

5. 明細書の記載について

①給付割合等の記載について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 明細書の各項目の記入	A 1 P 36～39 の明細書記載方法を参考。
Q 2 6歳未就学者の給付割合	A 2 6歳未就学者は基本給付8割で請求。 公費併用の場合も同様。 ただし、障害の場合は請求書の該当の障害欄で請求。
Q 3 公費併用分の給付割合	A 3 法定給付（7割・8割・9割）の表示。 患者からの一部負担金の徴収（窓口負担）がなくても10割の表示は誤り。
Q 4 公費41の給付割合	A 4 法定給付（7割）の表示。老人受給者証の3割・2割負担の表示による記載は誤り。
Q 5 障害の取り扱い	A 5 県内全保険者の障害は明細書の公費①欄に公費番号及び受給者番号を記入。 （特記80は不要） （P58参照）
Q 6 後期高齢者医療の障害の取り扱い	A 6 公費①欄に公費番号及び受給者番号を記入。 （特記80は不要） （P59参照）
Q 7 一般被保険者で障害の給付割合	A 7 法定給付7割で請求。
Q 8 前期高齢者医療の障害の給付割合	A 8 法定給付7割・8割の記載。
Q 9 後期高齢者医療の給付割合	A 9 医療受給者証の負担割合7割・9割を記載。
Q 10 特例措置対象被保険者（8割給付の前期高齢者医療、指定公費）	A 10 原則1割（特記20該当は2割）が患者負担ですが、 明細書の表示は8割。

②「保険種別」及び「本人・家族区分」の記載について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 6歳未就学者の場合の「本人・家族区分」	A 1 入院の「3六入」又は入院外の「4六外」の記載。
Q 2 国保組合の本人で前期高齢者医療の場合の「本人・家族区分」の記載	A 2 70歳以上の方は、「本人・家族」の区分ではなく、給付割合により 入院は「7高入一」又は「9高入7」 入院外は「8高外一」又は「0高外7」の記載。
Q 3 後期高齢者医療の場合の「本人・家族区分」	A 3 「本人・家族」の区別ではなく、給付割合により 入院は「7高入一」又は「9高入7」 入院外は「8高外一」又は「0高外7」の記載。

③特記事項の記載について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 特記事項に記載するコードと記載方法	A 1 P 42・43 の内容を参照。 記載方法はコードと略称を特記事項欄に記載。
Q 2 障害請求の場合	A 2 特記欄使用せず（P 58～60 を参照）。
Q 3 後期高齢者医療で原爆医療給付の併用	A 3 「公費負担者番号①」に「1914～」と受給者番号を記載する。 特記事項に「13」の記載は不要。
Q 4 後期高齢者医療及び前期高齢者医療で「在医総管」、「特医総管」、「在医総」	A 4 特記事項欄に「70」と記載。 ※70才未満(後期高齢者医療認定者を除く)は記載は不要。
Q 5 高額長期疾病（後期高齢者医療を含む）の記載	A 5 特記事項欄に「02」 長 の記載が必要。 長処の場合は「03」 長処 人工透析を要する70歳未満の上位所得者(2万円)は「16」 長2 (P 42・43 を参照)

<p>Q 6 公費「51」及び「52」に係る高額療養費制度の見直しに伴う特記の記載について</p>	<p>A 6 公費負担医療の対象療養については患者の所得区分にかかわらず、レセプト単位で一律「一般所得者」の自己負担限度額を適用して高額療養費を支給していたが、平成21年5月1日から公費「51」及び「52」の対象療養に係る自己負担限度額については患者の所得に応じた額として取り扱う。なお、多数回該当の場合の自己負担限度額の軽減を行い、それぞれの所得区分に応じて、特記事項欄には「17上位」「18一般」「19低所」を記載し、多数回該当の場合は「22多上」「23多一」「24多低」と記載。（多数回該当の対象は入院のみであるため、医科・歯科の入院外の診療報酬明細書、調剤報酬明細書及び訪問看護療養費明細書の記載は不要）（P41～43 参照）</p>
<p>Q 7 75歳到達月に関する自己負担額特例について</p>	<p>A 7 被保険者本人が後期高齢者医療に移行することにより月途中で保険が変わる家族も同様に移行前後でそれぞれ高額限度額が2分の1となります。</p> <p>①本人の場合</p> <p>国保等から後期高齢者医療制度に移行する月においての高額計算は制度移行前後の保険制度で高額限度額がそれぞれ2分の1の計算になります。</p> <p>※ 1日生まれの方は月途中の加入はないので2分の1対象外</p> <p>②家族の場合</p> <p>①の移行に伴い、被用者保険等の家族の保険が移行したときも高額限度額がそれぞれ2分の1の計算になりますが、この時、特記事項に「21高半」の記載が必要です。（P43 参照）</p>

