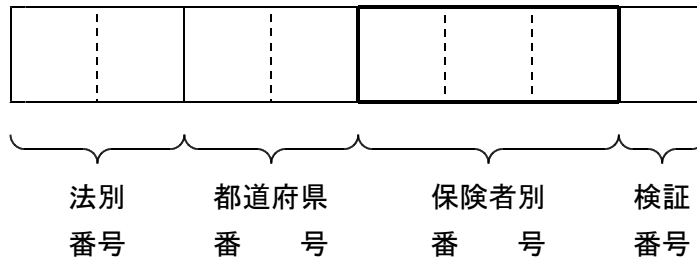


保険者番号、公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領

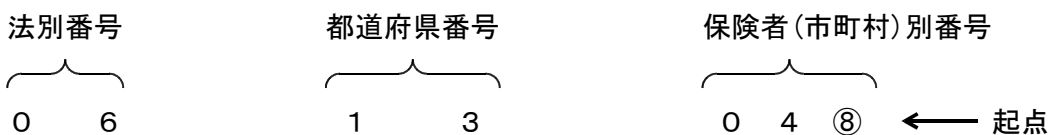
第1 保険者番号

- 1 保険者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。ただし、国民健康保険（退職者医療を除く。）の保険者番号については、都道府県番号2桁、保険者(市町村)別番号3桁、検証番号1桁、計6桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 法別番号は、医療保険制度の各区分ごとに別表1の(1)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の保険者等の所在地の都道府県ごとに別表2に定める番号とする。
- 4 保険者(市町村)別番号は、政府管掌健康保険及び船員保険にあつては社会保険事務所（船員保険について地方社会保険事務局が事務を行うことになっている場合にあつては当該地方社会保険事務局を含む。）ごとに社会保険庁長官が、国民健康保険にあつては国民健康保険事業を行う市町村又は国民健康保険組合ごとに都道府県知事が、また、組合管掌健康保険にあつては健康保険組合（社会保険診療報酬支払基金に対して支払を行う従たる事務所を含む。）ごとに都道府県知事が、後期高齢者医療にあつては後期高齢者医療広域連合が、共済組合及び自衛官等の療養の給付にあつては各主管官庁が定める番号とする。
- 5 検証番号は、次により算出した番号とする。
- (1) 法別番号、都道府県番号及び保険者別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。
 - (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桁目の数字の和とする。
 - (3) 10と(2)で算出した数字の下1桁の数との差を求める。これを検証番号とする。ただし、1の位の数か0のときは検証番号を0とする。

例



×	×	×	×	×	×	×
2	1	2	1	2	1	2

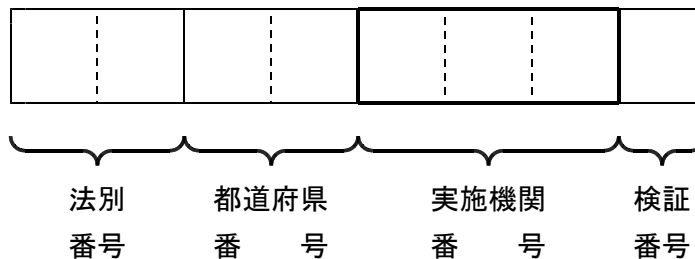
$$0 + 6 + 2 + 3 + 0 + 4 + (1 + 6) = 22$$

○10 - 2 = 8 ----- 検証番号

- 6 保険者番号の管理は、社会保険庁長官、都道府県知事、後期高齢者医療広域連合又は主管官庁において行うものとし、保険者番号の設定変更の際には、社会保険診療報酬支払基金及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとする。ただし、国民健康保険にあっては、都道府県知事から所在地の国民健康保険団体連合会及び当該保険者に対して速やかに連絡するものとし、後期高齢者医療にあっては、後期高齢者広域連合から社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に対して速やかに連絡するものとする。
- 7 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）の保険者番号についての特例
 政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）の保険者番号については、当分の間、上記1及び3にかかわらず、都道府県番号2桁及び保険者(市町村)別番号2桁を組み合わせた4桁の番号をもって保険者番号とするものとし、この場合の都道府県番号は、社会保険事務所の所在地の都道府県ごとに別表3に定める番号とする。

第2 公費負担者番号

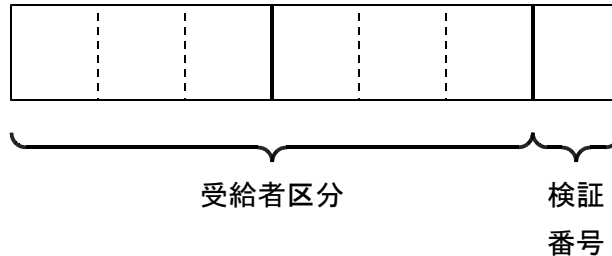
- 1 公費負担者番号は、次のように法別番号2桁、都道府県番号2桁、実施機関番号3桁、検証番号1桁、計8桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表1の(3)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表2に定める番号とする。
- 4 実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。
- 5 検証番号は、第1の5の例により定める。
- 6 公費負担者番号の管理は、各公費負担医療に係る第2の4の実施機関番号設定者において行うこととし、公費負担者番号の設定変更の際には、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

