 11）

薬価基準に収載されている医薬品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法等と異なる用法等に係る投与の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

成分名	販売名	効能・効果	用法・用量	患者からの徴収額

注　「効能・効果」の欄及び「用法・用量」の欄には、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、効能又は効果と異なる用法、用量、効能又は効果を記載すること。

（別紙様式 12）

医薬品医療機器等法に基づく承認又は認証を受けた
医療機器又は体外診断用医薬品の使用等の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

１．医療機器又は体外診断用医薬品

一般的名称及び製品コード	医療機器又は体外診断用医薬品の販売名	使用目的又は効果	医薬品医療機器等法の承認又は認証年月	患者からの徴収額

２．医療機器管理室又は体外診断用医薬品管理室の整備状況

医療機器管理室	有　・　無
当該管理室における常勤の臨床工学技士の人数	名

体外診断用医薬品管理室	有　・　無
当該管理室における常勤の臨床検査技師等の人数	名

（別紙様式 12 の２）

医療機器の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的等と異なる使用目的等に係る使用の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

１．医療機器

一般的名称及び製品コード	医療機器の販売名	使用目的又は効果	操作方法又は使用方法	患者からの徴収額

注　「使用目的又は効果」の欄及び「操作方法又は使用方法」の欄には、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法と異なる使用目的若しくは効果又は操作方法若しくは使用方法を記載すること。

２．医療機器管理室の整備状況

医療機器管理室	有　・　無
当該管理室における常勤の臨床工学技士の人数	名

（別紙様式 16）

医薬品医療機器等法に基づく承認を受けた
再生医療等製品の使用等の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

１．再生医療等製品

一般的名称	再生医療等製品の販売名	効能、効果又は性能	医薬品医療機器等法の承認年月	患者からの徴収額

２．再生医療等製品管理室の整備状況

再生医療等製品管理室	有　・　無
当該管理室における常勤の担当者の人数	名

（別紙様式 17）

再生医療等製品の医薬品医療機器等法に基づく承認に係る効能等と異なる効能等に係る使用の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

１．再生医療等製品

一般的名称	再生医療等製品の販売名	効能、効果又は性能	用法及び用量又は使用方法	患者からの徴収額

注　「効能、効果又は性能」の欄及び「用法及び用量又は使用方法」の欄には、医薬品医療機器等法に基づく承認に係る用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能と異なる用法、用量、使用方法、効能、効果又は性能を記載すること。

２．再生医療等製品管理室の整備状況

再生医療等製品管理室	有　・　無
当該管理室における常勤の担当者の人数	名

（別紙様式 19）

医薬品医療機器等法に基づく承認（第１段階承認）を受けたプログラム医療機器の使用等の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

プログラム医療機器

一般的名称及び製品コード	医療機器の販売名	医薬品医療機器等法の承認年月	中央社会保険医療協議会総会での了承年月	使用目的又は効果	操作方法又は使用方法	患者からの徴収額

注１　「使用目的又は効果」欄及び「操作方法又は使用方法」欄には、第２段階承認の申請前のプログラム医療機器の使用又は支給について、中央社会保険医療協議会総会において了承された評価療養の実施内容に関する使用目的、効果、使用方法等を記入すること。

注２　第２段階承認の申請を行った後も継続して評価療養として実施することは可能であり、再度の届出は要さないこと。

（別紙様式 20）

保険適用されていない範囲における使用等に係る有効性に関する使用成績を踏まえた再評価を目指すプログラム医療機器の使用等の実施（変更）報告書

上記について報告します。
令和　　年　　月　　日

保険医療機関・
保険薬局の
所在地及び名称
開設者名

殿

（実施日・変更日　　年　　月　　日）

プログラム医療機器

一般的名称及び製品コード	医療機器の販売名	中央社会保険医療協議会総会での了承年月	使用目的又は効果	操作方法又は使用方法	患者からの徴収額

注１　「使用目的又は効果」欄及び「操作方法又は使用方法」欄には、チャレンジ申請を行うことが妥当であると判断されたプログラム医療機器の使用又は支給について、中央社会保険医療協議会総会において了承された評価療養の実施内容に関する使用目的、効果、使用方法等を記入すること。

注２　チャレンジ申請を行った後も継続して評価療養として実施することは可能であり、再度の届出は要さないこと。

④

保医発 0327 第 7 号
令和 8 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）

「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」の一部改正について

標記については、今般、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」（平成17年９月１日保医発第 0901002 号）の一部を下記のように改正し、令和８年６月１日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底を図られたい。

記

１、２及び４の一部を次の表のように改正する。

改　正　後	現　行
1　費用徴収する場合の手続きについて （1）　保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。なお、掲示の方法については、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成１８年３月１３日保医発第０３１３００３号）第１の２（５）に示す掲示例によること。 （2）　（1）の掲示事項については、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこと。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。 （3）・（4） （5）　なお、「保険（医療）給付と重複する保険外担の是正について」及び「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」に示したとおり、「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められないので、改めて留意されたいこと。 2　療養の給付と直接関係ないサービス等 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。 （1）　日常生活上のサービスに係る費用 ア～ク　（略） ケ　Ｗｉ－Ｆｉ利用料　等 （2）～（4）　（略）	1　費用徴収する場合の手続きについて （1）　保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。なお、掲示の方法については、「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成１８年３月１３日保医発第０３１３００３号）第１の２（５）に示す掲示例によること。 （2）　（1）の掲示事項については、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこと。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。なお、ウェブサイトへの掲載について、令和７年５月31日までの間、経過措置を設けている。 （3）・（4） （5）　なお、「保険（医療）給付と重複する保険外担の是正について」及び「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」に示したとおり、「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められないので、改めて留意されたいこと。 2　療養の給付と直接関係ないサービス等 療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。 （1）　日常生活上のサービスに係る費用 ア～ク　（略） （新設） （2）～（4）　（略）

（５） その他	（５） その他
ア～ウ （略）	ア～ウ （略）
エ 在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料等）	（新設）
オ～キ （略）	エ～カ （略）
ク 予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）	（新設）
ケ～ス （略）	キ～サ （略）
セ 予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料 等	（新設）
３ （略）	３ （略）
４ その他	４ その他
上記１から３までに掲げる事項のほか、費用徴収する場合の具体的取扱いについては、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」を参考にされたい。	上記１から３までに掲げる事項のほか、費用徴収する場合の具体的取扱いについては、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「『療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等』及び『保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等』の制定に伴う実施上の留意事項について」を参考にされたい。
なお、上記に関連するものとして、入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭（いわゆる「預り金」）については、その取扱いが明確になっていなかったところであるが、将来的に発生することが予想される債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合にあっては、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を確保すること。	なお、上記に関連するものとして、入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭（いわゆる「預り金」）については、その取扱いが明確になっていなかったところであるが、将来的に発生することが予想される債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合にあっては、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を確保すること。

（参考：改正後全文）

療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて

保険医療機関等において保険診療を行うに当たり、治療（看護）とは直接関連のない「サービス」又は「物」について、患者側からその費用を徴収することについては、その適切な運用を期するため、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」（平成４年４月８日老健第７９号）、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」（平成１４年厚生労働省告示第９９号）、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「選定療養及び特定療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の制定に伴う実施上の留意事項について」（平成１４年３月１８日保医発第０３１８００１号）及び「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成１２年１１月１０日保険発第１８６号）において、その取扱いを示してきたところであるが、今般、下記のとおり、その取扱いを明確化することとしたので、その徹底につき、御配慮願いたい。

あわせて、入院中の患者など既に治療が開始されている患者からの費用徴収については、保険医療機関等に十分な配慮を求めるよう、その徹底につき、御配慮願いたい。

なお、「保険医療機関等において患者から求めることができる実費について」（平成１２年１１月１０日保険発第１８６号）は、平成１７年８月３１日限り廃止する。

記

１　費用徴収する場合の手続について

療養の給付と直接関係ないサービス等については、社会保険医療とは別に提供されるものであることから、もとより、その提供及び提供に係る費用の徴収については、関係法令を遵守した上で、保険医療機関等と患者の同意に基づき行われるものであるが、保険医療機関等は、その提供及び提供に係る費用の徴収に当たっては、患者の選択に資するよう次の事項に留意すること。

（１）　保険医療機関等内の見やすい場所、例えば、受付窓口、待合室等に費用徴収に係るサービス等の内容及び料金について患者にとって分かりやすく掲示しておくこと。なお、掲示の方法については、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成１８年３月１３日保医発第０３１３００３号）第１の２(５)に示す掲示例によること。

（２）　(１)の掲示事項については、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこと。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

（３）　患者からの費用徴収が必要となる場合には、患者に対し、徴収に係るサービスの内容や料金等について明確かつ懇切に説明し、同意を確認の上徴収すること。この同意の確認は、徴収に係るサービスの内容及び料金を明示した文書に患者側の署名を受けることにより行うものであること。ただし、この同意書による確認は、費用徴収の必要が生じるごとに逐次行う必要はなく、入院に係る説明等の際に具体的な内容及び料金を明示した同意書により包括的に確認する

方法で差し支えないこと。なお、このような場合でも、以後別途費用徴収する事項が生じたときは、その都度、同意書により確認すること。

また、徴収する費用については、社会的にみて妥当適切なものとすること。

（４） 患者から費用徴収した場合は、他の費用と区別した内容のわかる領収証を発行すること。

（５） なお、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」に示したとおり、「お世話料」「施設管理料」「雑費」等の曖昧な名目での費用徴収は認められないので、改めて留意されたいこと。

２ 療養の給付と直接関係ないサービス等

療養の給付と直接関係ないサービス等の具体例としては、次に掲げるものが挙げられること。

（１） 日常生活上のサービスに係る費用

ア おむつ代、尿とりパット代、腹帯代、T 字帯代

イ 病衣貸与代（手術、検査等を行う場合の病衣貸与を除く。）

ウ テレビ代

エ 理髪代

オ クリーニング代

カ ゲーム機、パソコン（インターネットの利用等）の貸出し

キ MD、CD、DVD 各プレイヤー等の貸出し及びそのソフトの貸出し

ク 患者図書館の利用料

ケ Ｗｉ－Ｆｉ利用料 等

（２） 公的保険給付とは関係のない文書の発行に係る費用

ア 証明書代

（例）産業医が主治医に依頼する職場復帰等に関する意見書、生命保険等に必要な診断書等の作成代 等

イ 診療録の開示手数料（閲覧、写しの交付等に係る手数料）

ウ 外国人患者が自国の保険請求等に必要な診断書等の翻訳料 等

（３） 診療報酬点数表上実費徴収が可能なものとして明記されている費用

ア 在宅医療に係る交通費

イ 薬剤の容器代 等

（４） 医療行為ではあるが治療中の疾病又は負傷に対するものではないものに係る費用

ア インフルエンザ等の予防接種、感染症の予防に適応を持つ医薬品の投与

イ 美容形成（しみとり等）

ウ 禁煙補助剤の処方（ニコチン依存症管理料の算定対象となるニコチン依存症（以下「ニコチン依存症」という。）以外の疾病について保険診療により治療中の患者に対し、スクリーニングテストを実施し、ニコチン依存症と診断されなかった場合であって、禁煙補助剤を処方する場合に限る。）

