

「厚生労働大臣が定める病院の診療報酬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 0330007 号）

別紙

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

「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。以下「一般記載要領」という。）別紙 1 の I と同様であること。

II 診療報酬明細書（様式第 10）の記載要領

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙 1 の II 第 3 の 1 の（1）、（2）、（4）及び（9）と同様であること。

（1） 同一の被保険者等が 2 以上の傷病について診療を受けた場合においても、1 件の診療報酬明細書（以下「明細書」という。）に併せて記載すること。

（2） 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。高齢受給者証若しくは後期高齢者の被保険者証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。

なお、月の途中にかかわらず上記変更が生じ、別の明細書を作成する場合、変更前の明細書の「出来高部分」欄及び変更後の明細書の「包括評価部分」欄にその旨（例 社本より国保 ○年○月○日）を記載すること。また、変更後の明細書に変更前の明細書の「患者基礎情報」欄及び「包括評価部分」欄の内容を記載すること。

2 明細書の記載要領に関する事項

次に掲げるもののほかは、一般記載要領別紙 1 の II 第 3 の 2 の（1）から（9）まで、（11）から（13）まで、（21）から（23）まで及び（25）から（27）までと同様であること。この場合、入院分と入院外分に係る記載がなされている事項の場合にあっては、入院分の記載に係る例によること。

（1） 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た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。

（2） 「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄について

「分類番号」欄及び「診断群分類区分」欄には厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 93 号）別表 19 に掲げる「診断群分類番号」並びに「傷病名」、「手術名」、「手術・処置等 1」、「手術・処置等 2」、「定義副傷病」及び「重症度等」の内容のうち該当するもの全て記載すること。

（3） 「傷病名」欄及び「副傷病名」欄について

「傷病名」欄には診断群分類区分を決定する根拠となった「医療資源を最も投入した傷病名（医療

資源を投入した傷病名が確定していない場合には入院の契機となった傷病名)」及びその対応する ICDコード（5桁まで（5桁目が存在しない場合は4桁まで、4桁目が存在しない場合は3桁まで）。以下同じ。）を記載すること。「副傷病名」欄には、「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」（令和6年3月21日保医発0321第6号）（以下「留意事項通知」という。）の別添2定義テーブルに掲げる「定義副傷病」名及びその対応するICDコードを記載すること。

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2年4月28日保発0428第3号）（本通知が改正された場合は、改正後の通知によること。以下同じ。）の別添3に規定する傷病名を用いること。また、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6年3月27日医療課事務連絡）（以下「傷病名コードの統一の推進について」という。）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。

(4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日（DPC算定対象となる病棟等以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）からDPC算定対象となる病棟等に転棟した場合は転棟年月日）を和暦により記載すること。また、退院時には診断群分類点数表により療養に要する費用の額を算定することとなった場合は当該入院の年月日を記載すること。

なお、留意事項通知の第3の1の(7)同一傷病等での再入院に係る取扱いに基づく7日以内の再入院があった場合（以下「7日以内の再入院」という。）には前回入院と一連の入院とみなした入院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした入院年月日を記載し、併せて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

(5) 「今回退院年月日」欄について

退院年月日を和暦により記載すること。ただし、診断群分類点数表等による診療報酬額の算定を終了する場合には、当該終了日を記載すること。

なお、7日以内の再入院があった場合には、前回入院と一連の入院とみなした退院年月日を記載すること。また、特別の関係にある保険医療機関に診断群分類の上2桁が同一の傷病で転院した場合又は7日以内に再入院した場合も一連の入院とみなした退院年月日を記載し、併せて「出来高部分」欄に「特別」と記載すること。

(6) 「診療実日数」欄について

① 「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険（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。）、第1公費及び第2公費に係る診療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公費の診療実日数は、「公費①」の項に記載すること。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数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公費に係る診療実日数が第1公費に係る診療実日数と同じ場合は、第2公費に係る診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

② 診療実日数は、入院日数を記載することとし、入退院日は、それぞれ1日として数えること。なお、7日以内の再入院があった場合には、当該退院日の翌日から再入院の前日までの日数は含めないこと。

(7) 「転帰」欄について

当該患者の退院時における転帰については、以下の左に掲げる状態に応じ、右の番号及び状態を記載すること。

医療資源を最も投入した傷病が治癒したと判断される場合	1 治癒
医療資源を最も投入した傷病が軽快したと判断される場合	2 軽快
医療資源を最も投入した傷病が寛解したと判断される場合	3 寛解
医療資源を最も投入した傷病が不変と判断される場合	4 不変
医療資源を最も投入した傷病が増悪したと判断される場合	5 増悪
医療資源を最も投入した傷病による死亡の場合	6 死亡
医療資源を最も投入した傷病以外による死亡の場合	7 外死亡
DPC算定対象となる病棟等以外又は入院日Ⅲを 超えている等に該当し対象外となった場合	9 その他

(8) 「傷病情報」欄について

① 「傷病情報」欄については、次のア及びイに掲げる事項については必ず記載し、ウからオまでに掲げる事項については該当がある場合は順次記載すること。

ア 「主傷病名」

医療資源の投入量の多寡にかかわらず、医師が医学的判断に基づき決定した主傷病名を原則として1つ記載すること。

イ 「入院の契機となった傷病名」

今回入院し治療する必要があると判断する根拠となった傷病名を1つ記載すること。

ウ 「医療資源を2番目に投入した傷病名」

医療資源を2番目に投入した傷病名を記載すること。

エ 「入院時併存傷病名」

入院時に併存している傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

オ 「入院後発症傷病名」

入院後に発症した傷病名（重要なものから最大4つまで記載すること。ただし、3つ以下の場合は記載傷病名のみとみなす。）を記載すること。

② 心身医学療法を算定する場合にあつては、例えば「胃潰瘍（心身症）」のように、心身症による当該身体的傷病の次に「（心身症）」と記載すること。なお、この際のICDコードは、身体的傷病に対応するコードによること。

③ 「転帰」欄に「7 外死亡」と記載した場合には、死亡診断書に記入した死因を記載すること。その際、傷病名の前に「死因」と明記すること。

(注) 「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、診断群分類区分の決定に影響を与えない場合であっても、診療上、重要な傷病名は、記載する必要があること。この場合「入院時併存傷病名」及び「入院後発症傷病名」については、当月分の出来高算定部分の記載内容にも配慮しつつ、重要なものからそれぞれ最大4つまで記載すること。

なお、退院時処方投与の原因となった傷病については、当該傷病名欄に記載可能な傷病名数の範囲において、処方内容に配慮しつつ、重要なものから記載すること。

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」に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICDコード

を用いること。さらに、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」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。