④公費併用明細書の記載方法について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
Q 1 公費併用明細書記載上の注意点	A 1 公費負担者番号、受給者番号、特定疾病における公費対象点数、患者負担額等の記載漏れはないか。また、給付割合の表記が正しくなっているか等を確認。 ※10 割給付の表示は誤りで法定給付の割合を表示。
Q 2 二つの公費負担者番号を持っている場合の公費の請求（優先順位）	A 2 三者併用として請求。 第一公費及び第二公費に係る公費対象点数の記載が必要。（第一公費対象点数と第二公費対象点数の合計は全点数を超えない。） 各公費が負担する項目（一部負担金等）の記載漏れのないよう注意。 第一公費の優先順位は小さい公費負担者番号が優先となりますが、当該公費の対象点数等がない場合は二者併用の請求。
Q 3 公費「5 1」と「4 1」がある場合の一部負担金の記載	A 3 医科の場合は「5 1」と「4 1」のそれぞれの公費対象点数ごとに一部負担金を算出（「5 1」は指定限度額まで）し、その額を一部負担金欄に記載。 調剤については「4 1」分のみ一部負担金を記載。
Q 4 月の途中から公費併用になった場合の明細書の記載	A 4 公費対象日数・点数の記載が必要。 ※公費対象診療行為、薬剤等の明示と点数の再掲が必要
Q 5 公費について	A 5 P 21 にある公費一覧表を参照。
Q 6 保険者によって請求できない公費	A 6 ・ 県外保険者（全国土木 1 3 3 0 3 3 と全国建設工事業 1 3 3 2 9 8 を除く）では地方単独事業（公費 41・81・85・80 等）の取り扱いをしておりませんので請求不可。 ※ 地方単独事業の府県No.が「1 4（神奈川県）」で、保険者の府県「1 4」（1 3 3 0 3 3 と 1 3 3 2 9 8 を含む）のみ取り扱い。 ・ 川崎市の公害は、川崎市内の医療（薬局）機関のみ取り扱い。

⑤その他について、次のとおりお願いいたします。

質 問	回 答
<p>Q 1 月の途中で資格項目の変更があった場合</p> <p>① 保険者番号が変更の場合</p> <p>② 被保険者証の番号が変更の場合</p> <p>③ 保険種別の変更がある場合</p>	<p>A 1 原則として次のとおり。</p> <p>① 保険者番号が変更の場合は、それぞれの期間ごとに明細書を作成。ただし、市内転居（横浜市、川崎市、相模原市）の場合は、月末時の資格で1ヶ月分をまとめて請求。</p> <p>② 被保険者証の番号が変更された場合は、それぞれの期間ごとに明細書を作成。</p> <p>③ 保険種別の変更があった場合は、明細書はそれぞれの種別で期間ごとに明細書を作成。</p> <p>※ 詳しい取り扱いについては、該当保険者に照会をお願いします。</p>
<p>Q 2 前期高齢者医療及び後期高齢者医療で一部負担金の記載が必要な場合</p>	<p>A 2 前期高齢者医療と後期高齢者医療の入院と「在医総管」、「特医総管」、「在医総」の算定のある入院外明細書については、記載が必要。</p>
<p>Q 3 画像フィルムの添付</p>	<p>A 3 画像フィルムの添付をする場合は、当該明細書に添付。（添付する場合は事前に連絡をお願いします。）審査後に郵送にて返送。</p>
<p>Q 4 歯科の公費 4 1 の場合で、未来院の明細書の一部負担金の記載</p>	<p>A 4 未来院でも公費「4 1」の一部負担金の記載は必要。</p>
<p>Q 5 歯科の公費 1 9、2 1、5 1 について</p>	<p>A 5 「1 9」についてはP46 参照。 「2 1」は対象外。 「5 1」は病院以外は、原則として公費対象外。但し、県との契約医療機関に限り現物給付がなされる。</p>

