

## 5. レセプトの記載について

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 レセプトの各項目の記入	A 1 P 35・36 のレセプト記載方法を参考。
Q 2 6歳未満就学者のレセプトの給付割合の記載	A 2 6歳未満就学者は基本給付8割で請求。 公費併用の場合も同様。 ただし、障害の場合は該当の障害欄で請求。
Q 3 公費併用分の給付割合	A 3 基本給付(7割・8割・9割)の表示。 <b>患者からの一部負担金の徴収がなくても10割の表示は誤り。</b>
Q 4 公費41の給付割合	A 4 基本給付(7割)の表示。老人受給者証の3割・2割・1割負担の表示による記載は誤り。
Q 5 障害レセプトで公費番号がある場合とない場合	A 5 公費番号のない障害は特記事項80を記載。 公費番号のある障害は特記事項を使用せずにレセプトの公費欄に公費番号及び受給者番号を記入。 県内全保険者は、 <u>平成20年10月1日から公費番号(8014~)</u> の請求。(P51参照)
Q 6 一般被保険者の障害レセプトの給付割合	A 6 基本給付7割で請求。
Q 7 前期高齢者の障害レセプトの給付割合	A 7 基本給付7割・8割で請求。
Q 8 後期高齢者の給付割合	A 8 医療受給者証の負担割合に基づき7割・9割の記載。
Q 9 特例措置対象被保険者(8割給付の前期高齢者、指定公費)	A 9 原則1割が患者負担ですが、 <b>明細書の表示は8割。</b>

「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歳未満就学者の場合の「本人・家族区分」	A 1 入院の「3六入」又は入院外の「4六外」を記載。

Q 2 国保組合の本人で前期高齢者の場合の「本人・家族区分」の記載	A 2 「本人・家族」の区分ではなく、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 後期高齢者の場合の「本人・家族区分」	A 3 「本人・家族」の区別はなく、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。

**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 29・30 の内容を参照。 記載方法はコードと略号を特記事項欄に記載。
Q 2 障害実施市町村の区別	A 2 P 54 を参照。
Q 3 後期高齢者で原爆医療給付の併用	A 3 老人保健の廃止に伴い、後期高齢者と原爆「19」の併用は、従来の特記事項に「13」を記載する方法から「公費負担者番号」に「1914～」と受給者番号を記載する方法に変更。 特記事項に「13」の記載は不要。
Q 4 後期高齢者及び前期高齢者で「在医総管」 <sub>レ</sub> 「特医総管」 <sub>レ</sub> 「在医総」を算定したレセプトの場合	A 4 後期高齢者及び前期高齢者は特記事項欄に「70」と記載。 70才未満は記載は不要。(除く特記17～19)
Q 5 後期高齢者で障害の場合	A 5 後期高齢者で障害の場合、必ず公費負担者番号と受給者番号の記載が必要。

<p>Q 6 高額長期疾病（後期高齢者を含む。）の場合のレセプトの記載</p>	<p>A 6 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>
<p>Q 7 特記事項のコード「15」について</p>	<p>A 7 公的年金等控除の縮減及び老年者控除の廃止に伴い、新たに現役並み所得者に移行する 70 歳以上の高齢者に対して、平成 18 年 8 月から 2 年間、自己負担限度額を一般並みに据え置く措置。        高齢者医療確保法の施行に伴い、平成 20 年 8 月から 2 年間、自己負担額を一般並みに据え置く措置。</p>

## 特記事項一覧表

コード	略称	内容
01	公	医療保険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62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、健康保険法施行令第79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 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6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。) 後期高齢者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5項の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医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	老保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を老人保健の診療報酬点数表によった場合
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赴き、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	患者の疾病または負傷が、第三者行為(交通事故等)によって生じたと認められる場合
11	薬治	健康保険法第63条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定める療養を定める件第7号の規定に基づく薬事法に規定する治験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	地方社会保険事務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	「厚生労働大臣の定める診療報酬の算定方法に規定する回数を超えて受けた診療」(平成18年厚生労働省告示第120号)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」欄へ記載すること)

