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）

別紙

訪問看護療養費請求書等の記載要領

Ⅰ　一般的事項

１　訪問看護療養費請求書及び訪問看護療養費明細書（以下「請求書等」という。）については、「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第２条の２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年子ども家庭庁・厚生労働省告示第３号）による改正後の「訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令第２条の２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 127 号）に定める様式により扱うものであること。

２　請求書等の用紙の大きさはＡ列４番とし、白色紙黒色刷りとすること。

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

３　請求書等は、次の表の区分によるものであること。

訪問看護療養費請求書	国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者に係るものを除く場合	様式第一
	国民健康保険の被保険者に係るものの場合 後期高齢者医療の被保険者に係るものの場合	様式第二 様式第三
訪問看護療養費明細書	訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（平成４年厚生省令第５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う体制を有している場合であって、同条に規定する指定訪問看護事業者の使用に係る電子計算機から出力した書面による請求を行う場合	様式第四
	様式第四により請求を行う場合以外の場合	様式第四の二

４　訪問看護療養費を請求しようとするときは、指定訪問看護事業者（以下「事業者」という。）の当該指定に係る事業所（以下「訪問看護ステーション」という。）ごとに様式第一、様式第二又は様式第三の訪問看護療養費請求書（以下「請求書」という。）に様式第四又は様式第四の二のいずれかの訪問看護療養費明細書（以下「明細書」という。）を添えて審査支払機関に提出すること。

５　同一の指定訪問看護の利用者が指定訪問看護の終了した月と同一の月に再度指定訪問看護の利

用を開始した場合においては、１枚の明細書に併せて記載すること。

６　月の途中において保険者番号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。

７　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、それぞれに係る指定訪問看護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こと。

８　電子計算機の場合は、以下によること。

（１）　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、複数の選択肢から〇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することとして差し支えないこと。

（２）　枠をその都度印刷することとしても差し支えないこと。

（３）　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。

９　請求書等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、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。

10　「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

11　明細書の作成に当たり、様式第四の二を使用する場合には、様式第四の二の１及び様式第四の二の２を併せて提出する必要があることに留意し、様式第四の二の１の次に様式第四の二の２を重ね、左上端を貼り付けること。

12　規定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、指定訪問看護の行われた年月、訪問看護ステーションコード、氏名、保険種別（例：１社・国　２本人）、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。

Ⅱ　請求書等の記載要領

第１　請求書に関する事項（様式第一関係）

１　「令和　年　月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。したがって、年月の異なる指定訪問看護に係る明細書がある場合には、それぞれの指定訪問看護が行われた年月分について請求書を作成すること。

なお、指定訪問看護が行われた年月の異なる明細書でも、返戻分の再請求等やむを得ない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　「ステーションコード」欄について

別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」により、それぞれの訪問看護ステーションについて定められた訪問看護ステーションコード７桁を記載すること。

３　「別記　　殿」欄について

保険者名、市町村（特別区を含む。）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

当該請求書を提出する年月日を記載すること。

５　「訪問看護ステーションの所在地及び名称、指定訪問看護事業者氏名」欄について

訪問看護ステーションの所在地及び名称並びに指定訪問看護事業者氏名については、事業者の指定申請の際に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地、名称及び事業者名を記載すること。

６　「医療保険」欄について

（１）　指定訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち指定訪問看護に係る分及び指定訪問看護単独の者に係る明細書について記載することとし、指定訪問看護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「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」欄には明細書の指定訪問看護に係る件数の合計を、「日数」欄には明細書の訪問看護の「実日数」欄の「保険」の項の日数の合計を、「金額」欄には明細書の「合計」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「負担金額」欄には明細書の「合計」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。

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）」の「小計」欄の「件数」欄の請求件数を合計して記載すること。

７　「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

（１）　指定訪問看護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「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、指定訪問看護と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） 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」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。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、「医保」又は「公費①」の項に係る「請求」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。

（４） 「控除額」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「負担金額」の項に記載されている金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。

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その他の公費負担医療に係る分とを併せて請求する場合には「 12(生保) 」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） 「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」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。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「医保」の「請求」の項の金額を合計して記載すること。

（４） 「控除額」欄の記載方法は、７の（４）と同様であること。

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分を記載すること。

なお、公費負担医療に係る法別番号は、別添２「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。

（３）　「金額」欄には、明細書の「合計」欄の「公費」の項に係る「請求」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。

（４）　「控除額」欄の記載方法は、７の（４）と同様であること。

10　「②合計」欄について

「公費と医保の併用」欄、「公費と公費の併用」欄及び「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」欄及び「②　合計」欄の請求件数の合計を記載すること。

第１の２　請求書に関する事項（様式第三関係）

後期高齢者医療の被保険者に係るものの場合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。

１　「別記　　殿」欄について

各広域連合殿と読み替えるものとすること。

２　「後期高齢者医療」欄について

（１）　指定訪問看護と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち指定訪問看護に係る分及び指定訪問看護単独の者に係る明細書について記載すること。

（２）　「件数」欄、「日数」欄及び「金額」欄については、Ⅱの第１の６の（２）と同様であること。

第２の１　明細書に関する事項（様式第四関係）

１　「令和　年　月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。

２　「都道府県番号」欄（様式第四の「県番」欄）について

別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」の別表に掲げる都道府県番号表に従い、訪問看護ステーションの所在する都道府県の番号を記載すること。

３　「訪問看護ステーションコード」欄（様式第四の「訪コ」欄）について

Ⅱの第１の２と同様であること。

４　「保険種別１」、「保険種別２」及び「本人・家族」欄について

（１）　「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、右の番号及び保険種別１のうち１つを記載すること。

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

（２）「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、以下の左に掲げる種別に応じ、右の番号及び保険種別２のうち１つを記載すること。

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（審査支払機関へ訪問看護医療費を請求するものに限る。）を含むものであること。

（３）「本人・家族」欄については、以下の左に掲げる種別に応じて、右の番号及び利用者種別のうち１つを記載すること。なお、未就学者である利用者（６歳に達する日以後最初の３月31 日以前の利用者をいう。以下同じ。）は「４　六歳」、高齢受給者及び後期高齢者医療受給対象者は「８　高齢一」又は「０　高齢７」を記載することとし、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　本人」、被保険者（その他（未就学者である利用者及び高齢受給者を除く。））は「６　家族」を記載することとし、それ以外（未就学者である利用者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を記載すること。

２　本人 …… ２　本人
４　未就学者 …… ４　六歳
６　家族 …… ６　家族
８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者 …… ８　高齢一
０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付 …… ０　高齢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」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。

５　「保険者番号又は公費負担者番号」の「保険」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（「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）の別添２（以下「設定要領」という。）の第１を参照）。

（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、記載しないこと。

６　「記号・番号または公費受給者番号」の「保険」欄について

（１）　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」欄に「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。

（２） 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。

（３） 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。

７ 「実日数」欄について

（１） 「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項に、「保険」については医療保険、「公①」については第１公費、「公②」については第２公費、「公③」については第３公費、「公④」については第４公費に係る指定訪問看護を行った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公費に係る分については、「公①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る分が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る分を省略しても差し支えないこと。また、第２公費以降がある場合において、当該第２公費以降に係る分が第１公費に係る分と同じ場合は、第２公費以降に係る分の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 同一日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合であっても、１日として記載すること。

８ 「請求」及び「一部負担金額」の「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄について

（１） 「請求」の項には、「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項に、それぞれ医療保険、第１公費、第２公費、第３公費及び第４公費に係る金額（「摘要」欄の金額の合計をいう。）を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の金額は、「公①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。また、第２公費以降がある場合において、当該第２公費以降に係る金額が第１公費に係る金額と同じ場合は、第２公費以降に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 「一部負担金額」の「保険」、「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」欄の項については、以下によること。

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又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示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。）については、以下によること。

医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載すること。

利用者の負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

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又は限度額適用・

標準負担額減額認定証の提示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（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 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） 医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、「一部負担金額」の項の減額割合を記載して、「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すること。

利用者の負担額が免除される場合は「一部負担金額」の項に「免除」、支払が猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

（エ） 後期高齢者医療の場合で、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。）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、「一部負担金額」の項の減額割合を記載して、「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すること。また、負担額が免除される場合は「免除」、支払いが猶予される場合は「支払猶予」と記載すること。

ウ 「一部負担金額」の項中「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項については、それぞれ第１公費、第２公費、第３公費及び第４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利用者の負担額（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利用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又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示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（すなわち、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に係る利用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（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並びに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又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示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、当該公費に係る利用者の負担額は「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」の項には記載することを要しないこと。

エ　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及び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利用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。)を記載すること。

９　「保険者番号又は公費負担者番号」の「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」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（設定要領の第２を参照）。

（２）　別添２「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①」欄に（以下「公①」欄に記載される公費負担者番号を「第１公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「公②」欄（以下「公②」欄に記載される公費負担者番号を「第２公費」という。）、「公③」欄（以下「公③」欄に記載される公費負担者番号を「第３公費」という。）、「公④」欄に（以下「公④」欄に記載される公費負担者番号を「第４公費」という。）記載すること。

（３）　保険者番号及び受給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，第３公費及び第４公費として取り扱うものとすること。

10　「記号・番号又は公費受給者番号」の「公①」、「公②」、「公③」及び「公④」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①」欄に、第２公費については「公②」欄に、第３公費については「公③」欄に、第４公費については「公④」欄に記載すること（設定要領の第３を参照）。

11　「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、コードと略称を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	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 条及び高齢者医療確保法施行令第 15 条に規定する額を超える場合
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利用者の負担額が、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、利用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利用者の負担額が、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、利用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。）
０４	後保	公費負担医療単独及び公費負担医療併用の場合、請求金額を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によった場合
１０	第三	利用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
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利用者の負担額が、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、利用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。）
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 歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合
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 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」の高齢受給者証又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
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 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
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 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
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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
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又は限度額適用・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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合

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。）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））の提示のみの場合 ② 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合

※ 「区カ」及び「区キ」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」を使用されたい。

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記載すること。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」の番号を記載すること。

なお、次のとおり略称により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 「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「給付割合」欄に記載すること。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。

14 「一部負担金区分」欄について

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又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示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ついては、以下によること。

（１） 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、「一部負担金区分」に「低Ⅰ（低所得１）」と記載すること。

（２） 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、「一部負担金区分」に「低Ⅱ（低所得Ⅱ）」と記載すること。

15 「訪問看護ステーションの所在地及び名称」欄について

事業者の指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの所在地

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。

16　「主治医」欄について

（１）　「医療機関」の項に、「名称」として当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の所属する保険医療機関等の名称を記載すること。

