

## 診療報酬明細書（レセプト）及び特定健康診査に関する 閲覧の対象となり得る情報について

### 1 診療報酬明細書（レセプト）情報

- ・ 健康保険組合が保有する被保険者に関する診療報酬明細書（レセプト）については、個人情報保護法第25条第1項（及び厚生労働省通知）により、原則として開示しなければならないこととされている。このうち、医科入院用及び医科入院外用（通院用）のレセプトの様式は別紙1及び別紙2のとおりである。
- ・ ただし、開示に当たっては、保発第0331009号平成17年3月31日「診療報酬明細書等の被保険者等への開示について」等において、以下のとおり確認した上で、開示することとされている。
  - ① 診療報酬明細書等の開示を求める者と当該診療報酬明細書等に記載されている者とが同一であることを確認すること。
  - ② 保険医療機関等に対して、当該診療報酬明細書等を開示することによって、個人情報保護法第25条第1項第1号に規定する「本人又は第三者の生命、身体、財産その他の権利利益を害するおそれ」がないかどうか（具体的には、レセプトの開示によって、患者本人が傷病名等を知ったとしても本人の診療上支障が生じないこと）を確認すること。その際、保険医療機関等においては、主治医の判断を求めるものとする。

### 2 特定健康診査結果

- ・ 高齢者の医療の確保に関する法律に基づいて保険者によって実施される特定健康診査（特定健診）については、同法第23条に基づき、受診した加入者に対して結果を通知しなければならないこととされており、厚生労働省からは結果通知の様式例として、特定健康診査受診結果通知票（別紙3）が示されている。

○ 診療報酬明細書  
(医科入院)

都道府 医療機関コード  
県番号

1	1 社・国	3 老人	1 単独	1 本入	7 高入9
医科	2 公費	4 退職	2 2 併	3 3 入	9 高入7
			3 3 併	5 家入	

平成 年 月 分

市町村 番号		老人医療 の受給者 番号	
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	

保険者 番号		給付 割合	10 9 8 7 ( )
-----------	--	----------	-----------------

被保険者証・被保険者  
手帳等の記号・番号

区分	精神 結核 療養	特記事項
氏名		
職務上の事由	1 職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害	

保険医  
療機関  
の所在  
地及び  
名称

傷病名	(1) 年 月 日	転	治ゆ	死亡	中止	保 険 公 費 ① 公 費 ②	日
	(2) 年 月 日						日
	(3) 年 月 日						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	投 薬	21 内 服 22 屯 服 23 外 用 24 調 剤 26 麻 毒 27 調 基	単 位 単 位 単 位 日 日		
3 0	注 射	31 皮 下 32 静 脈 33 そ の 他	回 回 回		
4 0	処 置	薬 剤	回		
5 0	手 術 酔	薬 剤	回		
6 0	検 査	薬 剤	回		
7 0	画 診 像 断	薬 剤	回		
8 0	そ の 他	薬 剤			
9 0	入 院	入院年月日 年 月 日 病 診 90 入院基本料・加算 点 × 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
97 基準 食事・ 生活 環境	円× 回 円× 回 円× 日 円× 日	※公費負担点数	点
		基準(生)	円× 回
		特別(生)	円× 回
		減・免・猶・I・II・3月超	

療 保 給 付	の 費 ① 費 ②	請 求 点	※ 決 定 点	負 担 金 額 円	保 險 公 費 ① 費 ②	請 求 円	※ 決 定 円	(標準負担額)円
		点	点	円	回	円	円	円
		点	点	円	回	円	円	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。

○診療報酬明細書  
(医科入院外)

