

急性期入院医療に係る診断群分類別包括評価（DPC制度）について

（下線部は、見直し項目）

1. DPC対象病院

○ DPC対象病院としての基準

- ① 一般病棟入院基本料、特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。）、専門病院入院基本料について、7対1入院基本料又は10対1入院基本料に係る届出を行っていること。
- ② 診療録管理体制加算に係る届出を行っていること。
- ③ 標準レセプト電算処理マスターに対応したデータの提出を含め厚生労働省が毎年実施する「DPC導入の影響評価に係る調査（特別調査を含む。）」に適切に参加できること。
- ④ 上記③の調査において、適切なデータを提出し、調査期間1か月当たりの（データ/病床）比が0.875以上であること。

2. 対象患者

- 一般病棟の入院患者であって、傷病名等が診断群分類【別紙1】に該当するもの。ただし、以下のものを除く。
入院後24時間以内の死亡患者、生後7日以内の新生児の死亡、臓器移植患者、評価療養を受ける患者、回復期リハビリテーション病棟入院料等の算定対象患者、その他厚生労働大臣が定める者

3. 診療報酬の額

診療報酬の額は、以下に掲げる額の合計額とする。【別添2】

（1）診断群分類による包括評価

- 診断群分類毎の1日当たり点数×医療機関別係数×入院日数×10円

（2）出来高評価

- 入院基本料等加算（総合入院体制加算等を除く）、医学管理等（手術前医学管理料及び手術後医学管理料を除く。）、リハビリテーション、精神科専門療法、手術、麻酔、放射線治療、画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技、カテーテル法による諸検査の一部、内視鏡検査、診断穿刺、処置（基本点数1,000点以上のもの）、病理診断・判断料、術中迅速病理組織標本作製、無菌製剤処理料、HIV感染症に使用する抗ウイルス薬（HIV感染症治療薬）、血友病等に使用する血液凝固因子製剤、慢性腎不全で定期的実施する人工腎臓及び腹膜灌流について、出来高により算定した額

4. 診断群分類による包括評価の算定方法

(1) 診断群分類毎の1日当たり点数【別添3】

○ 基本パターン（3種類）

診断群分類毎の1日当たり点数は入院日数に応じて3段階の点数を設定。（診断群分類の入院日数の25パーセンタイル値まで（入院期間Ⅰ）は、平均点数に15%加算し、平均在院日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。ただし、入院期間Ⅰの医療資源の投入量が、非常に大きい又は小さい場合には、この限りではない。

○ 高額薬剤に係る診断群分類

特定の診断群分類について、在院日数遷延を防止する観点から、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組込む設定を試行的に導入する。

(2) 医療機関別係数【別添4・5】

○ 医療機関別係数は次の①から③を合算したもの。

① 機能評価係数

・機能評価係数Ⅰ

医療機関の人員配置や医療機関全体として有する機能等、医療機関単位での構造的因子(Structure)を評価する係数として、全て出来高評価体系における点数設定を元に設定。

・機能評価係数Ⅱ

診療実績や医療の質的向上への貢献等に基づき、医療機関が担うべき役割や機能を評価する係数【別添6・7・8】

② 基礎係数

直近の医療機関群別包括範囲出来高点数（改定前の点数表及び退院患者調査に基づく実績値）の平均値に改定率を乗じた報酬に相当する係数

③ 暫定調整係数

「調整係数」による調整部分の一定割合を段階的に「機能評価係数Ⅱ」による包括報酬に置換え、残りの調整部分を「暫定調整係数」として設定する（平成30年度改定で廃止）。平成24年度改定において、機能評価係数Ⅱへの移行（置換え）割合は25%で設定。

【平成 24 年度改定における暫定調整係数の計算方法】

〔医療機関Aの暫定調整係数〕＝

（〔医療機関Aの調整係数（※）〕

－〔医療機関Aの属する医療機関群の基礎係数〕）×0.75

※ 「調整係数」は制度創設時（平成 15 年）の定義に基づく

(3) その他

① 特定入院料の取り扱い

- ・ 救命救急入院料等の急性期の特定入院料の算定対象の患者については、診断群分類による包括評価の対象とし、所定点数の加算を行う。

② 入院期間が著しく長い場合の取扱い

- ・ 入院期間が診断群分類毎の特定入院期間（平均在院日数から標準偏差の2倍を超えた場合、その超えた日以降は、出来高により算定する。

③ 3日以内に再入院した場合の取扱い

- ・ 診断群分類番号の上6桁が同一の傷病名で3日以内に再入院した場合については、前回入院と一連の入院とみなす。

④ 特定入院期間と薬剤等包括評価項目の取扱い

- ・ 化学療法等を特定入院期間内に実施していないにも係らず、「化学療法あり」等の診断群分類により算定する場合は、当該化学療法薬等は別途算定できないこととする。

5. 診療報酬の請求【別添10】

- 退院時の診断群分類が入院中のものとは異なる場合には、退院時に診療報酬の差額を調整する。
- 診療報酬明細書については、包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報も記載する（特定入院料を算定する期間も含む）。

6. 実施時期等

平成24年4月1日

診断群分類について

（診断群分類について）

- 本包括評価制度の基礎となる診断群分類（Diagnosis Procedure Combination）は、専門家による臨床的観点からの検討と調査参加病院から収集したデータとに基づき開発された、日本独自の分類。
- 日本における診断群分類は、まず、傷病名（「医療資源を最も投入した傷病名（※）」）により分類し、次に診療行為（手術・処置等）等により分類。
 - ※ 「医療資源を最も投入した傷病名」とは、入院患者の入院期間全体を通してみて、治療した傷病のうち、最も人的・物的医療資源を投入した傷病名であり、1入院中に複数の傷病に対して治療が行われた場合でも、「医療資源を最も投入した傷病名」は1つに限って決定。
- 傷病名は、国際疾病分類（ICD：International Classification of Disease）に基づいて定義。また、手術、処置等は、診療報酬点数表上の区分であるKコード、Jコード等に基づいて定義。

（診断群分類の見直しについて）

- 臨床専門家により構成される診断群分類調査研究班における見直し案の報告及び平成22年10月から平成23年9月までの合計12か月分の退院患者調査のデータに基づき診断群分類の見直しを実施。
 - ・ がん化学療法の主要な標準レジメンによる分岐の追加
 - ・ 副傷病による分岐の精緻化 等

（見直し前）

507疾患

1,875診断群分類（告示）

（見直し後）

→ 516疾患

→ 2,241診断群分類（告示）

（診断群分類ごとの包括評価について）

- 見直し後の診断群分類のうち2,241の診断群分類について、1日当たりの包括評価の診療報酬点数を設定。

急性期入院医療の包括評価の算定について

<出来高での積算内訳>

入院基本料
検査（内視鏡検査等を除く）
画像診断（画像診断管理加算、選択的動脈造影カテーテル手技を除く）
投薬
注射（無菌製剤処理料を除く）
処置（基本点数1,000点以上を除く）
病理診断（判断料等を除く）

手術・麻酔
放射線治療
医学管理（手術前医学管理料、手術後医学管理料を除く）
基本点数1,000点以上の処置
リハビリテーション（薬剤料を除く）
精神科専門療法（薬剤料を除く）
内視鏡検査等