「コード」として、「県番」欄に別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」の別表に掲げる都道府県番号表に従い、当該保険医療機関が所在する都道府県の番号を記載すること。また、「点数表」欄に当該保険医療機関等が使用する点数表（例えば、医科であれば「１」を記載すること）を、「医療機関コード」欄に当該保険医療機関等のコードをそれぞれ記載すること。

なお、主治医の医療機関等コードについては記載することが望ましいが、確認できなかった場合は空欄でも差し支えないこと。

（２）　「氏名」の項に、当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の氏名を記載すること。

（３）　「直近報告年月日」の項に、訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は精神訪問看護計画書若しくは精神訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告年月日を記載すること。

（４）　月の途中で主治医が変更になった等の事情により、主治医を複数記録する必要がある場合は、一人目の主治医にかかる「名称」、「コード」、「氏名」及び「直近報告年月日」を「主治医」欄へ記載し、二人目以降についての記載は「摘要」欄へ見出しとして＜主治医＞を記載し、「名称」、「コード」、「氏名」及び「直近報告年月日」を記載すること。

17　「氏名」欄について

（１）　指定訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。ただし、健康保険、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団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、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。

（1）による姓名とは別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

（２）　性別は、「１　男」又は「２　女」のうち該当するものを記載すること。

（３）　生年月日は生まれた年月日を記載すること。なお、元号については「１　明」、「２　大」、「３　昭」、「４　平」又は「５　令」と記載すること。

18　「訪問した場所」欄について

訪問した場所が自宅の場合は「１　自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「２　施設等」を、上記に該当しない場合は「５　その他」をそれぞれ記載すること。

なお、月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、訪問した場所が複数ある場合は、訪問した場所及び変更した年月日を 19（８）「その他」に全て記載すること。

また、訪問した場所については、「２　施設等」に該当する場合にあっては、次の表に掲げるコード及び施設等を、「５　その他」に該当する場合にあっては、その場所を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	施設等
０１	社会福祉施設及び身体障害者施設
０２	小規模多機能型居宅介護
０３	複合型サービス
０４	認知症対応型グループホーム
０５	特定施設
０６	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
０７	有料老人ホーム（０５を除く）
０８	サービス付き高齢者向け住宅

19　「情報」欄について

「情報」欄に記載する事項等は次の（１）から（８）まで及び別表Ｉ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。）に基づき、該当するコードを選択すること。

また、「情報」欄の記載順は、「主たる傷病名」、「心身の状態」、「指示期間」、「訪問開始年月日及び終了年月日」、「訪問終了等の状況」、「情報提供」、「特記事項」、「専門の研修」及び「その他」の順で記載すること。

（１）　「主たる傷病名」について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、見出しとして＜主たる傷病名＞を記載し、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に項番及び傷病名をそれぞれ記載すること。

なお、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。

（２）　「心身の状態」について

指定訪問看護の利用者の心身の状態については、見出しとして＜心身の状態＞を記載し、訪問看護療養費の算定要件において必要な利用者の状態や日常生活動作（ＡＤＬ）の状態等を具体的に記載すること。

「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）第２の１に規定する疾病等の有無について、「１　別表７」、「２　別表８」又は「３　無」の該当するものを記載すること。また、利用者の状態等が別表７、別表８又は同告示第２の３の（２）に規定する超重症児若しくは準超重症児に該当する者は、その利用者が該当する全ての疾病等について、次の表に掲げる該当するコード及び疾病、状態等を「該当する疾病等」として記載すること。

ｺｰﾄﾞ		疾病、状態等
０１	別表７	末期の悪性腫瘍
０２		多発性硬化症
０３		重症筋無力症
０４		スモン
０５		筋萎縮性側索硬化症
０６		脊髄小脳変性症
０７		ハンチントン病
０８		進行性筋ジストロフィー症
０９		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及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
１０		多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
１１		プリオン病
１２		亜急性硬化性全脳炎
１３		ライソゾーム病
１４		副腎白質ジストロフィー
１５		脊髄性筋萎縮症
１６		球脊髄性筋萎縮症
１７		慢性炎症性脱髄性多発神経炎
１８		後天性免疫不全症候群
１９		頸髄損傷
２０		人工呼吸器を使用している状態の者
４１	別表８	在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者
４２		在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者
４３		在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者
４４		在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
４５		気管カニューレを使用している状態にある者
４６		留置カテーテルを使用している状態にある者
４７		在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者

４８		在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
４９		在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
５０		在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
５１		在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
５２		在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
５３		在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
５４		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
５５		在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
５６		在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
５７		在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者
５８		人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
５９		真皮を越える褥瘡の状態にある者
６０		在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
９１	他	超重症児
９２		準超重症児

精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定した場合は、当該月の初日の指定訪問看護時におけるＧＡＦ尺度により判定した値に対応する次の表に掲げるコードと判定した年月日を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	ＧＡＦ尺度により判定した値
０１	ＧＡＦ尺度１００－９１
０２	ＧＡＦ尺度９０－８１
０３	ＧＡＦ尺度８０－７１
０４	ＧＡＦ尺度７０－６１
０５	ＧＡＦ尺度６０－５１
０６	ＧＡＦ尺度５０－４１
０７	ＧＡＦ尺度４０－３１
０８	ＧＡＦ尺度３０－２１
０９	ＧＡＦ尺度２０－１１
１０	ＧＡＦ尺度１０－１
１１	ＧＡＦ尺度０
２０	家族への訪問看護でありＧＡＦ尺度による判定が行えなかった（当該月に利用者本人への訪問看護を行わなかった）

（３）　「指示期間」について

ア　訪問看護指示又は精神科訪問看護指示の指示期間については、見出しとして＜指示期間＞又は＜精神指示期間＞を記載し、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した最新の

訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書の指示有効期間（訪問看護療養費又は精神科訪問看護療養費）を示す年月日を記載すること。

なお、指示年月日の記載がない場合は、指示書の有効期間を交付後１か月とみなすこと。

イ　主治医から、利用者の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旨の特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた場合は、見出しとして＜特別指示期間＞又は＜精神特別指示期間＞を記載し、に特別指示の有効期間を示す年月日を記載すること。

なお、請求を行う月の前月に特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該請求月においても引き続き当該特別指示による訪問看護を実施した場合にあっては、特別指示があった前月の年月日についても「特別指示期間」又は「精神特別指示期間」欄に記載すること。ただし、当該請求月にかからない指示期間は記載しないこと。

（４）「訪問開始年月日及び終了年月日」について

ア　「訪問開始年月日」について

（ア）見出しとして＜訪問開始年月日＞と記載し、当該指定訪問看護を開始した年月日を記載すること。

（イ）同一の利用者に対する指定訪問看護の継続中に、当該訪問看護ステーションにおいて、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該訪問看護ステーションの指定訪問看護の内容の継続性が認められて継続して訪問看護ステーションの指定を受けた場合を除き、新たに訪問看護ステーションの指定を受けた日を訪問開始年月日として記載し、「その他」として、その旨を記載すること。

（ウ）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訪問開始年月日として記載し、「その他」として、その旨を記載すること。

イ　「終了年月日」ついて

当該指定訪問看護を終了した場合は「訪問終了年月日」、「訪問終了時刻」及び「訪問終了の状況」を記載すること。

（ア）訪問終了年月日については、見出しとして＜訪問終了年月日＞を記載し、訪問終了年月日を記載すること。

（イ）訪問終了時刻については、見出しとして＜訪問終了時刻＞を記載し、最後に訪問した時刻を記載すること。

ウ　「訪問終了等の状況」について

（ア）　訪問終了の状況については、見出しとして＜訪問終了の状況＞を記載し、症状の軽快により指定訪問看護を必要としなくなった場合は「１　軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合は「２　施設等」、保険医療機関等に入院した場合は「３　医療機関」又は死亡した場合は「４　死亡」をそれぞれ記載すること。また、上記に該当しない場合は「５　その他」と記載し、その内容を記載すること。

（イ）訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合は、「死亡年月日」、「死亡時刻」及び「死亡した場所」を記載すること。

ａ　死亡年月日については、見出しとして＜死亡年月日＞を記載し、死亡年月日を記載すること。

b　死亡時刻については、見出しとして＜死亡時刻＞を記載し、死亡時刻を記載すること。

c　死亡した場所については、見出しとして＜死亡した場所＞を記載し、死亡した場所が自宅の場合は「１　自宅」、介護保険施設等の場合は「２　施設等」、病院の場合は「３　病院」、診療所の場合は「４　診療所」をそれぞれ記載すること。上記に該当しない場合には、「５　その他」と記載し、その場所を記載すること。

また、死亡した場所が「２　施設等」に該当する場合にあっては、18「訪問した場所」に係る表に掲げる施設等のうち該当するコード及び施設等を記載すること。

（５）「情報提供」について

ア　訪問看護情報提供療養費１を算定する場合は、見出しとして＜情報提供先　１市（区）町村等＞を記載し、市町村等への情報提供に係る算定の場合は「１　市（区）町村等」、指定特定相談支援事業者への情報提供に係る算定の場合は「２　指定特定相談支援事業者」を記載すること。

イ　訪問看護情報提供療養費２を算定する場合は、見出しとして＜情報提供先　２学校等＞を記載し、「前回算定年月」として、当該療養費を算定した前回の年月を記載すること（ただし、初めて算定する場合を除く。）。

また、各年度１回までの算定とは別に、入園又は入学に係る算定の場合は「１　入園・入学」、転園又は転学に係る算定の場合は「２　転園・転学」又は医療的ケアの実施方法の変更に係る算定の場合は「３　医療的ケアの変更」を記載すること。

ウ　訪問看護情報提供療養費３を算定する場合は、見出しとして＜情報提供先　３保険医療機関等＞を記載し、利用者の診療を行っている保険医療機関の紹介先が、保険医療機関の場合は「１　保険医療機関」、介護老人保健施設の場合は「２　介護老人保健施設」又は介護医療院の場合は「３　介護医療院」を記載すること。

（６）「特記事項」について

特記事項を記載する場合は、見出しとして＜特記事項＞を記載すること。

ア　指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第２の１に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「１　他（１）」、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「１　他（１）」及び「２　他（２）」のそれぞれを記載すること。また、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を、（８）「その他」に記載すること。