(9) 「入退院情報」欄について

「入退院情報」欄については、次の②に掲げる事項については必ず記載し、①、③及び④に掲げる事項については該当がある場合は順次記載すること。

① 「DPC算定対象となる病棟等以外の病棟移動の有無」について

対象外病棟へ転棟又は対象外病棟からDPC算定対象となる病棟等へ転棟した場合は、「有」と記載すること。

② 「予定・緊急入院区分」について

予め当該医療機関に入院すること（入院日）が決まってい、その日に入院した場合は「1 予定入院」、「1 予定入院」以外の場合は「2 緊急入院」と記載すること。ただし、緊急入院等の場合のうち、救急自動車又はドクターヘリにより搬入された場合は「3 緊急入院（2以外の場合）」と記載すること。

③ 「前回退院年月日」について

当該医療機関において入院歴がある場合は、前回の退院年月日を和暦で記載すること。

なお、7日以内の再入院があった場合には前回入院を一連の入院とみなし、それ以前の退院年月日を記載すること。

④ 「前回同一傷病での入院の有無」について

当該医療機関において、今回入院時の入院契機病名と前回入院時に最も医療資源を投入した傷病名が同一（診断群分類の上2桁が同一）である場合に「有」を記載すること。

(10) 「診療関連情報」欄について

診断群分類区分を決定するために必要な以下の事項を定義テーブルの定めに従い記載すること。

① 入院時年齢、出生時体重、120170 早産、切迫早産においては「入院時の妊娠週数」、120260 分娩の異常においては「分娩時出血量」、JCS（Japan Coma Scale）及びBurn Index（記載例）

※120170 早産、切迫早産の場合
例)

妊娠週数 32

② 手術、手術・処置等1、手術・処置等2について、名称（医科点数表において区分・名称が定められている場合にあつては、その区分及び名称）及び実施日（実施予定として診断群分類区分を決定した場合には実施予定日）

なお、手術・処置等1及び手術・処置等2において、同一の処置等が複数回実施された場合には、実施日に代え、当該入院における処置等の開始日を記載すること。

③ 診断群分類点数表における重症度等に該当する場合にあつては、重症度等

なお、010060 脳梗塞においては「発症時期」、040080 肺炎等においては「市中肺炎への該当の有無」及び「A-DROP スコア」、050030 急性心筋梗塞（続発性合併症を含む。）、再発性心筋梗塞、050050 狭心症、慢性虚血性心疾患、050130 心不全及び160800 股関節・大腿近位の骨折においては「他の病院・診療所の病棟からの転院・転院以外」、060300 肝硬変（胆汁性肝硬変を含む。）においては「Child-Pugh 分類」を記載すること。

（記載例）

※040080 肺炎等の場合

例 1)

市中肺炎かつ 15 歳以上 65 歳未満

A-DROPスコア 0

例 2)

入院時年齢：20 歳

市中肺炎

A-DROPスコア 0

(11) 「包括評価部分」欄について

- ① 「包括評価部分」欄については、診断群分類点数表等に基づき、各月の算定式を記載すること。
(記載例参照)
- ② 入院月が複数月ある場合は、退院するまでの各月診療分を全て記載すること。
- ③ 退院月に適用する診断群分類区分が入院中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月の「診療分」の下段に「調整分」と記載し、当該調整に係る調整点数を月毎に記載すること。その上で、退院月の診療分と調整分の合計点数を「〇月請求分」として記載すること。
- ④ 診療報酬改定日以降の診療報酬明細書については、診療報酬改定日以前の請求月分までの算定式の記載を省略して差し支えないこと。
- ⑤ 外泊した場合は、「外泊」と記載し、外泊した日を記載すること。また、連続した2日を超える場合は、外泊の開始日と終了日を「～」等で結ぶことにより記載して差し支えないこと。なお、算定に当たっては、「出来高部分」欄に記載すること。
- ⑥ 7日以内の再入院については、「7日以内の再入院までの日 〇日、〇日」、転棟した日から起算して7日以内の再転棟については、「7日以内の再転棟までの日 〇日、〇日」と記載すること。なお、当該診療年月の月末日に退院（転棟）した後、翌月7日以内に当該傷病名による再入院（転棟）を行う予定がある場合には、「翌月再入院（転棟）予定あり」と記載すること。

(記載例)

※ 入院日Ⅰ以下：入Ⅰ

入院日Ⅰを超えて入院日Ⅱ以下：入Ⅱ

入院日Ⅱを超えて入院日Ⅲ以下：入Ⅲ

1点未満については四捨五入

例 1：脳腫瘍 頭蓋内腫瘍摘出術等 手術・処置等 2 1あり 定義副傷病 あり

(6月3日入院、8月4日退院の場合)の例(8月診療分)

1	93	6月診療分	
		入Ⅰ	$3,436 \times 24 = \text{小計} \dots a$
		入Ⅱ	$2,154 \times 4 = \text{小計} \dots b$
		$(a+b) \times 6 \text{月医療機関別係数} = \text{合計}$	
		7月診療分	
		入Ⅱ	$2,154 \times 19 = \text{小計} \dots c$
		入Ⅲ	$1,831 \times 12 = \text{小計} \dots d$
		$(c+d) \times 7 \text{月医療機関別係数} = \text{合計}$	
		8月診療分	
		入Ⅲ	$1,831 \times 4 = \text{小計} \dots e$

$e \times 8 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計}$

例 2 : 急性心筋梗塞 (続発性合併症を含む。) 、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等
手術・処置等 1 なし、1 あり 手術・処置等 2 なし 定義副傷病 なし

→ 急性心筋梗塞 (続発性合併症を含む。) 、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈形成術等
手術・処置等 1 5 あり 手術・処置等 2 なし に変更の場合
(6 月 17 日入院、7 月 3 日診断群分類区分変更、7 月 12 日退院の場合) の例
(7 月診療分)

		<p>6 月診療分</p> <p style="padding-left: 20px;">入 I $3,103 \times 5 = \text{小計} \cdots a$</p> <p style="padding-left: 20px;">入 II $2,201 \times 6 = \text{小計} \cdots b$</p> <p style="padding-left: 20px;">入 III $1,871 \times 3 = \text{小計} \cdots c$</p> <p style="padding-left: 40px;">$(a+b+c) \times 6 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計} \cdots A$</p> <p>7 月診療分</p> <p style="padding-left: 20px;">入 III $1,890 \times 12 = \text{小計} \cdots d$</p> <p style="padding-left: 40px;">$d \times 7 \text{ 月医療機関別係数} = \text{合計} \cdots B$</p> <p>調整分</p> <p style="padding-left: 20px;">入 I $3,134 \times 7 = \text{小計} \cdots e$</p> <p style="padding-left: 20px;">入 II $2,223 \times 7 = \text{小計} \cdots f$</p> <p style="padding-left: 40px;">$(e+f) \times 6 \text{ 月医療機関別係数} - A = \text{合計} \cdots C$</p> <p>7 月請求分 $B + C = \text{合計}$</p>
1	93	

(12) 「出来高部分」欄について

① 算定した医科点数表における所定点数の名称及び点数を記載すること。なお、その記載は一般記載要領別紙 1 の II 第 3 の 2 の (20) の例によるものとする。