エ 治療中の疾病又は負傷に対する医療行為とは別に実施する検診（治療の実施上必要と判断し検査等を行う場合を除く。） 等

（５） その他

ア　保険薬局における患家等への調剤した医薬品の持参料及び郵送代

イ　保険医療機関における患家等への処方箋及び薬剤の郵送代

ウ　日本語を理解できない患者に対する通訳料

エ　在留外国人の診療に当たり必要となる多言語対応に要する費用（通訳の手配料や翻訳機の使用料等）

オ　他院より借りたフィルムの返却時の郵送代

カ　院内併設プールで行うマタニティースイミングに係る費用

キ　患者都合による検査のキャンセルに伴い使用することのできなくなった当該検査に使用する薬剤等の費用（現に生じた物品等に係る損害の範囲内に限る。なお、検査の予約等に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）

ク　予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料（診察日の直前にキャンセルした場合に限る。なお、診察の予約に当たり、患者都合によるキャンセルの場合には費用徴収がある旨を事前に説明し、同意を得ること。）

ケ　院内託児所・託児サービス等の利用料

コ　手術後のがん患者等に対する美容・整容の実施・講習等

サ　有床義歯等の名入れ（刻印・プレートの挿入等）

シ　画像・動画情報の提供に係る費用（区分番号「Ｂ０１０」診療情報提供料（Ⅱ）を算定するべき場合を除く。）

ス　公的な手続き等の代行に係る費用

セ　予約やオンライン診療の受診に係るシステム利用料　等

３　療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないもの

療養の給付と直接関係ないサービス等とはいえないものとしては、具体的には次に掲げるものが挙げられること。

（１） 手技料等に包括されている材料やサービスに係る費用

ア　入院環境等に係るもの

（例）シーツ代、冷暖房代、電気代（ヘッドホンステレオ等を使用した際の充電に係るもの等）、清拭用タオル代、おむつの処理費用、電気アンカ・電気毛布の使用料、在宅療養者の電話診療、医療相談、血液検査など検査結果の印刷費用代　等

イ　材料に係るもの

（例）衛生材料代（ガーゼ代、絆創膏代等）、おむつ交換や吸引などの処置時に使用する手袋代、手術に通常使用する材料代（縫合糸代等）、ウロバッグ代、皮膚過敏症に対するカブレ防止テープの提供、骨折や捻挫などの際に使用するサポーターや三角巾、医療機関が提供する在宅医療で使用する衛生材料等、医師の指示によるスポイト代、散剤のカプセル充填のカプセル代、一包化した場合の分包紙代及びユニパック代　等

ウ　サービスに係るもの

（例）手術前の剃毛代、医療法等において設置が義務付けられている相談窓口での相談、

車椅子用座布団等の消毒洗浄費用、インターネット等より取得した診療情報の提供、食事時のとろみ剤やフレーバーの費用　等

（２）　診療報酬の算定上、回数制限のある検査等を規定回数以上に行った場合の費用（費用を徴収できるものとして、別に厚生労働大臣の定めるものを除く。）

（３）　新薬、新医療機器、先進医療等に係る費用

ア　医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）上の承認前の医薬品・医療機器（治験に係るものを除く。）

イ　適応外使用の医薬品（評価療養を除く。）

ウ　保険適用となっていない治療方法（先進医療を除く。）　等

４　その他

上記１から３までに掲げる事項のほか、費用徴収する場合の具体的取扱いについては、「保険（医療）給付と重複する保険外負担の是正について」及び「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」を参考にされたい。

なお、上記に関連するものとして、入院時や松葉杖等の貸与の際に事前に患者から預託される金銭（いわゆる「預り金」）については、その取扱いが明確になっていなかったところであるが、将来的に発生することが予想される債権を適正に管理する観点から、保険医療機関が患者から「預り金」を求める場合にあっては、当該保険医療機関は、患者側への十分な情報提供、同意の確認や内容、金額、精算方法等の明示などの適正な手続を確保すること。

⑤

保医発 0327 第９号
令和８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）長
　国民健康保険主管課（部）長　　殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）長
　後期高齢者医療主管課（部）長

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　）

「長期収載品の処方等又は調剤について」の一部改正について

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養の実施に伴う留意事項については、これまで「長期収載品の処方等又は調剤について」（令和６年３月 27 日保医発 0327 第 10 号。以下「留意事項通知」という。）においてお示ししてきたところであるが、今般、社会保障審議会医療保険部会や中央社会保険医療協議会での議論、答申を経て、令和８年３月 27 日に「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等の一部を改正する告示」（令和８年厚生労働省告示第 116 号）が告示され、同年６月１日から適用されることとされたことに伴い、留意事項通知を下記のとおり改正することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関・薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

記以下を別添のとおり改める。

別添

第１　処方箋様式に関する事項

１　令和６年 10 月の改正の趣旨

（１）　令和６年 10 月１日より、長期収載品（後発医薬品のある先発医薬品（昭和 42 年９月 30 日以前の薬事法（現行の医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号））の規定による製造の承認がされた医薬品であって、価格差のある後発医薬品があるもの（いわゆる「準先発品」）を含む。）をいう。以下同じ。）の処方等又は調剤について、選定療養の仕組みを導入することとされたところ。

これに伴い、医療上の必要性があって処方していること又は患者の希望を踏まえ処方していることが処方箋において明確になるよう、令和６年 10 月１日付で処方箋様式の改正を行うこととしたこと。

（２）　具体的には、次に掲げる改正を行うこととしたこと。

①　「変更不可」欄に「（医療上必要）」を追加し、処方を行う保険医（以下「処方医」という。）が、処方箋に記載した医薬品（長期収載品）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に、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載し、かつ、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印することとしたこと。

②　「患者希望」欄を新設し、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「×」を医薬品ごとに記載することとしたこと。

２　長期収載品の処方箋の交付等に係る基本的な考え方について

（１）　長期収載品について、処方箋が交付され、保険薬局において調剤される場合について、医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合は、引き続き保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は、選定療養の対象とし、保険給付は、長期収載品の薬価と後発医薬品の最高価格帯の価格差の２分の１までとすることとしたこと。

長期収載品の処方等又は調剤の選定療養について、対象品目の要件や運用等に係る詳細については、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成 18 年３月 13 日保医発第 0313003 号）の第３の 30 によるものであること。

（２）　処方医は、選定療養に係る処方に当たり、後発医薬品が選択可能であること、長期収載品を患者が希望した場合には特別の料金が生じ得ること等に関し、患者に十分な説明を行うこと。また、保険薬局の薬剤師も、調剤時に同様の事項を説明し、患者の希望を確認すること。

３　長期収載品を銘柄名処方する場合における取扱について

（１）　銘柄名処方をされた長期収載品であって、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されたものは、保険給付の対象となること。

また、「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載した場合においては、「患者希望」欄には「✓」又は「×」は記載しないこと。

（２）　患者の希望を踏まえ銘柄名処方され、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載された長期収載品については、選定療養の対象となること。

（３）　銘柄名処方された長期収載品であって、「変更不可（医療上必要）」欄及び「患者希望」欄のいずれにも「✓」又は「×」が記載されない場合には、保険薬局における調剤の段階で後発医薬品を調剤することができる一方で、患者が長期収載品を希望すれば選定療養の対象となること。

（４）　（１）から（３）までを踏まえ、保険薬局においては、処方箋に記載のある「変更不可（医療上必要）」欄又は「患者希望」欄の「✓」又は「×」の記載の有無に基づき、長期収載品を調剤した場合に選定療養の対象となるか否か判断すること。

ただし、保険薬局において、次の場合において、次のような判断をすることは差し支えないこと。なお、これらの場合において、患者に対して調剤する薬剤を変更すること等を説明の上、同意を得ること。

・　後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、当該保険薬局において後発医薬品の提供が困難であり、長期収載品を調剤せざるを得ない場合には、患者が希望して長期収載品を選択したことにはならないため、保険給付とすること。

・　処方の段階では後発医薬品も使用可能としていたが、保険薬局の薬剤師において、患者が服用しにくい剤形である、長期収載品と後発医薬品で効能・効果等の差異がある等、後発医薬品では適切な服用等が困難であり、長期収載品を服用すべきと判断した場合には、医療上必要がある場合に該当し、保険給付とすることも想定されること。

・　処方箋において「患者希望」欄に「✓」又は「×」の記載がされていたが、調剤時に選定療養について説明した結果、患者が後発医薬品を希望した場合に、後発医薬品を調剤し、保険給付とすること。

（５）　なお、医療上の必要性の観点からは処方医が後発医薬品を使用することに差し支えがないと判断し、長期収載品について患者の希望がない場合には、一般名処方がされることが望ましい。

４　一般名処方する場合における取扱について

（１）　一般名処方の場合には、「変更不可（医療上必要）」欄及び「患者希望」欄のいずれにも、「✓」又は「×」を記載しないこと。

（２）　一般名処方の処方箋を保険薬局に持参した患者が長期収載品を希望した場合には、選定療養の対象となること。

５　経過措置について

保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和６年厚生労働省令第 35 号）の施行の際現にある同令第２条の規定による改正前の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）の様式（以下「改正前処方箋」という。）については、当分の間、これを手書き等で修正することにより、使用することができるものであること。

改正前処方箋を使用する場合には、医療上の必要性があるため、後発医薬品に変更が

できないと処方医が判断した場合には、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を医薬品ごとに記載するとともに「医療上必要」の記載をし、かつ、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。また、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、処方薬の近傍に「患者希望」の記載をすること等により、医薬品ごとに、当該判断が保険薬局へ明確に伝わるようにすること。なお、銘柄名処方された長期収載品であって、「変更不可」欄に「✓」又は「×」が記載されておらず、また、「患者希望」の記載がない長期収載品の取扱いについては、３（４）のとおりとすること。

６　院内処方時の留意点について

長期収載品を院内処方する場合においても、医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品を提供することが困難な場合は引き続き保険給付としつつ、それ以外の場合に患者が長期収載品を希望する場合は選定療養の対象とすること。

院内処方の場合においては、保険医療機関において、長期収載品に係る「特別の料金」を徴収することとなるため、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」に規定する要件等に留意すること。

第２　特別の料金の支払いについて

長期収載品を患者が選択したことにより患者が支払う特別の料金について、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の第３の 30 の（８）に規定する額の支払いを受けるものとすること。

第３　その他

処方箋における長期収載品に関する記載方法については、「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）別紙２の第５「処方せんの記載上の注意事項」によるものであること。

⑥

事　務　連　絡
令和８年３月 27 日

地 方 厚 生（支）局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　　御中
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）

厚生労働省保険局医療課

「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について」の一部改正について

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における保険外併用療養費及び特別の料金の額の計算方法については、これまで「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について」（令和６年７月 12 日厚生労働省保険局医療課事務連絡。以下単に「事務連絡」という。）においてお示ししてきたとところであるが、社会保障審議会医療保険部会や中央社会保険医療協議会の議論、答申を経て、令和８年３月 27 日に「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等の一部を改正する告示」（令和８年厚生労働省告示第 116 号）が告示され、同年６月１日から適用されることとなったことに伴い、事務連絡を下記のように改めることとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関・薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