包括評価

$$\text{診断群分類毎の1日当たり点数} \times \text{医療機関別係数} \times \text{入院日数}$$

- 診断群分類毎の1日当たり点数：診断群毎の入院日数に応じて3段階で設定。
 - ・ 入院期間Ⅰは平均点数に15%加算し、平均日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
 - ・ 特に、入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合は、入院期間Ⅰは、その間での平均点数とし、平均日数を超えた日から前日の点数の85%で算定。
 - ・ 入院初期の医療資源の投入量が小さい場合は、入院期間Ⅰは平均点数に10%加算し、平均日数を超えた日から前日の点数の90%で算定。
 - ・ 高額薬剤に係る診断群分類については、入院基本料を除く薬剤費等包括範囲の点数を入院期間Ⅰの点数に組み込む設定を試行的に導入
 - ・ 入院期間が著しく長期になる場合（平均在院日数+2標準偏差）には、出来高により算定。
- 医療機関別係数：基礎係数、暫定調整係数、機能評価係数（Ⅰ及びⅡ）を合算したもの

+

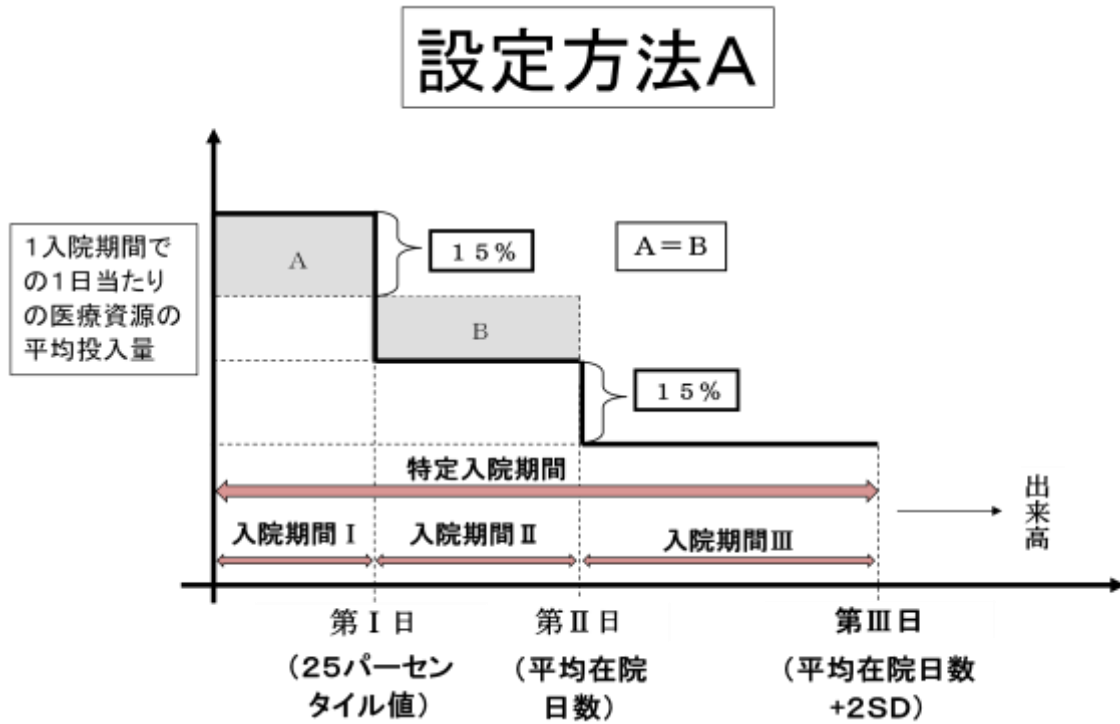
出来高評価

- 出来高により算定

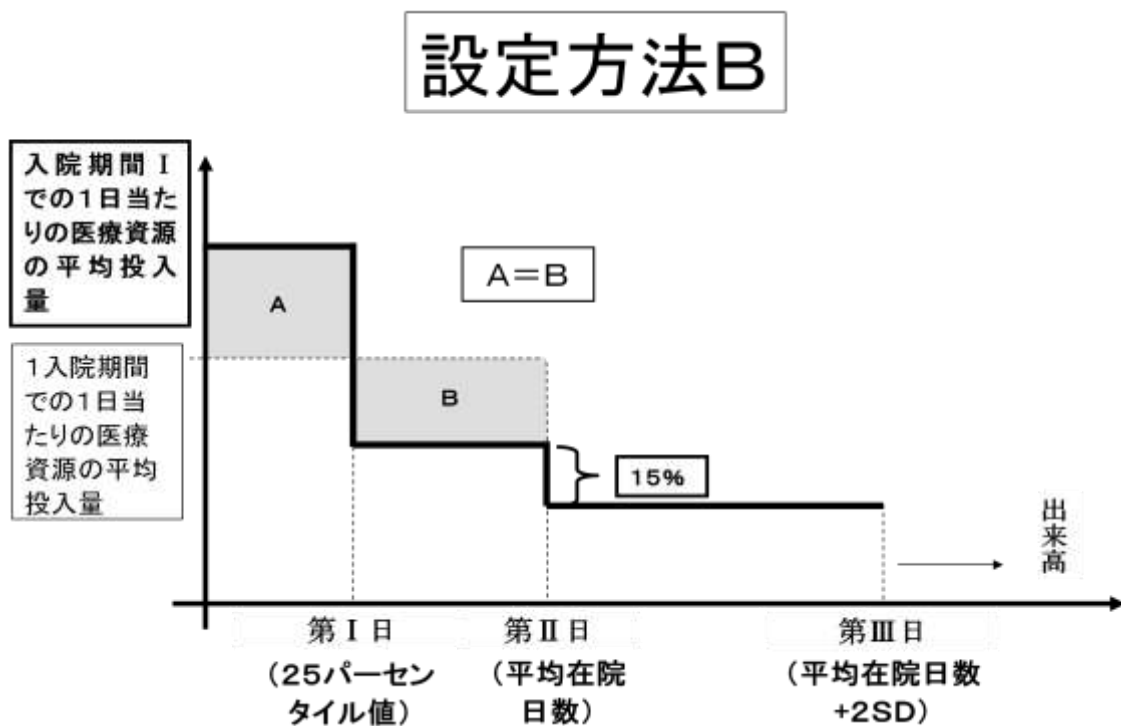
※ 24時間以内の死亡者、臓器移植患者、生後7日以内の新生児の死亡、評価療養を受ける患者等については、診断群分類による包括評価の対象外とし、従来どおり出来高で算定。

1日当たり点数の設定について

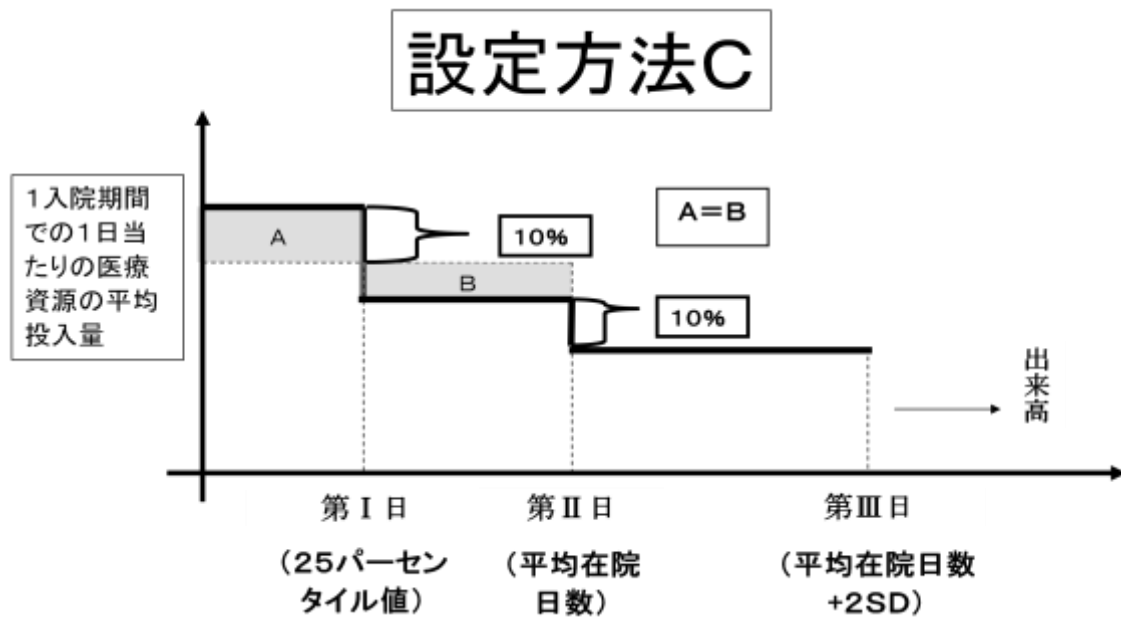
(従来と同じ設定方法)



