

保医発 0327 第 2 号
令和 8 年 3 月 27 日

地方厚生（支）局医療課長
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）長 殿
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）長

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について

標記について、「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和 8 年厚生労働省告示第 69 号）等が告示され、令和 8 年 6 月 1 日より適用されることに伴い、下記の通知の一部を別添のとおり改正するので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等及び審査支払機関に対し、周知徹底を図られたい。

記

- 別添 1 「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）の一部改正について
- 別添 2 「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）

「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）

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づき子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 126 号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づき子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・厚生労働省告示第二号）により改正のあった様式については、令和 8 年 7 月 1 日（6 月診療分）から新様式により扱うものとし、令和 8 年 5 月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。
- 2 診療報酬請求書等の用紙の大きさは A 列 4 番とすること。
ただし、電子計算機により作成する場合は、A 列 4 番と±6 mm（縦方向）、+6 mm、-4 mm（横方向）の差は差し支えないものであること。
- 3 診療報酬請求書等は、別添 1「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。
- 4 診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、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。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。
- 5 診療報酬請求書及び診療報酬明細書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、診療報酬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。
- 6 「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

Ⅱ 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第1 診療報酬請求書（医科・歯科、入院・入院外併用）に関する事項（様式第1（1））

1 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成すること。

なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ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 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載すること（別添2「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」（以下「設定要領」という。）の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村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

診療報酬請求書を提出する年月日を記載すること。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、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、名称及び開設者氏名を記載すること。なお、開設者氏名については、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えないこと。

（2） 保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「入・外」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を○で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

なお、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合は、入院に係るものとして取り扱うこと。

7 「医療保険」欄について

（1） 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載することとし、医療保険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の別表1「法別番号及び制度の略称表」

に示すとおりであること。

- (2) 入院分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」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。

「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険の食事療養及び生活療養に係る件数の合計を、「回数」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に記載されている回数の合計を、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項に記載されている金額の合計を、「標準負担額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額の合計を記載すること。

- (3) 入院外分の「療養の給付」欄については、「件数」欄には明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄には明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数の合計を、「一部負担金」欄には明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載すること。

- (4) 「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄、「医保単独（本人）」欄の「小計」欄、「医保単独（家族）」欄の「小計」欄、「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。

- (5) 「①合計」欄には、「医保（七〇以上一般・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（七〇以上七割）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（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載すること。

- (6) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、当該合算を実施した上で各項を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

8 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険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の別表1「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、医療保険と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) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点

数を、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、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。

- (4) 「一部負担金（控除額）」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」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。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」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。
- (5) 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ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」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」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。

9 「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感染症法による結核患者の適正医療に係る分とを併せて請

「

12 (生保)
10 (感37の2)

求する場合には

「

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並びに食事療養及び生活療養に係る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) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、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」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、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点数は「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の点数をも合計して記載すること。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄の記載方法は、8の(4)と同様であること。

- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項に記載されている金額を、それぞれ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」の項に係る記載を省略した明細書については、「公費①」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明細書の「食事・生活療養」欄の「保険」の項に係る「請求」の項の金額を合計して記載すること。

10 「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及び制度の略称は、別添2の別表1「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並びに食事療養及び生活療養に係る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) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、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) 「一部負担金(控除額)」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「負担金額」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。また、入院外分については、公費負担医療制度ごとに明細書の「療養の給付」欄の「公費①」の項に係る「一部負担金額」の項の金額を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。
- (5) 「金額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に係る「請求」の項に記載されている金額をそれぞれ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。

11 「②合計」欄について

「公費と医保の併用」、「公費と公費の併用」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。

12 「総件数①+②」欄について

「①合計」欄及び「②合計」欄の請求件数を合計して記載すること。

13 「備考」欄について

- (1) 定数超過入院に該当する保険医療機関にあっては、**超過**（略称の口囲みについては、○囲みでもよいこと。以下同じ。）と記載すること。
- (2) 医療法（昭和23年法律第205号）の人員標準を満たさない保険医療機関にあっては、**標欠**と記載すること。

第2 診療報酬請求書（医科・入院外）に関する事項（様式第1(2)）

(省略)

第2の2 診療報酬請求書（医科・歯科）に関する事項（様式第8）

診療報酬請求書（医科・歯科）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。
なお、「3 「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替えるものであること。

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載すること。
- (2) 療養の給付の「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄、食事療養・生活療養の「件数」欄、「回数」欄、「金額」欄及び「標準負担額」欄については、第1の7の(2)及び(3)と同様であること。この場合、「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき減額された一部負担金」と読み替えるものであること。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「後期高齢一般・低所得」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢一般・低所得」欄に記載することをもって請求することができること。この場合には、合計を記載していることがわかるように「備考」欄に合算している旨を記載すること。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療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の別表1「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、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と障害者総合支援法による精神通院医療等）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) 「点数」欄には、明細書の「療養の給付」欄の「公費」の項に係る「請求」の項に記載した点数を、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、「保険」又は「公費①」の項に係る「請求」の項に記載した点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計すること。
- (4) 「一部負担金」欄には、入院分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「負担金額」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。また、入院外分については、明細書の「療養の給付」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「一部負担金額」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。
- (5) 「食事療養・生活療養」欄については、「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の食事療養及び生活療養に係る件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。また、「金額」欄には明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「請求」の項

に記載されている金額を、「標準負担額」欄には、明細書の「食事・生活療養」欄の「公費①」及び「公費②」の項に係る「標準負担額」の項に記載されている金額を、それぞれ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」の項に係る記載を省略した明細書については、「保険」又は「公費①」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。

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第2）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ 12mm、下へ 12mmの位置を中心に半径 2 mmの穴をあけて、綴じ穴とすること。
- (3) 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 枚の明細書に併せて記載すること。
- (4) 同一月に同一患者につき、入院診療と入院外診療とが継続してある場合には、入院、入院外についてそれぞれ別個の明細書に記載すること。

なお、初診から直ちに入院した場合は、入院分のみの明細書に記載すること。

また、再診から直ちに入院した場合であって、入院の明細書において、再診料又は外来診療料の時間外加算、休日加算若しくは深夜加算を算定する場合は「特定入院料・その他」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載すること。ただし、入院基本料を算定する入院の場合は「入院基本料・加算」の項に点数及び回数を記載し、「摘要」欄に当該加算の名称を記載すること。

- (5) 入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者を除く。）が、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「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」を記載すること。ただし、特定入院料、一般病棟入院基本料（療養病棟入院料 1 の例により算定する場合に限る。）、特定機能病院入院基本料（療養病棟入院料 1 の例により算定する場合に限る。）、専門病院入院基本料（療養病棟入院料 1 の例により算定する場合に限る。）、療養病棟入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料又は特定入院基本料を 10%減算する場合（他の保険医療機関において、シングルホトンエミッションコンピュータ断層撮影、ポジトロン断層撮影、ポジトロン断層・コンピュータ断層複合撮影、ポジトロン断層・磁気共鳴コンピュータ断層複合撮影、乳房用ポジトロン断層撮影、体外照射の強度変調放射線治療（IMRT）、ガンマナイフによる定位放射線治療、直線加速器による放射線治療の定位放射線治療の場合又は粒子線治療に係る費用を算定し、5%減算する場合を含む。）には、受診した他の保険医療機関のレセプトの写しを下端を 50mm程度切りとって添付すること。レセプトの写しの添付が困難である場合には、受診した他の保険医療機関の名称、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。外来診療を行った保険医療機関は、レセプトの「摘要」欄に、「入院医療機関名」、「当該患者の算定する入院料」、「受診した理由」、「診療科」及び「他（受診日数：○日）」を記載すること。

また、入院中の患者（DPC算定病棟に入院している患者であって「診療報酬の算定方法」により入院料を算定する患者に限る。）が、やむを得ず他の保険医療機関の外来を受診した場合は、入院医療機関のレセプトの「摘要」欄に「他医療機関を受診した理由」、「診療科」、受診した他の保険医療機関の名称、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

01精神（精神病棟）、02結核（結核病棟）、07療養（療養病棟）

(11) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険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。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えないこと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○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」、「5 令」と記載すること。

エ 電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(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○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○で囲むこと。

なお、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、入院外分についてはそれぞれ1枚、入院分については、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の診療報酬明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略号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) 「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略号	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15条に規定する金額を超える場合
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又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に