15	経過	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>公的年金控除の縮減及び老年者控除の廃止に伴い、一部負担金を負担することとなる70歳以上の高齢者(以下「現役並所得者」)であって、平成18年8月から平成20年7月(高齢者医療確保法又は国民健康保険法以外における一部負担金の割合が3割となる者については、平成18年9月から平成20年8月)までの間、入院又は入院外(在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限る)に係る一部負担金が、一般の世帯(現役並所得者及び市町村民税非課税の世帯以外の世帯のこと)と同額の自己負担限度額を超えた場合。</p> <p>高齢者医療確保法の施行に伴い、一部負担金を負担することとなる70歳以上の高齢者(以下「現役並所得者」)であって、平成20年8月から平成22年7月(高齢者医療確保法又は国民健康保険法以外における一部負担金の割合が3割となる者については、平成20年9月から平成22年8月)までの間、入院又は入院外(在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限る)に係る一部負担金が、一般の世帯(現役並所得者及び市町村民税非課税の世帯以外の世帯のこと)と同額の自己負担限度額を超えた場合。</p>
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6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	「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。
18	一般	「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
19	低所	「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
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
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	在宅末期医療総合診療料及び在宅時医学総合管理料を算定した場合に記載すること。
80	障	平成20年10月診療分より特記欄80は必要ありません。

公費併用レセプト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 公費併用レセプト記載上の注意点	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。
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。 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「51」と「41」がある場合の一部負担金の記載	A 3 医科の場合は「51」と「41」のそれぞれの公費対象点数ごとに一部負担金を算出し、その額を一部負担金欄に記載。 調剤については「41」分に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レセプトの記載	A 4 公費対象点数の記載が必要。
Q 5 公費について	A 5 P 32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133033と全国建設工事業133298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すので請求不可。

公費一覧表

平成20年4月1日現在

法別 コード	法律名	医療給付名	公費負担者	実施機関	医療機関		疾病		給付種別			治療形態		患者負担額		優先		高額		
			主体	主体	指定	一般	特定	一般	医科	歯科	調剤	入院	外来	有	無	公費	国保	有	無	
10	結核予防法	適正医療(34条)	県、政令市中核市	県(保健所)中核市																
11		命令入所(35条)	県、政令市中核市	県(保健所)中核市																
13	戦傷病者特別援護法	療養の給付(10条)	県(国費執行)	県																
14		更正医療(20条)	県(国費執行)	県																
15	障害者自立支援法	更正医療(52条)	指定市、市町村	市町村(福祉事務所)																
16		育成医療(52条)	県、指定市中核市	県、指定市中核市																
17	児童福祉法	療育医療(21-9条)	県、指定市	県、指定市																
18	被爆者援護法	認定疾病医療	厚生省	厚生省																
19		一般疾病医療	厚生省	県																
20	精神保健福祉法	措置入院(29条)	県、政令市	県、政令市																
21	障害者自立支援法	通院医療(52条)	県、政令市	県、政令市																
22	麻薬及び向精神薬取締法	措置入院(58-8条)	県	県																
23	母子保健法	養育医療(20条)	県、政令市中核市、保健所政令市	県、政令市中核市、保健所政令市																
24	障害者自立支援法	療養介護医療(70条)	市町村	市町村																
28	感染症予防・医療法	一類感染症等の患者の入院(37条)	県、政令市中核市	県、政令市(保健所)中核市																
29		新感染症の患者の入院(37条)	県、政令市中核市	県、政令市(保健所)中核市																
51	予算措置法	局長通知特定疾患医療	県	県																
52	児童福祉法	(21-9-6条)小児慢性特定疾患医療	県、指定市中核市	県、指定市中核市																
53		措置費等医療費	県、指定市中核市	県、指定市(施設)中核市																
79		(24条)施設医療費	県、指定市中核市	県、指定市中核市																
66	石綿健康被害救済法	救済給付の医療費	環境再生保全機構	環境再生保全機構																
41	老人福祉法	市町村単独事業	市町村	市町村																
80	重度障害者医療費助成制度	医療助成	市町村	市町村																
81	小児医療費助成事業費	医療助成	市町村	市町村																
85	ひとり親家庭等医療費助成事業	医療助成	市町村	市町村																
88	小児ぜん息患者医療費支給事業	医療助成	川崎市	川崎市																
89	成人呼吸器疾患医療費助成事業	医療助成	川崎市	川崎市																
89	成人ぜん息患者医療費助成事業	医療助成	川崎市	川崎市																