(入院初期の医療資源の投入量が非常に大きい場合の設定方法)



(入院初期の医療資源の投入量が小さい場合の設定方法)



(高額薬剤に係る診断群分類における設定方法)

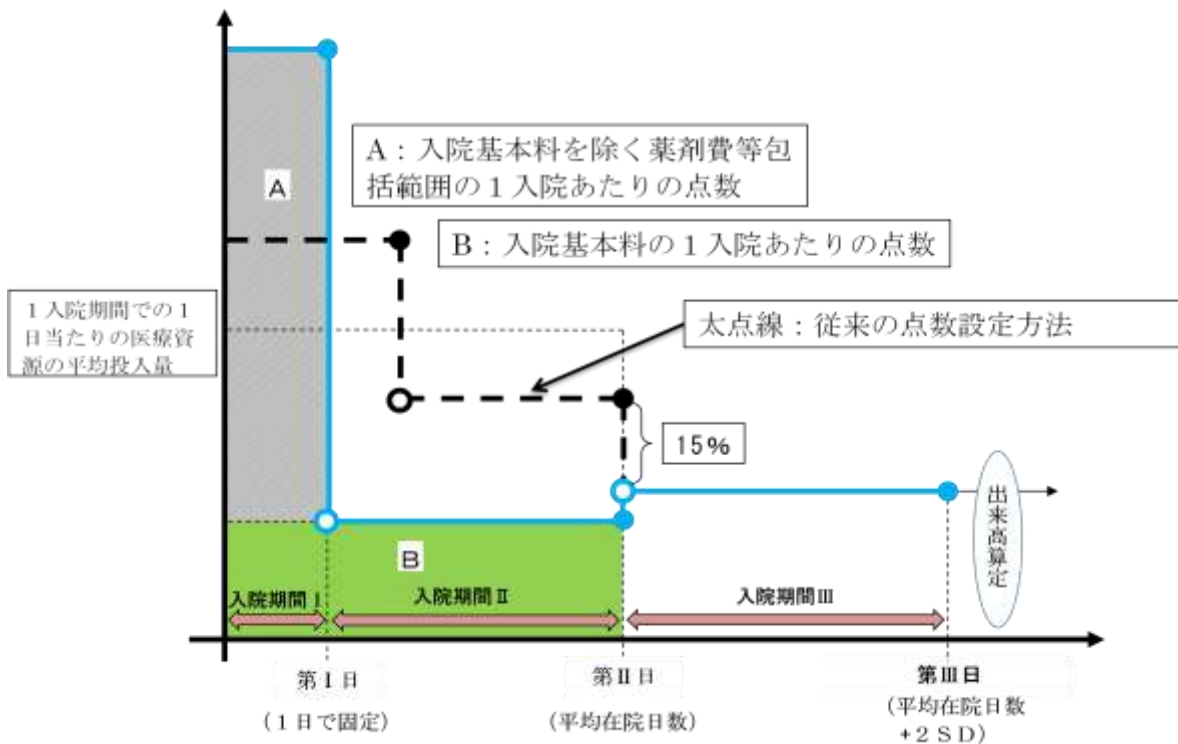


図 1 : DPC/PDPS 調整係数見直し後の医療機関係数のあり方

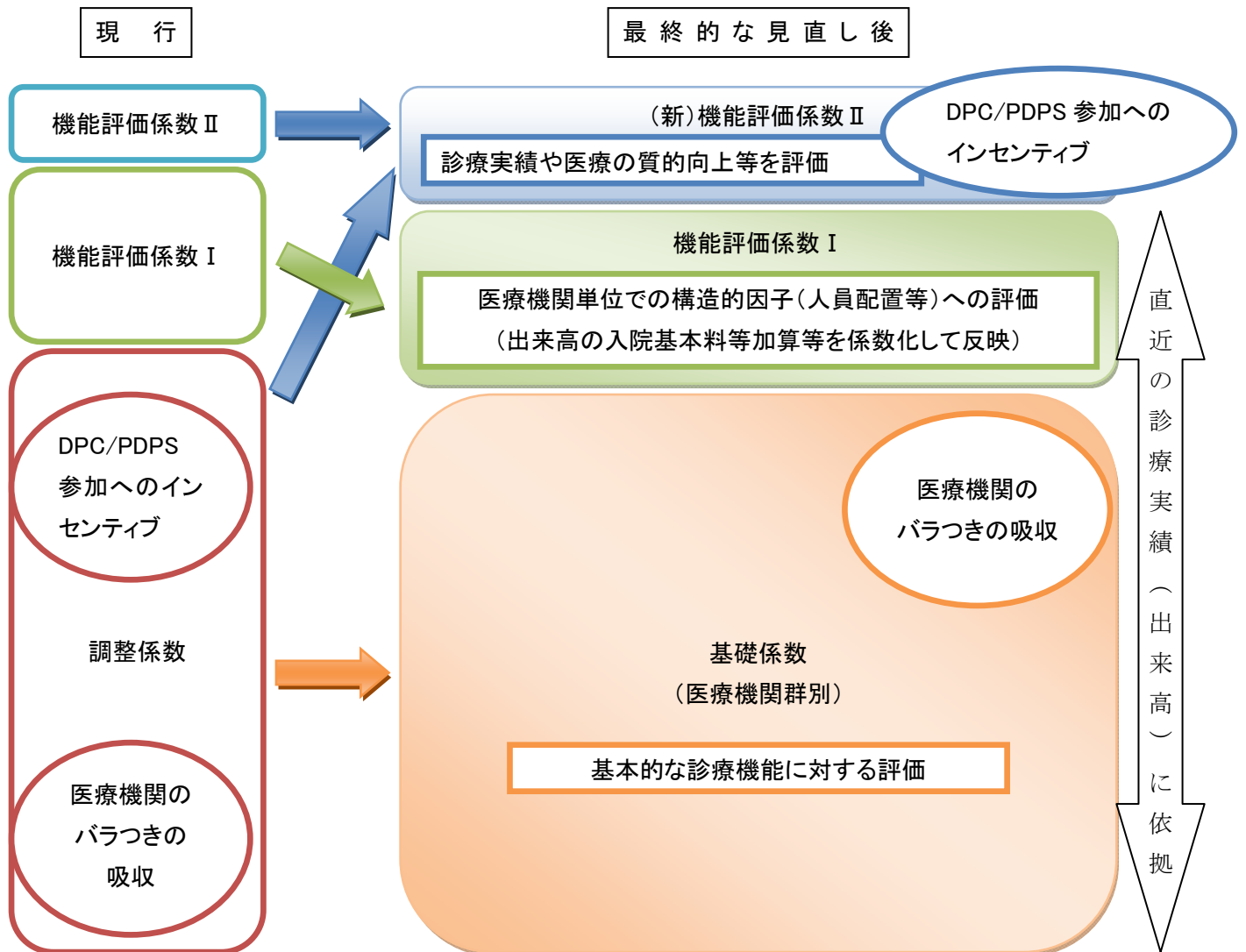
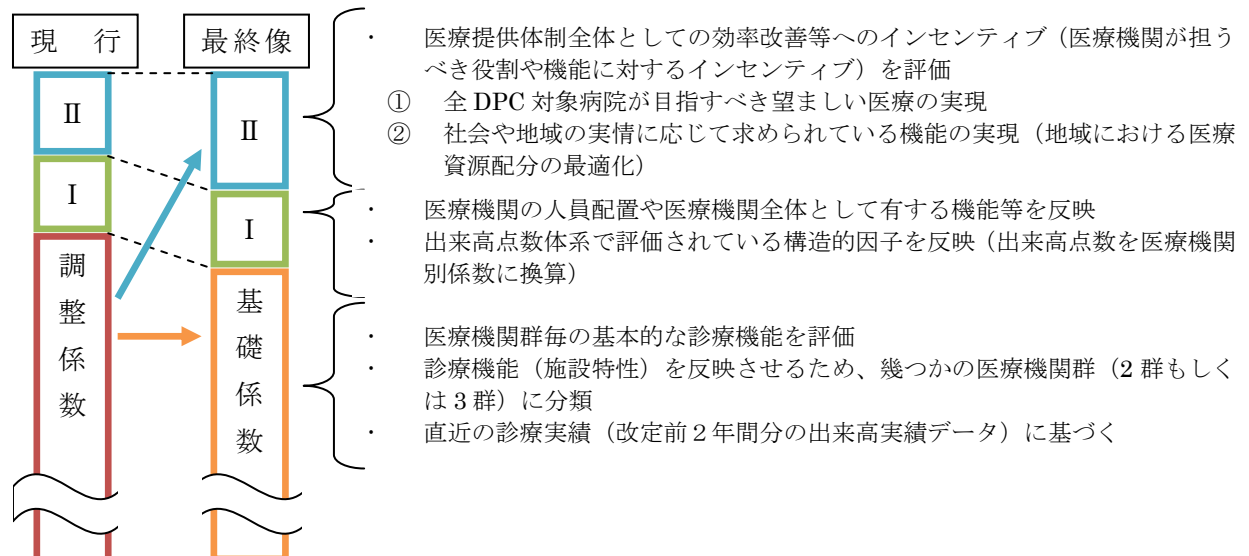