イ　従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合は、「３　従」を記載すること。

ウ　特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「４　特地」を記載し、訪問看護ステーションから利用者の家庭までの移動時間が片道１時間以上要する場合は、利用者の住所及び通常の場合の訪問に要する時間（片道）を併せて記載すること。また、利用者の家庭までの移動時間が片道 30 分以上要する場合であって往復の移動時間及び指定訪問看護の実施時間の合計が２時間 30 分以上であった場合は、指定訪問看護を行った日、利用者の住所、通常の場合の訪問に要する時間（片道）及び指定訪問看護の実施時間を併せて記

載すること。

エ　要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険（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。）で算定している場合は、「５　介」を記載すること。

オ　在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が 24 時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合は、「６　支援」を記載すること。

カ　複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「７　同一緊急」を記載するとともに、当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費または精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日を記載すること。また、当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を、（８）「その他」に記載すること。

キ　退院支援指導加算を算定した場合であって、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合は、「８　退支」を記載し、死亡日又は再入院日を併せて記載すること。

ク　看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「９　連」を記載し、介護職員等と同行訪問した日を併せて記載すること。

ケ　緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算を算定した場合は、「10　緊急訪問看護の理由」を記載し、緊急の訪問看護を実施した日と緊急訪問看護の理由を、当該加算を算定した日ごとに併せて記載すること。

コ　包括型訪問看護療養費を算定した場合は、「11　包括型」を記載し、当該月における実際の単一建物居住利用者の人数を併せて記載すること。

サ　訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合は、「12　訪看遠補助」を記載し、指定訪問看護を行った日を併せて記載すること。

（７）「専門の研修」について

専門の研修を記載する場合は、見出しとして＜専門の研修＞を記載すること。

ア　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行い、訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は(Ⅱ)を算定した場合は、基本療養費Ⅰ・Ⅱ(１　緩和ケア)、基本療養費Ⅰ・Ⅱ(２　褥瘡ケア)、基本療養費Ⅰ・Ⅱ(３　人工肛門・人工膀胱ケア)又は基本療養費Ⅰ・Ⅱ(４　特定行為(０１　創傷管理関連))のいずれかを記載すること。

イ　専門管理加算を算定した場合は、以下の項目を記載すること。なお、（イ）のｃについては、検討を行うまでの間は、当該項目の記載がなくても差し支えない。

（ア）　専門管理加算のイに該当する場合

専門管理加算(１　緩和ケア)、専門管理加算(２　褥瘡ケア)又は専門管理加算(３　人工肛門・人工膀胱ケア)のいずれかを記載すること。

（イ）　専門管理加算のロに該当する場合

ａ　専門管理加算(４　特定行為)を記載の上、次の表に掲げる特定行為のうち該当す

るコードを記載すること。

b　「手順書交付年月日」として、手順書が交付された年月日を記載すること。

c　「直近見直し年月日」として、利用者の主治医とともに、手順書の妥当性を検討した年月日を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	特定行為
０１	気管カニューレの交換
０２	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
０３	膀胱ろうカテーテルの交換
０４	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
０５	創傷に対する陰圧閉鎖療法
０６	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
０７	脱水症状に対する輸液による補正

（８）「その他」について

ア （６）のア及びサにおいて、その他に記載することとした他の訪問看護ステーションの所在地及び名称については、以下のとおり記載すること。

（ア） 他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、見出しとして＜他の訪問看護ステーション１＞を記載し、当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。

（イ） 他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、前(ア)と併せて＜他の訪問看護ステーション２＞を記載し、当該２つ目の他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。

イ 月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、複数訪問した場所がある場合は、見出しとして＜訪問した場所＞を記載し、訪問した場所を全て記載すること。

また、訪問した場所の変更年月日を記載すること。

20 「訪問日」欄について

（１） 指定訪問看護を行った日について、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は、日付の欄に「○」を記載し、包括型訪問看護療養費を算定する場合は、「●」を記載すること。ただし、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定する場合については、１日に２回訪問を行った場合は「◎」、１日に３回以上訪問を行った場合は「◇」を記載すること。

（２） 以下の場合にあっては日付の欄に「☆」を記載すること。

ア 訪問看護基本療養費(Ⅰ)又は訪問看護基本療養費(Ⅱ)における悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合

イ 専門管理加算を算定した場合

緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた

看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が指定訪問看護を行った日については、全ての日付を記載すること。

（３） 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護を行った場合は、日付の欄に「△」を記載すること。

（４） 長時間訪問看護加算又は長時間精神科訪問看護加算を算定した場合は、日付の欄に「□」を記載すること。

（５） 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算を算定した場合は、日付の欄に「▽」を記載すること。

（６） 訪問看護基本療養費(Ⅱ)又は精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した場合は、日付の欄に「▲」を記載すること。

（７） 複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、日付の欄に「▼」を記載すること。

21 「摘要欄」について

（１） 「負担」欄について

摘要欄に、算定した訪問看護療養費の名称を記載した場合は、当該訪問看護療養費の左側の「負担」欄内に、次の表に掲げる負担区分のうち、当該訪問看護療養費に係る負担区分に該当する負担区分コードを記載すること。

		負担区分コード	医保・国保	公費①	公費②	公費③	公費④
医保・国保と公費又は公費と公費の併用	１者	１	○				
		５		○			
		６			○		
		Ｂ				○	
		Ｃ					○
	２者	２	○	○			
		３	○		○		
		Ｅ	○			○	
		Ｇ	○				○
		７		○	○		
		Ｈ		○		○	
		Ｉ		○			○
		Ｊ			○	○	

		K			○		○
		L				○	○
	３者	４	○	○	○		
		M	○	○		○	
		N	○	○			○
		O	○		○	○	
		P	○		○		○
		Q	○			○	○
		R		○	○	○	
		S		○	○		○
		T		○		○	○
		U			○	○	○
	４者	V	○	○	○	○	
		W	○	○	○		○
		X	○	○		○	○
		Y	○		○	○	○
		Z		○	○	○	○
	５者	９	○	○	○	○	○

（２） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）を算定する場合

ア　保健師、助産師又は看護師が指定訪問看護を行った場合は「区分」に 10 及び 11、准看護師が行った場合は「区分」に 10 及び 12、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は「区分」に 10 及び 14 を記載し、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は「区分」に 10 及び 13、「名称」を記載し、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

ウ　電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（３） 訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定する場合

ア　同一建物居住者(「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」(平成20年厚生労働省告示第67号)に規定するものをいう。以下「同一建物居住者」という。)に対し、指定訪問看護を行った場合は、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、保健師、助産師又は看護師が行った場合は「区分」に10及び15、准看護師が行った場合は「区分」に10及び16、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った「区分」に10及び18を記載し、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて同様に記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　同一建物居住者に対し、悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は「区分」に10及び17、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

ウ　電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(４)　精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

ア　保健師又は看護師が指定訪問看護を行った場合は「区分」に30及び31、作業療法士が行った場合は「区分」に30及び32、准看護師が行った場合は「区分」に30及び33を記載し、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(５)　精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合

ア　同一建物居住者に対し、指定訪問看護を行った場合は、同一建物居住者の人数、１回の指定訪問看護の実施時間及び訪問日数に応じて、保健師又は看護師が行った場合は、「区分」に30及び34、作業療法士が行った場合は「区分」に30及び35、准看護師が行った場合は「区分」に30及び36を記載し、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に指定訪問看護を行った日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

さらに、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

（６） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）の加算並びに精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び(Ⅲ)の加算について

ア　末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合（難病等複数回訪問加算を算定する場合）は、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 10 及び 19、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月において複数回訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

また、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、必要に応じて１日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合（精神科複数回訪問加算を算定する場合）は、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 30 及び 42、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月において複数回訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを訪問回数に応じて選択すること。

イ　訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は以下によること。

（ア） 緊急訪問看護加算の場合、当該月に算定する日数に応じて、「区分」に 10 及び 20、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（イ） 精神科緊急訪問看護加算の場合、当該月に算定する日数に応じて、「区分」に 30 及び 37、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

ウ　別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が 90 分を超える訪問看護を実施した場合は以下によること。

（ア） 長時間訪問看護加算の場合、「区分」に 10 及び 21、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（イ） 長時間精神科訪問看護加算の場合、「区分」に 30 及び 38、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

エ　訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、６歳未満の利用者に対して指定訪問看護を実施した場合は以下によること。

（ア） 乳幼児加算の場合、「区分」に 10 及び 22、「名称」に該当する区分を記載し、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（イ） 「名称」ごとに行を改めて記載すること。

オ　訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）において、別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師に保健師、助産師若しくは看護師又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士が同行し同時に訪問看護を行った場合（複数名訪問訪問看護加算を算定する

場合）は以下によること。

（ア） 同一建物居住者の人数に応じて、「区分」に 10 及び 23、准看護師が同時に行った場合は「区分」に 10 及び 23、その他職員が同行しハを算定する場合は「区分」に 10 及び 23、その他職員が同行しニを算定する場合は「区分」に 10 及び 23、「名称」に該当する名称を記載すること。

（イ） 「金額（円）」に該当する金額、「日数（日）」に当該月に訪問した日数を記載すること。その他職員が同行しニを算定する場合は、１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「１日に１回」、「１日に２回」又は「１日に３回以上」の行に分けて記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（ウ） 電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した複数の者に該当する職種の職種等コードを選択すること。訪問ごとに指定訪問看護を実施した職種の職種等コードを記載し、実際に訪問していない職種は記載しないこと。また、職種については代表する１つの職種等コードを選択すること。

カ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)において、訪問看護ステーションの保健師又は看護師に保健師、看護師又は作業療法士が同行し同時に訪問看護を行った場合（複数名精神科訪問看護加算を算定する場合）は以下によること。

（ア） 同一建物居住者の人数及び１日に指定訪問看護を行った回数に応じて、「区分」に 30 及び 39、准看護師が同時に行った場合は「区分」に 30 及び 39、、看護補助者又は精神保健福祉士が同時に行った場合は「区分」に 30 及び 39、「名称」に該当する名称を記載すること。

（イ） 「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（ウ） 電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した複数の者に該当する職種の職種等コードを選択すること。訪問ごとに指定訪問看護を実施した職種の職種等コードを記載し、実際に訪問していない職種は記載しないこと。また、職種については代表する１つの職種等コードを選択すること。

キ 夜間(午後６時から午後 10 時まで)又は早朝(午前６時から午前８時まで)に指定訪問看護を行った場合は以下によること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（ア） 夜間・早朝訪問看護加算(訪問看護基本療養費)の場合、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 10 及び 24、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

（イ） 夜間・早朝訪問看護加算(精神科訪問看護基本療養費)の場合、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 30 及び 40、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