第3 公費負担医療の受給者番号

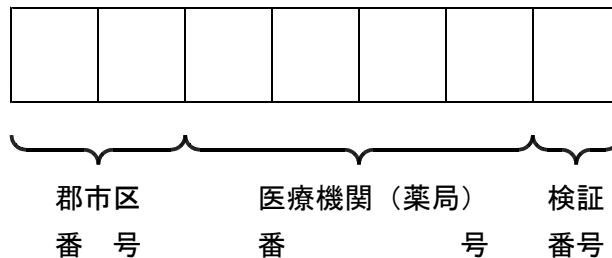
- 1 公費負担医療の受給者番号は、次のように受給者区分6桁、検証番号1桁、計7桁の算用数字を組み合わせたものとする。



- 2 受給者区分は、各公費負担医療の受給者ごとに公費負担医療主管行政庁若しくは公費負担医療実施機関が定める。
- 3 検証番号は、第1の5の例により定める。

第4 医療機関コード及び薬局コード

- 1 医療機関コード及び薬局コード（以下「医療機関等コード」という。）は、次のように郡市区番号2桁、医療機関（薬局）番号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 郡市区番号は、都道府県ごとに、郡、市及び区を単位として、地方社会保険事務局長が定めるものとする。ただし、独立行政法人国立病院機構等を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方社会保険事務局長において郡市区番号にかえて、これらを1単位とした2桁の番号を定めても差し支えないものとする。
- 3 医療機関（薬局）番号は、医療機関について、医科にあつては1,000から2,999、歯科にあつては3,000から3,999、薬局にあつては4,000から4,999の一連番号を上記2の郡市区ごとに、地方社会保険事務局長がこれを定めるものとする。ただし、4桁の医療機関（薬局）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 同一の医療機関及び薬局において、保険医療機関、保険薬局並びに公費負担医療を担当する医療機関及び薬局のうち、2以上の指定を受けているものについては、同一の医療機関等コードを付すものとする。
- 5 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、点数表番号、郡市区番号及び医療機関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2に定める番号とし、また、点数表番号は医科1、歯科3、薬局4とするものとする。

(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桁目の数字の和とするものとする。

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

例

都道府県 番 号	点数表 番 号	郡市区 番 号	医療機関 (薬局) 番 号	
3 4	1	0 7	1 2 3 ⑥	← 起点
× ×	×	× ×	× × × ×	
2 1	2	1 2	1 2 1 2	

$$6 + 4 + 2 + 0 + (1 + 4) + 1 + 4 + 3 + (1 + 2) = 28$$

$$10 - 8 = \boxed{2} \text{ ----- 検証番号}$$

○医療機関等コード 07、1236、2

6 医療機関等コードの管理は、地方社会保険事務局長において行うものとし、医療機関等コードの変更に際しては、社会保険診療報酬支払基金等に対して速やかに連絡するものとする。

別表 1

法別番号及び制度の略称表

(1)

	区 分	法別番号	制度の略称	
社 会 保 険 制 度	政府管掌健康保険（日雇特例被保険者の保険を除く。）	01	（政）	
	船員保険	02	（船）	
	日雇特例被保険者 の 保 険	○一般療養（法第129条、第131条及び第140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			
制 度	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、特例退職組合員及び特例退職加入者に係る法別番号である。

(2)

	区 分	法別番号
※	国民健康保険法による退職者医療	67

※ 国民健康保険制度

(3)

	区 分	法別番号	制度の略称		
公	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	—	
費	原子爆弾被爆者 に対する法律に よる	○認定疾病医療（法第10条関係）	18	—	
		○新感染症の患者の入院（法第37条関係）	29	—	
負	感染症の予防 及び患者の 療養に 関する 法律に よる	○結核患者の適正医療（法第37条の2関係）	10	（感37の2）	
		○結核患者の入院（法第37条関係）	11	（結核入院）	
担	精神保健及び 精神障害者 福祉に 関する 法律に よる	○措置入院（法第29条関係）	20	（精29）	
		障害者自立 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	—
医	療	○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	—	
		麻薬及び向精神薬取締法による入院措置（法第58条の8関係）	22	—	
制	感染症の予防 及び患者の 療養に 関する 法律に よる	○一類感染症等の患者の入院（法第37条関係）	28	（感染症入院）	
		児童福祉法による	○療育の給付（法第20条関係）	17	—
度	児童福祉法による		○障害児施設医療（法第24条の20関係）	79	—
		原子爆弾被爆者 に対する法律に よる	○一般疾病医療費（法第18条関係）	19	—
度	母子保健法による養育医療（法第20条関係）		23	—	
	特定疾患治療研究事業費の拠出に 関する法律に よる		51	—	
	児童福祉法による小児慢性特定疾患治療研究事業に係る医療の給付（法第21条の5関係）		52	—	
	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	—	
	中国残留邦人等の円滑な帰国促進等に関する法律（法第14条関係）		25	—	
	生活保護法による医療扶助（法第15条関係）		12	（生保）	