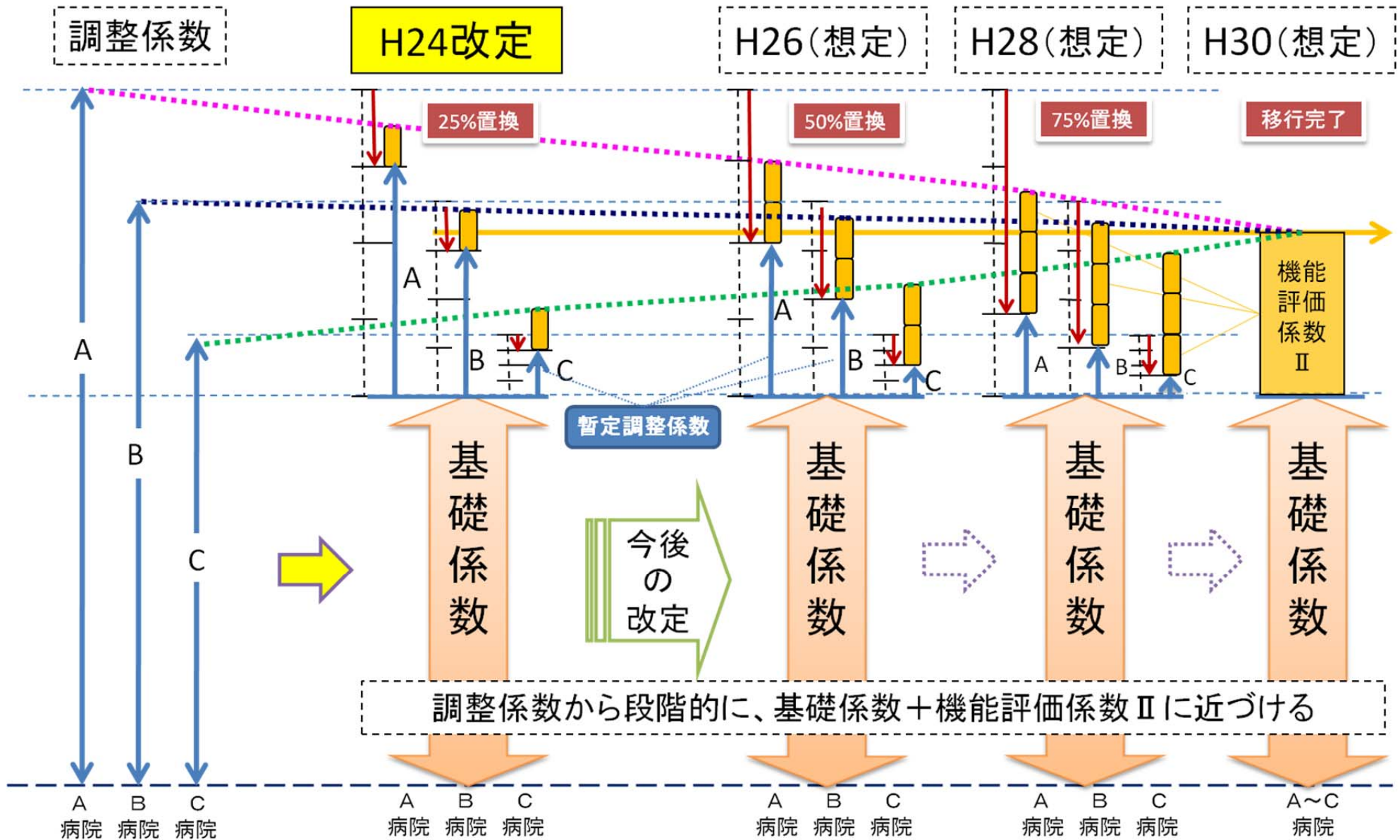


図 2 : 調整係数置換え後(最終像)のイメージ



調整係数から基礎係数+機能評価係数Ⅱへの移行(イメージ)



※ 同程度の機能評価係数Ⅱの評価となるA病院~C病院を想定したイメージ

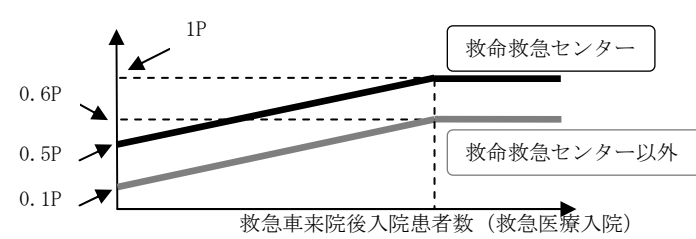
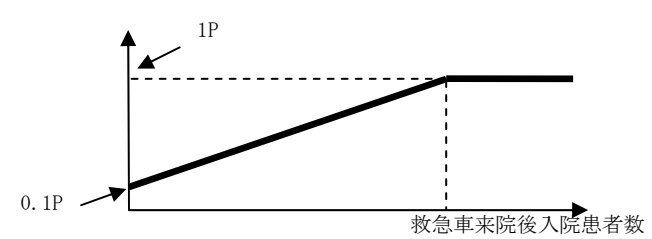
<機能評価係数Ⅱの具体的な評価内容>