		<p>規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、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。）</p> <p>② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、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、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、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。）</p>
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
07	老併	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
08	老健	介護老人保健施設に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
09	施	平成 18 年 3 月 31 日保医発第 0331002 号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分できるよう「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	患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
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）第 1 条第 2 号の規定に基づく医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 1 条第 3 号の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
13	先進	地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合（この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
14	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であつて「保険外

		併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成 18 年厚生労働省告示第 498 号）の第 7 号の 5 に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあつては、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を「摘要」欄へ記載すること。）
16	長 2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、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、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、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つて、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。）であつて、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
25	出産	平成 23 年 1 月 31 日保発 0131 第 2 号から 4 号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合
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（国民健康保険にあつては、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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあつては、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（平成 26 年法律第 50 号。以下「難病法」という。）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（特記事項「31」に該当する場合を除く。） 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つては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（3 割））の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 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つては、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（特記事項「31」に該当する場合を除く。）
27	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合

		<p>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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>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（特記事項「32」に該当する場合を除く。）</p> <p>70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>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（特記事項「32」に該当する場合を除く。）</p>
28	区ウ	<p>70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>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（特記事項「33」に該当する場合を除く。）</p> <p>70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>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（特記事項「33」に該当する場合を除く。）</p>
29	区エ	<p>70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>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））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）</p>

		<p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>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））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合</p> <p>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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）</p>
30	区オ	<p>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合</p> <p>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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「35」に該当する場合を除く。）</p> <p>70歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合</p> <p>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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合</p>
31	多ア	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「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であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近12か月間において4月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「34」及び同「35」に限る。）</p> <p>② 70歳以上で「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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）</p>
32	多イ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70歳未満で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧</p>

		<p>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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70 歳以上で「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つては、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であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾病医療支援を除く。)</p>
3 3	多ウ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70 歳未満で「標準報酬月額 28 万～50 万円 (国民健康保険にあつては、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であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70 歳以上で「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つては、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であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾病医療支援を除く。)</p>
3 4	多エ	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70 歳未満で「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険にあつては、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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p> <p>② 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険にあつては、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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾病医療支援を除く。)</p>
3 5	多才	<p>70 歳未満で「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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</p>
3 6	加治	<p>厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 1 条第 3 号の 2 の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験 (加工細胞等 (医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律施行規則 (昭和 36 年厚生省令第 1 号) 第 275 条の 2 に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。)) に係るものに限る。) に係る診療報酬の請求である場合</p>

37	申出	別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合（この場合にあつては、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。）
38	医併	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
39	医療	介護医療院に入所中の患者の診療料を、併設保険医療機関以外の保険医療機関において算定した場合（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
41	区力	<p>後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>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））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合</p> <p>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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「43」に該当する場合を除く。）</p>
42	区キ	<p>後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 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））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合</p> <p>② 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「44」に該当する場合を除く。）</p>

4 3	多力	後期高齢者医療で課税所得 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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
4 4	多キ	後期高齢者医療で課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）

※ 「区力」、「区キ」、「多力」及び「多キ」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つては従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

(14) 「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が望ましいものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあつては、「（床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病床数を変更した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

(15) 「傷病名」欄について

ア 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。

(省略)

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第1 診療報酬請求書（医科・歯科 入院・入院外併用）の記載要領（様式第1（1））

Ⅱの第1の例による。

第2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第1（3））

1 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載する。

また、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合は、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成する。なお、診療年月の異なる明細書であっても、返戻分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れ分はこの限りでない。

2 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載する（別添2「設定要領」の第4を参照）。

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村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。

(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

診療報酬請求書を提出する年月日を記載する。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

(1) 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名は、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、名称及び開設者氏名を記載する。なお、開設者氏名は、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えない。

(2) 保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「医療保険」欄について

(1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載し、医療保険単独の者に係る分は医療保険制度ごとに記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。

(2) 「件数」欄は明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄は明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄は明細書の「合計」欄の点数の合計を記載する。

また、「一部負担金」欄は明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載する。

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」欄はそれぞれの合計を記載する。

(3) 「①合計」欄は、「医保(七〇以上一般・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(七〇以上七割)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(六歳)と公費の併用」欄と「医保単独(六歳)」欄の「小計」欄とを合計して記載する。

(4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関は、「医保単独(七〇以上一般・低所得)」欄と、「医保単独(七〇以上七割)」欄に記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独(七〇以上一般・低所得)」欄への記載をもって請求できる。この場合において、当該合算を実施した上で各項の記載がわかるよう「備考」欄に合算している旨を記載する。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

(1) 医療保険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。なお、「区分」欄の

法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。

- (2) 「件数」欄は、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。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）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。
 - (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）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。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計する。
 - (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。
 - (5) 「区分」欄の「②計」欄は、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載する。
- 8 「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し、生活保護法による医療扶助以外の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。なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
 - (2) 「件数」欄は、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。
 - (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数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。
 - (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれ制度の該当欄に記載する。
 - (5) 「区分」欄の「③計」欄は、「公費単独」欄の件数を合計して記載する。
- 9 公費負担医療のみで2種の公費負担医療の併用が行われた場合は、当該併用の者に係る分は「備考」欄に公費負担医療制度ごとに制度の法別番号を記載し、それぞれ件数、点数及び控除額を合計して記載する。
- 10 「総件数①+②+③」欄について
- 「①合計」、「②計」及び「③計」欄の請求件数を合計して記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合は「備考」欄に記載した件数を合計する。
- 11 「明細書枚数①+③」欄について
- 「①合計」及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数を合計する。

第2の2 診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領(様式第8)

診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領は、次に掲げる事項を除き、第1の例による。なお、「3「別記 殿」欄について」は、各広域連合殿と読み替える。

- 1 「後期高齢者医療」欄について
- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び

後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載する。

- (2) 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄は、6の(2)と同様である。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替える。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「後期高齢一般・低所得」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢一般・低所得」欄に記載をもって請求する。この場合は、合計の記載がわかるように「備考」欄に合算している旨を記載する。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療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。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、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。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）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。
- (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）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。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計する。
- (4) 「一部負担金」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とする。
- (3) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があつた場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成する。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行される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つた場合も同様とする。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載する。
- (4) 点数をあらかじめ印刷しておき、算定回数が月に1回と限られた項目は当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目は算定回数を記載しても差し支えない。

また、あらかじめ印刷する点数を乳幼児加算、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加

算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合は、「特記事項」欄に「加算」と記載するか予め印刷する。

(5) 電子計算機の場合は次による。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えない。

また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄は、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しても差し支えなく、記載しない欄は「×」を省略して差し支えない。

イ 枠をその都度印刷しても差し支えない。

ウ 用紙下端の空白部分は、OCR処理等審査支払機関の事務処理に供するため、その他の目的に使用してはならない。

エ 電子計算機用のOCR関連事項は、「レセプト基本フォーマット集（平成9年8月版）」（社会保険庁運営部編）によることが望ましい。

オ 記載する文字は、JIS X 0208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。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(1) 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載する。

(2) 「都道府県番号」欄について

別添2の別表2「都道府県番号表」に従い、保険医療機関の所在する都道府県の番号を記載する。

(3) 「医療機関コード」欄について

それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁を記載する（別添2「設定要領」の第4を参照）。

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

ア 「保険種別1」欄は、次の左に掲げる保険の種別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲む。

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	2 公費
後期高齢者医療	3 後期

イ 「保険種別2」欄は、「保険種別1」欄のそれぞれについて、次の左の別に応じ、右の番号のうち1つを○で囲む。

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（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含む。

ウ 「本人・家族」欄は、次の左に掲げる種別に応じて、右の番号のうち1つを○で囲む。未就学者である患者は「4」、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者は「8」又は「0」を○で囲む。なお、公費負担医療は本人に該当する。

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（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））

は「6」を○で囲み、それ以外（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。）はいずれか一方を○で囲む。

なお、「2 本外」（若しくは「2 本」）、「4 六外」（若しくは「4 六」）、「6 家外」（若しくは「6 家」）、「8 高外一」（若しくは「8 高一」）又は「0 高外7」（若しくは「0 高7」）の項のみを印刷したものを使用しても差し支えない。

2 本人外来	2 本外
4 未就学者外来	4 六外
6 家族外来	6 家外
8 高齢受給者・後期高齢者医療一般・低所得外来	8 高外一
0 高齢受給者・後期高齢者医療7割給付外来	0 高外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、「特記事項」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。