記以下を別添のとおり改める。

別添

第１　計算方法の概要

１　基本的な考え方

○　患者の診療に係る費用は、大きく次の（１）及び（２）から構成される。

（１）　選定療養による「特別の料金」となる費用（長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１に相当する費用）

（２）　選定療養を除く保険対象となる費用（保険外併用療養費と患者自己負担の合計額）

○　患者負担の総額は、（１）である選定療養による「特別の料金」と、（２）のうち「患者自己負担」の合計となる。

○　費用の計算に用いる数値のうち、医薬品の規格単位ごとの、「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」と、「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、厚生労働省ホームページで公表している対象医薬品リスト（以下「厚労省マスタ」という。）において示す数値を用いる。

２　計算の手順

○　１の基本的な考え方を踏まえた計算の手順は次のようなイメージとなる。

（１）　選定療養による「特別の料金」となる費用（長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１に相当する費用）

①　長期収載品の規格単位ごとの「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」の価格を用い（厚労省マスタで「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１に相当する費用」として公表）（単位：円）

②　①の価格に基づき、数量等を踏まえ診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号。以下「算定告示」という。）の例により薬剤料に係る点数を算定（単位：点）

③　②に 10 円を乗じた額に消費税分を加える。（単位：円）

（２）　選定療養を除く保険対象となる費用（保険外併用療養費と患者自己負担の合計額）

①　長期収載品の規格単位ごとの「選定療養を除く保険対象となる費用」に係る価格を用い（厚労省マスタで「保険外併用療養費の算出に用いる価格」として公表）（単位：円）

②　①の価格に基づき、数量等を踏まえ算定告示の例により薬剤料に係る点数を算定（単位：点）

③　②の長期収載品の薬剤料に係る点数に 10 円を乗じる。（単位：円）（※）

④　③に、患者に応じた自己負担率を乗じた額が「患者自己負担」となり（単位：円）、③に、１から自己負担率を控除した率を乗じた額が「保険外併用療養費」となる。

（※）　当該長期収載品に係る分

（３）　患者負担の総額

○　２（２）④で求めた「患者自己負担」の額に２（１）③で求めた額を加えた額が「患者負担の総額」となる。

第２　詳細な計算方法

（１）　「特別の料金」に係る費用の計算方法

「特別の料金」に係る費用は、以下のとおり計算する。

１．　第１の２（１）①で公表されている「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」の額を用い、算定告示の例により「特別の料金」に係る点数を算定する。なお、点数は算定告示における所定単位ごとに算定するため、以下の点に留意すること。

２．

ア　所定単位に選定療養の対象となる長期収載品が複数含まれる場合にあっては、各長期収載品について「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」（当該長期収載品が内服薬の場合、１日の処方等又は調剤における数量を乗じた額）を合算した上で点数を算定すること。

イ　所定単位に選定療養の対象となる長期収載品以外の医薬品が含まれる場合にあっては、当該選定療養の対象となる長期収載品以外の医薬品の規格単位ごとの薬価（当該医薬品が内服薬の場合、１日の処方等又は調剤における数量を乗じた額）を合算した上で点数を算定すること。

ウ　選定療養の対象となる所定単位が複数存在する場合は、所定単位ごとに点数を算定し、当該算定後に各点数を合算すること。

３．　「特別の料金」は消費税の課税対象であるところ、「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」の額、及びこの額を用いて算定した点数には消費税分は含まれていないため、上記１．で算定した点数に 10 円を乗じて得た額に消費税分を加え、「特別の料金」に係る費用（以下「A」という。）を求める。

算式 「特別の料金」に係る費用（A） ＝「特別の料金」に係る点数×　10　×（１＋消費税率）（円）

（２）　選定療養を除く保険対象となる費用の計算方法

選定療養を除く保険対象となる費用は、以下のとおり計算されるものである。

１．　第１の２（２）①で公表されている「保険外併用療養費の算出に用いる価格」を用いて算定告示の例により薬剤料に係る点数を算定する。この場合において、第２の（１）１．ア～ウに記載の点に留意すること。

２．　上記１．で算定した「選定療養の対象となる長期収載品の薬剤料に係る点数」に、10 円を乗じて得た額が、「選定療養を除く保険対象となる費用（以下「B」とい

う。）」である。

算式 選定療養を除く保険対象となる費用（B） 　＝選定療養の対象となる長期収載品の薬剤料に係る点数×10　（円）

３．　患者自己負担の計算方法

上記で求めたBに自己負担率を乗じ、保険対象となる費用のうち患者自己負担（以下「C」という。）を求める。

算式 患者自己負担（C）＝B×自己負担率　（円）

（参考）保険外併用療養費の計算方法

Bに１から自己負担率を控除した率を乗じると、保険外併用療養費となる。

算式 保険外併用療養費＝B×（１－自己負担率）（円）

（３）　患者負担の総額の計算方法

患者負担の総額は、（１）で求めたAと（２）で求めたCの合計となる。

第３　厚労省マスタについて

厚労省マスタにおける「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」及び「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、以下のとおり計算した数値を公表する。

（１）　「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」

長期収載品と後発医薬品（該当する後発医薬品のうち最も薬価が高いもの）の価格差の２分の１の数値を用いる。ただし、薬価基準における長期収載品の規格単位が 10（例：イソジン液 10%　（規格単位 10%10mL））の品目については、小数第２位を四捨五入したものを用いる。

（計算例） 長期収載品の規格単位ごとの薬価＝100.0 円 後発医薬品の規格単位ごとの薬価＝49.3 円の場合、 　価格差の１／２は、（100.0－49.3）×１／２＝25.35 円となる。

（２）　「保険外併用療養費の算出に用いる価格」

長期収載品の規格単位ごとの薬価から、上記（１）で計算した価格を控除した価格を用いる。

（計算例）（１）の場合 100.0－25.35＝74.65 円となる。

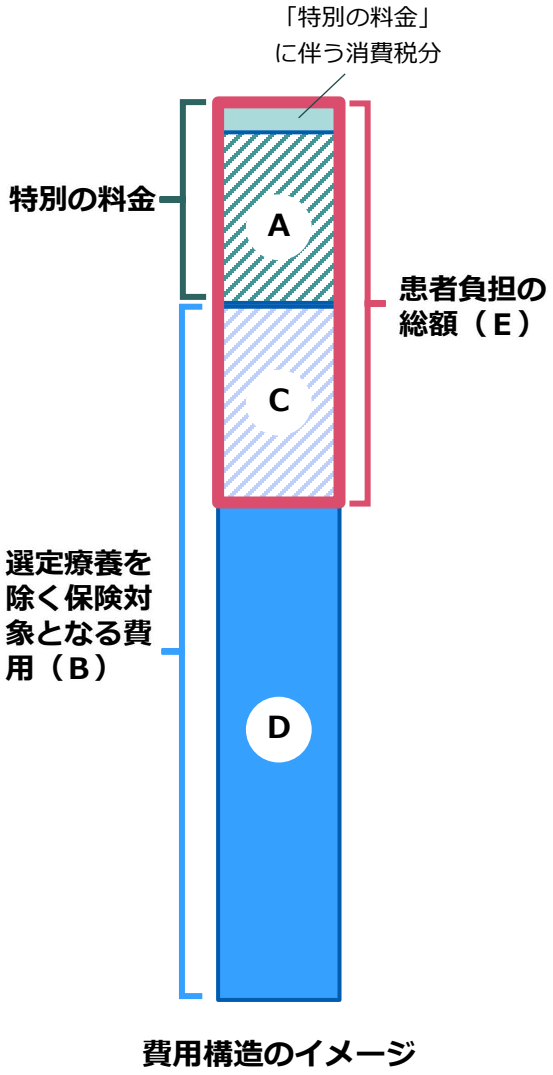
（参考）

○別添１　長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法（イメージ）

○別添２　計算の具体例（イメージ）

○厚労省マスタ　　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

別添１　長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法（イメージ）



費用構造のイメージ

＜厚生労働省のホームページで公開されている「厚労省マスタ」＞

薬価基準収載医薬品コード	品名		薬価	後発医薬品最高価格	長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１	保険外併用療養費の算出に用いる価格
●●●●	●●		●●.●	●●.●	●●.●● 【a】	●●.●● 【b】

A 「特別の料金」に係る費用

1．【a】の値を用い、数量等に応じて算定告示に基づき点数（点）に換算する。

2．特別の料金に係る費用 **A**（円）は以下の算式で求める。

1．で求めた点数（点）×10（円/点）×（１＋消費税率）

B 選定療養を除く保険対象となる費用（※ 当該長期収載品に係る分）

1．【b】の値を用い、数量等に応じて算定告示に基づき薬剤料（点）に換算する。

2．選定療養を除く保険対象となる費用 **B**（円）は以下の算式で求める。

1．で求めた薬剤料（点）×10（円/点）

D 保険外併用療養費

保険外併用療養費は以下の算式で求める。

B ×（１－ 自己負担率）

C 患者自己負担

患者の自己負担額は以下の算式で求める。

B × 自己負担率

患者負担の総額（E）

別添２　計算の具体例（イメージ）

XX錠１０ｍｇ（内服薬）、１日２錠 30日分に係る費用（自己負担率が３割の場合）は以下のとおり計算される。
ただし、「厚労省マスタ」における該当行は表のとおりとする。

薬価基準収載医薬品コード	品名	薬価	後発医薬品最高価格	長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１	保険外併用療養費の算出に用いる価格
●●●●	XX錠１０ｍｇ	100.0	49.3	25.35 【ａ】	74.65 【ｂ】

A　「特別の料金」に係る費用

1．算定告示に基づき点数に換算

・所定単位（１剤１日分）あたり　　25.35 円【ａ】× ２錠 = 50.7 円　➡ ５ 点

・30 日分　　５ 点 × 30 日 = 150 点

2．「特別の料金」に係る費用（※ 課税対象、消費税率 10%）

150 点 × 10（円/点）×（1+0.10）= **1,650 円**

B　選定療養を除く保険対象となる費用

（注）当該長期収載品に係る分

1．算定告示に基づき薬剤料に係る点数に換算

・所定単位（１剤１日分）あたり　　74.65円【ｂ】× ２錠 = 149.3 円　➡ 15点

・30 日分　　15点 × 30 日 = 450 点　※ 保険適用分点数

2．選定療養を除く保険対象となる費用

450 点 × 10（円/点）= **4,500 円**

D　保険外併用療養費

Ｂ ×（１ − 自己負担率）

4,500 円 ×（1 - 0.30）= **3,150 円**

C　患者自己負担

Ｂ × 自己負担率

4,500 円 × 0.30 **= 1,350円**

E　患者負担の総額

Ａ ＋ Ｃ

1,650 円 ＋ **1,350 円** = **3,000 円**

日 薬 業 発 第 22 号

令 和 8 年 4 月 7 日

都道府県薬剤師会担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会

副 会 長　森　昌 平

令和８年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

平素より、本会会務に格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

令和８年度診療報酬改定に関する通知の発出につきましては、令和８年３月６日付け日薬業発第457号ほかにてお知らせしたところですが、今般、厚生労働省保険局医療課より、通知等の一部訂正について連絡がありましたのでお知らせいたします（別添)。