評価対象データは平成 22 年 10 月 1 日～平成 23 年 9 月 30 日（12 ヶ月間）のデータ

<項目>	評価の考え方	評価指標（指数）
1) データ提出指数	DPC 対象病院のデータ提出における、適切な質・手順の遵守を評価	<p>原則として満点（1 点）だが、以下の基準に該当した場合はそれぞれ減算する。</p> <p>① データ提出手順の評価 データ提出が遅滞した場合は、翌々月に当該評価を 0.5 点・1 ヶ月の間、減じる（データ提出加算が新設されたため機能評価係数Ⅰとして整理⇒この分は今回改定より機能評価係数Ⅱには含まれない）。</p> <p>② データの質の評価</p> <p>A 新たに精査した「部位不明・詳細不明のコード」の使用割合が 20%以上の場合に当該評価を 0.05 点・1 年の間、減じる。（新たな減算基準の 20%はこれまでの実績から改めて設定）</p> <p>B 今後の実績（提出データ）に基づく検討により、対象とする項目を選定した上で、一定の周知期間を経て、例えば平成 25 年度から、評価対象とする方向で検討</p> <p>【例】・ 郵便番号 ・ がんの UICC 分類 ・ その他疾患特異的な重症度分類</p> <p>※ なお、DPC 病院Ⅲ群について、外来診療に係る EF ファイル（出来高点数情報）に期限までに対応した場合について、一定の評価（0.05 点を目安に今後検討）を加算する。（機能評価係数Ⅰとして整理）</p>
2) 効率性指数	各医療機関における在院日数短縮の努力を評価	<p>〔全 DPC/PDPS 対象病院の平均在院日数〕 / 〔当該医療機関の患者構成が、全 DPC/PDPS 対象病院と同じと仮定した場合の平均在院日数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>
3) 複雑性指数	各医療機関における患者構成の差を 1 入院あたり点数で評価	<p>〔当該医療機関の包括範囲出来高点数（一入院あたり）を、DPC（診断群分類）ごとに全病院の平均包括範囲出来高点数に置換えた点数〕 / 〔全病院の平均一入院あたり包括点数〕</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ 包括評価の対象となっている診断群分類のみを計算対象とする。</p>

4) カバー率指数	様々な疾患に対応できる総合的な体制について評価	<p>[当該医療機関で一定症例数以上算定している DPC 数] / [全 DPC 数]</p> <p>※ 当該医療機関において、12 症例（1 症例/月）以上ある診断群分類のみを計算対象とする。</p> <p>※ すべて（包括評価の対象・対象外の両方を含む）の診断群分類を計算対象とする。</p>											
5) 救急医療指数	救急医療（緊急入院）の対象となる患者治療に要する資源投入量の乖離を評価	1 症例あたり [救急医療入院患者について、入院後二日間までの包括範囲出来高点数（出来高診療実績）と診断群分類点数表の設定点数との差額の総和]											
6) 地域医療指数	<p>地域医療への貢献を評価</p> <p>（中山間地域や僻地において、必要な医療提供の機能を果たしている施設を主として評価）</p>	<p>以下の指数で構成する。</p> <table border="1" data-bbox="875 533 2011 751"> <thead> <tr> <th colspan="2">地域医療指数（内訳）</th> <th>評価に占めるシェア</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td colspan="2">① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）</td> <td>1/2</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">② 定量評価指数（新設）</td> <td>1) 小児（15 歳未満）</td> <td>1/4</td> </tr> <tr> <td>2) 上記以外（15 歳以上）</td> <td>1/4</td> </tr> </tbody> </table> <p>① 体制評価指数（評価に占めるシェアは 1/2）</p> <p>地域医療計画等における一定の役割をポイント制で評価（計 10 項目、詳細は次ページの別表 2 参照）。一部の項目において実績評価を加味する。また、評価上限値を 7 ポイントとする。</p> <p>② 定量評価指数（評価に占めるシェアは 1) 2) それぞれ 1/4 ずつ）</p> <p>[当該医療機関の所属地域における担当患者数] / [当該医療機関の所属地域における発生患者数]</p> <p>を 1) 小児（15 歳未満）と 2) それ以外（15 歳以上）に分けてそれぞれ評価。</p> <p>【評価対象地域の考え方】</p> <p>DPC 病院Ⅰ群及び DPC 病院Ⅱ群については、診療圏の広域性を踏まえ、3 次医療圏とし、DPC 病院Ⅲ群については 2 次医療圏とする。</p> <p>【集計対象とする患者数の考え方】</p> <p>DPC 対象病院に入院した患者とする。</p>	地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア	① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2	② 定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4
地域医療指数（内訳）		評価に占めるシェア											
① 体制評価指数（ポイント制、計 10 項目、上限 7 ポイント）		1/2											
② 定量評価指数（新設）	1) 小児（15 歳未満）	1/4											
	2) 上記以外（15 歳以上）	1/4											

<地域医療指数・体制評価指数別表 2> 地域医療計画等における一定の役割を 10 項目で評価（「P」はポイントを表し、1 項目 1 ポイント、但し上限は 7 ポイント）。

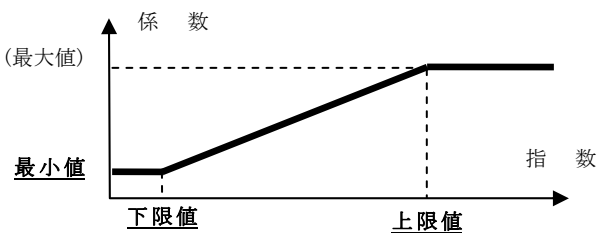
評価項目（各 1P）	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
①脳卒中地域連携 （DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において実績評価を加味）	脳卒中を対象とした場合に限り評価。当該医療機関を退院した患者について、「B005-2 地域連携診療計画管理料」を算定した患者数 / 〔医療資源病名が脳卒中に関連する病名（例：脳梗塞等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	脳卒中を対象とする。 「B005-2 地域連携診療計画管理料」、「B005-3 地域連携診療計画退院時指導料（I）」又は「B005-3-2 地域連携診療計画退院時指導料（II）」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
②がん地域連携 （DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群において実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、「B005-6 がん治療連携計画策定料」を算定した患者数 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	「B005-6 がん治療連携計画策定料」又は「B005-6-2 がん治療連携指導料」のいずれかの施設基準を取得していることを評価（1P）
③地域がん登録 （実績評価を加味）	当該医療機関を退院した患者について、〔医療機関所在都道府県地域がん登録事務局への登録件数（当該都道府県内の患者分に限る）〕 / 〔医療資源病名が悪性腫瘍に関連する病名（例：胃の悪性腫瘍等）である医療機関所在都道府県内の初発の患者数〕で評価（実績に応じて 0～1P）	
④救急医療 （実績評価を加味）	医療計画上の体制評価を前提とし、実績の要素を加味した評価を導入。	
前提となる体制	右記のうち、救命救急センターの指定を重点的に評価（0.5P）、それ以外の体制に指定は右記と同等の評価（0.1P）。	二次救急医療機関であって病院群輪番制への参加施設、共同利用型の施設又は救命救急センターを評価（0.1P）
実績評価	救急車で来院し、入院となった患者数（救急医療入院に限る） (0.5P) 	救急車で来院し、入院となった患者数（0.9P） 

評価項目（各 1P）	DPC 病院 I 群及び DPC 病院 II 群	DPC 病院 III 群
⑤災害時における医療	「災害拠点病院の指定」と「DMAT の指定」をそれぞれ評価（各 0.5P）	「災害拠点病院の指定」又は「DMAT の指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑥へき地の医療	「へき地医療拠点病院の指定」又は社会医療法人認可におけるへき地医療の要件を満たしていることを評価（いずれかで 1P）	
⑦周産期医療	<ul style="list-style-type: none"> 「総合周産期母子医療センターの指定」を重点的に評価（1P） 「地域周産期母子医療センターの指定」は 0.5P 	「総合周産期母子医療センターの指定」又は「地域周産期母子医療センターの指定」の有無を評価（いずれかで 1P）
⑧がん診療連携拠点病院（新）	<ul style="list-style-type: none"> 「都道府県がん診療連携拠点の指定」を重点的に評価（1P） 「地域がん診療連携拠点病院の指定」は 0.5P 準じた病院（右欄※参照）としての指定は評価対象外（0P） 	<p>「がん診療連携拠点病院の指定」もしくはそれに準じた病院（※）としての指定を受けていることを評価（いずれかで 1P）</p> <p>※ 都道府県が当該地域においてがん診療の中核的な役割を担うと認めた病院。</p>
⑨24 時間 tPA 体制（新）	「A205-2 超急性期脳卒中加算」を算定している医療機関を評価（1P）	
⑩EMIS（広域災害・救急医療情報システム）（新）	EMIS（広域災害・救急医療情報システム）への参加の有無を評価（1P）	