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 保険者番号の変更の場合  被保険者証の番号が変更の場合 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。  保険者番号が変更の場合は横浜市の市内転居(区間異動を含む)の場合は、月末時の資格項目で1ヶ月分をまとめて請求。それ以外の保険者の場合はそれぞれの期間にあわせてレセプトを作成。 被保険者証の番号が変更された場合は、それぞれの被保険者証により、レセプトを作成。 保険種別の変更があった場合は、レセプトはそれぞれの種別で請求。  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 前期高齢者及び後期高齢者で一部負担金の記載が必要な場合</p>	<p>A 2 前期高齢者と後期高齢者の入院と「在医総管」、「特医総管」、「在医総」の算定のある入院外レセプトについては、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、当該レセプトに添付。(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 41 の場合で、未来院のレセプトの一部負担金の記載</p>	<p>A 4 未来院でも公費 41 の一部負担金の記載は必要。</p>
<p>Q 5 負担金が減額される患者の場合の表示</p>	<p>A 5 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、入院にあつては「 」、「 」を で囲み、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 」、「低所得 」を記載。</p>

<p>Q 6 「減免」の請求の方法</p>	<p>A 6 医科・歯科の場合はレセプトに「減免証明書」を添付し請求。 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で請求) 請求書の右下の減免 08 に再掲。</p>
<p>Q 7 請求済レセプトの請求漏れ部分の追加請求</p>	<p>A 7 一部未請求部分の追加請求の取り扱いは不可。 当初請求されたレセプトを取り下げし、返戻された後に正しいレセプトで再請求。</p>
<p>Q 8 神奈川県以外の保険者番号、給付割合などを確認したいとき</p>	<p>A 8 国保連合会の各担当課に照会。 ( P 1 参照 ) 国保中央会のホームページに給付割合を掲載。 ( <a href="http://www.kokuho.or.jp">http://www.kokuho.or.jp</a> )</p>
<p>Q 9 OCRエリアの打出しをする場合</p>	<p>A 9 P 39・40 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>

# 診療報酬明細書（入院）の記載について

診療報酬明細書（入院）の記載について次のとおりお願いします。

診療年月を記載。

都道府県番号“14”を記載。

医療機関コード7桁を記載。

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）

「公費負担者番号」、「及び」「公費負担医療の受給者番号」、「は8桁の公費負担者番号と7桁の受給者番号を記載。

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）

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。

「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。

（イ）公費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。

負担金額の記載における注意例

- 後期高齢者及び前期高齢者における7割給付該当者（自己負担限度額に係る経過措置の被保険者を除く）が4ヶ月以上入院の場合に4回目以上の高額医療費が発生した場合の負担金額は44,400円。
- 後期高齢者と公費併用異点数の場合で負担金額をそれぞれで算出する場合は負担金額は44,400円に加算した金額を記載。

様式第二(一)

④

① ② ③

平成 年 月 分

① ② ③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

㉒

㉓

㉔

㉕

㉖

㉗

㉘

㉙

㉚

㉛

㉜

㉝

㉞

㉟

㊱

㊲

㊳

㊴

㊵

㊶

㊷

㊸

㊹

㊺

㊻

㊼

㊽

㊾

㊿

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

⑧

⑨

⑩

⑪

⑫

⑬

⑭

⑮

⑯

⑰

⑱

⑲

⑳

㉑

# 診療報酬明細書（入院外）の記載について

診療報酬明細書（入院外）の記載について次のとおりお願いします。

診療年月を記載。

都道府県番号“14”を記載。

医療機関コード7桁を記載。

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）

「公費負担者番号」、「及び」及び「公費負担医療の受給者番号」、「及び」は8桁の公費負担者番号と7桁の受給者番号を記載。

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。

「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、「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。

様式第二(二)

診療報酬明細書 (医科入院外)											
① 平成 年 月 分		② 都道府県番号		③ 医療機関コード		④ 保険種別					
						1 1 医科	2 2 社・国 公費	3 3 後期 退職	4 4 単独 併用	5 5 本外 家外	
⑧ 公費負担者番号①						⑤ 保険者番号		⑥ 給付割合		10 9 8 7 ( )	
⑨ 公費負担者番号②						⑦ 被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号					
氏名						⑩ 特記事項		⑪ 保険医療機関の所在地及び名称			
傷病名						⑬ 診療開始日		⑫ 診療実日数			
1 初診						21 内服薬		31 皮下筋肉内注射			
2 再診						22 外用薬		32 静脈内注射			
3 外来管理加算						23 外用薬		33 その他			
4 時間外診						24 処方		40 処置			
5 休日・夜間・深夜・緊急在宅						25 処方		50 手術			
6 深夜						26 麻酔		60 検査			
7 夜間						27 調剤		70 画像			
8 在宅						30 注射		80 処方せん			
9 その他						31 皮下筋肉内注射		90 その他			
10 在宅						32 静脈内注射					
11 その他						33 その他					
12 在宅						40 処置					
13 在宅						50 手術					
14 在宅						60 検査					
15 在宅						70 画像					
16 在宅						80 処方せん					
17 その他						90 その他					
18 在宅						請求点数		一部負担金額			
19 在宅						減額(特)免除・支払猶予					
20 在宅						公費①		公費併用①			
21 在宅						公費②		公費併用②			