つきましては、貴会会員へご周知下さいますようお願い申し上げます。

（別添）

令和８年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

（令和８年４月２日付け事務連絡、厚生労働省保険局医療課）

事　務　連　絡
令和８年４月２日

関係団体　　御中

厚生労働省保険局医療課

令和８年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)及び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)あて連絡するとともに別添団体各位に協力を依頼しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますようお願いいたします。

＜抄＞

事　務　連　絡
令和８年４月２日

地 方 厚 生 （ 支 ） 局 医 療 課
都道府県民生主管部（局）
　国民健康保険主管課（部）　　御中
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）

厚生労働省保険局医療課

令和８年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添１から別添６までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和８年３月５日付官報（号外第 46 号）に掲載された令和６年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添７のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

・「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」
（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）（別添１）
~~・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」~~
~~（令和８年３月５日保医発 0305 第７号）（別添２）~~
・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）（別添３）
~~・「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」~~
~~（令和８年３月５日保発 0305 第 19 号）（別添４）~~
~~・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」~~
~~（令和８年３月５日保医発 0305 第９号）（別添５）~~
~~・「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」~~
~~（令和８年３月５日保医発 0305 第１号）（別添６）~~

（別添１）

診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について
（令和８年３月５日保医発 0305 第６号）

別添１

医科診療報酬点数表に関する事項

第１章　基本診療料
第２部　入院料等
第３節　特定入院料
Ａ３０６　特殊疾患入院医療管理料
（７）　平成 28 年３月 31 日時点で、継続して６か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、引き続き同病室に入院しているもの、令和４年３月 31 日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患入院医療管理料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き同病棟に入院しているもの、令和６年３月 31 日時点で特殊疾患入院医療管理料を算定している病棟に入院している患者であって、「Ｊ０３８」人工腎臓、「Ｊ０３８－２」持続緩徐式血液濾過、「Ｊ０３９」血漿交換療法又は「Ｊ０４２」腹膜灌流を行っている慢性腎臓病の患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者、難病患者等及び「注４」又は「注６」に規定する点数を算定する患者を除く。）であり、引き続き当該病棟に入院しているもの及び令和８年３月 31 日時点で廃用症候群により~~障害者施設等入院基本料~~特殊疾患入院医療管理料を算定する~~病棟~~病室に入院している患者（脳卒中又は廃用症候群の発症前から重度の肢体不自由児（者）であった患者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き当該病棟に入院しているものについては、医療区分３に相当するものとみなす。なお、脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患入院医療管理料を算定する病室に入院している患者であって、その疾患及び状態等が医療区分３に規定する疾患及び状態等に相当するものについては、注４によらず、特殊疾患入院医療管理料に規定する所定点数を算定すること。

Ａ３０９　特殊疾患病棟入院料
（７）　平成 28 年３月 31 日時点で、継続して６か月以上脳卒中を原因とする重度の意識障害によって特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者であって、引き続き同病棟に入院しているもの、令和４年３月 31 日時点で脳卒中又は脳卒中の後遺症により特殊疾患病棟入院料を算定する病棟に入院している患者（重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者及び難病患者等を除く。）であって、引き続き同病棟に入院しているもの、令和６年３月 31 日時点で特殊疾患病棟入院料を算定している病棟に入院している患者であって、「Ｊ０３

別添３

調剤報酬点数表に関する事項

＜調剤技術料＞

区分０１　薬剤調製料

（９）　調剤技術料の時間外加算等

ウ　時間外調剤に係る特別の料金の徴収を行う場合には、時間外加算等を算定できない。

＜薬学管理料＞

区分１０の３　服薬管理指導料

１　通則

（４）　算定に当たっては、「必要な指導等」として次に掲げる事項を全て行うこと。

カ　処方された薬剤について、薬剤交付後においても、当該患者の服薬状況、服薬期間中の体調の変化等について、継続的かつ的確に把握するとともに、必要に応じて次に掲げる指導等を実施すること。

（ロ）　保険薬剤師が必要と認める場合は、薬剤交付後においても電話等により、（~~２~~４）のイの（ロ）に掲げる内容について、保険薬剤師が患者等に確認し、その内容を踏まえ、必要な指導等を実施すること。

（ニ）　継続的服薬指導に当たっては、「薬剤使用期間中の患者フォローアップ~~の手引き~~～適正な薬物治療共同管理計画に向けたフォローを実施するために～」~~（日本薬剤師会）~~等を参考とすること。

２　服薬管理指導料１及び２

（１）　服薬管理指導料１及び２は、保険薬剤師が、患者の薬剤服用歴等及び服用中の医薬品等について確認した上で、１の(~~２~~４)の「必要な指導等」の全てを対面により行った場合に、以下の区分により算定する。

区分１５の１０　複数名薬剤管理指導訪問料

（５）　~~訪問薬剤管理医師同時指導料~~複数名薬剤管理指導訪問料は、特別調剤基本料Ｂを算定している保険薬局は算定できない。

別表１

（１）　服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

項目		算定回数	服薬管理指導料　１イ・２イ	服薬管理指導料　１ロ・２ロ	服薬管理指導料　３	服薬管理指導料　４イ・４ニ	服薬管理指導料　４ロ・４ハ	在宅患者訪問薬剤管理指導料　１	在宅患者訪問薬剤管理指導料　２・３	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	訪問薬剤管理医師同時指導料
調剤管理料等の加算	調剤時残薬調整加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	薬学的有害事象等防止加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算	特定薬剤管理指導加算１	処方箋受付ごと	○	○	○	○	~~○~~ ×※２	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算２	月１回まで	○	○	○	○	~~○~~ ×※２	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算３	処方箋受付ごと	○	○	○	○	~~○~~ ×※２	×	×	×	×	×
	吸入薬指導加算	６月に１回まで	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算	３月に１回まで	○	× ※３	×	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師訪問加算	６月に１回まで	○	× ※３	×	×	×	×	×	×	×	×
	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	小児特定加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	１回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
	在宅中心静脈栄養法加算	１回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
外来服薬支援料１		月１回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
外来服薬支援料２		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料１		月１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料２※１		６月に１回まで	○	× ※３	~~○~~ ×	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料１		月１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料２		月１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服薬情報等提供料１		月１回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×

服薬情報等提供料２	月１回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料３	３月に１回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
経管投薬支援料	１回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
複数名薬剤管理指導訪問料※２	１回ごと	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×

~~（１）　服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否~~

※１はかかりつけ薬剤師のみ算定可能

※２は単一建物診療患者１名のみ算定可能

※３は、かかりつけ薬剤師が指導や訪問等を実施し、その後の服薬管理指導を当該保険薬局の他の保険薬剤師が実施した場合については、併算定可能

~~（２）　在宅患者訪問薬剤管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否~~

			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※ｐ	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料	在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料※ｐ	在宅患者緊急時等共同指導料
項目		算定回数					
調剤管理料等の加算	重複投薬・相互作用等防止加算	処方箋受付ごと	×	×	×	×	×
	調剤管理加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
	医療情報取得加算	１年に１回まで	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料等の加算	麻薬管理指導加算	１回ごと	○	△	○	△	○
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	１回ごと	○	×	○	×	○
	乳幼児加算	１回ごと	○	△	○	△	○
	小児特定加算	１回ごと	○	△	○	△	○
	在宅中心静脈栄養法加算	１回ごと	○	×	○	×	○
外来服薬支援料１		月１回まで	×	×	×	×	×
外来服薬支援料２		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料１		月１回まで	○	○	○	○	○
服用薬剤調整支援料２		３月に１回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料１		月１回まで	○	○	○	○	○
調剤後薬剤管理指導料２		月１回まで	○	○	○	○	○
服薬情報等提供料１		月１回まで	×	×	×	×	×

~~服薬情報等提供料３~~	~~３月に１回まで~~	~~×~~	~~×~~	~~×~~	~~×~~	~~×~~
~~在宅患者重複投薬・相互作用等防止管理料~~	~~処方箋受付ごと~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~
~~経管投薬支援料~~	~~１回まで~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~	~~○~~

~~※１　患者又はその家族等への情報提供の場合を除く。~~

~~※２は単一建物診療患者１名のみ算定可能~~

（別添３）

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて
（令和８年３月５日保医発 0305 第８号）

第２　届出に関する手続き

４　届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(14)　妥結率の実績

イ　妥結率の実績の算定期間は、報告年度の当年４月１日から９月 30 日までとし、翌年６月１日から翌々年５月 31 日まで適用する。

ロ　イにかかわらず、妥結率の報告年度の当年４月２日以降に新規に保険薬局に指定された薬局においては、翌々年５月 31 日までは妥結率が５割を超えているものとみなす。

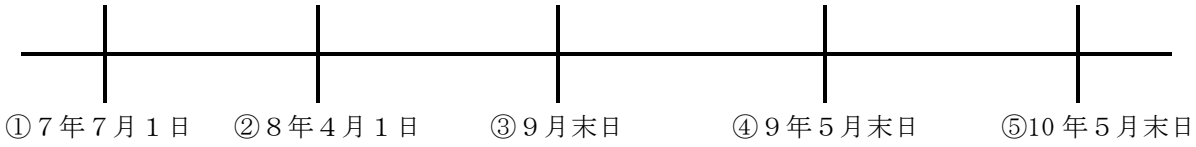
ハ　開設者の変更（親から子へ、個人形態から法人形態へ、有限会社から株式会社へ等）又は薬局の改築等の理由により医薬品医療機器等法上の薬局の開設許可を取得し直し、保険薬局の指定について薬局の当該許可の日までの遡及指定が認められる場合は、ロにかかわらず、当該遡及指定前の実績に基づいて取り扱う。

新規届出の場合

例：令和７年７月１日に新規指定された薬局の場合

・①から④までは妥結率が５割を超えていると見みなす

・②から③までの妥結率の実績を令和９年６月１日（④の翌日）から⑤まで適用する。



(15)　調剤基本料の注８に規定する保険薬局

届出前３月間の実績にて判定すること。

(16)　外科医療確保特別加算及び内視鏡手術用支援機器加算に係る年間実績件数

ア　１月から 12 月までの１年間の実績をもって施設基準の適合性を判断し、当該要件及び他の要件を満たしている場合は、翌年の４月１日から翌々年の３月末まで所定点数を算定できるものとする。

イ　アにかかわらず、新規届出の場合は、届出前 12 月の実績をもって施設基準の適合性を判断し、届出のあった月の末日までに要件審査を終え、届出を受理した場合は、翌月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。また、月の最初の開庁日に要件審査を終え、届出を受理した場合には当該月の１日から翌年の３月末日まで所定点数を算定することができるものとする。なお、新規届出は、当該保険医療機関の

新規開設又は当該手術等を実施する診療科を新規開設する場合のほか、当該保険医療機関が当該届出を初めて行う場合が該当するが、施設基準に適合しなくなったため所定点数を算定できなくなった後に、再度届出を行う場合は、新規届出に該当しないものであること。ただし、建物の工事等に伴いやむを得ず当該治療を実施できなくなり、施設基準に適合しなくなった後、再度届出を行う場合には、新規届出として取り扱うものとする。