エ 電子計算機の場合は、次のいずれかの方法による。

（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

ア 設定された保険者番号8桁（国民健康保険は6桁）を記載する（別添2「設定要領」の第1を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載する。

イ 公費負担医療単独の場合及び公費負担医療のみの場合は、別段の定めのある場合を除き、記載しない。

（6） 「給付割合」欄について

国民健康保険の場合は、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載する。ただし、国民健康保険は、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えない。

（7） 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 被保険者証等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載する。また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載する。被保険者証等の「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。

イ 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。また、枝番は「（枝番）」の後ろに記載すること。

ウ 当該記号及び番号のうち○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しても差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えない。なお、被保険者が、月の途中において、記号・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・番号を記載する。

（8） 「公費負担者番号」欄について

ア 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（別添2「設定要領」の第2を参照）。

イ 別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」の順により、先順位の公費負担者番号を「公費負担者番号」の項に（以下「公費負担者番号」の項に記載される公費負担医療を「第1公費」という。）、後順位の公費負担者番号を「摘要」欄に（以下「摘要」欄に記載される公費負担医療を「第2公費」という。）記載する。

ウ 保険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。

(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄について

医療券等に記入されている受給者番号7桁は、第1公費は「公費負担医療の受給者番号」の項に、第2公費は「摘要」欄に記載する（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(10) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載する。ただし、健康保険の被保険者は、姓のみの記載で差し支えない。なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字をカタカナに読み替えた使用又はひらがなをカタカナに読み替えた記載も差し支えないが、この場合は被保険者であっても姓名を記載し、姓と名の間にスペースをとる。

イ 性別は該当するものを○で囲む。なお、電子計算機の場合は、「1 男」、「2 女」と記載しても差し支えない。

ウ 生年月日は次による。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載する。

(イ) 電子計算機の場合は、元号は「1 明」、「2 大」、「3 昭」、「4 平」、「5 令」と記載する。

エ 電子レセプトによる請求を行う場合は、アによる姓名と別にカタカナによる姓名を記録することが望ましい。

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者は、「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○で囲む。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」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○で囲む。なお、同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、入院外分はそれぞれ1枚、入院分は、それぞれに係る診療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。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載も差し支えない。

1 職上（職務上）、 2 下3（下船後3月以内）、 3 通災（通勤災害）

(12) 「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第3の2の(13)と同様とする。

40	加算	乳幼児加算（6歳未満）、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算のいずれかを算定している明細書の場合
----	----	--

(13) 「届出」欄について

クラウン・ブリッジ維持管理料の算定を選択している保険医療機関は「補管」を、初診料の注1に係る施設基準を届け出ている保険医療機関は「歯初診」をそれぞれ○で囲む。なお、電子計算機の場合は、○に代えて（ ）等を使用しても差し支えない。以下、文字を○で囲む場合及び○付きの略号を使用する場合も同様とする。

(14) 「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

の場合は、所在地とともに、連絡先電話番号の記載が望ましい。

(15) 「傷病名部位」欄について

ア 病名を同じくする歯又は部位を単位として記載する。ただし、ブリッジの病名は、ブリッジの装置ごとに記載する。

イ ブリッジの病名は、部位は支台歯も含めた部位を、病名は欠損と記載し、支台歯を○で囲む。したがって、支台歯がう蝕症等に罹患している場合は、部位は重複して傷病名を記載する。

また、健全歯を支台としてブリッジを製作するに当たり、なんらかの理由により健全歯に対し抜髄処置を必要とした場合は、当該歯を◎で囲む。

ウ 歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

また、欠損でない1歯相当分の間隙のある補綴は、間隙を欠損とみなした傷病名とし、当該部位に△を記載する。

エ 歯科矯正の病名は、主要な咬合異常の状態を記載する。また、咬合異常の起因となった疾患名（別に厚生労働大臣が定める疾患、3歯以上の永久歯萌出不全、連続した3歯以上の先天性欠如歯又は顎変形症）を「摘要」欄に記載する。なお、6歯以上の先天性部分無歯症、3歯以上の永久歯萌出不全又は連続した3歯以上の先天性欠如歯による咬合異常により歯科矯正を行う場合は、先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を「摘要」欄に記載すること。

オ う蝕多発傾向者の病名は、「C管理中」と記載し、歯冠修復治療を行った部位を記載する。なお、歯式は、乳歯及び永久歯についてそれぞれ記載する。

カ 初期の根面う蝕に罹患している患者の病名は「初期の根面う蝕」又は「根C」と記載し、当該部位を記載する。

キ エナメル質初期う蝕に罹患している患者の病名は「エナメル質初期う蝕」又は「Ce」と記載し、当該部位を記載する。

ク う蝕に罹患している患者の指導管理に係る保険外併用療養費を支給する患者の病名は、「C選療」と記載する。

ケ 心身医学療法は、「傷病名部位」欄に心身症による当該身体的傷病の傷病名の次に「（心身症）」と記載する。

コ クラウン・ブリッジ維持管理料を算定している保険医療機関において、クラウン・ブリッジ維持管理料を算定した補綴物の再製作等（再装着、充填を含む。）は、傷病名を「傷病名部位」欄に記載し、当該部位に対してクラウン・ブリッジ維持管理料を算定した年月日及び補綴物の種類等を「摘要」欄に記載する。なお、当該管理料に規定する期間中に補綴物の維持管理を行っている歯冠補綴物又はブリッジが離脱し再度の装着を行った場合は、再度の装着を行った歯の部位及び再度の装着日を「摘要」欄に記載する。

サ 頬、口唇、舌小帯形成術の算定に当たり、複数の頬小帯に対して形成術を行った場合は、部位が分かるように記載する（例：上顎左側）。なお、「傷病名部位」欄に記載できない場合は、「摘要」欄に記載しても差し支えない。

シ 抜歯手術の「注3」の算定に当たり、病名は「完全埋伏歯」、「水平埋伏智歯」、「CRT」又は「HIT」と記載する。

ス 傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載する。

セ 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」別添3に規定する傷病名を用いる。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は、「傷病名コードの統一の推進について」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。

(16) 「診療開始日」欄について

ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載する。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月中に治癒又は死亡したものは、記載を省略しても差し支えない。

イ 同月中に保険種別等の変更があった場合は、その変更があった日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。

ウ 同一の患者に対する診療継続中に、当該保険医療機関において、開設者、名称、所在地等の変更があった場合は、当該保険医療機関の診療内容の継続性が認められて継続して保険医療機関の指定を受けた場合を除き、新たに保険医療機関の指定を受けた日を診療開始日とし、「摘要」欄にその旨を記載する。

(17) 「診療実日数」欄について

ア 括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、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。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、括弧内に記載する。

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。

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。

イ 入院外分は、診療を行った日数（開放型病院共同指導（I）を行った日数を含む。）を記載する。

ウ 電話等再診の実日数は1日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

エ 同日に初診及び再診（電話等再診を含む。）が2回以上行われた場合の実日数は1日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

オ (16)のアのただし書の場合は、診療開始日の記載を省略しても差し支えないが、診療実日数を記載する。

カ 同日に複数科を受診した場合の初診料・再診料を算定しない科に係る診療実日数は、初診料・再診料を算定しない日を含め実際に診療を行った日数を記載する。

キ 傷病手当金意見書交付料、訪問歯科衛生指導料等同日に歯科医師の診療が行われない場合は、実日数として数えない。

(18) 「転帰」欄について

治癒した場合は「治癒」の文字を、死亡した場合は「死亡」の文字を、中止又は転医の場合には「中止」の文字をそれぞれ○で囲む。

(19) 「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「X線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄について

「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「X線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄の記載事項等は、(20)から(31)まで、別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）」、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）」及び別表Ⅳ「診療報酬明細書の「摘

要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）」のとおりであること。各項目の末尾に（項番○）と付したものについては別表Ⅰの当該項目を参照すること。

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」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰ、別表Ⅱ及び別表Ⅳにおいて、令和８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８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。書面による請求の場合の診療行為名称等の略号については、別表Ⅴ「診療行為名称等の略号一覧（歯科）」を参照し記載すること。

(20) 「初診」欄について

ア 診療時間内の初診の場合は点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は、「時間外」、「休日」又は「深夜」の項に当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常的时间外加算と同様に記載する。（項番３）