② 特定入院料を算定する治療室に係る加算の記載については以下による。

ア 特定入院料を算定する治療室に係る加算を算定した場合は、当該項目名及び点数を記載すること。

なお、救命救急入院料を算定している患者、特定集中治療室管理料を算定している患者及び小児入院医療管理料を算定している患者について加算がある場合にあっては、それぞれの加算後の点数を記載すること。

イ 特定入院料に係る名称、回数及び点数以外の記載すべき事項等について、「一般記載要領」別紙 1 の次のものを参照し、「出来高部分」欄に記載すること。

(ア) 別表 I 「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (医科)」

(イ) 別表 II 「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (薬価基準)」

(ウ) 別表 III 「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧 (検査値)」

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表 I から別表 III までの「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」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表 I から別表 III において、令和 6 年 6 月 1 日適用の旨が表示されたコードについては、令和 6 年 10 月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

③ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求

を行う場合については、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求するものとし、各規定により「出来高部分」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載することとされている点数については、その記録を省略することができる。

(13) 明細書提出時における診療行為内容の添付について

- ① 明細書については、その診療行為の内容がわかる情報（以下「コーディングデータ」という。）を別添様式により添付すること。その場合の具体的な取扱いについては以下のとおりとする。

ア 明細書及びコーディングデータについては、「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」により提出すること。ただし、当該提出方法が困難な場合であって明細書を紙媒体により提出する場合についても、コーディングデータは別添様式によりオンライン送信又は電子媒体にて提出すること。

イ コーディングデータについては、明細書の該当月における包括評価による算定を行った期間の診療行為、医薬品（退院時処方薬剤を除く。）及び特定器材の情報（以下「診療行為等」という。）を医科点数表の項目に従い入力すること。なお、特定入院料等を算定している期間については、当該特定入院料等に包括される診療行為等のうち、コーディングに係る診療行為等も併せて入力すること。

- ② 診断群分類 120290 産科播種性血管内凝固症候群及び 130100 播種性血管内凝固症候群（以下「DIC」という。）によって請求する場合、以下の内容を「出来高部分」欄に記載すること。

ア DICの原因と考えられる基礎疾患

イ 厚生労働省DIC基準によるDICスコア又は急性期DIC診断基準（日本救急医学会DIC特別委員会）によるDICスコア

ウ 入院期間中に実施された治療内容（DIC及びDICの原因と考えられる基礎疾患に対する治療を含む。）及び検査値等の推移

(14) その他について

- ① 「包括評価部分」欄及び「出来高部分」欄について、医療保険と公費負担医療の併用又は公費負担医療と公費負担医療の併用の場合は、左側から負担区分、診療行為の診療識別の順に、該当する「負担区分コード番号」及び「診療識別コード番号」を順次記載すること。

- ② 「出来高部分」欄の記載については、それぞれの診療行為を診療識別コード番号の昇順に順次記載すること。

- ③ 明細書の「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄及び「包括評価部分」欄並びに「出来高部分」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、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独 1本入）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・保険者手帳等の記号・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、「傷病情報」欄、「入退院情報」欄、「診療関連情報」欄、「包括評価部分」欄、「出来高部分」欄の順に該当する所定の内容を記載し、続紙として、これを当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

- ④ 当該病院における入院医療について、同一月において診断群分類点数表等に基づき費用を算定する日と医科点数表に基づき費用を算定する日がある場合は、明細書を総括表とし、「医科入院（様式第2（一））」明細書若しくは明細書又はこれらの明細書と同じ大きさの用紙（以下「出来高明細書」という。）を続紙として添付し、1件の明細書を作成すること。この場合、総括表の記載方法は、一般記載要領別紙1のⅡ第3の2の（1）から（9）まで、（11）から（13）まで及び（18）並びに本通知Ⅱの2の（1）と同様に記載し、「療養の給付」欄及び「食事療養」欄に当該明細書1件の請求額等の合計額がわかるよう記載すること。

⑤ 留意事項通知の第2の1の(1)に規定する、診断群分類区分に該当しないと判断された患者等、診断群分類点数表により診療報酬を算定しない患者については、医科点数表に基づき算定することとなった理由を出来高明細書の「摘要」欄の最上部に記載し、当該患者のうち以下に該当するもの
に限り、併せてDPCコードを記載すること。

ア 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法第一項第五号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者（平成20年厚生労働省告示第140号）第2号に該当した患者

イ 診断群分類点数表に定める入院日Ⅲを超えた患者

ウ 医科点数表算定コードに該当した患者

エ 地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟した患者

なお、当該記載に当たっては、原則、「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」の別添1-1又は別添1-2により記載を行うものであること。

（参考：令和6年4月公表予定の記録条件仕様）

- ・ 別添1-1「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）」第1章の3の(4)の「ウ レセプト情報」
- ・ 別添1-2「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（DPC用）」第1章の3の(4)の「ウ レセプト総括情報」

（エ）包括評価対象外理由レコード

項目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	"GR"を記録する。	平成28年9月診療以前分は、記録を省略する。
医科点数表算定理由	数字	2	固定	医科点数表算定理由コード（別表）を記録する。	
DPCコード	英数	14	可変	1 医科点数表算定理由コード（別表）の「08：厚生労働大臣が別に定める者（告示別表に掲げる薬剤）の患者であるため」、「09：医科点数表算定コードに該当するため」、「10：入院期間3を超えて入院しているため」及び「11：地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため」に該当する場合は、別に定めるDPCコードを記録する。 2 DPCコードの"X"、"A"、"B"、"C"、"D"及び、"E"は半角大文字を記録する。	

				3 医科点数表算定理由コード (別表)の「01:入院後24時間以内に死亡したため」から「06:厚生労働大臣が別に定める者(特定の手術等)の患者であるため」までに該当する場合は、記録を任意とする。	
--	--	--	--	--	--

別表 医科点数表算定理由コード

コード名	コード	内容
医科点数表算定理由コード	01	入院後24時間以内に死亡したため
	02	生後1週間以内に死亡したため
	03	評価療養又は患者申出療養を受ける患者であるため
	04	臓器移植を受ける患者であるため
	05	包括評価の対象とならない入院料を算定する患者であるため
	06	厚生労働大臣が別に定める者(特定の手術等)の患者であるため
	08	厚生労働大臣が別に定める者(告示別表に掲げる薬剤)の患者であるため
	09	医科点数表算定コードに該当するため
	10	入院期間3を超えて入院しているため
	11	地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため

⑥ 当該病院における入院医療について、同一月に診断群分類点数表等に基づき費用を算定する入院医療が複数回ある場合は、④及び⑤の例により記載すること。

なお、総括表の「出来高部分」欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

⑦ ④及び⑥の場合において、各種(減・免・猶・I・II・3月超)のいずれかに○をする場合には、総括表及び明細書のいずれにも○をすること。

⑧ 入院中にやむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関の明細書の「出来高部分」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、他医療機関の名称、所在都道府県名(都道府県番号でも可)及び医療機関コードを記載すること。また、他の保険医療機関で行われた診療行為等の近傍に「他」と記載すること。