都道府 医療機関コード  
県番号

1	1 社・国	3 老人	1 単独	2 本外	8 高外9
医科	2 公費	4 退職	2 2 併	4 三外	0 高外7
			3 3 併	6 家外	

平成 年 月 分

市町村 番 号		老人医療 の受給者 番 号	
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	

保険者 番 号		給付割合	10 9 8 7 ( )
------------	--	------	-----------------

被保険者証・被保険者 手帳等の記号・番号	
-------------------------	--

氏 名		特 記 事 項	
1男 2女 1明 2大 3昭 4平 . . 生		保険医 療機関 の所在 地及び 名 称	
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	(1) (2) (3)	診 療 開 始 日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転 治 ゆ 死 亡 中 止 帰	保 険 公 費 ① 公 費 ②	診 療 実 日 数	日 日 日
-------------	-------------------	-----------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	-----------------------	-------------

1 1	初 診	時間外・休日・深夜	回	点	公費分点数
1 2	再 診	×	回		
再 診	外来管理加算	×	回		
	時間外	×	回		
	休日	×	回		
	深夜	×	回		
1 3	医学管理				
1 4	往 診		回		
在 診	夜 間		回		
	深夜・緊急		回		
宅 診	在宅患者訪問診療		回		
	その他				
	薬 剤				
2 0	21 内服薬	剤	×	単位	
	22 屯服薬	剤		単位	
	23 外用薬	剤	×	単位	
	25 処方	方	×	回	
	26 麻 毒	毒		回	
	27 調 基	基		回	
3 0	31 皮下筋肉内		回		
注 射	32 静 脈 内		回		
	33 そ の 他		回		
4 0	処 置		回		
	薬 剤				
5 0	手 麻 酔		回		
	薬 剤				
6 0	検 査		回		
	薬 剤				
7 0	画 診 像 断		回		
	薬 剤				
8 0	処 方 せん		回		
そ の 他	薬 剤				

療 保	請 求 点 ※	決 定 点	一部負担金額	円
養 險			減額 割(円)免除・支払猶予	円
の 公 費	点 ※	点		円
給 ① 公 費	点 ※	点	円 ※ 高額療養費 円	※ 公費負担点数 点
付 ② 公 費				※ 公費負担点数 点

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。

## 特定健康診査受診結果通知表

フリガナ		生年月日	年 月 日	健診年月日	年 月 日
氏 名		性別／年齢	男・女 歳	特定健康診査 受診券番号	

既 往 歴			
服 薬 歴		喫煙歴	
自 覚 症 状			
他 覚 症 状			

項 目	基 準 値	今 回	前 回	前 々 回
		年 月 日	年 月 日	年 月 日
身 体 計 測	身 長 (cm)			
	体 重 (kg)			
	腹 囲 (cm)			
	B M I			
血 圧	収 縮 期 血 圧 (mmHg)			
	拡 張 期 血 圧 (mmHg)			
血 中 脂 質 検 査	中 性 脂 肪 (mg/dl)			
	HDL-コレステロール (mg/dl)			
	LDL-コレステロール (mg/dl)			
肝 機 能 検 査	G O T (IU/l)			
	G P T (IU/l)			
	γ - G T P (IU/l)			
血 糖 検 査 <small>(いずれかの項目の実施で可)</small>	空 腹 時 血 糖 (mg/dl)			
	ヘモグロビンA 1 c (%)			
尿 検 査	糖			
	蛋 白			

(裏面)

貧血検査	赤血球数 (万/mm <sup>3</sup> )				
	血色素量 (g/dl)				
	ヘマトクリット値 (%)				
心電図検査	所見				
眼底検査	所見				

メタボリックシンドローム判定			
----------------	--	--	--

医師の判断	
判断した医師の氏名	

(備考)

1. この用紙は、日本工業規格A列4版とすること。
2. 「性別」の欄は、該当しない文字を抹消すること。
3. 基準値を外れている場合には、「\*」を測定結果欄に記入すること。
4. 「メタボリックシンドローム判定」の欄は、「基準該当／予備群該当／非該当」を記入すること。
5. 「医師の判断」の欄は、
  - ①特定健康診査の結果を踏まえた医師の所見
  - ②貧血検査、心電図検査及び眼底検査を実施した場合の理由を記入すること。