ク 深夜(午後 10 時から午前６時まで)に指定訪問看護を行った場合は以下によること。また、「名称」ごとに行を改めて記載すること。

（ア） 深夜訪問看護加算(訪問看護基本療養費)の場合、同一建物居住者の人数及び訪問日

数に応じて、「区分」に 10 及び 25、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

(イ) 深夜訪問看護加算(精神科訪問看護基本療養費)の場合、同一建物居住者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 30 及び 41、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問した日数を記載すること。

(７) 訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定する場合

ア 訪問看護基本療養費(Ⅲ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、助産師、看護師、准看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が指定訪問看護を行った場合には「区分」10 及び 26、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した回数を記載すること。

イ 精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、看護師、准看護師又は作業療法士が指定訪問看護を行った場合には「区分」30 及び 43、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定した回数を記載すること。

ウ 電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(８) 月の途中で、利用者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異動があった場合には、行を改めて、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った指定訪問看護を行った日数を記載すること。

(９) 同一の指定訪問看護において複数の者が行った場合は、主として指定訪問看護を提供した１人の者についてのみ１日として記載すること(難病等複数回訪問加算及び精神科複数回訪問加算並びに複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算の算定日を除く。)。

(10) 「管理療養費」について

ア 次により記載すること。

(ア) 訪問看護管理療養費（月の初日の訪問の場合）を算定する場合は、「区分」に 50 及び 51、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(イ) 訪問看護管理療養費（月の２日目以降の訪問の場合）を算定する場合は、単一建物居住利用者の人数及び訪問日数に応じて、「区分」に 50 及び 52、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に２日目以降で訪問した日数を記載すること。

イ 管理療養費の各加算については、当該月に算定した加算の内容を次のとおり記載すること。

(ア) 24 時間対応体制加算を算定した場合には、「区分」に 50 及び 53、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(イ) 特別管理加算を算定した場合には、「区分」に 50 及び 54、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(ウ) 退院時共同指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 55、「名称」、「金額

(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に退院時共同指導加算を算定した回数を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。

さらに、当該利用者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者で特別管理指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 55、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に特別管理指導加算を算定した回数を記載すること。特別管理指導加算は、厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については当該入院中に２回に限り算定できる。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指導を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(エ) 退院支援指導加算を算定した場合は、次により記載すること。

ａ 退院支援指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 56、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に該当月に算定した回数を記載すること。

ｂ 「名称」ごとに行を改めて記載すること。

ｃ 電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指導を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(オ) 在宅患者連携指導加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 57、「名称」、「金額(円)」該当する金額と記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指導を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(カ) 在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 58、「名称」、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に当該月に在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した回数を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、カンファレンスに参加し、療養上必要な指導を行った者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(キ) 精神科重症患者支援管理連携加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 59、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、当該指定訪問看護を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(ク) 看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 60、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

電子レセプトによる請求の場合、(17)に記載する表に掲げる職種等のうち、支援を実施した者に該当する職種の職種等コードを選択すること。

(ケ) 専門管理加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 61、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(コ) 訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 62、「名

称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(サ)　訪問看護医療情報連携加算を算定した場合は、「区分」に 50 及び 63、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(11)　「訪問看護情報提供療養費」について

当該月において、当該指定訪問看護の利用者の指定訪問看護の状況等の情報を提供した場合は、「区分」に 64 及び 64、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(12)　「包括型訪問看護療養費」について

「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」（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）に規定する包括型訪問看護療養費を算定する場合には、当該月における単一建物居住利用者の人数及び訪問看護時間に応じて、「区分」に 65 及び 65、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(13)　「訪問看護ターミナルケア療養費」について

ア　訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定(退院支援指導加算を含む)し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合は、「区分」に 66 及び 67、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

イ　遠隔死亡診断補助加算を算定した場合は、「区分」に 66 及び 68、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(14)　「訪問看護遠隔診療補助料」について

訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合には、「区分」に 69 及び 69、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(15)　「訪問看護ベースアップ評価料」について

ア　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅰ)を算定した場合には、「区分」に 70 及び 71、「名称」、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

イ　訪問看護ベースアップ評価料(Ⅱ)を算定した場合には、「区分」に 70 及び 72、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額を記載すること。

(16)　「訪問看護物価対応料」について

ア　訪問看護物価対応料１を算定した場合には、「区分」に 73 及び 74、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に該当月に算定した回数を記載すること。

イ　訪問看護物価対応料２を算定した場合には、「区分」に 73 及び 75、「名称」に該当する名称、「金額(円)」に該当する金額、「日数(日)」に該当月に算定した回数を記載すること。

(17)　(１)から(16)までのうち、該当する職種の職種等コードを選択することとしているものについては、次の表に掲げる職種等コードを記載すること。この場合、実際に訪問を実施した者の職種のみ記載すること。また、訪問する者１人に対して代表する１つの職種等コードを

選択すること。

ｺｰﾄﾞ						内容	
１回目		２回目		３回目以降			
０１	５１	１１	６１	２１	７１	保健師	・同日複数回の指定訪問看護を実施し、訪問回ごとの職種等コードを記録する場合は、それぞれ「１回目」から「３回目以降」の該当する列のコードを使用して記録する。 ・同日に４回以上の指定訪問看護を実施した場合は、３回目以降の任意の訪問回の職種を「３回目以降」のコードを使用して記録する。 ・上記以外の場合は、「１回目」の列のコードを使用して記録する。 ・従たる訪問看護ステーションに勤務する者が指定訪問看護を行った場合は、「５１」～「８０」のいずれかを記録する。
０２	５２	１２	６２	２２	７２	助産師	
０３	５３	１３	６３	２３	７３	看護師（悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師を除く）	
０４	５４	１４	６４	２４	７４	理学療法士	
０５	５５	１５	６５	２５	７５	作業療法士	
０６	５６	１６	６６	２６	７６	言語聴覚士	
０７	５７	１７	６７	２７	７７	准看護師	
０８	５８	１８	６８	２８	７８	悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師	
０９	５９	１９	６９	２９	７９	看護補助者	
１０	６０	２０	７０	３０	８０	精神保健福祉士	

22　後期高齢者医療におけるその他

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、19(６)「特記事項」として「13　障害」と記載すること。

第２の２　明細書に関する事項（様式第四の二の１、第四の二の２関係）

１　「令和　年　月分」欄について

指定訪問看護の行われた年月を記載すること。

２　「都道府県番号」欄について

別添１「訪問看護ステーションコード設定要領」の別表に掲げる都道府県番号表に従い、訪問看護ステーションの所在する都道府県の番号を記載すること。

３　「訪問看護ステーションコード」欄について

Ⅱの第１の２と同様であること。

４　「６訪問」における「１　社・国　２　公費　３　後期」（以下「保険種別１」という。）、「１　単独　２　２併　３　３併」（以下「保険種別２」という。）及び「２　本人４　六歳　６　家族」欄について

（１）「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、該当する番号を〇で囲むこと。

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

（２）「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、以下の左に掲げる種別に応じ、該当する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を含むものであること。

（３）「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、未就学者である利用者（６歳に達する日以後最初の３月 31 日以前の利用者をいう。以下同じ。）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「２」、被保険者（その他（未就学者である利用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（未就学者である利用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　本人」（若しくは「２　本」）、「４　六歳」（若しくは「４　六」）、

「６　家族」（若しくは「６　家」）、「８　高齢一」（若しくは「８　高一」）又は「０　高齢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	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	２　本人
４　未就学者	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	４　六歳
６　家族	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	６　家族
８　高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得者	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	８　高齢一
０　高齢受給者・後期高齢者医療７割給付	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	０　高齢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」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。

（４）　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

（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（設定要領の第１を参照）。

（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。

６　「給付」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　「被保険者資格に係る記号・番号」欄について

（１）　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。

（２）　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。

（３）　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、記載枠に入りきらない等の場合は、（　）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

（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（設定要領の第２を参照）。

（２） 別添２「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者番号を「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者番号を「第２公費」という。）記載すること。

（３） 保険者番号及び受給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（設定要領の第３を参照）。

10 「氏名」欄について

（１） 指定訪問看護を受けた者の姓名を記載すること。ただし、健康保険、船員保険、国家公務員共済組合、地方公務員等共済組合又は日本私立学校振興・共済事業団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。

また、上記により記載した姓名とは別にカタカナによる姓名を記載することが望ましい。

（２） 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」又は「２　女」と記載しても差し支えないこと。

（３） 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」又は「５　令」と記載すること。

11 「訪問した場所」欄について

訪問した場所が自宅の場合は「１　自宅」を、次の表に掲げる施設等の場合は「２　施設等」を、上記に該当しない場合は「３　その他」をそれぞれ〇で囲むこと。

なお、月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、複数に該当する場合については、該当するものを全て〇で囲むこと。

また、訪問した場所が「２　施設等」に該当する場合にあっては、次の表に掲げる施設等のうち該当するコードを、「３　その他」に該当する場合にあってはその場所をそれぞれの（　　）に記載すること。

ｺｰﾄﾞ	施設等
０１	社会福祉施設及び身体障害者施設
０２	小規模多機能型居宅介護
０３	複合型サービス

０４	認知症対応型グループホーム
０５	特定施設
０６	地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設
０７	有料老人ホーム（０５を除く）
０８	サービス付き高齢者向け住宅

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。

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）

13　「特記」欄について

次の表の内容に該当する特記事項を記載する場合は、略称を記載すること。

なお、電子計算機の場合はコードと略称を記載すること。

ｺｰﾄﾞ	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 条及び高齢者医療確保法施行令第 15 条に規定する額を超える場合
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利用者の負担額が、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、利用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利用者の負担額が、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、利用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。）
０４	後保	公費負担医療単独及び公費負担医療併用の場合、請求金額を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によった場合
１０	第三	利用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
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利用者の負担額が、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、利用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。）
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 歳に到達した月に訪問看護を受けた者の場合
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 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」の高齢受給者証又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
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 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
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 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
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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
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又は限度額適用・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又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合 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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
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。）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））の提示のみの場合 ②　課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合

※　「区カ」及び「区キ」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」を使用されたい。

14　「訪問看護ステーションの住所地及び名称」欄について

事業者の指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た当該訪問看護ステーションの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。

15　「主治医」欄について

（１）　「医療機関の名称」の項に、当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の所属する保険医療機関等の名称を記載すること。

（２）　「氏名」の項に、当該指定訪問看護に係る訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した医師の氏名を記載すること。

（３）　「直近報告年月日」の項に、訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示書を交付した主治医に対して、訪問看護計画書若しくは訪問看護報告書又は精神訪問看護計画書若しくは精神訪問看護報告書により報告をした場合には、その最終報告年月日を記載すること。