⑨ 留意事項通知の第3の1の(7)同一傷病等での再入院に係る取扱い①のまた書きに規定する、直近の入院における「医療資源を最も投入した傷病名」と再入院時の「入院の契機となった傷病名」の診断群分類の上2桁が異なる場合であって、直近の入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」

と再入院時の「医療資源を最も投入した傷病名」の診断群分類の上2桁が同一である場合については、再入院時の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容と経過について「出来高部分」欄に記載すること。

⑩ 留意事項通知の第3の1の(7)同一傷病等での再入院に係る取扱い②に規定する、化学療法の実施日（予定日）及び化学療法の概要を「出来高部分」欄に記載すること。

⑪ 留意事項通知の第3の1の(9)地域包括ケア入院医療管理料1から4までを算定する病室に転室する場合等の取扱いに規定する、入院していた患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室に再入院（転室）する場合については、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し、「出来高部分」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転室）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア入院医療管理料を算定する病室への再入院（転室）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について「摘要」欄に記載すること。

⑫ 留意事項通知の第3の1の(10)地域包括ケア病棟入院料1から4までを算定する病棟に転棟する場合等の取扱いに規定する、入院していた患者が退院の翌日から起算して7日以内に地域包括ケア病棟入院料を算定する病室に再入院（転棟）する場合については、「入院の契機となった傷病名」の診断群分類を決定し、「出来高部分」欄に記載すること。

なお、当該再入院（転棟）が一連の入院に該当しない場合は、地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟への再入院（転棟）となった際の「入院の契機となった傷病名」に係る治療内容及び経過について「摘要」欄に記載すること。

⑬ 五号告示第3号の規定により、医療資源を最も投入した傷病名がU07.1又はU07.2に該当し医科点数表に基づき算定する場合、出来高明細書の「摘要」欄に「U07.1」又は「U07.2」と記載すること。

別添様式

コーディングデータに係る記録条件仕様

令和6年6月版

目 次

頁

第1章 電子情報処理組織の使用によるコーディングデータの提出に関する事項	1
1 電気通信回線	1
2 厚生労働大臣が定める事項	1
3 厚生労働大臣が定める方式	1
(1) 記録形式	1
(2) ファイル構成	1
(3) 情報表記仕様	1
ア 提出ファイルの構成	1
イ 提出ファイル構成イメージ	2
ウ レコード形式	3
エ 内容を表現する文字の符号	3
(4) 各種レコードの記録要領に関する事項	4
ア 医療機関情報	4
医療機関情報レコード	4
イ レセプト共通情報	5
レセプト共通レコード	5
ウ レセプト情報	6
(ア) 保険者レコード	6
(イ) 公費レコード	7
エ コーディングデータ情報	8
コーディングデータレコード	8
オ 診療報酬請求書情報	8
診療報酬請求書レコード	8
第2章 光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項	9
1 光ディスクに関する事項	9
(1) マグネットオプティカルディスク (MO)	9
ア 媒体関連仕様	9
(ア) 媒体及び物理フォーマット	9
(イ) 論理フォーマット	9
(ウ) ファイル構成	9
イ 情報表記仕様	9
(ア) 提出ファイルの構成	9
(イ) 提出ファイル構成イメージ	9
(ウ) レコード形式	9
(エ) 内容を表現する文字の符号	9
ウ 各種レコードの記録要領に関する事項	10
(ア) 医療機関情報	10
(イ) レセプト共通情報	10
(ウ) レセプト情報	10
(エ) コーディングデータ情報	10
(オ) 診療報酬請求書情報	10
(2) コンパクトディスク (CD-R)	10
ア 媒体関連仕様	10
(ア) 媒体及び物理フォーマット	10
(イ) 論理フォーマット	10
(ウ) ファイル構成	10
イ 情報表記仕様	10
(ア) 提出ファイルの構成	10
(イ) 提出ファイル構成イメージ	10
(ウ) レコード形式	10
(エ) 内容を表現する文字の符号	10

ウ	各種レコードの記録要領に関する事項	10
(ア)	医療機関情報	10
(イ)	レセプト共通情報	10
(ウ)	レセプト情報	10
(エ)	コーディングデータ情報	10
(オ)	診療報酬請求書情報	10
2	フレキシブルディスク（FD）に関する事項	11
(1)	媒体関連仕様	11
ア	媒体及び物理フォーマット	11
(ア)	媒体	11
(イ)	物理フォーマット	11
イ	論理フォーマット	11
ウ	ファイル構成	11
(2)	情報表記仕様	11
ア	提出ファイルの構成	11
イ	提出ファイル構成イメージ	11
ウ	レコード形式	11
エ	内容を表現する文字の符号	11
(3)	各種レコードの記録要領に関する事項	11
ア	医療機関情報	11
イ	レセプト共通情報	11
ウ	レセプト情報	11
エ	コーディングデータ情報	11
オ	診療報酬請求書情報	11
別表	各種コードに関する事項	12
別表 1	審査支払機関コード	12
別表 2	都道府県コード	13
別表 3	点数表コード	13
別表 4	診療科名コード	14
別表 5	削除	14
別表 6	レセプト種別コード（DPC）	15
別表 7	男女区分コード	16
別表 8	診療識別コード	16
別表 9	特定器材単位コード	17
別添	電子媒体への表記	19

第1章 電子情報処理組織の使用によるコーディングデータの提出に関する事項

審査支払機関の使用に係る電子計算機と、保険医療機関の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用したコーディングデータの提出を行う場合の電気通信回線及び厚生労働大臣の定める事項並びに方式については本章の定めるところによる。

1 電気通信回線

電気通信回線は、ISDN回線を利用したダイヤルアップ接続、閉域IP網を利用したIP-VPN接続またはオープンなネットワークにおいてはIPsec(IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称)とIKE(Internet Key Exchange;IPsecで用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル)を組み合わせた接続とする。

2 厚生労働大臣が定める事項

診療報酬明細書情報及び診療報酬請求書情報とする。

3 厚生労働大臣が定める方式

(1) 記録形式

CSV形式とする。

(2) ファイル構成

ファイル名を“CODING”とし、拡張名を“DPC”とする。

(3) 情報表記仕様

ア 提出ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

(ア) ファイルは1ボリューム1ファイルとする。

(イ) 1ボリュームに収まらないような保険医療機関単位のレセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

(ウ) ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

(エ) 1ファイル内のレコードの種類及び記録順は、次の表のとおりとする。

レコードの種類		識別情報	備考	記録
医療機関情報	医療機関情報レコード	IR	1ファイル単位の先頭に記録	必須
レセプト	(別記)	(別記)	1ファイル単位内に1以上記録	必須
診療報酬請求書情報	診療報酬請求書レコード	GO	1ファイル単位の最後に記録	必須

(オ) レセプトファイルを構成するレセプトは、DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトとする。