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に点数を記載して差し支えない。

イ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算、歯科外来診療医療安全対策加算１、歯科外来診療医療安全対策加算２、歯科外来診療感染対策加算１、歯科外来診療感染対策加算２、歯科外来診療感染対策加算３、歯科外来診療感染対策加算４は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特連」、「特地」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数を記載する。（項番５、６）

ウ 歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３は、全体の「その他」欄に点数（加算を含む。）を記載する。（項番７、８）

エ 情報通信機器を用いて初診を行った場合は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

オ 地域歯科医療加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。（項番４）

(21) 「再診」欄について

ア 再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。（項番９、１０）

イ 時間外、休日又は深夜の場合は、「時間外」、「休日」又は「深夜」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

また、時間外加算の特例は、通常的时间外加算と同様に記載する。

ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科外来診療医療安全対策加算１、歯科外来診療医療安全対策加算２、歯科外来診療感染対策加算１、歯科外来診療感染対策加算２、歯科外来診療感染対策加算３又は歯科外来診療感染対策加算４は、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「外安全」又は「外感染」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

エ 明細書発行体制等加算は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載する。

オ 以下の（ア）から（ウ）までについては、全体の「その他」欄に記載する。

（ア） 歯科診療特別対応加算１、歯科診療特別対応加算２、歯科診療特別対応加算３は点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番１１、１２）

（イ） 情報通信機器を用いて再診を行った場合は、全体の「その他」の欄に点数及び回数を記載する。（項番１３）

（ウ） 地域歯科医療加算は点数及び回数を記載する。

(22) 「管理・リハ」欄について

ア 歯科疾患管理料は、「歯管」の項に点数を記載する。

なお、フッ化物洗口指導加算、文書提供加算、総合医療管理加算及び長期管理加算は、項中の「+」欄にそれぞれ左から文書提供加算、フッ化物洗口指導加算、総合医療管理加算、長期管理加算の順に当該加算点数を記載する。なお、特別管理加算は、「その他」欄に加算点数を記載する。(項番 16)

イ 新製有床義歯管理料は、「義管」の項の左欄に局部義歯、右欄に総義歯の点数及び回数を記載する。(項番 42)

ウ 歯科衛生実地指導料 1 又は 2 は、「実地指」の項に点数を記載する。

エ 口腔機能実地指導料は、「口指導」の項に点数を記載する。

オ 歯周病患者画像活用指導料の「1 口腔内画像」は、「P 画像」の項の左欄に点数及び回数を記載する。なお、「2 顕微鏡画像」は、「その他」欄に点数を記載する。

カ 歯科口腔リハビリテーション料 1 (1 有床義歯の場合) 又は歯科口腔リハビリテーション料 2 は、「歯リ」の項にそれぞれ点数を記載する。

キ 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の「1 手術前」、周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の「1 手術前」、周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)又は周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した場合は、「その他」欄に点数(加算を含む。)を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)の「2 手術後」又は(Ⅳ)(3月以内の場合)を算定した場合はそれぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番 17、18、19、20、21)

ク 回復期等口腔機能管理計画策定料又は回復期等口腔機能管理料を算定した場合は、「その他」欄にそれぞれ点数を記載する。(項番 22、23)

ケ 根面う蝕管理料は、「根管」の項に点数(加算を含む。)を記載する。

コ エナメル質初期う蝕管理料は、「エ管」の項に点数(加算を含む。)を記載する。

サ 歯科治療時医療管理料は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番 27)

シ 小児口腔機能管理料又は口腔機能管理料は、「機能」欄に点数を記載する。なお、口腔管理体制強化加算は、「その他」欄に加算点数を記載する。

ス 以下の(ア)から(ヒ)までについて又は「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。

(ア) がん性疼痛緩和指導管理料(加算を含む。)、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料(加算を含む。)、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、こころの連携指導料(Ⅰ)、退院時共同指導料 1、退院時共同指導料 2、退院時薬剤情報管理指導料、がんゲノムプロファイリング評価提供料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番 14、40、43、44)

(イ) 歯科特定疾患療養管理料は、点数及び回数を記載する。また、共同療養指導計画加算は、点数を記載する。なお、情報通信機器を用いて行った場合は、点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番 24)

(ウ) 退院前訪問指導料は、点数を記載する。(項番 30)

(エ) 特定薬剤治療管理料は、点数(加算を含む。)を記載する。(項番 25)

(オ) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、点数を記載する。(項番 26)

(カ) 外来腫瘍化学療法診療料は点数(加算を含む。)を記載する。

- (キ) 遺伝性疾患療養指導管理料は点数を記載する。
- (ク) 手術前医学管理料及び手術後医学管理料は、それぞれ点数を記載する。
- (ケ) 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、合計点数及び回数を記載する。(項番 28)
- (コ) 療養・就労両立支援指導料は、点数を記載する。なお、療養・就労両立支援指導料の加算は当該加算を合算した点数を記載する。
- (サ) 歯科遠隔連携診療料は、点数を記載する。(項番 29)
- (シ) 薬剤管理指導料の「1」又は「2」は、それぞれ点数及び回数を記載する。また、麻薬管理指導加算は、加算した点数を記載する。(項番 31、32、33)
- (ス) 薬剤総合評価調整管理料は、点数(加算を含む。)を記載する。(項番 34)
- (セ) 診療情報提供料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)又は連携強化診療情報提供料は、点数を記載する。診療情報提供料(Ⅰ)の加算は当該加算を合算した点数を記載する。(項番 35、36、37、39)
- (ソ) 診療情報等連携共有料1又は2は、点数を記載する。(項番 38)
- (タ) 電子的診療情報評価料は、点数及び回数を記載する。
- (チ) 栄養情報連携料は、点数を記載する。
- (ツ) 傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。(項番 41)
- (テ) 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数及び回数を記載する。
- (ト) 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、点数及び回数を記載する。
- (ナ) 摂食機能療法は、点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番 85、86)
- (ニ) 歯科口腔リハビリテーション料1(2 舌接触補助床の場合)は、点数及び回数を記載する。
- (ヌ) 歯科口腔リハビリテーション料1(3 小児保隙装置の場合)は、点数及び回数を記載する。
- (ネ) 歯科口腔リハビリテーション料1(4 その他の場合)は、点数及び回数を記載する。
- (ノ) 歯科口腔リハビリテーション料2は点数及び回数を記載する。
- (ハ) 歯科口腔リハビリテーション料3は点数及び回数を記載する。
- (ヒ) リハビリテーションを算定した場合は、(ナ)、(ニ)、(ヌ)及び(ネ)を除き、全体の「その他」欄に、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、実施日数を記載すること。(項番 84)

(23) 在宅医療について

ア 全体の「その他」欄に記載する。

- (ア) 歯科訪問診療料は、歯科訪問診療1、歯科訪問診療2、歯科訪問診療3、歯科訪問診療4及び歯科訪問診療5の点数及び回数を記載する。緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算若しくは深夜歯科訪問診療加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算1、歯科診療特別対応加算2、歯科診療特別対応加算3又は地域医療連携体制加算がある場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載する。訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、点数及び回数を記載する。(項番 45、46、47)
- また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は、点数及び回数を記載する。(項番 48)
- (イ) 区分番号C000の注16に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、点数又は点数及び回数を記載する。
- (ウ) 在宅療養支援歯科診療所加算及び在宅療養支援歯科病院加算は、加算点数及び回数を記

載する。

- (エ) 歯科訪問診療移行加算は、加算点数及び回数を記載する。(項番 49)
- (オ) 通信画像情報活用加算は、加算点数及び回数を記載する。(項番 50)
- (カ) 区分番号 C 0 0 0 の注 20 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。
- (キ) 医科連携訪問加算は、加算点数及び回数を記載する。
- (ク) 訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番 51)
- (ケ) 区分番号 C 0 0 1 の注 4 に規定する訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。
- (コ) 歯科疾患在宅療養管理料は、点数を記載する。
また、文書提供加算、在宅総合医療管理加算、在宅歯科医療連携加算 1 又は 2、在宅歯科医療情報連携加算は、点数を記載する。(項番 52、53)
- (サ) 在宅患者歯科治療時医療管理料は、点数及び回数を記載する。(項番 54)
- (シ) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。在宅歯科医療連携加算 1 又は 2、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。(項番 55)
- (ス) 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。小児在宅歯科医療連携加算 1 又は 2、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。(項番 56)
- (セ) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1、2、3 又は 4 は、点数を記載する。(項番 57)
- (ソ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、総点数及び回数を記載する。
- (タ) 在宅患者連携指導料は、点数を記載する。(項番 58)
- (チ) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、点数及び回数を記載する。(項番 59)
- (ツ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 2 条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、(24)のタの例によること。