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。

「保険種別1・2」及び「本人・家族」欄については  
ア 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。  
イ 保険種別2...単独分「1」公費併用「2」三者併用「3」を記載。

ウ 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 } 高外一
	前期高齢者 } 割外来
	後期高齢者医療 } 0 高外7

アイウでそれぞれ該当する箇所に1つだけ又は番号を記載。

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。

該当する給付割合を記載。ただし、基本給付は省略可。

被保険者証の記号と番号を記載。  
後期高齢者については、被保険者番号を記載。

「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。

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及びにその日数を記載。

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。

明細書右上コード「保険種別」「本人家族分」欄の説明(外来)

1 医 科	1 社・国	3 後 期	1 単 独	2 本 外	8 高 外 一
	2 公 費	4 退 職	2 2 併	4 六 外	
			3 3 併	6 家 外	0 高 外 7
				給付割合	10 9 8 7 ( )

↑  
エ

「ア欄」

国保一般は「1 社・国」に 又は番号を記載。

後期高齢者は「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。

「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」となります。(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。

「ウ欄」

5つのうち年齢及び資格で1つだけに 又は番号を記載。

未就学者は「4 六外」

就学者~70歳未満の本人は「2 本外」,家族は「6 家外」

70歳以上(前期高齢者及び後期高齢者)は,患者負担額により2割負担及び1割負担は「8 高外一」

3割負担は「0 高外7」。

「エ欄」

7割及び前期高齢者の8割・後期高齢者の9割は省略可能。

ただし,組回国保の7割以外の給付は記載。

## 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。

記号、証番号の記載誤り。

転出等による資格喪失。

給付割合の誤り。

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」を付したレセ右上の保険種別「4退」の丸もれ。

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確認とともに資格の有無及び被保険者証からカルテ、カルテからレセプトに転記する際、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《P41～43 参照》

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。

P43の『明細書の取り下げ依頼書』の様式をコピーして使用。

当月であれば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について《P44～48 参照》

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、(金融機関振込先の変更は除く) 関東信越厚生局神奈川事務所に届け出。

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。

枠に入り切らない場合は、はみ出して書いても可。

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レセプト(特別療養費)について《P49 参照》

被保険者は10割自己負担となりますので医療費全額を窓口で徴収。

請求する際は通常のレセプトと一緒にせず、明細書の上部中央余白に「特別療養費」と朱書きして別提出。

## OCRエリアの設定方法

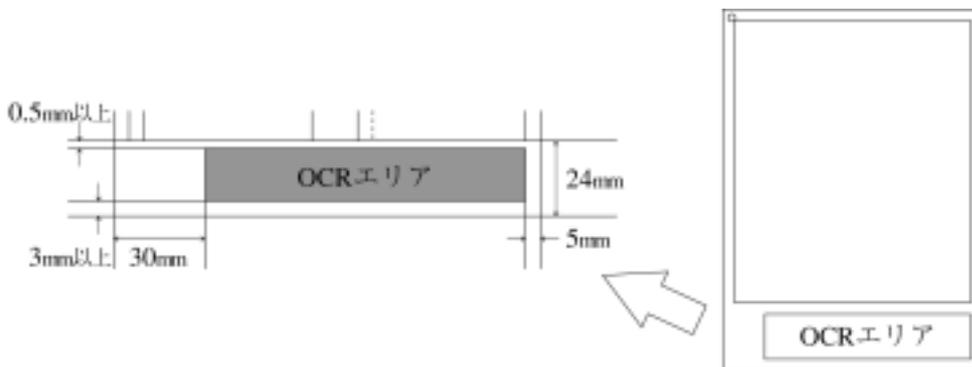
### OCRエリアの位置

OCRエリアの印字開始位置は、左辺から 30mm とする。

レセプト用紙下辺から 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）。

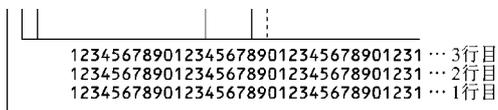


### OCRエリアの各行への印字方法

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



### 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写して A 列 4 番にまとめることも差し支えありません。