区 分	内 容
DPCレセプト	診断群分類適用入院レセプト
総括対象DPCレセプト	総括レセプトの明細情報である診断群分類適用入院レセプト

注 DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトは同一ファイルに記録する。

(カ) 1レセプト内のレコードの種類及び記録順は、次の表のとおりとする。

レコードの種類		識別情報	備考	記録	複数
レセプト共通レコード		RE	レセプト単位データの先頭に記録	必須	不可
レセプト情報	保険者レコード	HO	医療保険レセプトの場合に記録	(別記)	不可
	公費レコード	KO	公費負担医療レセプトの場合に記録	(別記)	(別記)
コーディングデータレコード		CD	包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を出来高部分に係る診療行為の情報も含め記録	必須	可

(キ) レセプト情報は、レセプト種別ごとに必要なレコードを記録する。
 明細情報単位に記録が必要なレセプト情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者レコード [※]	公費レコード [※]
医療保険単独	○	×
医療保険と1～4種の公費負担医療の併用	○	○（1～4レコード記録）
公費負担医療単独	×	○（1レコード記録）
2～4種の公費負担医療の併用	×	○（2～4レコード記録）

注1 国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険、退職者医療又は後期高齢者医療と読み替える。

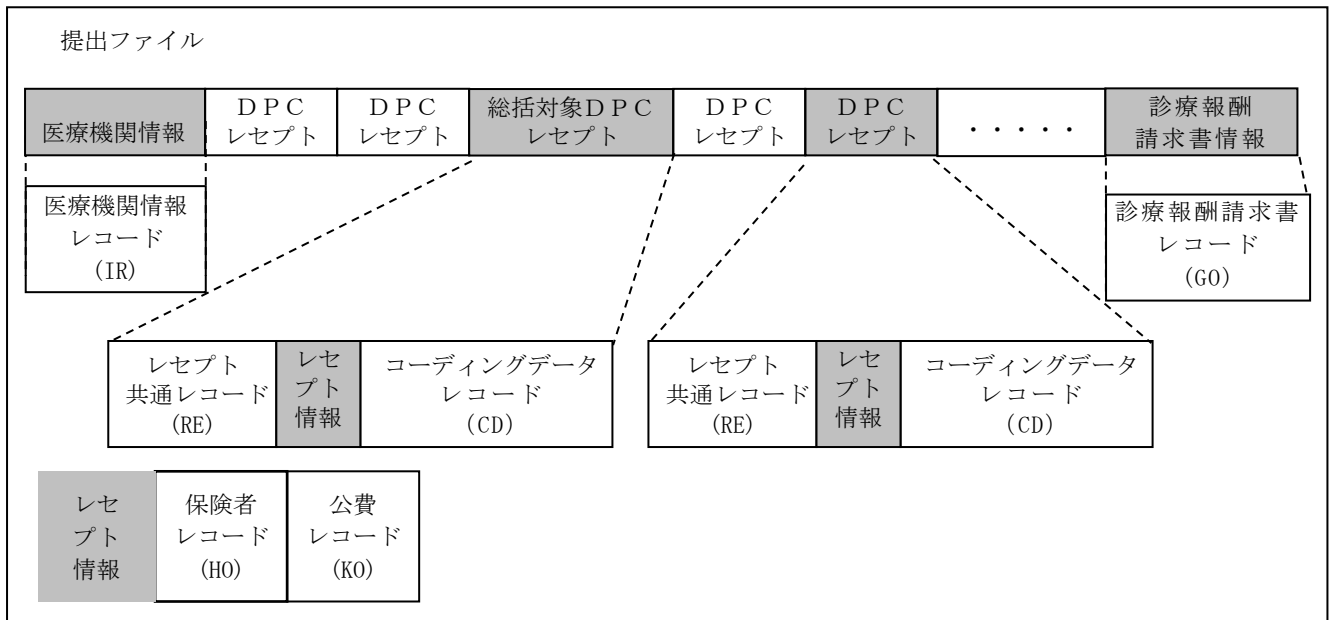
なお、令和6年4月診療以降分の退職者医療については、記録しない。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を示す。

3 公費レコードを複数記録する場合は、「法別番号及び制度の略称表」（診療報酬請求書等の記載要領）に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

(ク) ファイル最終レコードの最終部分は、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列（以下「EOFコード」という。）を記録する。

イ 提出ファイル構成イメージ



ウ レコード形式

(ア) レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを入れる。

(イ) レコード内の各項目間は、コンマで区切る。(数値項目の編集に、位取り用のコンマを使用しない。)

(ウ) 各項目は最大バイト数を規定し、項目形式が固定の項目については最大バイト数で記録し、可変の項目については有効桁(文字)までの記録とする。

なお、有効桁(文字)以降に継続する“スペース”は記録しない。

モード(項目形式)ごとの文字種別及び詳細内容は次のとおりとする。

モード	項目形式	文字種別	詳細内容
数字	可変	半角数字	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字(小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く)を記録する。ただし、別表等に規定されているコードの1文字目等の“0”及び特に定める場合の“0”については記録する。 【記録例】 (誤)「01」→(正)「1」 ※別表等に規定されているコードが“01”である場合(正)「01」 (誤)「1.0」→(正)「1」 (誤)「1.10」→(正)「1.1」 (誤)「0.00」→(正)「0」
	固定	半角数字	最大バイト数で記録する。
英数	可変	半角英数	有効文字までの記録とする。 ただし、別表等に規定されているコードの1文字目等の“0”及び特に定める場合の“0”については記録する。 【記録例】 (誤)「01」→(正)「1」 ※別表等に規定されているコードが“01”である場合(正)「01」
	固定	半角英数	最大バイト数で記録する。
漢字	可変	全角文字	有効文字までの記録とする。
	固定	全角文字	最大バイト数で記録する。

(エ) 対象の年の記録に当たっては西暦を使用し、時刻の記録に当たっては24時間表記を使用する。

年月日等及び時刻等に関する項目の記録方法は次のとおりとする。

項目の内容	バイト数	記録方法	記録桁	備考
年月	6	数字“YYYYMM”	全桁	YYYY…年(西暦) MM…月 DD…日 hh…時(24時間表記) mm…分 を表す。
年月日	8	数字“YYYYMMDD”	全桁	
時刻	4	数字“hhmm”	全桁	
時間(n時間)	2	数字“hh”	有効桁まで	
時間(n分)	5	数字“mmmm”	有効桁まで	

エ 内容を表現する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、JISX0201-1976の8単位符号及びJISX0208-1983の附属書1にて規定されているシフト符号化表現(シフトJIS)によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	16進数	バイト数	用途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表現する。
引用符	”	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D)(0A)	2	レコードの区切りを表現する。
EOFコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表現する。
疑問符(全角)	?	(81)(48)	2	使用しない。(JIS規定外コードが記録された場合、疑問符(全角)に置換する。)