【補足】。体制に係る指定要件については、平成 23 年 10 月 1 日までに指定を受けていること（平成 23 年 10 月 1 日付の指定を含む）を要件とする。

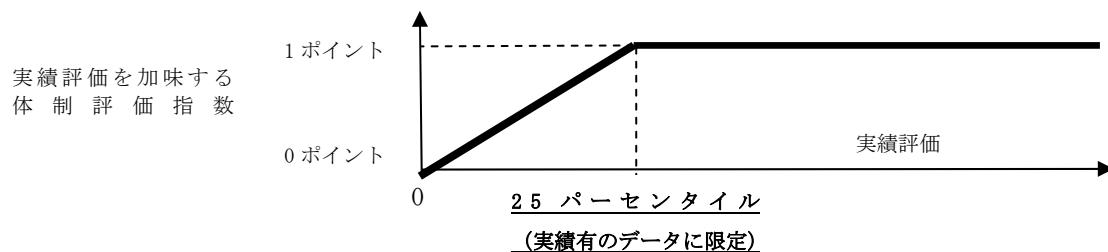
<評価定義域の下限値・上限値及び評価値域の最小値>

原則	指数の 上限・下限	外れ値等を除外するため、原則 97.5%タイル値、2.5%タイル値に設定（シェア等、値域が一定の範囲の場合は個別に設定）。		
	係数の最小値	0 に設定。		
具体的な設定	指数		係数	※備考
	上限値	下限値	最小値	
データ	(固定の係数値のため設定なし。)			※1 専門病院・専門診療機能に配慮し、Ⅲ群では最小値を最大値の 1/2 とする ※2 報酬差額の評価という趣旨から設定
効率性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
複雑性	97.5%tile 値	2.5%tile 値	0	
カバー率	1.0	0	0 (※1)	
救急医療	97.5%tile 値	0 (※2)	0	
地域医療 (定量評価)	1.0	0	0	



<地域医療指数・体制評価指数のうち実績評価を加味する項目>

- 脳卒中地域連携、がん地域連携、地域がん登録、救急医療の 4 項目が該当。
- 特に規定する場合を除き、下限値は 0 ポイント (指数)、実績を有するデータ (評価指標が 0 でないデータ) の 25 パーセンタイル値を上限値 1 ポイント (つまり、実績を有する施設の上から 4 分の 3 は満点 (1 ポイント))。



急性期入院医療の包括評価制度の見直しに係る 4月1日以前から入院している患者の取り扱いについて

【原則】

- 3月までの診断群分類点数表による算定は「見直し前の診断群分類点数表」により行い、4月からの算定は「見直し後の診断群分類点数表」により行う。

【具体例】

診断群分類の見直しに伴う変更の取り扱い。（医療資源を最も投入した傷病名の変更や診療内容の見直しによる算定の変更については従来どおりの取り扱いとする。）

（包括→包括の場合）

- 4月分の請求は、見直し後の診断群分類により行う。診断群分類点数表による算定の起算日は、入院日とする。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合には、3月31日に差額調整を行う。
- 4月以降、診断群分類の変更があった場合には、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