6　届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

在宅療養支援歯科病院	（歯援病）第　　号
~~歯科訪問診療料の注７に規定する基準~~	~~（歯訪問）第　　号~~
別添１の「第 14 の２」の１の(１)に規定する在宅療養支援病院	（支援病１）第　　号
（中略）	
歯科訪問診療料の注 16 に規定する基準	（歯訪診）第　　号
~~医科連携訪問加算~~	~~（医連）第　　号~~
遺伝学的検査の注１に規定する施設基準	（遺伝検１）第　　号
（中略）	
地域支援・医薬品供給対応体制加算４	（地支体４）第　　号
地域支援・医薬品供給対応体制加算５	（地支体５）第　　号
連携強化加算	（薬連強）第　　号
（中略）	
門前薬局等立地依存減算	（門減）第　　号
服薬管理指導料~~１イ~~の注１	（服管~~１イ~~か薬）第　　号
特定薬剤管理指導加算２	（特薬管２）第　　号

第４　経過措置等

表１　新設された又は施設基準が創設された特掲診療料

・　ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピューター断層複合撮影又はポジトロン断層・磁気共鳴コンピューター断層複合撮影（ＰＳＭＡイメージング剤を用いた場合に限る。）に係る費用を算定するための施設基準

・　地域支援・外来医薬品供給対応体制加算

・　通院・在宅精神療法の注９に規定する心理支援加算

別添１

特掲診療料の施設基準等

第６の９　生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）

１　生活習慣病管理料（Ⅰ）の注１及び生活習慣病管理料（Ⅱ）の注１に関する施設基準

（１）　生活習慣に関する総合的な治療管理ができる体制を有していること。なお、治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。

（２）　患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。

（３）　特定健康診査や健康診断の結果、医療機関での治療や精密検査が必要と判定された者に対する診療を実施するなど、保険者、都道府県、市町村等が実施する地域の生活習慣病の早期発見及び重症化予防のための取組との連携を行うこと。

２　充実管理加算（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

（１）　充実管理加算１（脂質異常症を主病とする場合）の施設基準

ア　当該保険医療機関において、脂質異常症を主病として生活習慣病管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を算定する患者について、次に掲げる割合に基づき算出される、届出時点における直前の、厚生労働省保険局医療課が別途通知する集計期間の実績値が、充実管理加算の届出を行う保険医療機関全体のうち、上位 20％であること（当該保険医療機関において、集計期間中に脂質異常症を主病として生活習慣病管理を行った患者数が 10 人以上である場合に限る。以下同じ。）。

（ア）　継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち、集計期間中に、「Ｄ００７」血液化学検査の「１」の中性脂肪若しくは遊離コレステロール、「３」のＨＤＬ－コレステロール若しくは総コレステロール、若しくは「４」のＬＤＬ－コレステロールを実施し、又は特定健康診査を受診した患者の割合

（イ）　集計期間中の外来受診（他の医療機関への受診を含む。以下同じ。）について、各受診間の間隔がいずれも６ヶ月以内であり、かつ、集計期間中の最終受診日から集計期間終了日までの間隔が６ヶ月を超えない患者の割合

イ　以下のいずれも満たしていること。

（ア）　外来医療等調査に適切に参加できる体制を有すること。また、厚生労働省保険局医療課及び外来医療等調査事務局と電子メール及び電話での連絡可能な担当者を必ず１名指定すること。

（イ）　外来医療等調査に適切に参加し、調査に準拠したデータを提出すること。

（ウ）　診療記録（過去５年間の診療録及び過去３年間の手術記録、看護記録等）の全てが保管・管理されていること。

（エ）　診療記録の保管・管理につき、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制であることが望ましい。

（オ）　診療記録の保管・管理のための規定が明文化されていること。

（２）　区分２に分類される手術

ア　靭帯断裂形成手術等（靭帯断裂形成手術、靭帯断裂形成手術（関節鏡下）、関節観血的授動術、関節授動術（関節鏡下）、肩関節授動術（関節鏡下）（~~関節鏡下~~肩腱板断裂手術を伴うもの）、骨悪性腫瘍手術及び脊椎、骨盤悪性腫瘍手術をいう。）

第 88 の２　調剤基本料２

２　調剤基本料２の施設基準に関する留意点

（３）　処方箋集中率は、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数（同一保険医療機関から、歯科と歯科以外の処方箋を受け付けた場合は、それらを合計した回数とする。）を、当該期間に受け付けた全ての処方箋の受付回数で除して得た値とする。ただし、いわゆる医療モールの場合においては、当該医療モールにある全ての保険医療機関に係る処方箋の受付回数を合算し、特定の保険医療機関に係る処方箋の受付回数と~~見~~みなして、処方箋集中率を算出する。また、１の（１）のアの「処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合」は、上位３の保険医療機関（いわゆる医療モールの場合においては、当該医療モールにある全ての保険医療機関を一の保険医療機関とみなす。）それぞれの処方箋集中率を合計して得た値とする。

第 88 の４　特別調剤基本料Ａ

２　特別調剤基本料Ａの施設基準に関する留意点

(11)　~~令和４年４月以降に、~~保険薬局が直接関与できずに、保険薬局が利用していた不動産について、不動産の所有者が変更になった場合等において、１の（２）又は２の（２）のア~~又は~~若しくはイのいずれかに該当することとなった場合においては、新たに「保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険薬局」になった当該月の翌月から６か月間に限り、特別調剤基本料Ａを適用しない（当該保険薬局が移転した場合を除く。）。

第 92　地域支援・医薬品供給対応体制加算

１　地域支援・医薬品供給対応体制加算１に関する施設基準

（２）　地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制として以下の要件を満たすこと。

イ　直近１年間において、他の保険薬局等に医薬品を分譲した実績があること。また、分譲を行った際には分譲に係る伝票又は医療用医薬品の譲渡書を２年間保存すること。ただし、同一~~開設者~~グループの保険薬局への医薬品の分譲は、当該実績に含めない。

第 95 の３　門前薬局等立地依存減算

１　門前薬局等立地依存減算に関する施設基準

次のいずれかに該当する保険薬局であること。

（１）　次のアからウまでのいずれにも該当する保険薬局であること。

（ハ）　当該保険薬局の敷地境界線からの水平距離が 50 メートル以内の区域内に所在する他の保険薬局が、~~②~~（ロ）に該当すること。

２　門前薬局等立地依存減算の施設基準に関する留意点

（４）　１の（２）のイについて、保険医療機関が所在する建物又は敷地と同一の建物内又は敷地内に所在する場合とは、~~原則として、~~次のいずれかに該当する場合を指す。

ア　不動産登記法上、同一の地番又は一団の土地として取り扱われている土地上に、保険医療機関と当該保険薬局が所在する建物又は敷地である場合

イ　保険医療機関と当該保険薬局が所在する敷地又は建物が、外観上分離されておらず、また構造上も外壁、床、天井又は屋根といった敷地又は建物の主要な部分が一体として連結し、あるいは密接な関連をもって接続している場合

~~イ~~ウ　保険医療機関と当該保険薬局が、共用の通路、エントランス、駐車場、案内表示その他の共用部分を有し、外形上、医療モール等として一体的に利用されていると認められる建物又は敷地である場合（共用部分をフェンス等で区切ってあるのみで、実質的に共用部分として利用される場合を含む。）

エ　保険医療機関、保険薬局等を複数集合させることを目的として、不動産開発業者等が開発の企画、不動産の取得、建築物の建設、入居の募集等を行った敷地又は建物である場合

~~（５）　次のいずれにも該当する場合には、（４）の記載にかかわらず、保険医療機関が所在する敷地と同一の敷地内に所在する場合として取り扱わない。~~

~~ア　保険医療機関と当該保険薬局が、公道その他これに準ずる公共の用に供される通路を挟んで所在すること~~

~~イ　保険医療機関と当該保険薬局が共用部分を有さず、建築物の構造及び利用形態から一体性が認められないこと~~

~~ウ　保険医療機関と当該保険薬局が、不動産登記法上、異なる地番として取り扱われている土地上にそれぞれ所在すること~~

（~~６~~５）　特別調剤基本料Ａを算定する保険薬局には適用しないこと。

第 97 の２　服薬管理指導料の注１に規定する保険薬局

１　かかりつけ薬剤師として必要な指導等を行う保険薬剤師は、次の要件を全て満たすこと。

（１）　以下に掲げる勤務経験等を有していること。

ア　施設基準の届出時点において、保険薬剤師として３年以上の保険薬局勤務経験がある。なお、保険医療機関の薬剤師としての勤務経験を１年以上有する場合、１年を上限として保険薬剤師としての勤務経験の期間に含めることができる。

イ　当該保険薬局に週 31 時間以上（31 時間以上勤務する他の保険薬剤師を届け出た保険薬局において、保険薬剤師について育児・介護休業法第 23 条第１項若しくは第３項又は第 24 条の規定による措置が講じられ、当該保険薬剤師（労働者に限る。）の所定労働時間が短縮された場合にあっては週 24 時間以上かつ週４日以上）勤務している。

ウ　施設基準の届出時点において、当該保険薬局に継続して６か月以上在籍している。なお、産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職する場合（復職後に勤務する保険薬局が休業前と同一の保険薬局である場合に限る。）は、休業前の在籍期間を合算することができる。

（２）　薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得していること。

（３） 医療に係る地域活動の取組に参画していること。

２ 施設基準の届出時点において、以下のいずれの要件も満たしていること。

（１） １の要件を全て満たす保険薬剤師（派遣労働者であるものを含み、休職中のものを除く。）を配置していること。

（２） 以下のいずれかの要件を満たすこと。

ア 当該保険薬局に勤務する常勤の保険薬剤師（派遣労働者である者を含み、産前産後休業中、育児休業中又は介護休業中の者を除く。）について、当該保険薬局に継続的に在籍している期間（産前産後休業、育児休業又は介護休業から復職した保険薬剤師の休業前の在籍期間を含む。）が平均して１年以上であること。

イ 当該保険薬局の管理薬剤師が、当該保険薬局に継続して３年以上在籍していること。

（３） 薬学的管理等の内容が他の患者に漏れ聞こえる場合があることを踏まえ、患者との会話のやりとりが他の患者に聞こえないようパーテーション等で区切られた独立したカウンターを有するなど、患者のプライバシーに配慮していること。

３ 届出に関する事項

（１） 保険薬局の服薬管理指導料の注１の施設基準に係る届出は、別添２の様式 90 を用いること。

（２） 令和８年５月 31 日において、現にかかりつけ薬剤師指導料に係る届出を行っていた保険薬局については、令和８年 11 月 30~~31~~ 日までの間に限り、２の（２）に掲げる要件を満たすものとみなす。

第 105 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

３ 届出に関する事項

（５） 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、~~保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う~~「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、場合には、別添２の様式 100 の別添１の~~作成に当たって~~代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 106 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

１ 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準

（８） 当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額（以下、「社会保険診療等収入金額」という。）の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

ア 社会保険診療（租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。）に係る収入金額（労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に係る患者の診療報酬（当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額（全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。）の場合に限る。）及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

３ 届出に関する事項

（５）　法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添２の様式 96 の作成に当たって別添２の様式 99 を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 100 の別添１の~~作成に当たって~~代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 106 の２　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）

３　届出に関する事項

（５）　法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、~~医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う~~「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、場合には、別添２の様式 100 の別添１の代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 106 の３　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）

１　歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の施設基準

（８）　当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額（以下、「社会保険診療等収入金額」という。）の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