<p>Q 6 負担金が減額される患者の場合の表示</p>	<p>A 6 負担金額等の減免又は支払が猶予される事例は「減」「免」又は「猶」を記載し、減額割合・減額される金額又は支払猶予を○で囲むこと。</p> <p>限度額認定証が提示された場合70歳未満の方は、特記に17・18・19を記載し、70歳以上入院外にあつては「在医総管」「特医総管」「在医総」を算定している場合に限り、「低所得Ⅰ」「低所得Ⅱ」を記載すること。</p>
<p>Q 7 「減免」の請求の方法</p>	<p>A 7 医科・歯科の場合は明細書に「減免証明書」を添付し請求。</p> <p>調剤の場合は「減免証明書」のコピーを添付し請求。(相模原市は調剤もコピーではなく原本を添付)請求書の右下の減免08に再掲。</p>
<p>Q 8 請求済明細書の請求漏れ部分の追加請求</p>	<p>A 8 一部未請求部分の追加請求の取り扱いは不可。</p> <p>当初請求された明細書を取り下げし、返戻された後に明細書を訂正したうえで再請求。</p>
<p>Q 9 OCRエリアの打出しをする場合</p>	<p>A 9 P44・45の内容に沿ってOCRの打出しについて、ご協力をお願いいたします。</p>
<p>Q10 寝たきり老人の場合</p>	<p>A10 75歳到達以前から後期高齢者医療の認定を受けている寝たきり老人の対象者(65歳～74歳)は自己負担額特例の対象外</p> <p>寝たきり老人該当者で一部負担金の記載の必要な明細書、(長)の明細書、公費負担医療受給者は摘要欄に「障害」の記載が必要。</p>

診療報酬明細書（入院）の記載について

④
ア イ ウ

診療報酬明細書
(医科入院)

① 平成 年 月 分

② 都道府県番号

③ 医療機関コード

1 医科	1 社・国 2 公費	3 後期 4 退職	1 単独 2 2併 3 3併	1 本入 3 六入 5 家入	7 高入 9 高入7
---------	---------------	--------------	----------------------	----------------------	---------------

⑤ 保険者番号

⑥ 給付割合 10 9 8
7 ()

⑦ 被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号

⑧

公費負担者番号①	公費負担医療の受給者番号①	公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②
----------	---------------	----------	---------------

⑨

⑩

区分	精神 結核 療養	特記事項
氏名	⑪	
性別	1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . . 生	
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	
傷病名	⑫ 保険医療機関の所在地及び名称 (診療科)	
傷病名 (1)	⑬ 診療開始日 (1) 年 月 日 転 治ゆ 死亡 中止 保険診療公費①公費②	
傷病名 (2)	(2) 年 月 日	
傷病名 (3)	(3) 年 月 日	

1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
1 3	医学管理				
1 4	在宅				
2 0	2 1 内 服	単位			
2 2	2 2 毛 服	単位			
2 3	2 3 外 用	単位			
2 4	2 4 調 剤	日			
2 5	2 5 麻 毒	日			
2 6	2 6 麻 基	日			
2 7	2 7 調	日			
3 0	3 1 皮下 筋 肉 内	回			
3 1	3 2 静 脈 内	回			
3 2	3 3 そ の 他	回			
3 3					
4 0	処 置	回			
5 0	薬 劑				
5 0	手 術 酔 薬 劑	回			
6 0	検 査 理 薬 劑	回			
7 0	画 診 像 断 薬 劑	回			
8 0	そ の 他 薬 劑				
9 0	入院年月日	年 月 日			
9 0	病 診	90 入院基本料・加算	点		
入 院		× 日間			
		× 日間			
		× 日間			
		× 日間			
		× 日間			
		92 特定入院料・その他			

※高額療養費	円	※公費負担点数	点
9 7 基準	円× 回	※公費負担点数	点
食事・生活	円× 回	基準(生)	円× 回
	円× 日	特別(生)	円× 回
	円× 日	減・免・猶・I・II・3月超	

★

⑮	請求点 ※ 決 定 点	負担金額 円	⑯	請求点 ※ 決 定 点	円 (標準負担額) 円
療養の給付①	—(ア)—	円	療養の給付①	—(イ)—	円
療養の給付②	—(ウ)—	円	療養の給付②	—(エ)—	円

備考 1. この用紙は、日本工業規格A列4番とすること。

2. ※印の欄は、記入しないこと。

様式第二(一)