16　「主たる傷病名」欄について

指定訪問看護の利用者の主たる傷病名については、当該指定訪問看護に係る主治医の交付した訪問看護指示書に基づいて、主傷病、副傷病の順に１から３の項目欄にそれぞれ記載するが、必要に応じて１から３の項目順以降に別途記載してもよい。

17　「心身の状態」欄について

指定訪問看護の利用者の心身の状態を記載するものとし、訪問看護療養費の算定要件において必要な利用者の状態や日常生活動作（ＡＤＬ）の状態等を具体的に記載すること。

「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）第２の１に規定する疾病等の有無について、「１　別表７」、「２　別表８」又は「３　無」の該当する数字を〇で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、〇に代えて（　　）等を使用して記載することも差し支えないこと。また、利用者の状態等が別表７、別表８又は同告示第２の３の（２）に規定する超重症児若しくは準超重症児に該当する者は、その利用者が該当する全ての疾病等について、次の表に掲げる該当するコードを「該当する疾病等」の欄に記載すること。

ｺｰﾄﾞ		疾病、状態等
０１	別表７	末期の悪性腫瘍
０２		多発性硬化症
０３		重症筋無力症
０４		スモン
０５		筋萎縮性側索硬化症
０６		脊髄小脳変性症
０７		ハンチントン病
０８		進行性筋ジストロフィー症
０９		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及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
１０		多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症及びシャイ・ドレーガー症候群）
１１		プリオン病
１２		亜急性硬化性全脳炎
１３		ライソゾーム病

１４		副腎白質ジストロフィー
１５		脊髄性筋萎縮症
１６		球脊髄性筋萎縮症
１７		慢性炎症性脱髄性多発神経炎
１８		後天性免疫不全症候群
１９		頸髄損傷
２０		人工呼吸器を使用している状態の者
４１	別表８	在宅麻薬等注射指導管理を受けている状態にある者
４２		在宅腫瘍化学療法注射指導管理を受けている状態にある者
４３		在宅強心剤持続投与指導管理を受けている状態にある者
４４		在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
４５		気管カニューレを使用している状態にある者
４６		留置カテーテルを使用している状態にある者
４７		在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者
４８		在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
４９		在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
５０		在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
５１		在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
５２		在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
５３		在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
５４		在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
５５		在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
５６		在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
５７		在宅難治性皮膚疾患処置指導管理を受けている状態にある者
５８		人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
５９		真皮を越える褥瘡の状態にある者
６０		在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
９１	他	超重症児
９２		準超重症児

また、精神科訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は（Ⅲ）を算定した場合は、当該月の初日の指定訪問看護時におけるＧＡＦ尺度により判定した値に対応する次の表に掲げるコードと判定した年月日を「ＧＡＦ」の欄に記載すること。

ｺｰﾄﾞ	ＧＡＦ尺度により判定した値
０１	ＧＡＦ尺度１００－９１
０２	ＧＡＦ尺度９０－８１

０３	ＧＡＦ尺度８０－７１
０４	ＧＡＦ尺度７０－６１
０５	ＧＡＦ尺度６０－５１
０６	ＧＡＦ尺度５０－４１
０７	ＧＡＦ尺度４０－３１
０８	ＧＡＦ尺度３０－２１
０９	ＧＡＦ尺度２０－１１
１０	ＧＡＦ尺度１０－１
１１	ＧＡＦ尺度０
２０	家族への訪問看護でありＧＡＦ尺度による判定が行えなかった（当該月に利用者本人への訪問看護を行わなかった）

18　「訪問開始年月日」欄について

（１）　当該指定訪問看護を開始した年月日を記載すること。

（２）　同一の利用者に対する指定訪問看護の継続中に、当該訪問看護ステーションにおいて、開設者、名称、所在地等の変更があった場合については、当該訪問看護ステーションの指定訪問看護の内容の継続性が認められて継続して訪問看護ステーションの指定を受けた場合を除き、新たに訪問看護ステーションの指定を受けた日を訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。

（３）　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訪問開始年月日として記載し、「特記事項」欄にその旨を記載すること。

19　「訪問終了年月日時刻」欄について

当該指定訪問看護を終了した年月日及び最後に訪問した時刻を記載すること。

20　「訪問終了の状況」欄について

症状の軽快により指定訪問看護を必要としなくなった場合は「１　軽快」、介護老人保健施設等に入所した場合は「２　施設等」、保険医療機関等に入院した場合は「３　医療機関」又は死亡した場合は「４　死亡」の該当する番号をそれぞれ〇で囲むこと。また上記に該当しない場合は「５　その他」の番号を〇で囲み、その内容を（　　）に記載すること。

21　「死亡の状況」欄について

訪問看護ターミナルケア療養費を算定した場合、「時刻」欄には死亡年月日及び時刻を記載し、「場所」欄には、死亡した場所が自宅の場合は「１　自宅」、介護保険施設等の場合は「２　施設等」、病院の場合は「３　病院」、診療所の場合は「４　診療所」の該当する番号をそれぞれ〇で囲むこと。上記に該当しない場合には、「５　その他」の番号を〇で囲み、その場所を（　）に記載すること。

また、死亡した場所が「２　施設等」に該当する場合にあっては、11 の表に掲げる施設等のうち該当するコードを記載すること。

22　「指示期間」欄について

（１）　当該指定訪問看護に係る主治医の交付した最新の訪問看護指示書又は精神科訪問看護指示

書の指示有効期間（訪問看護療養費又は精神科訪問看護療養費）を示す年月日を記載すること。また、当該請求月にかからない指示期間は記載しないこと。

なお、指示年月日の記載がない場合は、指示書の有効期間を交付後１か月とみなすこと。

（２） 主治医から、利用者の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旨の特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受けた場合は、「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に特別指示の有効期間を示す年月日を記載すること。

なお、請求を行う月の前月に特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書の交付を受け、当該請求月においても引き続き当該特別指示による訪問看護を実施した場合にあっては、特別指示があった前月の年月日についても「（特別指示期間）」又は「（精神特別指示期間）」欄に記載すること。

23 「基本療養費Ⅰ」、「基本療養費Ⅱ」、「基本療養費Ⅰ及びⅡの加算」、「基Ⅲ」、「精神科基本療養費Ⅰ」、「精神科基本療養費Ⅲ」、「精神科基本療養費Ⅰ及びⅢの加算」及び「精Ⅳ」欄について

（１） 訪問看護基本療養費（Ⅰ）を算定する場合

ア 保健師、助産師又は看護師が週３日までの指定訪問看護を行った場合は⑪の「看護師等」の項に「×，×××」円、准看護師が行った場合は⑫の「准看護師」の項に「×，×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑭の「理学療法士等」の項に「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ 悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は以下により記載すること。

（ア） ⑬の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅰ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

（イ） 「専門の研修」欄における「基本療養費Ⅰ・Ⅱ」の項について、「１ 緩和ケア」、「２ 褥瘡ケア」又は「３ 人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（ ）等を使用して記載することも差し支えないこと。

（２） 訪問看護基本療養費（Ⅱ）を算定する場合

ア 同一建物居住者に対して、保健師、助産師又は看護師が指定訪問看護を行った場合は⑮の「看護師等」の項に、准看護師が行った場合は⑯の「准看護師」の項に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合は⑱の「理学療法士等」の項に、同一建物居住者の人数（「２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「週３日目」「週４日目以降」「月 20 日目まで」「月 21 日目以降」）の区分に応じてそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載

すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費(Ⅱ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

イ　同一建物居住者に対し、悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合は以下によること。

(ア)　⑰の「専門の研修を受けた看護師」の項に「××，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、同一日に３人以上に対して訪問した場合は、「３人以上」の項に同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、訪問看護基本療養費（Ⅱ）の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(イ)　「専門の研修」欄における「基本療養費Ⅰ・Ⅱ」の項について、「１　緩和ケア」、「２　褥瘡ケア」又は「３　人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(３)　精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)を算定する場合

保健師又は看護師が週３回までの指定訪問看護を行った場合には、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき、㉛の「看護師等」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、作業療法士が行った場合は㉜の「作業療法士」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、准看護師が行った場合は㉝の「准看護師」の項の「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかに「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載し、週４日以降の指定訪問看護を行った場合は、行を改めて同様に記載すること。また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(４)　精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定する場合

同一建物居住者に対して、保健師又は看護師が指定訪問看護を行った場合には、㉞の「看護師等」の項に、作業療法士が行った場合は㉟の「作業療法士」の項に、准看護師が行った場合は㊱の「准看護師」の項に、同一建物居住者の人数（「２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「週３日目」「週４日目以降」「月 20 日目まで」「月 21 日目以降」）の区分に応じて、１回の指定訪問看護の実施時間に基づき「30 分以上」又は「30 分未満」のいずれかにそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載すること。

また、特別地域訪問看護加算を算定した場合は、精神科訪問看護基本療養費(Ⅲ)の所定額及び当該加算額を合算して、同様に記載すること。

(５)　訪問看護基本療養費（Ⅰ）及び（Ⅱ）の加算並びに精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)の加算について

ア　末期の悪性腫瘍等の利用者又は特別訪問看護指示書が交付された者に対して、必要に応

じて１日に２回指定訪問看護を行った場合は、⑲の「難病等複数回訪問加算」欄に、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）の行に分けて「×，×××」円、当該月において１日に２回訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。１日に３回以上指定訪問看護を行った場合は、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「月 20 日目まで」「月 21 日目以降」）の区分に応じてそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載すること。

また、精神科在宅患者支援管理料を算定する利用者に対して、必要に応じて１日に２回指定訪問看護を行った場合は、㊷の「精神科複数回訪問加算」欄に、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）の行に分けて「×，×××」円、当該月において１日に２回訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。１日に３回以上指定訪問看護を行った場合は、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「月 20 日目まで」「月 21 日目以降」）の区分に応じてそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載すること。

イ　訪問看護計画に基づき定期的に行う指定訪問看護以外であって、利用者又はその家族等の緊急の求めに応じて、診療所又は在宅療養支援病院の保険医の指示により、連携する訪問看護ステーションの看護師等が訪問看護を行った場合は、次により⑳の「緊急訪問看護加算」欄又は㊲の「精神科緊急訪問看護加算」欄に記載すること。

（ア）　月 14 日目までの場合は、左側の「　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（イ）　月 15 日目以降の場合は、中央の「　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（ウ）　右側の「　円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