ア　社会保険診療（租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。）に係る収入金額（労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に係る患者の診療報酬（当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額（全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。）の場合に限る。）及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

３　届出に関する事項

（５）　法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添２の様式 96 の作成に当たって別添２の様式 99 を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 100 の別添１の~~作成に当たって~~代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 107　入院ベースアップ評価料

１　入院ベースアップ評価料の施設基準

（８）　当該保険医療機関において、以下に掲げる社会保険診療等に係る収入金額（以下、「社会保険診療等収入金額」という。）の合計額が、総収入の 100 分の 80 を超えること。

ア　社会保険診療（租税特別措置法（昭和 32 年法律第 26 号）第 26 条第２項に規定する社会保険診療をいう。以下同じ。）に係る収入金額（労働者災害補償保険法（昭和 22 年法律第 50 号）に係る患者の診療報酬（当該診療報酬が社会保険診療報酬と同一の基準によっている場合又は当該診療報酬が少額（全収入金額のおおむね 100 分の 10 以下の場合をいう。）の場合に限る。）及び保険外併用療養費（健康保険法第 86 条に規定する保険外併用療養費をいう。）を支給された場合に当該療養に関して患者から支払われる料金を含む。）

２　届出に関する事項

（５）　法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添２の様式 97 の作成に当たって別添２の様式 99 を、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 100 の別添１の~~作成に当たって~~代わりに、別添２の様式 100 の別添２を用いることとする。

第 108　歯科技工所ベースアップ支援料

１　歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準

（１）　歯科技工所に補綴物等の製作等を委託しており、当該歯科技工所の歯科技工士の賃上げ等、補綴物の製作を後方から支援する保険医療機関であること。

（２）　当該保険医療機関は、当該支援料の趣旨を踏まえ、製作等を委託する歯科技工所が当該支援料による賃金改善の意向を有する場合に、当該歯科技工所と連携の上で届出を行うとともに、当該支援料を全て歯科技工所への委託費の増額に充てること。

２　届出に関する事項

（１）　歯科技工所ベースアップ支援料の施設基準に係る届出は、別添２の様式 101 を用いること。

（２）　毎年８月において、前年度における賃金改善の取組状況を評価するため「実績報告書」を別添２の様式 ~~101~~102 の別添１により地方厚生(支)局長に届け出ること。

（３）　保険医療機関は、歯科技工所ベースアップ支援料の算定に係る書類(「実績報告書」等)を、当該支援料を算定する年度の終了後３年間保管すること。

第 109　調剤ベースアップ評価料

２　届出に関する事項

（５）　法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、~~保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う~~「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、別添２の様式 104 の別添１の代わりに、別添２の様式 104 の別添２を用いることとする。

様式 84

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1　当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに〇を付ける）	（　）	調剤基本料１
	（　）	調剤基本料２
	（　）	調剤基本料３－イ
	（　）	調剤基本料３－ロ
	（　）	調剤基本料３－ハ
	（　）	特別調剤基本料Ａ

2　保険薬局指定日	指定年月日	令和　　年　　月　　日
	指定期開始	令和　　年　　月　　日

3　届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）	
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められない場合）
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出
□	その他（　　）

4　調剤基本料の注１ただし書への該当の有無	□該当（様式 87 の２に記入） □非該当

5　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料Ａへの該当性）			
	（１）	ア　保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無	□なし→（２）へ □あり→別紙１を添付すること
		イ　特別な関係のある医療機関の処方箋集中率の合計 ※別紙１の⑪Ａの数字を記載すること	%
		ウ　経過措置の該当性 Ⅰ～Ⅳのいずれかに該当する場合は「該当」に☑すること	□該当　□非該当
		Ⅰ　平成 28 年９月 30 日以前から、病院である保険医療機関と特別な関係にあった場合	□該当　□非該当
		Ⅱ　平成 30 年３月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と特別な関係にあった場合	□該当　□非該当
		Ⅲ　平成 30 年３月 31 日以前に当該保険薬局の開局に係る手続きが相当程度進捗していた場合	□該当　□非該当
		Ⅳ　令和８年３月４日以前に当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合 （①と②において両方「該当」に☑している場合に限る）	□該当　□非該当
		①令和８年３月５日以降も当該診療所が所在し続けている場合	□該当　□非該当
		②令和８年３月５日以降も新たに他の保険医療機関と特別な関係を有しない場合	□該当　□非該当
	（２）	保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無	□なし→（３）へ □あり
		オンライン診療受診施設が、医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている	□該当　□非該当
	（３）	特別調剤基本料Ａの該当性（ア、イいずれも非該当→「６」へ）	
		ア　次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・４について「非該当~~該当なし~~」に☑をしている場合	□該当　□非該当

		・５（１）アについて「あり該当」に☑をしている場合 ・５（１）イについて 50%超である場合 ・５（１）ウについて「非該当」に☑をしている場合	
		イ　５(２)について「あり」に☑している場合であって、へき地に所在する薬局でないこと	□該当　□非該当

６　処方箋の受付回数及び集中率等※同一の敷地又は建物にある複数の保険医療機関は１の保険医療機関と扱う

期間：　　年　　月　～　　年　　月　（　　か月間①）

処方箋集中率第一位の保険医療機関名	ⅰ：	処方箋集中率第二位の保険医療機関名	ⅱ：	処方箋集中率第三位の保険医療機関名	ⅲ：

（１）処方箋受付回数等

ア　処方箋受付回数の計算

当該保険薬局で受け付けた全ての処方箋の受付回数				②	回
ⅰからの受付回数	②－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	②－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	②－ⅲ　回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算の対象となった患者の全ての処方箋の受付回数				③	回
ⅰからの受付回数	③－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	③－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	③－ⅲ　回
一月の処方箋の受付回数＝（②－③）/①				④	回
ⅰからの受付回数	④－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	④－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	④－ⅲ　回

イ　処方箋集中率の計算

情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の全ての処方箋の受付回数				⑤	回
ⅰからの受付回数	⑤－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑤－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑤－ⅲ　回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の全ての処方箋の受付回数				⑥	回
ⅰからの受付回数	⑥－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑥－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑥－ⅲ　回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の全ての処方箋の受付回数				⑦	回
ⅰからの受付回数	⑦－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑦－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑦－ⅲ　回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る全ての処方箋の受付回数				⑧	回
ⅰからの受付回数	⑧－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑧－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑧－ⅲ　回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の患者の処方箋の受付回数				⑨	回
ⅰからの受付回数	⑨－ⅰ　回	ⅱからの受付回数	⑨－ⅱ　回	ⅲからの受付回数	⑨－ⅲ　回
処方箋集中率　※計算は以下のとおり $⑩n＝\frac{②n－(⑤n＋⑥n＋⑦n＋⑧n－⑨n)}{②－(⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨)}$					
ⅰからの処方箋集中率	⑩－ⅰ　%	ⅱからの処方箋集中率	⑩－ⅱ　%	ⅲからの処方箋集中率	⑩－ⅲ　%

	ウ　処方箋受付回数が多い上位３の保険医療機関に係る処方箋集中率の合計(⑩-ｉ～iiiの合計)	%(⑪)

（２）同一グループ内の処方箋受付回数等（調剤基本料３への該当性）

ア　薬局グループへの所属の有無	□所属なし（個店）→（３）へ □所属あり（薬局グループ名：　　）	
イ　⑩-ｉが 85%超	□該当　□非該当	
ウ　１月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計	回	
エ　調剤基本料３イ～ハの該当性（いずれかの区分の該当に☑すること）		
調剤基本料３イ（以下のいずれかに該当があれば該当に☑すること）	□該当	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合	□該当	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合 ・「５」の（１）ウについて「該当」に☑している場合	□該当	
調剤基本料３ロ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「該当」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合	□該当	
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・「５」の（１）ウについて「該当」に☑している場合	□該当	
調剤基本料３ハ		
次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・アについて「所属している」に☑をしている場合 ・イについて「非該当」に☑している場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・⑪が 70%以下	□該当	

（３）処方箋の集中状況等（調剤基本料２の該当性）

ア　④が 4000 回超かつ⑪が 70%超		□該当 □非該当→「イ」へ
イ　④が 1800 回超かつ⑩-ｉが 85%超		□該当 □非該当→「ウ」へ
ウ　Ⅰ～Ⅴのすべてに該当すること		□該当 □非該当→「エ」へ
	Ⅰ　当該保険薬局の指定日が令和８年６月１日以降である	□該当　□非該当
	Ⅱ　特別区又は政令指定都市に所在する	□該当　□非該当
	Ⅲ　当該保険薬局から 500m 以内に他の保険薬局がある	□該当　□非該当
	Ⅳ　④が 600 回超かつ 1800 回以下である	□該当　□非該当
	Ⅴ　⑩-ｉが 85%超である	□該当　□非該当
エ　②-ｉが 4000 回超		□該当 □非該当→「オ」へ
オ　以下の⑫と④-ｉを合計した処方箋受付回数が 4000 回超		□該当 □非該当→「（４）」へ
	ア　主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数	施設

		イ　アの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計	⑫	回
（４）　４、５（３）ア若しくはイ又は６（２）エ若しくは（３）アからオまでのいずれも該当しない（調剤基本料１の該当性）				□該当
７　門前薬局等立地依存減算の該当性 （（１）に該当、かつ、（２）又は（３）に該当があれば該当に☑すること）				□該当
（１）　当該保険薬局の指定日が令和８年６月１日以降である			□該当	□非該当
（２）　門前薬局の該当性				
	ア　６（３）ウのⅡとⅢのいずれにも該当する		□該当	□非該当
	イ　⑩－ｉが 85%超である		□該当	□非該当
	ウ　次の①から③までのいずれかに該当する		□該当	□非該当
		①　200 床以上の保険医療機関から 100m 以内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が２以上ある	□該当	□非該当
		②　周囲 50m 以内に他の保険薬局が２以上ある	□該当	□非該当
		③　周囲 50m 以内にある他の保険薬局が②に該当する	□該当	□非該当
（３）　医療モール等の該当性				
	ア　⑩－ｉが 85%超である		□該当	□非該当
	イ　保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在する		□該当	□非該当

［記載上の注意］

１　「２」については、地方厚生局ホームページに掲載されている「コード内容別医療機関一覧表」を確認の上記載する。

２　「３」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から３ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料１等から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。

３　「３」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。

４　「３」については、令和８年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和８年度改定に伴う届出」と記載する。

５　「４」については、調剤基本料の注１ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「該当」に☑を記入し、様式 87 の２を添付する。

６　「６」については、処方箋集中率第１位の保険医療機関が同一敷地内又は同一建物内に所在する場合は「医療モール」と記載し、別紙２に各保険医療機関名等を記載する。

７　「６」②については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。

８　「６（２）ア」については、グループ内で統一したグループ名を記載する。

９　「６（２）ウ」については、１月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年４月末時点でグループに属している保険薬局の④の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載する。