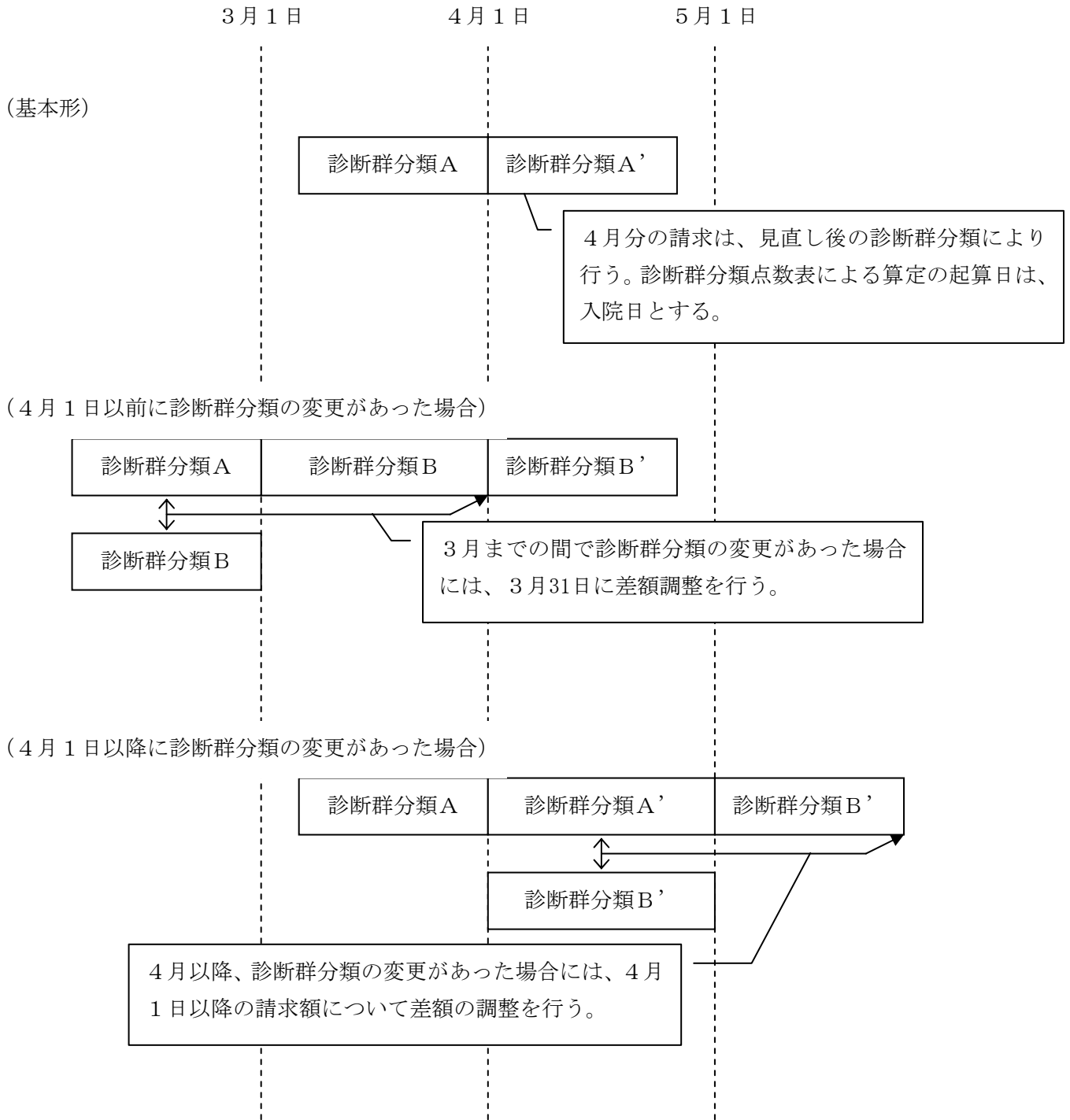
（包括→出来高の場合）

- 4月分の請求は、出来高で行う。
- 3月までの間で診断群分類の変更があった場合には、3月31日に差額調整を行う。

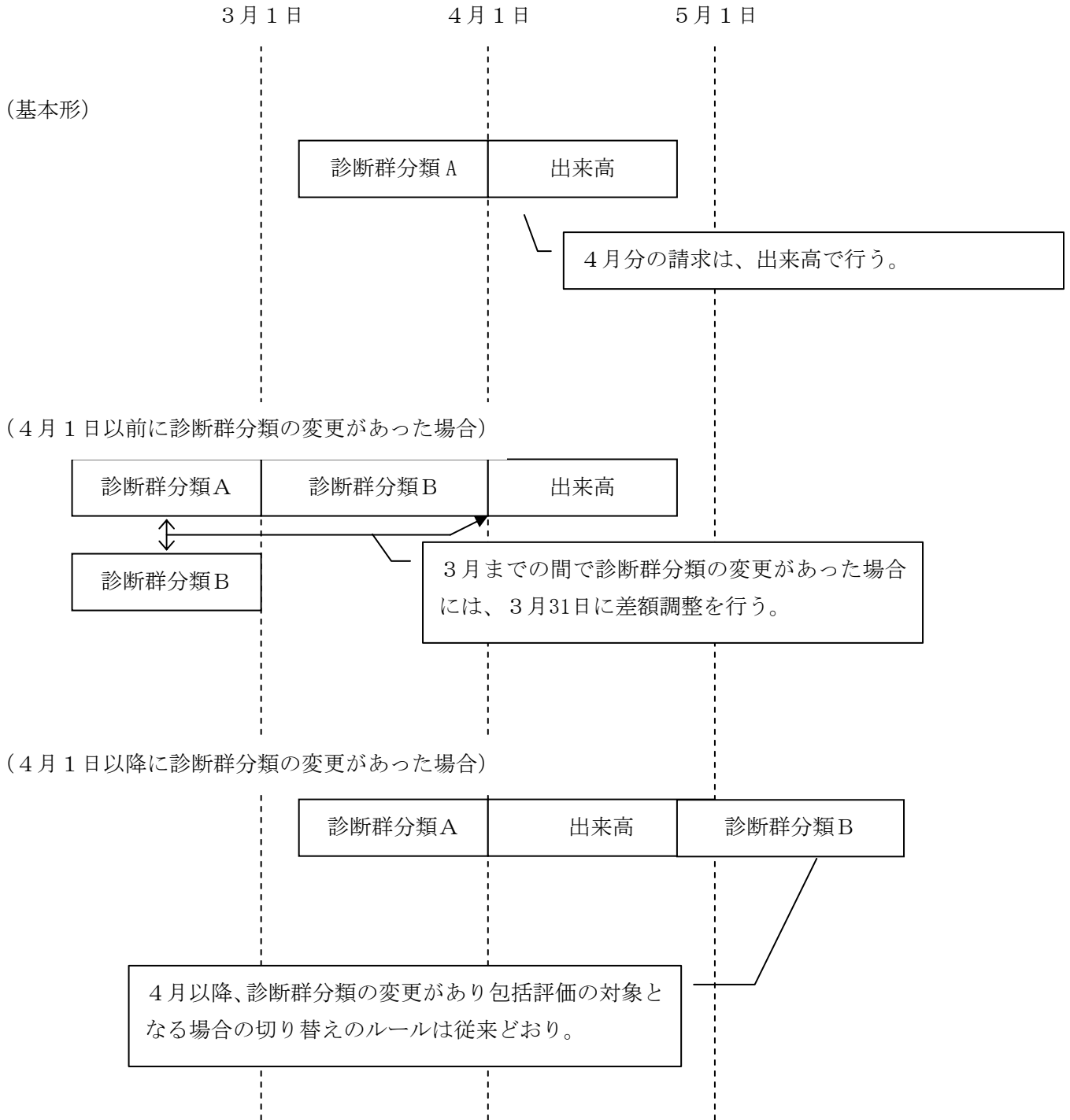
（出来高→包括の場合）

- 4月分の請求は、見直し後の診断群分類により行う。診断群分類点数表による算定の起算日は、入院日とする。
- 4月以降、診断群分類の変更があった場合には、4月1日以降の請求額について差額の調整を行う。