(24) 「投薬・注射」欄について

ア 内服薬を投与した場合は「内」の文字を、屯服薬を投与した場合は「屯」の文字を、外用薬を投与した場合は「外」の文字を、注射を行った場合は「注」の文字を、それぞれ○で囲み、使用薬剤の点数及び単位数又は回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、使用薬剤の点数及び単位数又は回数は「摘要」欄に記載する。

また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は全体の「その他」欄に、点数及び回数を記載する。(項番 80)

イ 血漿成分製剤加算は、加算点数を点数欄に記載する。(項番 81、82)

ウ 調剤料は、内服、屯服又は外用ごとに「調」の項にそれぞれ点数及び回数を記載し、「処方」の項は処方箋を交付しない場合において処方の点数及び回数を記載する。なお、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1、2 又は 3 を算定する場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。

- エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位（%、mL 又は mg 等）及び使用量を記載する。（項番 78、83）
- オ 調剤技術基本料は、全体の「その他」欄に点数を記載する。なお、院内製剤加算は、当該加算後の点数を記載する。
- カ 7種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。
- キ 一般的名称による処方箋の交付は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。
- ク 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。
- ケ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」は、「摘要」欄にそれぞれ点数及び算定回数を記載する。また、投与時閉鎖式接続器具使用加算は、「摘要」欄に点数及び回数を記載する。
- コ 処方料又は処方箋料における乳幼児加算は、それぞれ項中の「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。
- サ 薬剤情報提供料は、「情」の項に点数及び回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載する。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定した点数及び回数を記載する。
- シ 特定疾患処方管理加算は、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載する。
- ス 外来化学療法加算は、当該点数を加算した点数及び算定回数を記載する。
- セ バイオ後継品導入初期加算は、加算点数を記載する。
- ソ 区分番号 F400 の注 6 に規定する処方箋料を発行した場合は、7種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。
- タ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 2 条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）	1錠	
△△△錠	1錠	17×5

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載して処方箋を交付する場合は、理由について、別表 I に示す項目を参照して記載すること。

(25) 「×線・検査」欄について

- ア 全顎撮影（アナログ撮影）を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、所定点数の合計の 100 分の 50 に相当する点数で算定した場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマ×線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15 センチメートル×30 センチメートルの場合は左欄に、20.3 センチメートル×30.5 センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載する。
- イ 歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数及び回数を記載する。（項番 65）

- ウ 電氣的根管長測定検査は、「EMR」の項にそれぞれ左から単根管、2根管、3根管、4根管の順に点数及び回数を記載する。
- エ 細菌簡易培養検査は、「S培」の項に点数及び回数を記載する。
- オ 顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数及び回数を記載する。（項番 64）
- カ 歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項及び「精密検査」の項のうち、左欄の上から1歯以上10歯未満、10歯以上20歯未満、20歯以上の順にそれぞれ点数を記載する。また、1回目の混合歯列期歯周病検査は「P混検」の項の左欄に点数を記載し、歯周病部分的再評価検査は「P部検」の項に点数及び回数を記載する。歯周病検査を2回以上行った場合は、2回目以後の混合歯列期歯周病検査は「P混検」の項の右欄に点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査はそれぞれ該当する検査の項のうち右欄に点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数及び回数を、下段に2回以上行った場合の2回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載して差し支えない。（項番 62）
- キ 1回目の口腔細菌定量検査1は「菌検」の項の左欄に点数を記載し、2回以上行った場合は右欄に点数及び回数を記載する。
- ク 「その他」欄について
- （ア） 標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合は、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載する。（項番 74、77）
- （イ） 全顎撮影（デジタル撮影）の場合は、枚数及びその合計点数を記載する。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合歯科部分パノラマ断層撮影の場合及び歯科用3次元エックス線断層撮影の場合は、点数及び回数を記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影は、（ク）の電子画像管理加算に係る規定により記載する。（項番 74、77）
- （ウ） 歯科画像診断管理加算1又は歯科画像診断管理加算2を算定した場合は、点数を記載する。
- （エ） 遠隔画像診断を行った場合は、点数を記載する。
- （オ） 新生児、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対する加算を算定した場合は、アにかかわらず、当該加算後の点数及び回数を記載する。（項番 74）
- （カ） 記載欄が示されていない各種の検査は、当該欄に点数及び回数を記載する。検査に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。（項番 60）
- （キ） 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数を記載する。（項番 75）
- （ク） 電子画像管理加算は、歯科エックス線撮影の場合、歯科パノラマ断層撮影の場合、歯科用3次元エックス線断層撮影の場合、歯科部分パノラマ断層撮影の場合、その他の場合は、それぞれ加算点数を点数に合算した点数及び回数を記載する。
- （ケ） 口腔細菌定量検査2を算定する場合は、点数を記載する。（項番 63）
- （コ） 有床義歯咀嚼機能検査を算定する場合は、点数を記載する。（項番 66）
- （サ） 咀嚼能力検査1若しくは2、咬合圧検査1若しくは2、口腔粘膜湿度検査、小児口唇

閉鎖力検査又は舌圧検査を算定した場合は点数及び回数を記載する。(項番 67、68、69、70、71、72)

(シ) 精密触覚機能検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

(ス) 睡眠時歯科筋電図検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。

(セ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に、それ以外は「摘要」欄に記載して差し支えない。以下「その他」欄において同様とする。

(26) 「処置・手術」欄について

ア 単純処置は、「単純」の項に点数及び回数を記載する。

イ 歯髄保護処置は、「保護」の項のうち、歯髄温存療法を行った場合は左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ウ 象牙質レジンコーティングは、「Rコ」の項に点数及び回数を記載する。

エ 初期う蝕早期充填処置は、「填塞」の項のうち、グラスアイオノマー系を用いた場合は左欄に、複合レジン系を用いた場合は右欄に、それぞれ材料を合算した点数及び回数を記載する。

オ 知覚過敏処置は、「Hys」の項のうち、3歯までの場合は左欄に、4歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

カ 咬合調整は、「咬調」の項のうち、1歯から10歯未満の場合は左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番 90)

キ 残根削合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。

ク 歯髄温存療法、直接歯髄保護処置、生活歯髄切断又は抜髄のために表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた場合は、使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%、mL又はmg等)及び使用量を「その他」欄に記載する。(項番 111)

ケ 抜髄は、「抜髄」の項にそれぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に点数及び回数を記載する。

また、歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内又は直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内の場合は、「その他」欄にそれぞれ点数及び回数を記載する。

コ 感染根管処置は「感根処」の項に、根管貼薬処置は「根貼」の項に、根管充填は「根充」の項に、それぞれ上から単根管、2根管、3根管以上の順に点数及び回数を記載する。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合又は抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「その他」欄に点数を記載する。(項番 91、92)

サ 根管充填の際に加圧根管充填処置を併せて行った場合は、「加圧根充」の項の上から単根管、2根管、3根管以上の順に加算点数及び回数を記載する。

また、手術用顕微鏡加算及びNi-Tiロータリーファイル加算は、「加圧根充」の項の「+ × + ×」欄に左から手術用顕微鏡加算の点数及び回数並びにNi-Tiロータリーファイル加算の点数及び回数を記載する。(項番 93、94、95)

シ 生活歯髄切断は、「生切」の項の上欄に点数及び回数を記載する。なお、乳歯及び永久歯の歯根完成期以前の歯髄の場合は、下欄に点数と加算点数の合計点数及び回数を記載する。

ス 機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。(項番 109)

セ 歯冠修復物又は補綴物の除去は、「除去」の項のうち、簡単なものは上欄に、困難なものは中欄に、著しく困難なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番 105)