注 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

(4) 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

ア 医療機関情報

医療機関情報レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“IR”を記録する。	
審査支払機関	数字	1	固定	別表 1 審査支払機関コードを記録する。	
都道府県	数字	2	固定	保険医療機関の所在する 別表 2 都道府県コードを記録する。	
点数表	数字	1	固定	別表 3 点数表コードを記録する。	
医療機関コード	数字	7	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
医療機関名称	漢字	40	可変	地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関の名称を記録する。	
請求年月	数字	6	固定	請求年月を西暦で記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	英数	15	可変	記録を省略する。	

イ レセプト共通情報
レセプト共通レコード

項目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“RE” を記録する。	
レセプト番号	数字	6	可変	1 レコードが属するレセプト番号を記録する。 2 レセプト番号は、レセプト記録順に1から昇順に連続番号を記録する。	
レセプト種別	数字	4	固定	別表 6 レセプト種別コード (DPC) を記録する。	
診療年月	数字	6	固定	診療年月を西暦で記録する。	
氏 名	英数 又は 漢字	40	可変	1 姓を記録する。 2 姓と名の間に1文字分の“スペース”を記録する。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	モードごとの文字数の上限は次のとおりとする。 英数: 40 漢字: 20
男女区分	数字	1	固定	別表 7 男女区分コードを記録する。	
生年月日	数字	8	固定	生年月日を西暦で記録する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
入院年月日	数字	8	固定	今回入院年月日を西暦で記録する。	
予 備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	4	可変	記録を省略する。	
カルテ番号等	英数	20	可変	カルテ番号又は患者ID番号等を記録する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
診療科コード	数字	2	可変	1 診療科を記録する場合は、別表 4 診療科名コードを記録する。 2 診療科の記録は任意とする。	
予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	30	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予 備	英数 又は 漢字	40	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予 備	漢字	80	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	60	可変	記録を省略する。	

ウ レセプト情報
 (ア) 保険者レコード

項目	モード	最大バイト	項目形式	記録内容	備考
レコード識別情報	英数	2	固定	“HO”を記録する。	
保険者番号	英数	8	固定	1 保険者番号を記録する。 2 保険者番号が8桁に満たない場合は、先頭から“スペース”を記録し、8桁で記録する。	
被保険者証（手帳）等の記号	英数 又は 漢字	3 8	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号を記録する。 2 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 3 番号のみ設定されている場合は、記録を省略する。	記号と番号を合わせた文字数の上限は、モードごとに次のとおりとする。 英数：19 漢字：19
被保険者証（手帳）等の番号	英数 又は 漢字	3 8	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の「記号及び番号」欄の番号を記録する。 2 後期高齢者被保険者証の被保険者番号を記録する。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	英数	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	5	可変	記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
予備	数字	8	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予備	英数	9	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
予備	数字	6	可変	記録を省略する。	
予備	数字	8	可変	記録を省略する。	

(イ) 公費レコード

項目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考	
レコード識別情報	英数	2	固定	“K0” を記録する。		
公費負担医療	負担者番号	英数	8	固定	医療券等に記入されている公費負担者番号 8桁を記録する。	
	受給者番号	数字	7	可変	1 医療券等に記入されている受給者番号7 桁を記録する。 2 受給者番号が7桁に満たない場合は、先 頭から“0”を記録し、7桁で記録する。 3 医療観察法（法別30）の場合は、記録 を省略する。	
	予 備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予 備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予 備	英数	8	可変	記録を省略する。		
予 備	数字	6	可変	記録を省略する。		
予 備	英数	6	可変	記録を省略する。		
予 備	数字	5	可変	記録を省略する。		
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。		
予 備	数字	8	可変	記録を省略する。		
予 備	数字	8	可変	記録を省略する。		

エ コーディングデータ情報

コーディングデータ情報は、「診療識別の昇順」に記録する。

コーディングデータレコード

項目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“CD”を記録する。	
実施年月日	数字	8	固定	実施年月日を西暦で記録する。	
診療識別	数字	2	固定	別表 8 診療識別コードを記録する。	
順序番号	数字	4	可変	診療識別及び一連の行為ごとに昇順に番号を記録する。	
行為明細番号	数字	3	可変	順序番号ごとの行為明細単位に昇順に番号を記録する。	
レセプト電算処理システム用 コード	数字	9	固定	診療行為コード（入院料、食事療養費、生活療養費及び標準負担額は除く）、医薬品コード又は特定器材コードを記録する。	
使用量	数字	11	可変	1 医薬品又は特定器材（酸素の補正率又はフィルム料（乳幼児）加算を除く）の場合は、使用量を記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
数量データ	数字	8	可変	1 数量データの記録が必要な診療行為の場合は、数量データを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
単位コード	数字	3	可変	1 特定器材の場合は、 別表 9 特定器材単位コードを記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 酸素の補正率又はフィルム（乳幼児）加算の場合は、記録を省略する。 4 診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。	
回 数	数字	3	可変	診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。	
予 備	漢字	254	可変	記録を省略する。	

オ 診療報酬請求書情報

診療報酬請求書レコード

項目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“G0”を記録する。	
総件数	数字	6	可変	レセプト共通レコードの最終レコードのレセプト番号を記録する。	
予 備	英数	10	可変	記録を省略する。	
予 備	数字	2	可変	記録を省略する。	

第2章 光ディスク等を用いたコーディングデータの提出に関する事項

保険医療機関から審査支払機関へのコーディングデータの提出を行う場合の厚生労働大臣の定める光ディスク等に係る規格及び厚生労働大臣の定める方式については、記録形式をMS-DOSフォーマットのCSV形式とする。
なお、提出については光ディスク等に所要の事項を記載したラベル（別添）を貼付する。

1 光ディスクに関する事項

(1) マグネットオプティカルディスク（MO）

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

J I S X 6 2 7 5 - 1 9 9 7 に適合する 9 0 m m 2 3 0 M B 又は J I S X 6 2 7 7 - 1 9 9 8 に適合する 9 0 m m 6 4 0 M B の光ディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

光ディスクの論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

(ウ) ファイル構成

光ディスクのファイル構成は以下に規定するものを除き J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠する。

a ルートディレクトリのディレクトリ項目は以下のとおりとする。

(a) ボリュームラベル項目の有無は任意とする。

(b) サブディレクトリ指示項目はあってはならない。

(c) ディレクトリ項目のうち使用中のファイル項目を以下に示す。

文字位置	名 前	内 容
1～ 8	名前	“CODING”
9～1 1	拡張名	“DPC”
1 2	属性	(00)又は(20)
1 3～2 2	予約	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 3～2 4	記録時刻	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 5～2 6	記録日付	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 7～2 8	先頭クラスタ番号	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠
2 9～3 2	ファイル長	J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に準拠