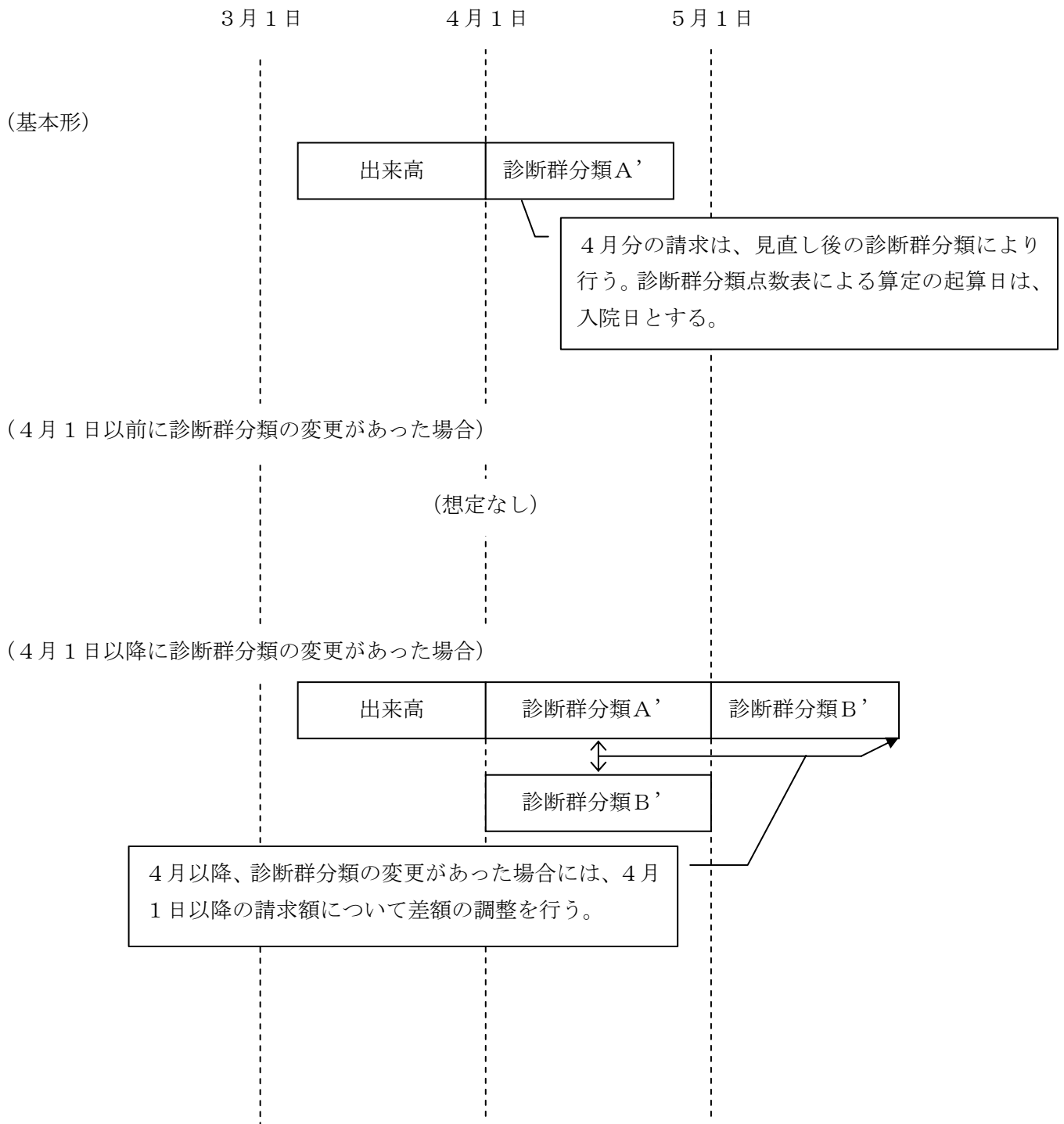
1. 包括→包括の場合



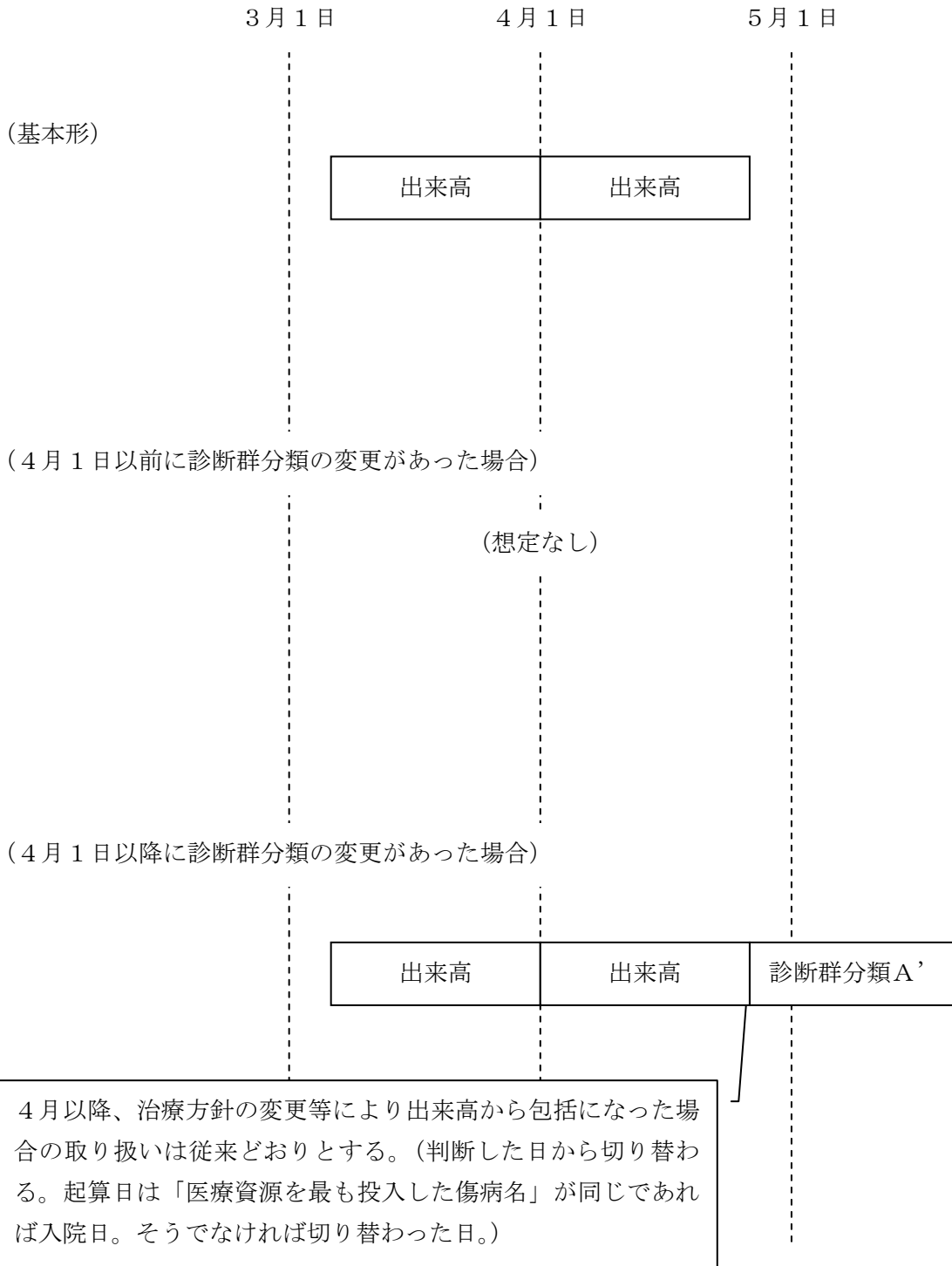
2. 包括→出来高の場合



3. 出来高→包括の場合



(参考) 出来高→出来高の場合



請求方法について

- 包括評価の対象患者に関する診療報酬の請求については、包括評価用の診療報酬明細書を使用する。包括評価用の診療報酬明細書は出来高の診療報酬明細書と異なり、診断群分類を決定するために必要な情報等を記載するための患者基礎情報を記載する欄がある。(特定入院料等を算定する場合であっても、コーディングの確認に必要な情報は、コーディングデータに入力しなければならない。)

(記載のイメージ)

診療報酬明細書		都道府県番号		医療機関コード		1 1 社・国 3 老人 1 単独 1 本入 7 高入 9	
(医科入院医療機関別包括評価用)		平成 年 月 分		2 公費 4 退職 3 3併 3 三入 9 高入 8		10 9 8	
市町村	老人医療の受給者番号	保険者番号	10	9	8	7 ()	
番号	公費負担医療の受給者番号①	被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号					
公費負担者番号②	公費負担医療の受給者番号②						
氏名	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称					
性別	職務上の事項	職務上 2 下船後3月以内 3 通勤災害					
分類番号	診断群分類区分	脳腫瘍(15歳以上) 頭蓋内腫瘍摘出術等 処置等1なし 処置等2あり 副傷病なし					
0100103002010x							
傷病名	ICD	傷病名					
副傷病名	10	副傷病名					
初回入院年月日	平成 年 月 日	今回入院年月日	平成 年 月 日				
傷病情報	包括評価部分	<p>例1: 脳腫瘍(15歳以上) 頭蓋内腫瘍摘出術等あり 処置1なし 処置2あり 副傷病なし (6月診療分) 4月3日入院、6月10日退院の場合</p> <p>入I未済 3,113×20=小計…① 入II未済 2,320×8=小計…② 4月請求分4月医療機関別係数×(①+②)=合計</p> <p>入II未済 2,320×13=小計…③ 入II以上 1,972×18=小計…④ 6月請求分5月医療機関別係数×(③+④)=合計</p> <p>入II以上 1,972×10=小計…⑤ 6月請求分 6月医療機関別係数×(⑤)=合計</p>					
入院院情報	診療行為別コード	1 93					
患者基礎情報	負担区分コード						
診療情報	出来高部分	出来高部分の記載方法は、従来の記載方法と同様。					
例2: 「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 あり 処置1あり 処置2なし」から「急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等あり 処置1あり 処置2あり」に変更の場合							
(5月診療分) 4月16日入院、5月診断群分類変更、5月8日退院の場合							
入I未済 4,215×12=小計…①' 入II未済 3,158×3=小計…②' 4月請求分4月医療機関別係数×(①'+②')=合計…A							
入II未済 5,672×8=小計…③' 5月分 5月医療機関別係数×③'=合計…B							
4月調整分 入I未済 6,918×8=小計…④' 入II未済 5,672×7=小計…⑤' (4月医療機関別係数×(④'+⑤')×)-A=小計…⑥'							
1 93 5月請求分 B+⑥'=合計							
※高額療養費	食 事 減・免・猶・I・II・3月超						
食 事	日 間	日 間	日 間	日 間	日 間	日 間	日 間
保 険 公 給 付 公 費	請 求 点	※ 決 定 点	負 担 金 額	保 険 公 給 付 公 費	請 求 点	※ 決 定 点	負 担 金 額
減額(円)免除・支払額千円	円	円	円	円	円	円	円
円	円	円	円	円	円	円	円

様式第九(第二条関係)