- ソ フッ化物歯面塗布処置は、「F局」の項に点数を記載する。（項番 110）
- タ 有床義歯床下粘膜調整処置は、「T. cond」の項に点数及び回数を記載する。
- チ 歯周基本治療におけるスケーリングは「SC」の項に点数及び回数を記載し、同時に3分の1額を超えて行った場合は項中の「+ ×」欄に3分の1額を増すごとに加算点数及び回数を記載する。
- また、2回目以降は右欄に100分の50に相当する点数及び回数を記載し、同時に3分の1額を超えて行う場合は項中の「+ ×」欄に3分の1額を増すごとに加算点数の100分の50に相当する点数及び回数を記載する。
- ツ 歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニングは、「SRP」の項うち、「前」の項に前歯、「小」の項に小臼歯、「大」の項に大臼歯の順に点数及び回数を記載する。
- また、同部位に対して2回以上歯周基本治療を行った場合は、2回目以降は右欄に前歯、小臼歯及び大臼歯の順に100分の50に相当する点数及び回数を記載する。
- テ 歯周病継続支援治療は、「SPT」の項に点数（加算を含む。）を記載する。なお、口腔管理体制強化加算及び重症化予防連携強化加算は、項中の「+」欄にそれぞれ左から口腔管理体制強化加算、重症化予防連携強化加算の順に当該加算点数を記載する。（項番 98、99）
- ト 歯周病処置は、「P処」の項に点数及び回数を記載する。（項番 97）
- ナ 口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下膿瘍、口蓋膿瘍等は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、智歯周囲炎の歯肉弁切除等は、「その他」の欄に点数及び回数を記載する。（項番 122）
- ニ 抜歯手術は、「抜歯」の項のうち、乳歯は「乳」の項に、前歯は「前」の項に、臼歯は「臼」の項に、埋伏歯は「埋」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。
- また、前歯及び臼歯の難抜歯加算は、「前」又は「臼」の項の「+ ×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載し、下顎完全埋伏智歯（骨性）及び下顎水平埋伏智歯に係る加算は、「埋」の項の「+ ×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載する。（項番 117）
- ヌ 区分「I100」又は「J300」により特定薬剤を算定する場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番 112、130）
- ネ 「その他」欄について
- (ア) 処置又は手術のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番 87、100、107、113、125）
- (イ) 診療時間以外、休日若しくは深夜加算を算定する処置又は手術は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例の場合も、点数及び回数を記載する。（項番 88、114）
- (ウ) 口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び口腔内装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。（項番 101）
- (エ) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。（項番 102）
- (オ) 舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。
- (カ) 術後即時顎補綴装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置（装着料を含む。）の点数をそれぞれ記載する。
- (キ) 口腔内装置調整・修理を行った場合は、点数を記載する。
- (ク) 根管内異物除去は、点数及び回数を記載する。また、手術用顕微鏡を用いて当該処置を

- 行った場合は、加算後の点数及び回数を記載する。(項番 106)
- (ケ) 歯の破折片除去は、点数及び回数を記載する。
- (コ) 周術期等専門的口腔衛生処置 1 は、周術期等口腔機能管理料 (Ⅰ) 又は (Ⅱ) を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、術前又は術後に応じて、それぞれ点数を記載する。
周術期等口腔機能管理料 (Ⅲ) 又は (Ⅳ) を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、点数を記載する。また、周術期等専門的口腔衛生処置 2 は、点数を記載する。(項番 108)
- (サ) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、点数を記載する。
- (シ) 口腔粘膜処置は、点数を記載する。
- (ス) 非経口摂取患者口腔粘膜処置は、点数及び回数を記載する。
- (セ) 摘便は、点数及び回数を記載する。
- (ソ) ハイフローセラピーを算定した場合は、動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果、点数及び回数を「その他」欄に記載する。(項番 96)
- (タ) 経管栄養・薬剤投与用カテーテル交換法は、点数及び回数を記載する。
- (チ) 留置カテーテル設置は、点数及び回数を記載する。
- (ツ) 超音波ネブライザは、点数及び回数を記載する。
- (テ) 回復期等専門的口腔衛生処置は、点数及び回数を記載する。
- (ト) 口腔バイオフィilm除去処置は、点数及び回数を記載する。
- (ナ) 口腔リンパ管腫局所注入は、点数(加算を含む。)を記載する。
- (ニ) 入院を必要とする HIV 抗体陽性の患者に対する観血的手術加算は、加算後の点数及び回数を記載する。(項番 116)
- (ヌ) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌 (MRSA) 感染症患者に対する加算は、加算後の点数及び回数を記載する。
- (ネ) 内視鏡下加算は、加算後の点数及び回数を記載する。
- (ノ) 歯根端切除手術における、「2 歯科用 3 次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」を行う場合は、点数及び回数を記載する。(項番 118)
- (ハ) 歯の再植術又は歯の移植手術は、点数及び回数を記載する。(項番 119、120、121)
- (ヒ) 歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術は、点数を記載する。(項番 123)
- (フ) 手術時歯根面レーザー応用加算は、点数及び回数を記載する。(項番 124)
- (ヘ) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術は、点数及び回数を記載する。(項番 126)
- (ホ) 広範囲顎骨支持型装置搔爬術は、点数を記載する。(項番 127)
- (マ) 頭頸部悪性腫瘍光線力学療法は、点数を記載する。(項番 128)
- (ミ) レーザー機器加算は、点数及び回数を記載する。(項番 129)
- (ム) 口腔粘膜蛍光観察評価加算は、点数を記載する。
- (メ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。(項番 131)
- ノ 乳幼児加算、歯科診療特別対応加算、歯科訪問診療時の加算等を伴う処置及び手術は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。(項番 89、115)
- (27) 「麻酔」欄について
- ア 伝達麻酔は「伝麻」の項に、浸潤麻酔は「浸麻」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- イ 未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児(1歳以上3歳未満)加算、乳幼児(6歳未満)

加算又は歯科診療特別対応加算等を伴う麻酔は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。

ウ 「その他」欄について

(ア) 区分「K100」による麻酔薬剤は、点数及び回数を記載する。(項番139)

(イ) 吸入鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。(項番135)

(ウ) 静脈内鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。(項番136)

(エ) 歯科麻酔管理料は点数及び回数を記載する。

(オ) 歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。(項番137、138)

(カ) 伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。(項番132)

(キ) 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、点数及び回数を記載する。(項番133)

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

ア 各項に点数を記載する場合は、技術料及び材料料を合算した点数(乳幼児加算又は歯科診療特別対応加算1、2又は3等は、当該加算点数を更に合算した点数)並びに回数を記載する。ただし、有床義歯、有床義歯内面適合法及び床修理は、技術料、材料料及び装着料を合算した点数並びに回数を記載する。

また、充填は、技術料及び充填材料料を別の項に記載する。なお、装着材料料は「装着材料」の項に、人工歯料は「人工歯」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

イ 補綴時診断料は、「補診」の項のうち、欠損補綴物を新たに製作する場合は左欄に、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算1及び2は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。(項番141、142)

ウ クラウン・ブリッジ維持管理料は、「維持管理」の項の左から単冠、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下のブリッジ、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上のブリッジの順にそれぞれ点数及び回数を記載する。

エ 「印象」の項について

印象採得の「1 歯冠修復」の「イ 単純印象」、「1 歯冠修復」の「ロ 連合印象」、「2 欠損補綴」の「ニ ブリッジ (1) 5歯以下の場合」及び「2 欠損補綴」の「ニ ブリッジ (2) 6歯以上の場合」は、「印象」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。「2 欠損補綴」の「イ 単純印象 (1) 簡単なもの」、「2 欠損補綴」の「イ 単純印象 (2) 困難なもの」、「2 欠損補綴」の「ロ 連合印象」及び「2 欠損補綴」の「ハ 特殊印象」は、「印象」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算1及び2は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。なお、「印象」の項に書ききれない場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番148、149)

オ 咬合採得の「1 歯冠修復」、「2 欠損補綴」の「イ ブリッジ (1) 5歯以下の場合」及び「2 欠損補綴」の「イ ブリッジ (2) 6歯以上の場合」は、「咬合」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。咬合採得の「2 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 (1

）少数歯欠損」、「2 欠損補綴」の「口 有床義歯（2）多数歯欠損」及び「2 欠損補綴」の「口 有床義歯（3）総義歯」は、「咬合」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。なお、「2 欠損補綴」の「ハ 口蓋補綴、顎補綴」については、「その他」欄に点数及び回数を記載する。また、歯科技工士連携加算 1 及び 2 は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 153、154）

カ ブリッジの試適の「5 歯以下の場合」及び「6 歯以上の場合」は「試適」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。仮床試適の「少数歯欠損」、「多数歯欠損」及び「総義歯」は、「試適」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。また、仮床試適における歯科技工士連携加算 1 及び 2 は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 155）