注1 文字列は、記述する文字を引用符でくくって表現する。

2 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

b その他のディレクトリ項目はすべて空きディレクトリ項目でなければならない。

イ 情報表記仕様

(ア) 提出ファイルの構成

第1章-3-(3)-アの「提出ファイルの構成」と同じ。

(イ) 提出ファイル構成イメージ

第1章-3-(3)-イの「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

(ウ) レコード形式

第1章-3-(3)-ウの「レコード形式」と同じ。

(エ) 内容を表現する文字の符号

第1章-3-(3)-エの「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

- (ア) 医療機関情報
第1章-3-(4)-アの「医療機関情報」と同じ。
- (イ) レセプト共通情報
第1章-3-(4)-イの「レセプト共通情報」と同じ。
- (ウ) レセプト情報
第1章-3-(4)-ウの「レセプト情報」と同じ。
- (エ) コーディングデータ情報
第1章-3-(4)-エの「コーディングデータ情報」と同じ。
- (オ) 診療報酬請求書情報
第1章-3-(4)-オの「診療報酬請求書情報」と同じ。

(2) コンパクトディスク (CD-R)

ア 媒体関連仕様

- (ア) 媒体及び物理フォーマット
J I S T S X 0 0 2 5 - 2 0 0 5 の規格に適合する120mmコンパクトディスクを使用する。
- (イ) 論理フォーマット
論理フォーマットはISO9660形式(レベル1)に準拠する。
書き込みは、ディスクアットワンス(シングルセッション方式)方式とする。
- (ウ) ファイル構成
第2章-1-(1)-ア-ウの「ファイル構成」と同じ。

イ 情報表記仕様

- (ア) 提出ファイルの構成
第1章-3-(3)-アの「提出ファイルの構成」と同じ。
- (イ) 提出ファイル構成イメージ
第1章-3-(3)-イの「提出ファイル構成イメージ」と同じ。
- (ウ) レコード形式
第1章-3-(3)-ウの「レコード形式」と同じ。
- (エ) 内容を表現する文字の符号
第1章-3-(3)-エの「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

- (ア) 医療機関情報
第1章-3-(4)-アの「医療機関情報」と同じ。
- (イ) レセプト共通情報
第1章-3-(4)-イの「レセプト共通情報」と同じ。
- (ウ) レセプト情報
第1章-3-(4)-ウの「レセプト情報」と同じ。
- (エ) コーディングデータ情報
第1章-3-(4)-エの「コーディングデータ情報」と同じ。
- (オ) 診療報酬請求書情報
第1章-3-(4)-オの「診療報酬請求書情報」と同じ。

2 フレキシブルディスク（FD）に関する事項

(1) 媒体関連仕様

ア 媒体及び物理フォーマット

(ア) 媒体

J I S X 6 2 2 3 - 1 9 8 7 の規格に適合するフレキシブルディスクを使用する。

(イ) 物理フォーマット

物理フォーマットは J I S X 6 2 2 5 - 1 9 9 5 に規定する情報記録方式に準拠する。

イ 論理フォーマット

論理フォーマットは J I S X 0 6 0 5 - 1 9 9 7 に規定する情報記録方式に準拠する。

ウ ファイル構成

第 2 章 - 3 - (1) - ア - (ウ) の「ファイル構成」と同じ。

(2) 情報表記仕様

ア 提出ファイルの構成

第 1 章 - 3 - (3) - ア の「提出ファイルの構成」と同じ。

イ 提出ファイル構成イメージ

第 1 章 - 3 - (3) - イ の「提出ファイル構成イメージ」と同じ。

ウ レコード形式

第 1 章 - 3 - (3) - ウ の「レコード形式」と同じ。

エ 内容を表現する文字の符号

第 1 章 - 3 - (3) - エ の「内容を表現する文字の符号」と同じ。

(3) 各種レコードの記録要領に関する事項

ア 医療機関情報

第 1 章 - 3 - (4) - ア の「医療機関情報」と同じ。

イ レセプト共通情報

第 1 章 - 3 - (4) - イ の「レセプト共通情報」と同じ。

ウ レセプト情報

第 1 章 - 3 - (4) - ウ の「レセプト情報」と同じ。

エ コーディングデータ情報

第 1 章 - 3 - (4) - エ の「コーディングデータ情報」と同じ。

オ 診療報酬請求書情報

第 1 章 - 3 - (4) - オ の「診療報酬請求書情報」と同じ。

各種コードに関する事項

別表 1 審査支払機関コード

コード名	コード	内容
審査支払機関コード	1	社会保険診療報酬支払基金
	2	国民健康保険団体連合会

別表 2 都道府県コード

コード名	コード	内容
	01	北海道
	02	青森
	03	岩手
	04	宮城
	05	秋田
	06	山形
	07	福島
	08	茨城
	09	栃木
	10	群馬
	11	埼玉
	12	千葉
	13	東京
	14	神奈川県
	15	新潟
	16	富山
	17	石川
	18	福井
	19	山梨
	20	長野
	21	岐阜
	22	静岡
	23	愛知
	24	三重
	25	滋賀
	26	京都
	27	大阪
	28	兵庫
	29	奈良
	30	和歌山
	31	鳥取
	32	島根
	33	岡山
	34	広島
	35	山口
	36	徳島
	37	香川
	38	愛媛
	39	高知
	40	福岡
	41	佐賀
	42	長崎
	43	熊本
	44	大分
	45	宮崎
	46	鹿児島
	47	沖縄

都道府県コード

別表 3 点数表コード

コード名	コード	内容
点数表コード	1	医科

別表 4 診療科名コード

コード名		コード	内 容
診療科名 コード	診療科コード	01	内科
		02	精神科
		09	小児科
		10	外科
		19	皮膚科
		20	泌尿器科
		23	産婦人科（産科又は婦人科）
		26	眼科
		27	耳鼻いんこう科
		30	放射線科（放射線診断科又は放射線治療科）
		31	麻酔科
		34	アレルギー科
		35	リウマチ科
		36	リハビリテーション科
		37	病理診断科
		38	臨床検査科
		39	救急科
	経過措置診療科コード	03	神経科
		04	神経内科
		05	呼吸器科
		06	消化器科
		07	胃腸科
		08	循環器科
		11	整形外科
		12	形成外科
		13	美容外科
		14	脳神経外科
		15	呼吸器外科
		16	心臓血管外科
		17	小児外科
		18	皮膚泌尿器科
		21	性病科
		22	こう門科
24	産科		
25	婦人科		
28	気管食道科		
33	心療内科		

注 経過措置診療科コードとは、医療法施行令附則（平成20年2月27日政令第36号）の第二条に掲げる診療科である。

別表 5 削除

別表 6 レセプト種別コード (DPC)