別紙１

特別調剤基本料Ａの施設基準に係る届出書添付書類

	全医療機関	処方箋集中率１位	処方箋集中率２位	処方箋集中率３位	処方箋集中率４位	処方箋集中率５位	処方箋集中率６位	処方箋集中率７位	処方箋集中率８位
特別な関係のある保険医療機関名									
種別		□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所	□病院 □診療所
ア　処方箋受付回数（②）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数（⑤）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数（⑥）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数（⑦）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る処方箋受付回数（⑧）	回	i　回	ii	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の処方箋受付回数（⑨）	回	i　回	ii　回	iii　回	iv　回	v　回	vi　回	vii　回	viii　回
処方箋集中率⑩ ※⑩N＝（②N－（⑤N＋⑥N＋⑦N＋⑧N－⑨N））／（②－（⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨））		%	%	%	%	%	%	%	%
特別な関係のある医療機関の集中率の合計（⑪A）	%								
特定の保険医療機関との間における特別な関係の種類									
（イ）保険医療機関と不動産の賃貸借取引		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ロ）保険医療機関が譲り渡した不動産の利用		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ハ）保険薬局が所有する設備の貸与		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無
（ニ）保険医療機関による開局時期の指定		□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無	□有□無

別紙２

医療モール等の施設基準に係る届出書添付書類

	医療モール全体	処方箋集中率１位	処方箋集中率２位	処方箋集中率３位	処方箋集中率４位	処方箋集中率５位	処方箋集中率６位	処方箋集中率７位	処方箋集中率８位
保険医療機関又は敷地若しくは建物の名称									
ア　処方箋受付回数の計算									
処方箋受付回数（②）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算を算定した処方箋受付回数（③）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
一月の処方箋の受付回数（④）＝（②－③）/①	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
イ　処方箋集中率									
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処方箋受付回数　（⑤）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の処方箋受付回数（⑥）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋受付回数（⑦）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホームに入居する患者に係る処方箋受付回数（⑧）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合の処方箋受付回数（⑨）	回	i 回	ii 回	iii 回	iv 回	v 回	vi 回	vii 回	viii 回
処方箋集中率⑩ ※⑩N＝$\frac{②N－（⑤N＋⑥N＋⑦N＋⑧N－⑨N）}{②－（⑤＋⑥＋⑦＋⑧－⑨）}$		%	%	%	%	%	%	%	%

欄が不足する場合には複写し作成すること

様式85

妥結率等に係る報告書

医療機関コード		報告年月日	
保険薬局名称			
所在地			
開設者			
担当者		電話番号	
所属する法人・グループ名		同一グループ薬局数	

1. 当年度上半期の妥結率

当年度上半期に当該保険薬局において購入された医療用医薬品の薬価総額(①)	
当年度上半期に卸売販売業者と当該保険薬局との間での取引価格が定められた医療用薬品の薬価総額(②)	
妥結率(②/①)%	

2. 医療用医薬品の取引の状況

(1)価格交渉の方法(該当する項目に☑を記入すること。)

□ 自施設が卸売販売業者と直接交渉している。

□ 法人・グループの本部等が代表して卸売販売業者と一括して交渉している。

□ 価格交渉を代行する者に依頼して交渉している。

(2)価格交渉の状況(該当する項目に☑を記入すること。)

ア 当年度下半期の取引予定

□ 年間での契約であり、当年度下半期においても、基本的に上半期からの妥結価格の変更はない予定。

□ 年間での契約ではないが、当年度下半期は、上半期の妥結価格を踏まえた価格交渉を行う予定。

□ 年間での契約ではなく、当年度下半期は新たに価格交渉を行う予定。

イ 前年度の取引状況(上半期と比較した下半期の取引状況)

□ 年間での契約であり、基本的に前年度上半期からの妥結価格の変更はなかった。

□ 年間での契約ではないが、前年度の上半期と下半期の妥結価格は同程度であった。

□ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも高い妥結価格であった。
(上半期より小さい乖離率での取引)

□ 年間での契約ではなく、前年度の下半期における妥結価格は上半期よりも低い妥結価格であった。
(上半期より大きい乖離率での取引)

様式85

3. 医療用医薬品の流通改善に関する取組状況

（1）単品単価交渉の状況（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 全ての品目について単品単価交渉を行っている。

☐ 以下の特に医療上の必要性の高い医薬品の全てについて別枠として単品単価交渉を行っている。

基礎的医薬品、~~安定確保医薬品（カテゴリーA）~~ 重要供給確保医薬品、不採算品再算定品（適用を受けてから2年を経過する日までに限る。）、血液製剤、麻薬並びに覚醒剤及び覚醒剤原料

☐ ~~新薬創出等加算品目~~革新的新薬薬価維持制度対象品及び~~不採算品再算定~~の適用を受け2年を経過した品目等について単品単価交渉を行っている。

☐ 単品単価交渉を行っていない。

（2）卸売販売業者との値引き交渉（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 取引条件等は考慮せず、ベンチマークを一律に用いた値引き交渉を行っている。

☐ 取引品目等の相違は考慮せず、同一の総値引率を用いた交渉を行っている。

☐ 取引条件等の相違は考慮せず、同一の納入単価での取引を求める交渉を行っている。

☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っている。

（3）妥結価格の変更（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 随時、卸売販売業者と価格交渉を行っている。

☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていない。

2（1）で「価格交渉を代行する者に価格交渉を依頼している」を選択した場合

（4）価格交渉を代行する者が次に掲げる点を遵守していることを確認している

（該当する項目に☑を記入すること。）

☐ 原則として全ての品目について単品単価交渉を行っていること。

☐ 取引条件や個々の医薬品の価値を踏まえて価格交渉を行っていること。

☐ 医薬品の価値に変動がある場合を除き、年間を通じて妥結価格の変更を行っていないこと。

［記載上の注意］

1. 医療用医薬品とは、薬価基準に収載されている医療用医薬品をいう。
2. 薬価総額とは、各医療用医薬品の規格単位数量×薬価を合算したものをいう。
3. 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。
4. 単品単価交渉とは、他の医薬品の価格の影響を受けず、地域差や個々の取引条件等により生じる安定供給に必要なコストを踏まえ、取引先と個別品目ごとに取引価格を決める交渉をいう。
5. 当年度（前年度）上半期とは、当年（前年）4月1日から9月30日までをいい、当年度（前年度）下半期とは当年（前年）10月1日から翌年（当年）3月31日までをいう。
6. 価格交渉を代行する者とは、医療用医薬品の共同購買サービスを提供する事業者、医療機関や薬局に代わり卸売販売業者との価格交渉を行う事業者等をいう。
7. 保険薬局は、報告年度の4月1日から9月30日の実績を、本報告書により、同年度の10月1日から11月末までに報告すること。報告しない場合は、調剤基本料が所定点数の100分の50に相当する点数により算定されることに留意すること。
8. 本報告書による報告の際には、卸売販売業者との取引価格決定に係る契約書の写し等妥結率の根拠となる資料の添付は不要だが、薬局において適切に保管すること。

様式87の３の１

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

〔届出区分について〕

	調剤基本料の区分	
１ 当該保険薬局における調剤基本料の区分 （いずれかに〇）	（　　）	調剤基本料１
	（　　）	調剤基本料２
	（　　）	調剤基本料３－イ
	（　　）	調剤基本料３－ロ
	（　　）	調剤基本料３－ハ
	（　　）	特別調剤基本料Ａ

	地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分		提出が必要な様式
２ 当該保険薬局における地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分等 （いずれかに〇）	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算１	本様式のみ
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算２	様式87の３の１（本様式）及び様式87の３の２
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算３	
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算４	
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算５	

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算１への該当性について（加算１～５共通）〕

３ 地域における医薬品の安定供給を確保するために必要な体制	
ア 医薬品の安定供給に向けた計画的な調達や在庫管理を行っている	□該当
イ 他の保険薬局に医薬品を分譲した実績がある	□該当
ウ 供給不安等により調剤できない場合には適切に対応している	□該当
エ 原則として単品単価交渉している（様式85「妥結率等に係る報告書」を提出している）	□該当
オ 適正な在庫を確保し、頻回配送や緊急配送を控える	□該当
カ 在庫調整等を目的とした返品を控える	□該当
キ 後発医薬品の調剤を積極的に行っている旨を掲示している	□該当
ク 後発医薬品の調剤割合が85%以上である	□該当

４ 全医薬品の規格単位数量及び後発医薬品の規格単位数量並びにその割合		
期間	年　月 ～　年　月	
後発医薬品あり先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量（①）		
後発医薬品の規格単位数量（②）		
後発医薬品の調剤割合（②／①）（%）		%

〔地域支援・医薬品供給対応体制加算２から５までへの該当性について〕

５ 地域における医薬品等の供給拠点としての体制	
ア 備蓄品目数　（　年　月現在）	品目
イ 地域の保険医療機関又は保険薬局（同一グループの保険薬局を除く。）に対して在庫状況の共有、医薬品の融通の実施	□あり
ウ 医療材料及び衛生材料を供給できる体制	□あり
エ 麻薬小売業者免許の取得 （免許証の番号を記載：　　）	
オ 当該保険薬局で取り扱う医薬品に係る情報提供ができる体制	□あり
カ 調剤室面積が16㎡以上である （令和８年６月以降に開設、改築又は増築した保険薬局のみ記載）	□あり 開設日： 改築日： 増築日：

6　休日、夜間を含む開局時間外における調剤・相談応需体制

ア　開局時間

日曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
月曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
火曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
水曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
木曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
金曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
土曜	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
合計	（　　）　時間（日～土曜までの開局時間の合計）
祝日	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）
輪番の日	開局時間（　　：　　）～　閉局時間（　　：　　）

イ　休日、夜間を含む開局時間外の調剤・在宅業務に対応できる体制	□あり

他の保険薬局との連携	連携薬局名	
	連携する業務内容	

ウ　当該薬局を利用する患者又はその家族等からの相談応需体制

初回の処方箋受付時に連絡先等を事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により交付している	□実施している
連携薬局及び自局に直接連絡が取れる連絡先電話番号等を当該保険薬局の外側の見えやすい場所に掲示している	□実施している
あらかじめ患者に伝えてある電話に応答できない場合の体制（該当するものに☑）	□　薬剤師の携帯・自宅電話へ転送 □　留守録による応答後、速やかに折り返し □　その他（　　）

エ　休日、夜間を含む時間外の調剤、在宅対応体制（地域の輪番体制含む）に係る周知

自局及びグループによる周知	□実施している
地域での周知の方法 （該当するものに☑）	□　地域の行政機関を通じて周知している。 □　地域の薬剤師会等を通じて周知している。

7　在宅医療を行うための関係者との連携体制等の対応

ア　診療所又は病院及び訪問看護ステーションとの円滑な連携	□あり
イ　保健医療・福祉サービス担当者との連携体制	□あり
ウ　在宅患者に対する薬学的管理及び指導の実績 （実績回数の期間：　　年　　月～　　年　　月）	回

（7のウの参考）

①　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及び在宅患者緊急時等共同指導料（し医療保険）の算定実績（情報通信機器を用いた場合を除く）	回
②　居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費 （介護保険の算定実績(情報通信機器を用いた場合を除く））	回
③　①及び②について、在宅協力薬局として連携した場合の実績	回
④　①及び②について、同等の業務を行った場合の実績	回

エ　在宅患者に対する薬学的管理指導が可能な体制整備	□在宅患者訪問薬剤管理指導の届出 □在宅患者訪問薬剤管理指導に必要な研修の実施 □薬学的管理指導計画書の様式の整備 □在宅患者訪問薬剤管理指導を行う薬局であることの掲示し、文書で交付 □その他（　　）