ウ　別に厚生労働大臣の定める長時間の訪問を要する者に対し、訪問看護ステーションの看護師等が 90 分を超える訪問看護を実施した場合は、㉑の「長時間訪問看護加算」欄又は㊳の「長時間精神科訪問看護加算」欄に「×，×××」円、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

エ　訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)において、６歳未満の利用者に対して指定訪問看護を実施した場合は、次により㉒の「乳幼児加算」欄に記載すること。

（ア）　乳幼児加算（厚生労働大臣が定める者を除く。）の場合は、左側の「　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（イ）　乳幼児加算（厚生労働大臣が定める者に限る。）の場合は、中央の「　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（ウ）　右側の「　円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

オ　訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅱ)において、別に厚生労働大臣が定める同時に複数の看護師等による指定訪問看護が必要な者に対して、訪問看護ステーションの保健師、助産師、看護師又は准看護師に保健師、助産師又は看護師が同行し同時に訪問看護を行った場合は㉓の「複数名訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に「×，×××」円、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が同時に行った場合は「理学療法士等」の項に「×，×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に「×，×××」円、その他職員が同行しハを算定する場合は「その他職員ハ」の項に「×，×××」円、その他職員が同行しニを算定する同時に行った場合は「その他職員ニ」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」、「３人以上９人以上」、「10 人以上 19 人以下」、「20 人以上 49 人以下」又は「50 人以上」の行に分けて記載すること。

また、精神科訪問看護基本療養費(Ⅰ)及び(Ⅲ)において、訪問看護ステーションの保健師又は看護師に保健師又は看護師が同行し同時に訪問看護を行った場合は㊴の「複数名精神科訪問看護加算」欄の「看護師等」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円、作業療法士が同時に行った場合は「作業療法士」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円、准看護師が同時に行った場合は「准看護師」の項に１日に指定訪問看護を行った回数に応じ「×，×××」円、看護補助者が同時に行った場合は「看護補助者」の項に「×，×××」円、精神保健福祉士が同時に行った場合は「精神保健福祉士」の項に「×,×××円」と記載し、当該月において訪問した日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、同一建物居住者の人数に応じて、「１人又は２人」、「３人以上９人以上」、「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」又は「50 人以上」の行に分けて記載すること。

カ　夜間（午後６時から午後 10 時まで）又は早朝（午前６時から午前８時まで）に指定訪問看護を行った場合は㉔又は㊵の「夜間・早朝訪問看護加算」欄に、深夜（午後 10 時から午前６時まで）に指定訪問看護を行った場合は㉕又は㊶の「深夜訪問看護加算」欄に、同一建物居住者の人数（「１人又は２人」「３人以上９人以下」「10 人以上 19 人以下」「20 人以上 49 人以下」「50 人以上」）及び訪問日数（「月 15 日目まで」「月 16 日目以降」）の区分に応じてそれぞれ「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載する。なお、区分ごとに行を改めて記載すること。

（６）　訪問看護基本療養費(Ⅲ)及び精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定する場合

ア　訪問看護基本療養費(Ⅲ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、助産師、看護師又は准看護師が指定訪問看護を行った場合には㉖の「看護師等」の項に、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が行った場合には㉖の「理学療法士等」の項に「×，×××」円、当該月に訪問看護基本療養費(Ⅲ)を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

イ　精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)においては、指定訪問看護を受けようとする入院中の者で、在宅療養に備えて一時的に外泊をしている利用者に対して、保健師、看護師又は准看

護師が指定訪問看護を行った場合には㊸の「看護師等」の項に、作業療法士が行った場合には㊸の「作業療法士」の項に「×，××× 」円、当該月に精神科訪問看護基本療養費(Ⅳ)を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（７） 月の途中で、利用者の住所変更等の理由により加算の算定の有無に異動があった場合には、項目を縦に二分し、それぞれの場合について、算定額、当該月に行った指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（８） 同一の指定訪問看護において複数の者が行った場合は、いずれか１人の者についてのみ１日として記載すること（複数名訪問看護加算及び複数名精神科訪問看護加算の算定日を除く。）。

（９） 指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第２の１に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「１　他①」の数字を〇で囲み、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、「特記事項」欄の「１　他①」及び「２　他②」のそれぞれの数字を〇で囲むとともに、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称をそれぞれ記載すること。なお、電子計算機の場合は、「１　他①」又は「２　他②」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(10) 従たる訪問看護ステーションに勤務する看護師等が指定訪問看護を行った場合は、訪問看護療養費明細書の「特記事項」欄の「３　従」の数字を〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「３　従」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(11) 特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「４　特地」の数字を〇で囲み、訪問看護ステーションから利用者の家庭までの移動時間が片道１時間以上要する場合（特別地域訪問看護加算のイの場合）は、利用者の住所及び通常の場合の訪問に要する時間（片道）を併せて記載すること。また、利用者の家庭までの移動時間が片道 30 分以上要する場合であって往復の移動時間及び指定訪問看護の実施時間の合計が２時間 30 分以上であった場合（特別地域訪問看護加算のロの場合）は、訪問看護を実施した年月日、利用者の住所、通常の場合の訪問に要する時間（片道）及び指定訪問看護の実施時間を、当該加算を算定した日ごとに併せて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、「４　特地」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(12) 要介護被保険者等で、訪問看護を医療保険（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。）で算定している場合は、「特記事項」欄の「５　介」の数字を〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「５　介」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(13) 在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が 24 時間往診及び訪問看護により対応できる体制を確保し、往診担当医や訪問看護担当者氏名、担当日等を文書により提供している利用者の場合は、「特記事項」欄の「６　支援」の数字を〇で囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、「６　支援」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

(14)　緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「10　緊急訪問看護の理由」の数字を○で囲み、緊急の訪問看護を実施した日と緊急訪問看護の理由を、当該加算を算定した日ごとに併せて記載すること。

なお、電子計算機の場合は、「10　緊急訪問看護の理由」の○に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。また、緊急訪問看護の理由を「特記事項」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、指定訪問看護の行われた年月、訪問看護ステーションコード、氏名、保険種別（例：１社・国　２本人）、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。

24　「管理療養費」欄について

（１）　次により記載すること。

ア　月の初日の訪問の場合は、51の「管理療養費」欄の月の初日の欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

イ　月の２日目以降の訪問の場合は、52の月の２日目以降の欄に、「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」（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）に規定する当該月における単一建物居住利用者の人数（「20 人未満」「20 人以上 50 人未満」「50 人以上」）に応じて、「月 15 日目まで」、「月 16 日目以降」又は「月 25 日目以降」にそれぞれ行を分けて「×，×××」円、訪問日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（２）　管理療養費の各加算については、当該月に算定した加算の内容を次のとおり記載すること。

ア　24 時間対応体制加算を算定した場合は、53の「24 時間対応体制加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

イ　特別管理加算を算定した場合は、54の「特別管理加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」と記載すること。

ウ　退院時共同指導加算を算定した場合は、55の「退院時共同指導加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に退院時共同指導加算を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。さらに、当該利用者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者で特別管理指導加算を算定した場合は、55の「特別管理指導加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に特別管理指導加算を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。特別管理指導加算は、厚生労働大臣が定める疾病等の利用者については当該入院中に２回に限り算定できる。

エ　退院支援指導加算を算定した場合は、次により56の「退院支援指導加算」欄に記載す

ること。

（ア） 退院支援指導（長時間行った場合を除く。）を行った場合は、左側の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（イ） 退院支援指導（長時間行った場合に限る。）を行った場合は、中央の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に算定した回数を記載すること。

（ウ） 右側の「　　円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

また、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合は、「特記事項」欄の「８　退支」の数字を〇で囲み、死亡日又は再入院日を併せて記載すること。なお、電子計算機の場合は、「８　退支」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

オ　在宅患者連携指導加算を算定した場合は、㊼の「在宅患者連携指導加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

カ　在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した場合は、㊽の「在宅患者緊急時等カンファレンス加算」欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に在宅患者緊急時等カンファレンス加算を算定した回数の合計及びこれらを乗じて得た額を記載すること。なお、当該加算は、同一日に複数回行った場合であっても１回に限り算定すること。

キ　精神科重症患者支援管理連携加算を算定した場合は、㊾の「精神科重症患者支援管理連携加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

ク　看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、㊿の「看護・介護職員連携強化加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

また、看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「特記事項」欄の「９　連」の数字を〇で囲み、介護職員等と同行訪問した日を併せて記載すること。なお、電子計算機の場合は、「９　連」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

ケ　専門管理加算を算定した場合は次のとおり記載すること。

（ア） (61)の「専門管理加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

（イ） 「専門の研修」欄における「専門管理加算」の項については、以下の項目を記載すること。

① 「１　緩和ケア」、「２　褥瘡ケア」又は「３　人工肛門・人工膀胱ケア」のいずれかを〇で囲むこと（専門管理加算のイに該当する場合に限る。）。

② 「４　特定行為」を〇で囲み、次の表に掲げる特定行為のうち該当するコードを（　　）に記載すること（専門管理加算のロに該当する場合に限る。）。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

ｺｰﾄﾞ	特定行為
０１	気管カニューレの交換
０２	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
０３	膀胱ろうカテーテルの交換
０４	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
０５	創傷に対する陰圧閉鎖療法
０６	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
０７	脱水症状に対する輸液による補正

（ウ）　「専門の研修」欄の「手順書交付年月日」の項については、手順書が交付された年月日を記載すること（専門管理加算のロに該当する場合に限る。）。

（エ）　「専門の研修」欄の「直近見直し年月日」の項については、利用者の主治医とともに、手順書の妥当性を検討した年月日を記載すること（専門管理加算のロに該当する場合に限る。）。

コ　訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した場合は、㊷の「訪問看護医療ＤＸ情報活用加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

サ　訪問看護医療情報連携加算を算定した場合は、㊸の「訪問看護医療情報連携加算」欄の「　　円」の項に、「×，×××」円と記載すること。

25　「訪問看護情報提供療養費」欄について

（１）　当該月において、当該指定訪問看護の利用者の指定訪問看護の状況等の情報を提供した場合に、㊹の「訪問看護情報提供療養費」欄に、訪問看護情報提供療養費１の場合は「１　市（区）町村等」の項に「×，×××」円、訪問看護情報提供療養費２の場合は「２　学校等」の項に「×，×××」円、訪問看護情報提供療養費３の場合は「３　保険医療機関等」の項に「×，×××」円と記載する。

（２）　「情報提供先」欄については、以下により記載すること。

ア　訪問看護情報提供療養費１を算定する場合は、市区町村等への情報提供に係る算定の場合は「１　市（区）町村等」、指定特定相談支援事業者への情報提供に係る算定の場合は「２　指定特定相談支援事業者」の数字を〇で囲むこと。