コード名	コード	内 容
レセプト 種 別 (DPC)	1111	医科・医保単独/国保単独 ・本人/世帯主 ・入院
	1113	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃
	1115	〃 ・ 〃 ・家族/その他 ・ 〃
	1117	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1119	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・ 〃
	1121	〃 ・ 医保/国保と1種の公費併用 ・本人/世帯主 ・ 〃
	1123	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃
	1125	〃 ・ 〃 ・家族/その他 ・ 〃
	1127	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1129	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・ 〃
	1131	〃 ・ 医保/国保と2種の公費併用 ・本人/世帯主 ・ 〃
	1133	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃
	1135	〃 ・ 〃 ・家族/その他 ・ 〃
	1137	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1139	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・ 〃
	1141	〃 ・ 医保/国保と3種の公費併用 ・本人/世帯主 ・ 〃
	1143	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃
	1145	〃 ・ 〃 ・家族/その他 ・ 〃
	1147	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1149	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・ 〃
	1151	〃 ・ 医保/国保と4種の公費併用 ・本人/世帯主 ・ 〃
	1153	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃
	1155	〃 ・ 〃 ・家族/その他 ・ 〃
	1157	〃 ・ 〃 ・高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1159	〃 ・ 〃 ・高齢受給者7割 ・ 〃
	1211	〃 ・ 公費単独 ・ 〃
	1221	〃 ・ 2種の公費併用 ・ 〃
	1231	〃 ・ 3種の公費併用 ・ 〃
	1241	〃 ・ 4種の公費併用 ・ 〃
	1317	〃 ・ 後期高齢者単独 ・一般・低所得者 ・ 〃
	1319	〃 ・ 〃 ・7割 ・ 〃
	1327	〃 ・ 後期高齢者と1種の公費併用 ・一般・低所得者 ・ 〃
	1329	〃 ・ 〃 ・7割 ・ 〃
	1337	〃 ・ 後期高齢者と2種の公費併用 ・一般・低所得者 ・ 〃
	1339	〃 ・ 〃 ・7割 ・ 〃
	1347	〃 ・ 後期高齢者と3種の公費併用 ・一般・低所得者 ・ 〃
	1349	〃 ・ 〃 ・7割 ・ 〃
	1357	〃 ・ 後期高齢者と4種の公費併用 ・一般・低所得者 ・ 〃
	1359	〃 ・ 〃 ・7割 ・ 〃
	1411	医科・退職者単独 ・本人 ・入院
	1413	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃
	1415	〃 ・ 〃 ・家族 ・ 〃
	1421	〃 ・ 退職者と1種の公費併用 ・本人 ・ 〃
	1423	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃
	1425	〃 ・ 〃 ・家族 ・ 〃
	1431	〃 ・ 退職者と2種の公費併用 ・本人 ・ 〃
	1433	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃
	1435	〃 ・ 〃 ・家族 ・ 〃
	1441	〃 ・ 退職者と3種の公費併用 ・本人 ・ 〃
	1443	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃
1445	〃 ・ 〃 ・家族 ・ 〃	
1451	〃 ・ 退職者と4種の公費併用 ・本人 ・ 〃	
1453	〃 ・ 〃 ・未就学者 ・ 〃	
1455	〃 ・ 〃 ・家族 ・ 〃	

注 「コード」欄の「1411」～「1455」は、「「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律」の公布について（通知）」（令和5.5.19 保医発0519第1号）に基づき、令和6年4月診療以降は記録しない。

別表 7 男女区分コード

コード名	コード	内容
男女区分コード	1	男
	2	女

別表 8 診療識別コード

コード名	コード	内容	
診療識別コード	11	初診	
	13	医学管理	
	14	在宅	
	21	投薬	内服
	22		屯服
	23		外用
	24		調剤
	26		麻毒
	27		調基
	28		投薬その他
	31		注射
	32	静脈内	
	33	注射その他	
	39	薬剤料減点	
	40	処置	
	50	手術	
	54	麻酔	
	60	検査・病理	
	70	画像診断	
	80	その他	

別表 9 特定器材単位コード

コード名	コード	内容
	001	分
	002	回
	003	種
	004	箱
	005	巻
	006	枚
	007	本
	008	組
	009	セット
	010	個
	011	裂
	012	方向
	013	トローチ
	014	アンプル
	015	カプセル
	016	錠
	017	丸
	018	包
	019	瓶
	020	袋
	021	瓶(袋)
	022	管
特定器材単位コード	023	シリンジ
	024	回分
	025	テスト分
	026	ガラス筒
	027	桿錠
	028	単位
	029	万単位
	030	フィート
	031	滴
	032	mg
	033	g
	034	kg
	035	cc
	036	mL
	037	L
	038	mLV
	039	バイアル
	040	cm
	041	cm ²
	042	m
	043	μCi
	044	mCi
	045	μg

コード名	コード	内容
特定器材単位コード	046	管(瓶)
	047	筒
	048	GBq
	049	MBq
	050	KBq
	051	キット
	052	国際単位
	053	患者当り
	054	気圧
	055	缶
	056	手術当り
	057	容器
	058	mL (g)
	059	ブリスター
	060	シート
	061	カセット

別添

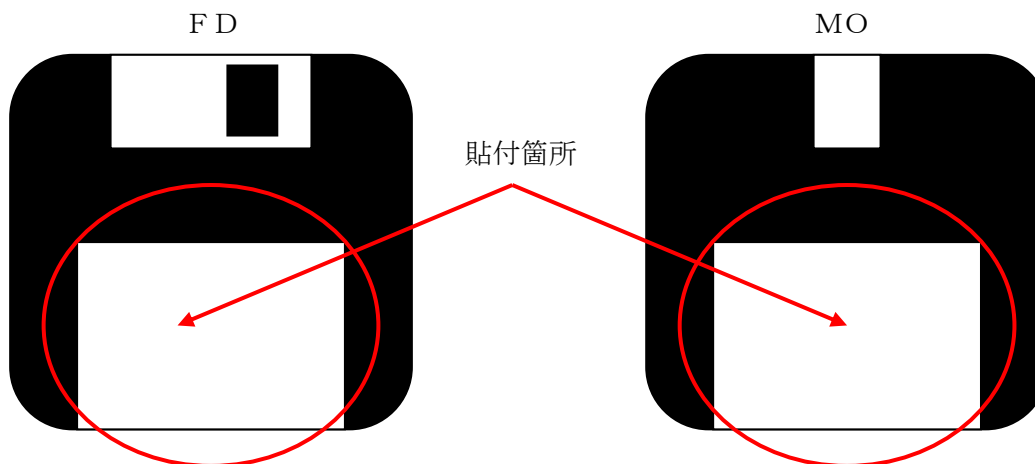
電子媒体への表記

電子媒体への表記については、ファイル名（コーディングデータ）、医療機関コード、保険医療機関名称、診療月分及び提出年月日並びに支払基金又は国保連の別を記載する。

1 FD・MOへの貼付ラベル

コーディングデータ						支払基金 ・ 国保連
医療機関コード						
保険医療機関名称						
診療月分	年	月分				
提出年月日	年	月	日			

FD及びMOへのラベルの貼付箇所



2 CD-Rへの表記

レーベル面にシール等を貼付せずに、フェルトペン等により記入すること。

コーディングデータ			
医療機関コード			
保険医療機関名称			
診療月分	年	月分	
提出年月日	年	月	日
支払基金		・	国保連