都道府県番号表

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
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
東京都	13	奈良	29	宮崎	45
神奈川県	14	和歌山	30	鹿児島	46
新潟	15	鳥取	31	沖縄	47
富山	16	島根	32		

別表3

社会保険事務所の所在地都道府県番号表
(政府管掌健康保険)

都道府県名	コード	都道府県名	コード	都道府県名	コード
北海道	01	石川	34	岡山	59
青森	02	福井	35	広島	60
岩手	03	山梨	36	山口	61
宮城	04	長野	37	徳島	71
秋田	05	岐阜	38	香川	72
山形	06	静岡県	39	愛媛	73
福島	07	愛知県	51	高知	74
茨城	08	三重	52	福岡	75
栃木	09	滋賀	53	佐賀	76
群馬	10	京都	54	長崎	77
埼玉	11	大阪	41	熊本	78
千葉	12	兵庫	42	大分	79
東京都	21	奈良	55	宮崎	80
神奈川県	31	和歌山	56	鹿児島	81
新潟	32	鳥取	57	沖縄	82
富山	33	島根	58		

「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）の一部改正について

「別紙」を次のように改める。

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9）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。また、「包括評価部分」欄にはその旨（例 社本より国保 ○年○月○日）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、(33)から(35)まで及び(37)から(39)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

- ① 保険医療機関指定申請の際等に地方社会保険事務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 欄の左下隅に「診療科（ ）」と表示し、（ ）の中に医療法施行令（昭和23年政令第326号）に定められた診療科について、次の診療科及びコードにより記載すること。

なお、平成20年4月以降において、医療法施行令（昭和23年政令第326号）及び医療法施行規則（昭和23年厚生省令第50号）の規定に基づき、次表に定める診療科以外の診療科名がある場合には、最も近似する次表に定めるコードを記載すること。

診療科	コード	診療科	コード	診療科	コード
内科	01	心臓血管外科	16	心療内科	33
精神科	02	小児外科	17	アレルギー科	34
神経科	03	皮膚泌尿器科	18	リウマチ科	35
神経内科	04	皮膚科	19	リハビリテーション科	36
呼吸器科	05	泌尿器科	20		
消化器科	06	性病科	21		
胃腸科	07	こう門科	22		
循環器科	08	産婦人科	23		
小児科	09	産科	24		
外科	10	婦人科	25		
整形外科	11	眼科	26		
形成外科	12	耳鼻いんこう科	27		
美容外科	13	気管食道科	28		
脳神経外科	14	放射線科	30		
呼吸器外科	15	麻酔科	31		

(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」欄には算定告示別表11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」、「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ICD10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」欄には副傷病名及びその対応するICD10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、「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方式及び規格並びに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」（平成18年4月10日）別添3に規定する傷病名を用いること。

(4) 「今回入院年月日」欄について

入院年月日（一般病棟以外の病棟（以下「対象外病棟」という。）から一般病棟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。ただし、入院当初は診断群分類区分に該当しないと判断された患者が、その後、診断群分類区分に該当すると判断された場合には、医療資源を最も投入した傷病名が同一である患者については当該病院の入院年月日を、医療資源を最も投入した傷病名が同一ではない患者については診断群分類区分に該当すると判断された日を記載すること。

なお、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3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入院年月日を記載すること。

(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、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3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。

(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、退職者医療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、診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3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
一般病棟以外又は特定入院期間以外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、次に掲げるア及びイの事項については必ず記載し、ウからオまでの事項については該当がある場合は順次記載すること。「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、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。退院時処方投与の原因となった傷病のうち、その発症が、診療報酬明細書の「傷病情報」欄に記載された傷病名及び該当する診断群分類と関連するものについては、傷病名を記載する必要はないものとする。

なお、傷病名については、原則として、「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方式及び規格並びに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」（平成18年4月10日）別添3に規定する傷病名を用いるとともに、併せてICD10コードを用いること。

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つ以下の場合に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つ以下の場合に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っては、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ICD10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。