イ　訪問看護情報提供療養費２を各年度１回までの算定として算定する場合は、「０　年度１回　前回算定」の項に、当該療養費を算定した前回の年月を記載すること（ただし、初めて算定する場合を除く。）。

　また、各年度１回までの算定とは別に、入園又は入学に係る算定の場合は「１　入園・入学」、転園又は転学に係る算定の場合は「２　転園・転学」又は医療的ケアの実施方法の変更に係る算定の場合は「３　医療的ケアの変更」の数字を〇で囲むこと。

ウ　訪問看護情報提供療養費３を算定する場合は、利用者の診療を行っている保険医療機関の紹介先が、保険医療機関の場合は「１　保険医療機関」、介護老人保健施設の場合は「２　介護老人保健施設」又は介護医療院の場合は「３　介護医療院」の数字を〇で

囲むこと。

なお、電子計算機の場合は、上記〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

26　「包括型訪問看護療養費」欄について

（１）「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」（平成 20 年厚生労働省告示第 67 号）に規定する包括型訪問看護療養費を算定する場合には、㊺包括型訪問看護療養費の欄に、当該月における単一建物居住利用者の人数（「20 人未満」「20 人以上 50 人未満」「50 人以上」）に応じて、訪問看護時間（「30 分以上 60 分未満」「60 分以上 90 分未満」「90 分以上」「90 分以上（別に厚生労働大臣が定める場合）」）ごとに行を分けて、「×，×××」円、当該月に指定訪問看護を行った日数及びこれらを乗じて得た額を記載すること。

（２）　包括型訪問看護療養費を算定した場合には、「特記事項」欄の「11　包括型」の数字を〇で囲み、当該月の実際の単一建物居住利用者の人数を記載すること。なお、電子計算機の場合は、「11　包括型」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

27　「訪問看護ターミナルケア療養費」欄について

（１）　訪問看護ステーションが、在宅で死亡した利用者について、死亡日及び死亡日前 14 日以内の計 15 日間に２回以上訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定（退院支援指導加算を含む）し、かつ、訪問看護におけるターミナルケアの支援体制について利用者及びその家族に対して説明を行った上でターミナルケアを行った場合に、㊼ターミナルケア療養費欄の「　　円」の項に「××，×××」円と記載し、「死亡の状況」欄の「時刻」と「場所」も併せて記載すること。

（２）　遠隔死亡診断補助加算を算定した場合は、㊽遠隔死亡診断補助加算欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

28　「訪問看護遠隔診療補助料」欄について

（１）　訪問看護遠隔診療補助料を算定する場合には、㊾訪問看護遠隔診療補助料欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

（２）　訪問看護遠隔診療補助料を算定した場合は「特記事項」欄の「12　訪看遠診補助」の数字を〇で囲み、算定日を併せて記載すること。なお、電子計算機の場合は、「12　訪看遠診補助」の〇に代えて（　）等を使用して記載することも差し支えないこと。

29　「訪問看護ベースアップ評価料」欄について

次により記載すること。

（１）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）を算定した場合は、㊶の（Ⅰ）欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

（２）　訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）を算定した場合は、㊷の（Ⅱ）欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

30　「訪問看護物価対応料」欄について

（１） 訪問看護物価対応料１を算定した場合は、⑭の物価対応料１の欄に次により記載すること。

（ア） 月の初日の訪問の場合は、左側の「　　円」の項に「×，×××」円と記載すること。

（イ） 月の２回目以降の訪問の場合は、中央の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に訪問看護管理療養費（月の２日目以降）を算定する日数を記載すること。

（ウ） 右側の「　　円」の項には、(ア)及び(イ)により計算した合計金額を記載すること。

（２） 訪問看護物価対応料２を算定した場合は、⑮の物価対応料２の欄の「　　円」の項に「×，×××」円と記載し、当該月に包括型訪問看護療養費を算定する日数を記載すること。

31 「（公費分金額）」欄について

（１） 指定訪問看護と公費負担医療との併用の場合にあっては、「（公費分金額）」欄には公費負担医療に係る請求金額を記載するが、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額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指定訪問看護と異なる場合は、公費負担医療に係る請求金額が指定訪問看護に係る請求金額と異なることとなるので、この場合には「（公費分金額）」欄に当該公費負担医療に係る請求金額を記載すること。この場合において、指定訪問看護に係る請求金額と異なる公費負担医療が２種以上あるときは、「（公費分金額）」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金額を記載すること。

（２） 公費負担医療単独の場合にあっては、「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護物価対応料」欄に、当月療養に係るすべての金額等を記載し、「（公費分金額）」欄には記載しないこと。

（３） 公費負担医療と公費負担医療との併用の場合にあっては、「（公費分金額）」欄を縦に区分し、左から順に第１公費、第２公費の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、金額のすべての請求金額と同じ請求金額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金額を記載することを省略しても差し支えないこと。

なお、「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護物価対応料」欄には、当該療養に係るすべての回数及び金額を記載すること。

（４） 同一明細書において、指定訪問看護と公費負担医療の医療給付の内容が異なる場合又は指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合は、「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護物価対応料」欄に記載された内訳のうち、公費負担医療に係る分に下線を付すこと。

なお、指定訪問看護と公費負担医療の実日数が異なる場合において、「（公費分金額）」欄との対応が明らかである場合は下線を省略しても差し支えないこと。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。

32 「実日数」欄について

（１） 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、「保険」については医療保険、「公費①」については第１公費、「公費②」については第２公費に係る指定訪問看護を行った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公費に係る分については、「公費①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る分が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る分

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公費に係る分が第１公費に係る分と同じ場合は、第２公費に係る分の記載を省略しても差し支えないこと。

（２） 同一日に２回又は３回以上指定訪問看護を行った場合であっても、１日として記載すること。

33 「訪問日」欄について

（１） 指定訪問看護を行った日について、訪問看護基本療養費及び精神科訪問看護基本療養費を算定する場合は、「○◎◇●」の列の該当する日付の欄に○を記載し、包括型訪問看護療養費を算定する場合は、●を記載すること。ただし、訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定する場合については、１日に２回訪問を行った場合は◎、１日に３回以上訪問を行った場合は◇を記載すること。

（２） 以下の場合にあっては「☆」の列の該当する日付の欄に☆を記載すること。

ア 訪問看護基本療養費（Ⅰ）又は訪問看護基本療養費（Ⅱ）における悪性腫瘍の利用者に対する緩和ケア、褥瘡ケア又は人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師が指定訪問看護を行った場合

イ 専門管理加算を算定した場合

緩和ケア、褥瘡ケア若しくは人工肛門ケア及び人工膀胱ケアに係る専門の研修を受けた看護師又は保健師助産師看護師法（昭和 23 年法律第 203 号）第 37 条の２第２項第５号に規定する指定研修機関において行われる研修を修了した看護師が指定訪問看護を行った日については、全ての日付を記載すること。

（３） 特別訪問看護指示書又は精神科特別訪問看護指示書に基づき指定訪問看護を行った場合は、「△」の列の該当する日付の欄に△を記載すること。

（４） 長時間訪問看護加算又は長時間精神科訪問看護加算を算定した場合は、「□」の列の該当する日付の欄に□を記載すること。

（５） 複数名訪問看護加算又は複数名精神科訪問看護加算を算定した場合は、「▽」の列の該当する日付の欄に▽を記載すること。

（６） 訪問看護基本療養費（Ⅱ）又は精神科訪問看護基本療養費（Ⅲ）を算定した場合は、「同一建物」の列の該当する日付の欄に○を記載すること。

（７） 複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「同一緊急」の列の該当する日付の欄に○を記載すること。

また、「特記事項」欄の「７　同一緊急」の数字を○で囲むとともに、当該加算のみを算定した日の直前に訪問看護基本療養費又は精神科訪問看護基本療養費を算定した年月日及び当該加算のみを算定した日に計画に基づく指定訪問看護を行った当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を記載すること。なお、当該他の訪問看護ステーションの名称等は、「他①」又は「他②」（「特記事項」欄の「１　他①」又は「２　他②」に記載した訪問看護ステーションと対応するものであること。）と記載しても差し支えないもの

であること。

34　「合計」欄について

（１）　「請求」の項には、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、「保険」については医療保険、「公費①」については第１公費、「公費②」については第２公費に係る金額（「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護ベースアップ評価料」欄までの金額の合計をいう。）を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合の第１公費の金額は、「公費①」の項に記載すること。ただし、第１公費に係る金額が医療保険に係るものと同じ場合は、第１公費に係る金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公費に係る金額が第１公費に係る金額と同じ場合は、第２公費に係る金額の記載を省略しても差し支えないこと。

（２）　「負担金額」の項については、以下によること。

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又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示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。）については、以下によること。

医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載すること。

利用者の負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払い猶予」と記載すること。

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又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示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「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）　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、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、「備考」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、「備考」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。

（オ） 医療保険の場合は、利用者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して、「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すること。

利用者の負担額が免除される場合は「免除」、支払が猶予される場合は「支払い猶予」と記載すること。

（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、「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すること。また、負担額が免除される場合は「免除」、支払いが猶予される場合は「支払い猶予」と記載すること。

ウ 「負担金額」の項中「公費①」又は「公費②」の項には、「公費①」については第１公費、「公費②」については第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利用者の負担額（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利用者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項に金額を記載するものの場合はイの(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又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示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（すなわち、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に係る利用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（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又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示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、当該公費に係る利用者の負担額は「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。

エ 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及び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利用者の負担額を下回る場合は、当該２割相当の額（「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。）を記載すること。

35　その他

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。

（１）　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。

（２）　「職務上の事由」欄は記載しないこと。

（３）　生活保護法による医療扶助に係る実日数は「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実日数は「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実日数は「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に係る実日数又は障害者総合支援法による精神通院医療等に係る実日数が、生活保護法による医療扶助に係る実日数と同じ場合は、当該実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

（４）　「基本療養費Ⅰ」欄から「訪問看護物価対応料」欄までには、生活保護法による医療扶助に係る日数及び金額を記載すること。

（５）　「（公費分金額）」欄は縦に２区分し、左から順次感染症法による結核患者の適正医療、障害者総合支援法による精神通院医療等の順で当該公費に係る請求金額を記載するが、生活保護法による医療扶助に係る請求金額と同じ請求金額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金額を記載することを省略しても差し支えないこと。

（６）　生活保護法による医療扶助に係る請求金額は「合計」欄の「請求」の項の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る請求金額は「請求」の項の「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請求金額は「請求」の項の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