キ 「歯冠形成」欄について

（ア）生活歯冠形成は、「（生単）」の項のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯部の 4 分の 3 冠及び CAD/CAM 冠の場合は「前 C」の項に、その他の金属冠、チタン冠、乳歯冠（乳歯金属冠を除く。）及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠、小児保険装置及び既製金属冠の場合は「既製」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

（イ）ブリッジに対する生活歯冠形成は「（生ブ）」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の 4 分の 3 冠、接着冠、高強度硬質レジンブリッジ及びチタンブリッジ（レジン前装を行う場合に限る。）の場合は「前接」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。また、ブリッジ支台歯冠形成加算は、項中の「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。

（ウ）失活歯冠形成は、「（失単）」の項のうち、レジン前装金属冠、レジン前装チタン冠、前歯部の 4 分の 3 冠及び CAD/CAM 冠の場合は「前 C」の項に、その他の金属冠、チタン冠、乳歯冠（乳歯金属冠を除く。）及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠、小児保険装置及び既製金属冠の場合は「既製」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

（エ）ブリッジに対する失活歯冠形成は「（失ブ）」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の 4 分の 3 冠、高強度硬質レジンブリッジ及びチタンブリッジ（レジン前装を行う場合に限る。）の場合は「前」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数（加算を含む。）及び回数を記載する。また、ブリッジ支台歯冠形成加算は、項中の「+ ×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。

（オ）窩洞形成は、「（窩洞）」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは中欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。なお、複雑なものにおけるブリッジ支台歯冠形成加算は、複雑なものの下欄に加算点数及び回数を記載する。

また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、ブリッジ支台歯冠形成加算の下欄に点数及び回数を記載する。なお、CAD/CAM インレーのための窩洞形成に係る加算は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。（項番 144）

（カ）即時充填形成は、「充填」の項に点数及び回数を記載し、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、項中の「+ ×」欄に点数及び回数を記載する。（項番 145）

（キ）インレー修復形成は、「修形」の項に点数及び回数を記載する。また、CAD/CAM インレーのための窩洞形成に係る加算は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。

(ク) 補綴前処置は、「前処」の項に点数及び回数を記載する。修理を行った有床義歯に対して再度、義歯修理を行う場合についても、「前処」の項に点数及び回数を記載する。(項番 146)

(ケ) 生活歯歯冠形成のために表面麻酔、浸潤麻酔又は簡単な伝達麻酔に用いた場合は、使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%, mL 又は mg 等)及び使用量を「その他」欄に記載する。(項番 176)

ク 「充填」の項について

(ア) 充填に係る技術料は、「充填1」又は「充填2」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。(項番 156)

(イ) 充填に際して歯科充填用材料Ⅰの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の上欄に、グラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の下欄に、歯科充填用材料Ⅱの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の上欄に、グラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の下欄に、それ以外の材料を用いた場合は「その他」欄に、それぞれ充填材料の点数及び回数を記載する。なお、それぞれの項において、充填の「単純なもの」は左欄に、充填の「複雑なもの」は右欄に記載する。

ケ 「支台築造」の項について

(ア) 間接法において、メタルコアによる支台築造は、「メタル」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位ごとにそれぞれ記載する。(項番 147)

(イ) 直接法において、その他の支台築造は、「その他」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位ごとにそれぞれ記載する。(項番 147)

(ウ) 支台築造印象は「支台印象」の項に点数及び回数を記載する。

コ 「金属歯冠修復」の項について

(ア) 乳歯、前歯及び小臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「乳前小銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯部の4分の3冠及び接着冠、臼歯部の5分の4冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。

(イ) 前歯及び小臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯部の4分の3冠及び接着冠、臼歯部の5分の4冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。(項番 157)

(ウ) 大臼歯に鋳造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「大パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠(生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。)及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

(エ) 大臼歯に銀合金を用いた金属歯冠修復は、「大銀」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、5分の4冠(生活歯をブリッジの支台として用いる場合に限る。)及び接着冠、全部金属冠の順に点数及び回数を記載する。

(オ) 可動性連結装置は、当該装置を装着した歯に対する金属歯冠修復の記入欄に、(ア)とは別に点数及び回数を記載する。

(カ) 装着材料は、「装着材料」の項に点数及び回数を記載する。

サ 「仮着」の項について

ブリッジの仮着は、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

シ 暫間歯冠補綴装置は、「TeC」の項に点数及び回数を記載する。(項番150)

ス 「硬ジ」の項、「乳」の項及び「CAD冠」の項について

(ア) 硬質レジンジャケット冠は、「硬ジ」の項のうち、光重合硬質レジン左欄に、加熱重合硬質レジン右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番160)

(イ) 乳歯冠は、「乳」の項の左欄に乳歯金属冠を、右欄には乳歯に対するジャケット冠を、それぞれ点数(ジャケット冠は人工歯料を除く。)及び回数を記載する。

(ウ) CAD/CAM冠の「1 2以外の場合」は、「CAD冠」の項のうち、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(I)を用いた場合は「(I)」の項、CAD/CAM冠用材料(II)を用いた場合は「(II)」の項に、大臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(III)を用いた場合は「(III)」の項、前歯に対してCAD/CAM冠用材料(IV)を用いた場合は「(IV)」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(III)を用いた場合は「(I)」又は「(II)」の項に点数及び回数を記載する。また、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合は、後継永久歯に準じて「(I)」、「(II)」又は「(IV)」の項に点数及び回数を記載する。(項番161)

セ 「CADIn」の項、「チ冠」の項及び「前チ」の項について

(ア) CAD/CAMインレーは、「CADIn」の項のうち、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(I)を用いた場合は「(I)」の項、CAD/CAM冠用材料(II)を用いた場合は「(II)」の項に、大臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(III)を用いた場合は「(III)」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、小臼歯に対してCAD/CAM冠用材料(III)を用いた場合、後継永久歯が先天性に欠如している乳歯に使用する場合は「(I)」又は「(II)」の項に点数及び回数を記載する。

(イ) チタン冠は、「チ冠」の項に点数及び回数を記載する。

(ウ) レジン前装チタン冠は、「前チ」の項に点数及び回数を記載する。

ソ 「根板」の項について

(ア) 前歯及び小臼歯に鑄造用金銀パラジウム合金を用いた根面板は、「パ前小」の項に点数及び回数を記載する。

(イ) 大臼歯に鑄造用金銀パラジウム合金を用いた根面板は、「パ大」の項に点数及び回数を記載する。

(ウ) 前歯及び小臼歯に銀合金を用いた根面板は、「銀前小」の項に点数及び回数を記載する。

(エ) 大臼歯に銀合金を用いた根面板は、「銀大」の項に点数及び回数を記載する。

(オ) 歯科充填用材料Iを用いて根面を被覆した場合は、「レジン」の項に点数及び回数を記載する。

タ 「ポンティック」の項について

(ア) 鑄造ポンティックは、「鑄造」の項のうち、大臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、小臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、点数及び回数を記載する。(項

番 165)

(イ) レジン前装鑄造ポンティックは、「前装」の項のうち、前歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ前」の項に、小臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、大臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、前歯に対する銀合金を用いた製作は「銀前」の項に、小臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀小」の項に、大臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番 165)

チ 「Br 装着」の項について

ブリッジを装着した場合の装着料は、「Br 装着」の項のうち、ブリッジ 1 装置について支台歯とポンティックの数の合計が 5 歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が 6 歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ツ 「装着」の項について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載する。なお、CAD/CAM 冠及び CAD/CAM インレーの装着は、項中の「+ ×」欄に加算点数及び回数も記載する。

テ 「HRBr」の項について

高強度硬質レジンブリッジは、「HRBr」の項に点数及び回数を記載する。

ト 「TiBr」の項について

チタンブリッジは、「TiBr」の項に点数及び回数を記載する。なお、レジン前装を行った場合は、項中の「+ ×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。

ナ 「有床義歯」の項について

有床義歯は、点数及び床数を記載する。(項番 167、169)

ニ 「床適合」の項について

硬質材料を用いた有床義歯内面適合法は、点数及び床数を記載する。なお、軟質材料を用いた有床義歯内面適合法は、「その他」欄に点数を記載する。また、有床義歯内面適合法に伴う歯科技工加算 1 又は 2 は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。(項番 173、174)