記載要領

- ① 診療年月を記載。
- ② 都道府県番号“14”を記載。
- ③ 医療機関コード7桁を記載。
- ④ 「保険種別1・2」及び「本人・家族」欄については
 - ㊦ 保険種別1…国民健康保険は「1」後期高齢者医療は「3」退職者医療は「4」を記載。
 - ㊧ 保険種別2…単独分「1」公費併用「2」三者併用「3」を記載。
 - ㊨ 本人・家族区分…

本人入院→1本入	
6歳未満就学入院→3六入	
家族入院→5家入	
前期高齢者 8割入院	} 7高一
後期高齢者医療 9割入院	
前期高齢者	} 7割入院→9高入7
後期高齢者医療	

- ※㊦㊧㊨でそれぞれ該当する箇所に1つだけ○又は番号を記載。
- ⑤ 保険者番号について国民健康保険は6桁を、退職者医療及び後期高齢者は8桁を記載。
- ⑥ 該当する給付割合を記載。ただし、基本給付は省略可。
- ⑦ 被保険者証の記号と番号を記載。
後期高齢者については、被保険者証番号を記載。
- ⑧ 老人医療の医療受給者証にある8桁の市町村番号と7桁の受給者番号を記載。(平成20年3月診療分まで)
- ⑨ 「公費負担者番号①、②」及び「公費負担医療の受給者番号①、②」は8桁の公費負担者番号と7桁の受給者番号を記載。
- ⑩ 区分については入院病棟が次に該当する場合に記載。
01 精神(精神病棟) 02 結核(結核病棟) 07 療養(療養病棟)

- ⑪ 特記事項に該当する場合は、定められたコードを記載。(P42・P43を参照)
- ⑫ 「保険医療機関の所在地及び名称」を記載し、連絡先電話番号があると望ましい。
旧総合病院については「診療科」を左下隅に表示。
- ⑬ 診療実日数は、入院日数を記載する。該当公費負担医療に係る日数がある場合は公費①及び②にその日数を記載。
- ⑭ 診療開始日は、当該保険医療機関で保険診療を開始した年月日を和暦により記載。保険種別等の変更があった場合は変更があった日を開始日として記載。
- ⑮ 「療養の給付」の欄について
 - (ア) 保険欄については合計点数と後期高齢者及び前期高齢者の負担金額を記載。
(限度額認定証有の70歳未満で高額療養該当者を含む)
 - (イ) ・ 公費①欄については公費併用(二者併用)レセプトの場合で合計点数と公費対象点数が異点数の場合に記載。
・ 負担金額は公費に係る金額を記載。
・ ★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。
 - (ウ) 公費②欄については、公費併用(三者併用)レセプトの場合で、その対象点数を記載。当該公費に係る負担金額がある場合は(イ)と同様に記載。
- ⑯ 「食事・生活療養費」の欄について
食事・生活療養費がある場合に、回数、食事療養費額、標準負担額を記載。
公費該当がある場合は、その該当額を記載。

記載要領

- ①診療年月を記載。
- ②都道府県番号“14”を記載。
- ③医療機関コード7桁を記載。
- ④「保険種別1・2」及び「本人・家族」欄については
 - ⑦保険種別1…国民健康保険は「1」後期高齢者医療は「3」退職者医療は「4」を記載。
 - ⑧保険種別2…単独分「1」公費併用「2」三者併用「3」を記載。
 - ⑨本人・家族区分…

本人外来→2 本外	
6歳未満外来→4 六外	
家族外来→6 家外	
前期高齢者	8割外来
後期高齢者医療	9割外来
} 8 高外 一	
前期高齢者	} 7割外来→0 高外 7
後期高齢者医療	