8 医療安全に関する取組の実施		
	ア　医薬品医療機器情報配信サービス（ＰＭＤＡメディナビ）への登録 （薬局が登録した登録番号を記載すること）	登録証明書番号 （　　）
	イ　常に最新の医薬品緊急安全性情報、安全性速報、医薬品・医療機器等安全情報等の医薬品情報の収集、自局の保険薬剤師への周知	□あり
	ウ　プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の実施	□あり
	エ　副作用報告に係る手順書の作成と報告実施体制	□あり
9　服薬管理指導料の注１に係る届出（かかりつけ薬剤師）		□あり

10 管理薬剤師		
	①氏名	
	②保険薬局勤務経験年数	年
	③週あたりの勤務時間	時間
	④当該薬局在籍年数	年

11 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備	□薬学的管理指導等に係る職員研修の計画の作成と実施 □定期的な外部の学術研修の受講 □職員の薬学等に関する団体等による研修認定の取得の奨励 □職員の医学薬学等に関する学会への定期的な参加・発表の奨励 □その他（　　）

12 薬局における薬学的管理指導に必要な体制及び機能の整備状況	□あり
13 患者のプライバシーに配慮した服薬指導を実施する体制 （パーテーション等で区切られた独立したカウンターを有する等）	□あり

14 地域医療に関連する取組の実施		
	ア　要指導医薬品及び一般用医薬品の備蓄・販売（基本的な48薬効群）	□あり
	イ　健康相談、生活習慣等に係る相談の実施	□あり
	ウ　緊急避妊薬を備蓄し、調剤又は販売する体制	□あり
	エ　当該保険薬局が敷地内禁煙であること	□あり
	オ　薬局等においてたばこ又は喫煙器具を販売していないこと	□していない
	カ　セルフメディケーション関連機器を設置している	□あり
	キ　薬事未承認の研究用試薬又は検査サービスの販売等をしていない	□していない

［記載上の注意］

1 「１」については、当該保険薬局における調剤基本料の区分に該当するもの１つに〇をすること。

2 「２」については、当該保険薬局における届出に係る地域支援・医薬品供給対応体制加算の区分に該当するもの１つに〇をすること。

3 「３」のコクについては、当該保険薬局において調剤した後発医薬品のある先発医薬品及び後発医薬品の規格単位数量を合算した数量に占める後発医薬品の規格単位数量の割合をいう。

4 規格単位数量とは、使用薬剤の薬価（薬価基準）別表に規定する規格単位ごとに数えた数量のことをいう。

5 後発医薬品の規格単位数量の割合を計算するに当たっては、「「診療報酬における加算等の算定対象となる後発医薬品」等について」（令和８年３月５日保医発0305第２号）を参照すること。

6 「５」のカについて、令和８年６月以降に開設、改築又は増築した保険薬局においては、調剤室面積がわかる文書（見取り図等）を添付すること。

7 「６」のイの他の保険薬局との連携については、地域薬剤師会等の当番・輪番に参加している場合は、その旨を記載すること。

8 「６」のエについては、地域の行政機関又は地域の薬剤師会から公表されていることが確認できる資料を添付すること。

9 「８」のウの「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組」について、薬局機能情報提供制度において、「プレアボイド事例の把握・収集に関する取組の有無」を「有」として都道府県に報告している場合に「あり」とすること。

10 「８」のエについては、当該手順書の写しを添付すること。

11 「10」の②の「保険薬局勤務経験年数」については、当該保険薬剤師の保険薬局勤務年数を記載すること。③の「週あたりの勤務時間」については、当該保険薬剤師の１週間あたりの平均勤務時間を記載すること。④「在籍年数」については、当該保険薬局に勤務しはじめてから、届出時までの当該保険薬剤師の在籍期間を記載すること。

12 「11」については、当該保険薬局における職員等に対する研修実施計画及び実施実績等を示す文書を添付すること

13 「14」のエについては、保険薬局が建造物の一部分を用いて開設されている場合は、当該保険薬局の保有又は借用している部分が禁煙であること。

14 「14」のカの「セルフメディケーション関連機器」とは、次に掲げるものの中から３つ以上設置している場合に「あり」とすること。

① 体重計
② 体温計
③ 血圧測定器
④ 体組成計（体脂肪率、BMI等を含むもの）
⑤ 血中酸素飽和度測定器（パルスオキシメータ）
⑥ 握力計

⑦　骨密度測定器

様式87の３の２

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

１　届出区分 （いずれかに○）	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算２
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算３
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算４
	（　　）	地域支援・医薬品供給対応体制加算５

２　保険薬局における直近１年間の処方箋受付回数（①）	回

３　各基準の実績回数

地域支援・医薬品供給対応体制加算２　　：(4)を含む３つ以上を満たすこと。

地域支援・医薬品供給対応体制加算３・５：いずれか７つ以上を満たすこと。

地域支援・医薬品供給対応体制加算４　　：(4)と(~~7~~6)を含む３つ以上を満たすこと。

処方箋受付回数１万回当たりの基準 （１年間の各基準の算定回数）（満たす実績に〇） 期間：　年　月　～　年　月 ※下記（　）内は各加算の実績基準を示す		各基準に①を乗じて１万で除して得た回数※	保険薬局における実績の合計
（　　）	(1)時間外加算等及び夜間・休日等加算 （加算２・３：40回、加算４・５：400回）	回	回
（　　）	(2)麻薬の調剤回数 （加算２・３：１回、加算４・５：10回）	回	回
（　　）	(3)調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算 （加算２・３：20回、加算４・５：40回）	回	回
（　　）	(4)服薬管理指導料１のイ及び２のイ （加算２・３：20回、加算４・５：40回）	回	回
（　　）	(5)外来服薬支援料１ （加算２・３：１回、加算４・５：12回）	回	回
（　　）	(6)訪問薬剤管理指導料等（単一建物診療患者又は単一建物居住者が１人の場合に限る。） （加算の区分によらず24回）	回	回
（　　）	(7)服薬情報等提供料等 （加算２又は３：30回、加算４又は５：60回）	回	回
（　　）	(8)小児特定加算（加算の区分によらず１回）	回	回

保険薬局当たりの基準		保険薬局における実績の合計
（　　）	(9)薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 （加算２・３：１回、加算４・５：５回）	回

様式87の３の６

電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準に係る届出書添付書類

電子的調剤情報連携体制整備加算の施設基準

（□には、適合する場合「✓」を記入すること）

１　療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第１条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っている。	□
２　健康保険法第３条第13項に規定する電子資格確認を行う体制がある。	□
３　オンライン資格確認等システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等 を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用できる体制がある。	□
４　「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋により調剤する体制及び調剤結果を登録する体制を有している。また、調剤に際しては、電子処方箋管理サービスの重複投薬等チェック機能を用いて、患者の服用する薬剤における有効成分の重複その他薬物療法上の薬学的知見の観点から不適切な組合せが生じていないかの有無を確認することができる体制を整備している。	□
５　電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理体制を有している。	□
６　国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。	□
７　次に掲げる全ての事項について、保険薬局の見やすい場所に掲示し、ウェブサイトに掲載している。 ・オンライン資格確認システムを通じて患者の診療情報、薬剤情報等を取得し、調剤、服薬指導等を行う際に当該情報を閲覧し、活用していること。 ・マイナンバーカードの健康保険証利用を促進する等、医療ＤＸを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいること。 ・電子処方箋や電子カルテ情報共有サービスを活用するなど、医療ＤＸに係る取組を実施していること。	□
８　医療情報システムの安全管理に関するガイドラインや薬局におけるサイバーセキュリティ対策チェックリストを活用するなどして、サイバー攻撃に対する対策を含めセキュリティ全般について適切な対応を行う体制を有している。	□

［記載上の注意］

「~~８~~７」については、自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。

別添２

特掲診療料の施設基準に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	

届出番号	

連絡先

担当者氏名：

電話番号　：

（届出事項）

（選択してください）

の施設基準に係る届出

↓チェックをしてください。すべての基準に適合していない場合には届出ができません。

☐ 当該届出を行う前６か月間において当該届出に係る事項に関し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

☐ 当該届出を行う前６か月間において療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ現に違反していないこと。

☐ 当該届出を行う前６か月間において、健康保険法第78条第１項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第１項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に関し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和　　年　　月　　日

保険医療機関・保険薬局の所在地
及び名称

開設者名

　　殿

備考１　［　　］欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

２　□には、適合する場合「✓」を記入すること。

３　届出書は、１通提出のこと。

様式104

調剤ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書・賃金中間報告書（調剤）」

１．　調剤ベースアップ評価料を算定する保険薬局については、別添１の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
２．　法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添２「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

様式104別添1

（保険薬局）＿＿＿＿＿＿＿＿（令和　　年度分）

保険薬局コード	
保険薬局名	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		ヶ月

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和　　年　　月　～　令和　　年　　月		ヶ月

Ⅲ．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円

○　基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　（９）のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること
○　対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
※　ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（４）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（５）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（６）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（７）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（５）－（６）】		円
（８）ベア等による賃金増率【（７）÷（６）】		%
（９）上記（８）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

Ⅴ－１．事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(12) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【(11) － (12)】		円
(14) ベア等による賃金増率【(13) ÷ (12)】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－２．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（17）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（18）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（19）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（20）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
（21）ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
（22）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（23）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．保険調剤による収入の割合

（24）保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（25）全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（26）保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※　保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

Ⅶ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（27）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
（28）対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
（29）ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
（30）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋(29)）－（27）】		円
（31）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

２　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

３　Ⅴについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

４　Ⅴについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

様式104別添2

（保険薬局） ＿＿＿＿＿＿＿＿ **（令和　　年度分）**

保険薬局コード	
保険薬局名	
同一グループ保険薬局名	
同一グループ保険薬局数	

Ⅰ．提出書類の種類

☐ 賃金改善中間報告書
☐ 賃金改善実績報告書

Ⅱ．賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

（１）賃金改善実施期間

令和		年		月	～	令和		年		月		ヶ月

（２）ベースアップ評価料算定期間

令和		年		月	～	令和		年		月		ヶ月

Ⅲ．ベースアップ評価料による収入の実績額【（２）の期間中】

（３）調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円

○　基本給等総額については１か月当たりの額を記載してください。
※　「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
※　（９）のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額も必ず記載すること
○　対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
※　ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅳ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

（４）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（５）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（６）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（７）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（５）－（６）】		円
（８）ベア等による賃金増率【（７）÷（６）】		%
（９）上記（８）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額		円

Ⅴ－１．事務職員の基本給等総額に係る事項

（10）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（11）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（12）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（13）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（11）－（12）】		円
（14）ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
（15）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（16）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅴ－２．薬剤師の基本給等総額に係る事項

（17）対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
（18）当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
（19）令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
（20）基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
（21）ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
（22）報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
（23）前年度の賞与の支給月数		か月

Ⅵ．保険調剤による収入の割合

（24）保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（25）全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
（26）保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※　保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

Ⅶ．ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

（27）ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
（28）対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
（29）ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
（30）収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋(29)）－（27）】		円
（31）ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか	賃金改善額充当済み	

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和　　年　　月　　日　　開設者名：

【記載上の注意】

１　「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）

２　Ⅵについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

３　Ⅴについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

４　Ⅴについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。