36　後期高齢者医療におけるその他

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、「特記事項」欄に障害と記載すること。

（別添１）

訪問看護ステーションコード設定要領

１　訪問看護ステーションコードは、次のように郡市区番号２桁、訪問看護ステーション番号（以下「ステーション番号」という。）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　桁	４　桁	１　桁
郡市区番号	ステーション番号	検証番号

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。

３　ステーション番号は、「９，０００」から「９，４９９」までの一連の番号を２の郡、市及び区ごとに、地方厚生（支）局長がこれを定めるものとする。ただし、４桁のステーション番号のうち、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。

４　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、算定表番号、郡市区番号及びステーション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「都道府県番号表」に定める番号とする。また、算定表番号は、「６」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桁目の数の和とする。

（３）「１０」と（２）で算出した数の下１桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、（２）で算出した数の下１桁の数が「０」のときは、検証番号を「０」とする。

〔例〕

都道府県番号	算定表番号	郡市区番号	ステーション番号	
４　４	６	０　７	９　１　２　３	←起点
×　×	×	×　×	×　×　×　×	
２　１	２	１　２	１　２　１　２	

8+4+(1+2)+0+(1+4)+9+2+2+6=39

◎１０－９＝１　　検証番号「１」

◎訪問看護ステーションコード　：「07,9123,1」

５　訪問看護ステーションコードの管理は、地方厚生（支）局長において行うものとし、当該ステーションコードの設定又は変更に際しては、審査支払機関に対して速やかに連絡するものとする。

（別表）

都　道　府　県　番　号

都道府県	番号	都道府県	番号	都道府県	番号
北海道	０１	石　川	１７	岡　山	３３
青　森	０２	福　井	１８	広　島	３４
岩　手	０３	山　梨	１９	山　口	３５
宮　城	０４	長　野	２０	徳　島	３６
秋　田	０５	岐　阜	２１	香　川	３７
山　形	０６	静　岡	２２	愛　媛	３８
福　島	０７	愛　知	２３	高　知	３９
茨　城	０８	三　重	２４	福　岡	４０
栃　木	０９	滋　賀	２５	佐　賀	４１
群　馬	１０	京　都	２６	長　崎	４２
埼　玉	１１	大　阪	２７	熊　本	４３
千　葉	１２	兵　庫	２８	大　分	４４
東　京	１３	奈　良	２９	宮　崎	４５
神奈川	１４	和歌山	３０	鹿児島	４６
新　潟	１５	鳥　取	３１	沖　縄	４７
富　山	１６	島　根	３２		

（別添２）

法別番号及び制度の略称表

（１）

	区分		法別番号	制度の略称
医療保険制度	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	○一般医療（法第 133 条及び第 141 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、特例退職被保険者及び特例退職組合員に係る法別番号である。

（２）

	区分		法別番号	制度の略称
公費負担医療制度	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	○新感染症外出自粛対象者の医療（法第 50 条の３関係）	２９	－
	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入院（法第 37 条関係）		１１	（結核入院）
	障害総合支援法による	○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	－
	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	○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）	２８	－
	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	－
	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	－
	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	３８	―
	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Ⅰ　訪問看護療養費明細書の「情報」欄への記載事項等一覧（訪問看護）

項番	区分	訪問看護療養費名称等	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
1	―	訪問した場所	月の途中で訪問した場所に変更があった場合等、訪問した場所が複数ある場合は、訪問した場所及び変更した年月日を記載すること（3か所まで）。	利用者情報レコード 「訪問した場所2・訪問場所変更年月日」 「訪問した場所3・訪問場所変更年月日」	訪問場所変更年月日：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	1　自宅
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（01　社会福祉施設及び身体障害者施設）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（02　小規模多機能型居宅介護）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（03　複合型サービス）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（04　認知症対応型グループホーム）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（05　特定施設）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（06　地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（07　有料老人ホーム（05を除く））
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・コード」 「訪問した場所3・コード」	2　施設（08　サービス付き高齢者向け住宅）
				利用者情報レコード 「訪問した場所2・文字データ」 「訪問した場所3・文字データ」	5　その他：*****
2	―	4か所目以降の訪問した場所	訪問した場所が4箇所以上あった場合は、4箇所目以降の訪問した場所及び当該訪問場所への変更年月日を記載すること。	850500001	訪問場所変更年月日（1　自宅）（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500002	訪問場所変更年月日（2　施設（01　社会福祉施設及び身体障害者施設））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500003	訪問場所変更年月日（2　施設（02　小規模多機能型居宅介護））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500004	訪問場所変更年月日（2　施設（03　複合型サービス））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500005	訪問場所変更年月日（2　施設（04　認知症対応型グループホーム））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500006	訪問場所変更年月日（2　施設（05　特定施設））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500007	訪問場所変更年月日（2　施設（06　地域密着型介護老人福祉施設及び介護老人福祉施設））（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500010	訪問場所変更年月日（5　その他）（訪問場所4箇所目以降）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				830500001	訪問場所（訪問した場所（5　その他））（訪問場所4箇所目以降）：*****
3	―	他①、他②が指し示す記録	指定訪問看護の利用者が、訪問看護療養費に係る訪問看護ステーションの基準等第2の1に規定する疾病等の利用者等であって他の一つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合については、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を「他の訪問看護ステーション1」としてそれぞれ記載し、「特記事項」に「1　他（1）」を記載すること。 また、他の二つの指定訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている場合についても、当該他の指定訪問看護ステーションの所在地及び名称を「他の訪問看護ステーション1」及び「他の訪問看護ステーション2」としてそれぞれ記載し、「特記事項」に「2　他（2）」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（01）」	1　他（1）
				特記事項レコード 「特記事項コード（02）」	2　他（2）
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・所在地」 「他の訪問看護ステーション・2・所在地」	所在地：******
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・名称」 「他の訪問看護ステーション・2・名称」	名称：******
4	01注8 01－2注5	特別地域訪問看護加算	特別地域訪問看護加算を算定した場合は、「特記事項」欄に「4　特地」と記載し、利用者の住所及び通常の場合訪問に要する時間（片道）を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（04）」	4　特地
				830500002	利用者の住所（特別地域訪問看護加算）：*****
				852500001	通常の場合訪問に要する時間（片道）（特別地域訪問看護加算）：mmmmm"分"
			（特別地域訪問看護加算ロの場合） 指定訪問看護を行った年月日を記載すること。	850500020	訪問年月日（特別地域訪問看護加算ロの場合）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			（特別地域訪問看護加算ロの場合） 指定訪問看護に要した時間を記載すること。	852500002	訪問看護時間（特別地域訪問看護加算ロの場合）：
5	01注9 01－2注6	緊急訪問看護加算 精神科緊急訪問看護加算	複数の訪問看護ステーションから現に指定訪問看護を受けている利用者に対し、当該複数の訪問看護ステーションのいずれかが計画に基づく指定訪問看護を行った日に、当該複数の訪問看護ステーションのうちその他の訪問看護ステーションが緊急の指定訪問看護を行い、緊急訪問看護加算又は精神科緊急訪問看護加算のみを算定した場合は、「特記事項」に「7　同一緊急」と記載すること。 当該加算のみを算定した日に計画に基づく指定訪問看護を行った当該他の訪問看護ステーションの所在地及び名称を「他の訪問看護ステーション1」又は「他の訪問看護ステーション2」として記載すること。（当該所在地及び名称が「特記事項」の「1 他（1）」又は「2 他（2）」に該当する訪問看護ステーションの場合を除く）	特記事項レコード 「特記事項コード（07）」	7　同一緊急
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・所在地」 「他の訪問看護ステーション・2・所在地」	所在地：******
				利用者情報レコード 「他の訪問看護ステーション・1・名称」 「他の訪問看護ステーション・2・名称」	名称：******
				850500014	直前に基本療養費を算定した年月日（所在地及び名称は他の訪問看護ステーション1に記載）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500015	直前に基本療養費を算定した年月日（所在地及び名称は他の訪問看護ステーション2に記載）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
6	02注7	退院支援指導加算	退院支援指導加算を算定した場合において、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に再入院した場合は、「情報」欄に「特記事項」として「8　退支」を記載し、再入院年月日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（08）」	8　退支
				850500011	再入院年月日（退院支援指導加算）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
7	02注7	退院支援指導加算	退院支援指導加算を算定した場合において、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡した場合は、「情報」欄に「特記事項」として「8　退支」を記載し、死亡年月日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード（08）」	8　退支
				850500012	死亡年月日（退院支援指導加算）：(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

項番	区分	訪問看護療養費 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
8	02注11	看護・介護職員連携強化加算	看護・介護職員連携強化加算を算定した場合は、「特記事項」欄に「9 連」と記載し、介護職員等と同行訪問した日を併せて記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(09)」	9 連
				850500013	介護職員等と同行訪問した年月日(看護・介護職員連携強化加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
9	01注9 01－2注6	緊急訪問看護加算 精神科緊急訪問看護加算	「特記事項」に「10 緊急訪問看護の理由」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(10)」	10 緊急訪問看護の理由
			緊急の訪問看護を行った年月日を記載すること。	850500016	緊急訪問年月日((精神科)緊急訪問看護加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
			加算を算定する理由を詳細に記載すること。	830500003	緊急訪問看護の理由((精神科)緊急訪問看護加算):******
10	03	訪問看護情報提供療養費3	入院又は入所前に指定訪問看護が行われた日の属する月と保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した月が異なる場合、入院又は入所前の最後に指定訪問看護を行った日付を記載すること。	850500017	入院又は入所前の最後に指定訪問看護を行った年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
11	04	包括型訪問看護療養費	「特記事項」に「11 包括型」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(11)」	11 包括型
			実際の単一建物居住利用者の人数を記載すること。	830500004	単一建物居住利用者の人数(包括型訪問看護療養費):******
12	05	訪問看護ターミナルケア療養費	指定訪問看護が最後に行われた日の属する月と死亡月が異なる場合、死亡日及び死亡前 14 日以内に指定訪問看護を行った日付を2日分記載すること	850500018	前回指定訪問看護実施年月日(死亡前14日以内):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
				850500019	前々回指定訪問看護実施年月日(死亡前14日以内):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"
13	07	訪問看護遠隔診療補助料	「特記事項」に「12 訪看遠診補助」を記載すること。	特記事項レコード 「特記事項コード(12)」	12 訪看遠診補助
			算定日を記載すること。	850500021	算定日(訪問看護遠隔診療補助料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"

※「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、「情報」欄へ記載するものであること。