※⑦⑧⑨でそれぞれ該当する箇所に1つだけ○又は番号を記載。

- ⑤保険者番号について国民健康保険は6桁を、退職者医療及び後期高齢者医療は8桁を記載。
- ⑥該当する給付割合を記載。ただし、基本給付は省略可。
- ⑦被保険者証の記号と番号を記載。
後期高齢者医療については、被保険者番号を記載。
- ⑧老人医療の医療受給者証にある8桁の市町村番号と7桁の受給者番号を記載。(平成20年3月診療分まで)
- ⑨「公費負担者番号①、②」及び「公費負担医療の受給者番号①、②」は8桁の公費負担者番号と7桁の受給者番号を記載。
- ⑩特記事項に該当するレセプトに定められたコードを記載。(P42・P43を参照)
- ⑪「保険医療機関の所在地及び名称」を記載し、連絡先電話番号があると望ましい。
旧総合病院については「診療科」を左下隅に表示。
- ⑫診療実日数を記載。該当公費負担医療に係る日数がある場合は公費①及び②にその日数を記載。
- ⑬診療開始日は、当該保険医療機関で保険診療を開始した年月日を和暦により記載。保険種別等の変更があった場合は変更があった日を開始日として記載。
- ⑭「療養の給付」の欄について
 - (ア) 保険欄については合計点数を記載。
なお、前期高齢者、後期高齢者、限度額認定証有の高額療養該当者で「在医総管」・「特医総管」及び「在医総」を算定した場合は一部負担金も記載。
 - (イ) 公費①欄については公費併用(二者併用)の場合で合計点数と公費対象点数が異点数の場合にその該当点数を記載。
一部負担金額は公費に係る負担金額を記載。
 - (ウ) 公費②欄については、公費併用(三者併用)の場合にその該当点数がある場合に記載。

明細書右上コード「保険種別」「本人家族分」欄の説明

「ア」欄

国保一般は「1 社・国」に○又は番号を記載。

後期高齢者医療は「3 後期」に○又は番号を記載。

退職者(本人, 家族)は「4 退職」に○又は番号を記載。

「2 公費」については, 国保請求分にはありません。

【入院】

	ア		イ		ウ	
1	1 社・国	3 後期	1 単 独	1 本 入	7 高入一	
医			2 2 併	3 六 入		
科	2 公 費	4 退 職	3 3 併	5 家 入	9 高入7	
						給付割合
						10 9 8 7 ()

「イ」欄

「1 単独」は公費併用でない場合及び特記欄を使った公費併用の場合に○又は番号を記載。

※特記欄に「80」を記入する場合は「1 単独」。(平成20年9月診療分まで)

「2 2 併」及び「3 3 併」は, 公費併用(受給者番号のある)の場合に○又は番号を記載。

【外来】

	ア		イ		ウ	
1	1 社・国	3 後期	1 単 独	2 本 外	8 高外一	
医			2 2 併	4 六 外		
科	2 公 費	4 退 職	3 3 併	6 家 外	0 高外7	
						給付割合
						10 9 8 7 ()

「ウ」欄

いずれか1つだけに○又は番号を記載。

6歳未満就学者は「4 六外」又は「3 六入」

就学者~70歳未満の本人は「2 本外」又は「1 本入」, 家族は「6 家外」又は「5 家入」

70歳以上(前期高齢者医療及び後期高齢者医療)は, 患者負担額により2割負担及び1割負担は「8 高外一」又は「7 高入一」、3割負担は「0 高外7」又は「9 高入7」。

「エ」欄

法定給付割合(国保・退職7割、前期高齢者医療8割、後期高齢者医療の9割)省略可。

給付割合改善分は、必ず該当割合に○印又は数字を記載。

(51) 特定疾患及び (52) 小児特定に係る限度額

平成 21 年 5 月以降

《70 歳未満》

区 分	特記事項		入外 区分	月額限度額	
		多数該当		入院・外来	
上位所得者	17 上位	22 上多	1・2 5・6	150,000 円 + (医療費 - 500,000 円) × 1% 【多数該当 83,400 円】	
一般	18 一般	23 多一	1・2 5・6	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% 【多数該当 44,400 円】	
低所得者	19 低所	24 多低	1・2 5・6	35,400 円 【多数該当 24,600 円】	

《70 歳以上》

区 分	特記事項		入外 区分	月額限度額	
		多数該当		入院	外来
現役並み 所得者	17 上位	22 上多	9・0	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1% 【多数該当 44,400 円】	44,400 円
一般	18 一般	—	7・8	44,400 円	12,000 円
低所 得者	19 低所	—	7・8	24,600 円	8,000 円
				15,000 円	

※多数該当は現役並み所得者入院のみ適応

特記事項一覧表

コード	略称	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医療費の支給について」（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条及び高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）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せんのみにより行い、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、それぞれ個別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、それぞれ個別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号の規定に基づく薬事法に規定する治験（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である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養及び選定療養第1条第3号の規定に基づく薬事法に規定する治験（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（この場合にあつては、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つて「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（この場合にあつては、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」欄に記載すること。）
15	経過	（削除）