(9) 「入退院情報」欄について

「入退院情報」欄については、次に掲げる①及び③の事項については必ず記載し、②、④及び⑤の事項については該当がある場合は順次記載すること。

① 「転科の有無」について

転科がない場合は「無」、ある場合は「有」と記載すること。

② 「一般病棟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一般病棟へ転棟した場合は、「有」と記載すること。

③ 「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）が決まっていた場合は「1 予定入院」、それ以外の場合は「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。

④ 「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。

⑤ 「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前回と同一傷病で入院した場合に「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記載すること。

① 入院時年齢、出生時体重、JCS（Japan Coma Scale）、Burn Index、GAF（Global Assessment of Functioning）。

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っては、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。

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っては、重症度等。

(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 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。
- ⑤ 診断群分類番号の上6桁が同一である傷病名での退院日の翌日から起算して3日以内の再入院については、「3日以内の再入院までの日 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した後、翌月3日以内に当該傷病名による再入院を行う予定がある場合には、「翌月再入院予定あり」と記載すること。

(記載例)

※ 入院期間 I 日未満：入 I 入院期間 I 日以上 II 日未満：入 II
 入院期間 II 日以上：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
 (4 月 3 日入院、6 月 10 日退院の場合) の例 (6 月診療分)

1	93	4 月請求分	入 I 3,054 × 16 = 小計 … a
		入 II 2,281 × 12 = 小計 … b	
		(a+b) × 4 月医療機関別係数 = 合計	
		5 月請求分	入 II 2,281 × 5 = 小計 … c
		入 III 1,939 × 26 = 小計 … d	
		(c+d) × 5 月医療機関別係数 = 合計	
		6 月請求分	入 III 1,939 × 10 = 小計 … e
		e × 6 月医療機関別係数 = 合計	

例 2：急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 手術・処置等 2 なし
 → 急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞 経皮的冠動脈ステント留置術等 手術・処置等 2 3 ありに変更の場合

(4 月 17 日入院、5 月 3 日診断群分類区分変更、5 月 8 日退院の場合) の例
 (5 月診療分)

		4 月請求分	入 I 3,034 × 7 = 小計 … a
		入 II 2,242 × 7 = 小計 … b	
		(a+b) × 4 月医療機関別係数 = 合計 … A	
		5 月診療分	入 II 2,701 × 2 = 小計 … c
		入 III 2,296 × 6 = 小計 … d	
		(c + d) × 5 月医療機関別係数 = 合計 … B	

1	93	調整分
		入Ⅰ 3,655 × 8 = 小計 … e
		入Ⅱ 2,701 × 6 = 小計 … f
		((e+f) × 4 月医療機関別係数) - A = 小計 … C
		5 月請求分 B + C = 合計

(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)から(32)まで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 救命救急入院料の算定に係る入院年月日と「今回入院年月日」の欄の入院年月日が異なる場合は、救命救急入院料の算定に係る入院年月日を記載すること。
 - ウ 新生児特定集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算及び総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料と合計して22日以上算定した場合又は総合周産期特定集中治療室管理料の新生児集中治療室管理料を新生児入院医療管理加算及び新生児特定集中治療室管理料と合計して22日以上算定した場合は、出生時体重を記載すること。

(13) 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」(別表)及び「診療識別コード番号」(別表)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。

なお、当該記載においては、総括表の出来高欄に医科点数表に基づき費用を算定することとなった理由を具体的に記載すること。

(例)

算定告示第1項第1号に該当する患者	入院後24時間以内に死亡した患者又は生後1週間以内に死亡した新生児
同 第1項第2号に該当する患者	治験の対象患者
同 第1項第3号に該当する患者	臓器の移植術を受ける患者
同 第1項第4号に該当する患者	先進医療である療養を受ける患者
同 第1項第5号に該当する患者	包括対象とならない入院料を算定する患者
同 第1項第6号に該当する患者	J x x x、〇〇〇を受ける患者、K x x x、〇〇〇を受ける患者

※「J x x x、〇〇〇」又は「K x x x、〇〇〇」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第1項第6号の規定に基づき厚生労働大臣が別に定める者」（平成20年厚生労働省告示第94号）に掲げる医科診療報酬点数表区分及びその名称を記載する。

⑤ 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の例により記載すること。

なお、総括表の出来高欄に入院医療が複数回となった理由を記載すること。

⑥ ④及び⑤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。

(別 表)

・負担区分コード番号

		負担区分 コード番号	医療保険 (後期高齢者)	公費①	公費②	公費③	公費④		
医療 保 険 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	○	○	○	○	○			

注1 ○は請求点数のある管掌（法別）である。

2 国民健康保険又は退職者医療については、医療保険を国民健康保険又は退職者医療と読み替える。