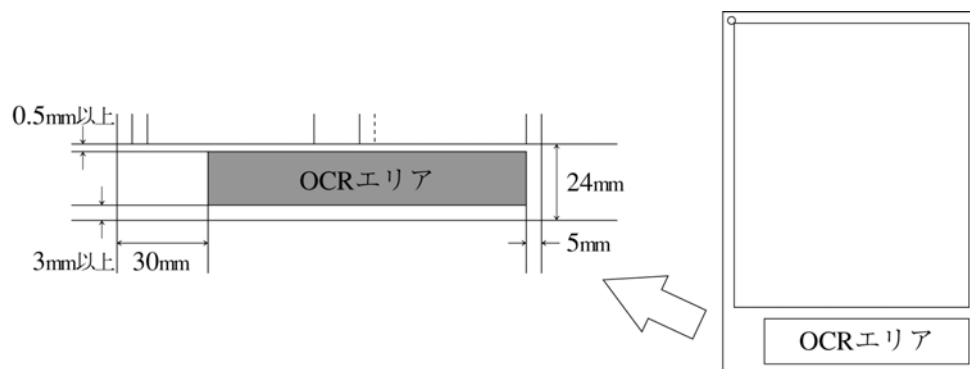
16	長 2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第 9 項第 2 号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
17	上位	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者（70 歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「22」に該当する場合を除く。）
18	一般	以下のいずれかに該当する場合 ① 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合 ② 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「23」に該当する場合を除く。）
19	低所	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又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合（特記事項「24」に該当する場合を除く。）
20	二割	平成 20 年 2 月 21 日保発第 0221003 号の別紙「70 歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第 2 の 4 の特例措置対象被保険者等が、特例措置にかかわらず、自らが受けた療養に係る 2 (4) に規定する一部負担金等の一部に相当する額を自ら支払った場合
21	高半	月の初日以外の日により 75 歳に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より 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
22	多上	「上位所得者（70 歳以上の場合は現役並み所得者）の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患治療研究事業又は小児慢性特定疾患治療研究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 ヶ月間において 4 月目以上である場合（以下「特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。）
23	多一	「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
24	多低	「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾患医療受診券が提示された場合であって、特定疾患給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
25	出産	平成 21 年 5 月 29 日保険発 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」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療請求である場合
40 (歯科のみ)	50/100	歯科明細書の乳幼児加算（5 歳未満）、障害者加算又は歯科訪問診療時の加算を算定している明細書の場合
70	在	70 歳以上であって、在宅時医学総合管理料及び特定施設入居時等医学総合管理料・在宅末期医療総合診療料を算定した場合に記載すること。
80	障	平成 20 年 10 月診療分以降は特記事項「80」の記載は不要。

OCRエリアの設定方法

OCRエリアの位置

OCRエリアの印字開始位置は、左辺から30mmとする。

- 明細書用紙下辺から24mmの位置とします。
- OCRエリアの左右の位置は、左辺から30mm、右辺から5mm内側とします。
- OCR読取対象行（1行目）の文字下端から用紙下辺まで3mm以上の位置とします。

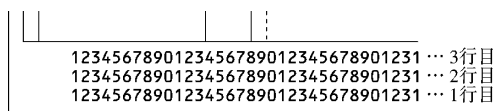


- OCRエリアの左右・上下の部分（網線部分）には、OCR機器による読取りに支障をきたすので印字しない（印字禁止領域）。



OCRエリアの各行への印字方法

- 読取りの基準辺が下辺のため、下部から1行目を印字し、合計3行印字します。
- 各行は保険種別ごとに印字します。
 - ・ 1行目：医療保険単独分 老人保健分
 - ・ 2行目：公費単独分 2者併用分
 - ・ 3行目：3者併用分



※患者の生年月日のうち「月日」の印字方法

1行目の「薬剤一部負担金」欄の5桁を「生月日」欄として使用する。（右詰め前ゼロでセット）
2行目の「公費①薬剤一部負担金」欄及び3行目の「公費②薬剤一部負担金」欄は現行通りとする。

※医科症状詳記及び調剤処方せん添付の方法

医科症状詳記あるいは処方せんの内容を明らかにすることができる資料についてはA列4番とし、明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。なお、この場合にあつて、複数枚の添付資料を著しくない範囲で縮小複製してA列4番にまとめることも差し支えありません。

歯科 原爆医療(公費19)の明細書記載について

診療報酬明細書(歯科)

平成 22 年 5 月分 県番 14 医コ

3 歯科 1 国 2 併 6 家外

公費①	1 9 1 4 6 0 1 8	公受①	0 0 0 0 0 3 4
-----	-----------------	-----	---------------

保険	
記号・番号	

氏名	(男・女) 明・大・昭・平 生	特記事項		届出	補管・歯検診・外来環 GTR・医管・在歯管 う蝕無痛・隣連・手術歯根	保険医療機関	
職務上の事由						所在地	
						名称	

傷病名部位	7 7 P 3 C2	開始日	22 年 4 月 15 日
		実日数	1 日 (日)
		公費分点数	

原爆医療の場合はう蝕度を記載して下さい

初診	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	障	障導	障連	外来環	点
再診	42×1	時間外	休日	深夜	乳	乳・時間外	乳・休日	乳・深夜	障			42 42
管理	歯管 110	義管	+	歯清	実地指	F局	F洗	医管	その他	医療保険点数		110 110
投薬・注射	内・屯・外・注	調	処方	+	情	+	処	+	注			
X線検査	全顎 枚	写	P混検	平	基本	200×1	精密検査	そ	の			200 200
		S培	顎運動	測	本検査			他				
		EMR										

※原爆医療の場合、C1、C2 に対する治療は公費負担の対象外になります。

処置	う蝕	尿機	処置	填塞	除去	知覚過敏	咬調	感染即充	加圧根充	生切	
手術	S C	P C u r	前					前	小	大	
	技歯乳								P処	P基処	
	その他							特定薬剤			

麻酔	伝麻	浸麻	その他								
補診		維持管理		印象							
歯冠形成	(生)	(失)	+	(窩洞)	+	壳形 120×1	咬合試適				120
	活	活	+			修形	支台築造	メタル	前小	大	
歯冠修復							TEK		充填	148×1	
									充 I	28×1	
									充 II		
									充 III		
									料	その他	

『点数』欄について
医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に分割して、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。(公費分は再掲)
なお、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、公費負担医療に係る請求点数の記載は省略可。

欠損補綴											176
その他											

摘要		公費分	請求	352	点	合計	648	点
		点数	決定	※	点			
		患者負担額(公費)		円	決定	※		点
		高額療養費	※	円	一部負担			円

資格喪失及び記号誤り等による過誤調整について

1 過誤で返戻する明細書の事由は主に次のとおりです。

- ① 記号、証番号の記載誤り。
- ② 転出等による資格喪失。
- ③ 給付割合の誤り。
- ④ 制度違い及び退職者の本人家族違い。
 - ・退職者の場合は必ず保険者番号の頭に「67」の記載。
 - ・「67」を付した明細書右上の保険種別「4退」の丸もれ。
- ⑤ 重複請求
 - ・同月で同一被保険者の明細書は原則一枚。

◆保険医療機関においては、初診時及び月初めには必ず被保険者証の提示を受け、性別、生年月日、保険者番号、被保険者証の記号番号を確認する。またカルテから明細書に転記する際、再確認をお願いいたします。

2 明細書の取り下げについて《P48～50 参照》

- ① 明細書の取り下げの際は『明細書の取り下げ依頼書』を提出。
- ② P50の『明細書の取り下げ依頼書』の様式をコピーして使用。
- ③ 当月請求分であれば FAX での取り下げ依頼も可。

3 診療報酬振込先及び印鑑届け等について《P51～55 参照》

- ① 保険医療機関において、医療機関の名称内容等に変更が生じた場合、（金融機関振込先のみの変更は除く）関東信越厚生局神奈川事務所に届け出。
- ② 住所だけの変更であっても提出用紙を最新の内容として使用するため全項目記載。
- ③ 枠に入り切らない場合は、はみ出して書いても可。
- ④ 明細書請求と同様毎月 10 日が締め切り日。（事例 10 月 10 日までに提出、11 月支払から変更）

4 被保険者資格証明書の明細書（特別療養費）について《P56 参照》

- ① 被保険者は全額自己負担となりますので医療費全額を窓口で徴収。
- ② 請求する際は通常の明細書と一緒にせず、明細書の上部中央余白に「特別療養費」と朱書きして別に提出。