ヌ 「床修理」の項について

有床義歯修理は、1～8 歯欠損の場合は上欄に、9～14 歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、有床義歯修理に伴う歯科技工加算 1 及び 2 において、歯科技工加算 1 は項中の「+ ×」欄の左欄に加算点数及び回数を記載し、歯科技工加算 2 は項中の「+ ×」欄の右欄に加算点数及び回数を記載する。(項番 171、172)

ネ 「人工歯」の項について

人工歯料は、点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、「人工歯」の項の記載は上欄左から右へ記載する。なお、書ききれない場合は、中欄から下欄へ順に点数及び回数を記載する。

ノ 「バー」の項について

(ア) 大連結子について、鑄造バーのうち、鑄造用コバルトクロム合金を用いた製作は「コバ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

(イ) 大連結子の屈曲バーは、「屈曲」の項のうち、不銹鋼及び特殊鋼による屈曲バーの製作は「不特」の項に、保持装置の使用は「保」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ハ 「鉤」の項について

(ア) 鑄造鉤のうち、鑄造用コバルトクロム合金を用いた製作は、「コバ」の項に、それぞれ

上から双子鉤、二腕鉤の点数及び回数を記載する。

(イ) 線鉤のうち、不銹鋼及び特殊鋼を用いた製作は、「不・特」の項に、それぞれ上から双子鉤、二腕鉤（レスト無し）の点数及び回数を記載する。

(ウ) コンビネーション鉤について、鑄造用コバルトクロム合金によるコンビネーション鉤の製作は「コンビ」の項に、点数及び回数を記載する。

ヒ 「間接」の項について

間接支台装置は、「間接」の項に点数及び回数を記載する。

フ 「磁性アタッチメント」の項について

(ア) 磁石構造体を用いる場合は、「磁性アタッチメント」の項のうち、「磁石」の項に、点数及び回数を記載する。

(イ) キーパー付き根面板を用いる場合は、「キ付根板」の項のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いて前歯及び小臼歯に対しての製作は「パ」の項の「前小」の項に、大臼歯に対する製作は「大」の項に、銀合金を用いて前歯及び小臼歯に対しての製作は「銀」の項の「前小」の項に、大臼歯に対する製作は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ヘ 「修理」の項について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理は、点数及び回数を記載する。

ホ 「その他」欄について

(ア) クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生（支）局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合は、所定点数の100分の70に相当する点数及び回数を記載する。（項番140）

(イ) 咬合印象は、点数及び回数を記載する。

(ウ) 光学印象は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。（項番151）

(エ) 仮床試適の「4 その他の場合」は、点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

(オ) 小児保険装置は、点数及び回数を記載する。（項番163、164）

(カ) 3次元プリント有床義歯や熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、名称、部位、点数及び回数を記載する。（項番168、169）

(キ) レジンインレー又は既製金属冠等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、点数及び回数を記載する。

なお、接着ブリッジの装着を行った場合の装着料は、加算を合算した点数及び回数を記載する。（項番140）

(ク) 鑄造用金銀パラジウム合金による鑄造バーは、点数及び回数を記載する。

(ケ) 歯科用14カラット金合金鉤用線による線鉤は、点数及び回数を記載する。

(コ) 不銹鋼及び特殊鋼による線鉤のうち、二腕鉤（レスト付き）は点数及び回数を記載する。

(サ) 鑄造用金銀パラジウム合金によるコンビネーション鉤は、点数及び回数を記載する。

(シ) 歯科鑄造用14カラット金合金及び鑄造用金銀パラジウム合金による鑄造鉤は、点数及び回数を記載する。

(ス) 有床義歯補強加算は、点数及び回数を記載する。

(セ) 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内の当該有床義歯の修理及び有床義歯内面適合法は、それぞれの点数の100分の50に相当する点数及び装着料を合算した点数を記載する。（項番171、172、173、174）

(ソ) 脱離した歯冠修復物の再装着は、点数及び回数を記載する。なお、それに伴い内面

- 処理加算を行った場合は点数及び回数を記載する。(項番 152)
- (タ) 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、ブリッジ1装置について、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合又は支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合に分けて、点数及び回数を記載する。(項番 152)
- (チ) 歯科鑄造用 14 カラット金合金を用いた金属歯冠修復は、点数及び回数を記載する。(項番 157)
- (ツ) 広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴(ブリッジ形態のもの)に用いたリテーナー、広範囲顎骨支持型補綴又は広範囲顎骨支持型補綴物修理は、それぞれ点数を記載すること。(項番 175)
- (テ) チタン冠を歯根分割した歯に対し装着した場合は技術料及び材料料を合算した点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。
- (ト) CAD/CAM冠の「1 2以外の場合」について、CAD/CAM冠用材料(V)を用いた場合は、点数及び回数を記載する。
- (ナ) CAD/CAM冠の「2 エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合は、点数及び回数を記載する。
- (ニ) CAD/CAM冠を歯根分割した歯に対し装着した場合は技術料及び材料料を合算した点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。
- (ヌ) 歯冠修復及び欠損補綴のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない場合は、名称、点数及び回数を記載する。「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。
- (ネ) 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合の当該歯冠修復物又は欠損補綴物は、該当する記載欄に装着料を含まない点数及び回数を記載する。(項番 140)
- (29) 歯科矯正について
全体の「その他」欄に記載する。(項番 178~188)
- ア 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、それぞれ点数と装着料を合算した点数を記載する。
- イ 植立は点数を記載する。また、アンカースクリュー脱落后の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合は、点数を記載する。(項番 158)
- (30) その他について
全体の「その他」欄に記載する。
- ア 看護職員処遇改善評価料、歯科外来・在宅ベースアップ評価料(I)及び歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)、入院ベースアップ評価料並びに歯科技工所ベースアップ支援料は、それぞれ点数及び回数を記載する。
- (31) その他の項目について
ア 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合の療養担当手当は、全体の「その他」欄に点数を記載する。
- イ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙

(用紙の色は白色で可とする。)に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号(例；1社・国 1単独 2本外)、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、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。

ウ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算又は在宅医療DX情報活用加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。

(32) 「点数」欄について

「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載する。

医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第1公費に係る請求点数、第2公費に係る請求点数を記載するが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えない。

なお、月の途中で公費負担医療の受給資格の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医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数も必ず記載する。

また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とする。

(33) 「合計」欄について

請求する医療保険に係る合計点数を記載する。

(34) 「一部負担金額」欄について

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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。)の提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供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。)は、次による。

(ア) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載する。ただし、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。

(イ) 健康保険及び国民健康保険の場合は、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額される金額を記載して「円」の文字を○で囲む。

また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。)の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供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は、以下による。

(ア) 高額療養費が現物給付された者に限り記載し、支払いを受けた一部負担金の額を記載す

る。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」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、下段に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。なお、「一部負担金」の項に記載しきれない場合には、「摘要」欄に（ ）で再掲して差し支えない。

- (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。
- (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、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載する。
- (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、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載する。
- (オ) 健康保険及び国民健康保険において、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「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して「円」の文字を○で囲む。
また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払が猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。
- (カ) 後期高齢者医療において、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は減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「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して「円」を○で囲む。また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

(35) 「公費分点数」欄について

ア 「請求」の項は、第 1 公費に係る合計点数を記載する。なお、第 2 公費に係る合計点数がある場合は、括弧書きで記載する。ただし、第 1 公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第 1 公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えない。

また、第 2 公費がある場合において、当該第 2 公費に係る合計点数が第 1 公費に係る合計点数と同じ場合は、第 2 公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えない。

(36) 「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（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患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金」の項に金額を記載するもの場合は（33）のイの（ア）により記載した額を、金額の記載を要しないもの場合は 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。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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しく

は限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供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(即ち、窓口で徴収した額)を記載する。

また、障害者総合支援法による精神通院医療等、児童福祉法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に係る患者の負担額は、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、児童福祉法による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。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若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証の提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報の提供があった者で高額療養費が現物給付化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、当該公費に係る負担額は「患者負担額(公費)」欄への記載は要しない。

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、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者は、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載する。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患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は10円未満の端数を四捨五入する前の額。)を記載する。

(37) その他

ア 歯科の入院に係る費用の請求に当たっては、原則として医科入院の明細書を使用する。

この場合、当該明細書の「保険種別1」欄の左の欄の「1 医科」を「3 歯科」と訂正する。

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」等歯科独自の診療行為は「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載する。

イ 「処置・手術」等のうち、該当する記載欄を設けていないが頻度の高いものは、「処置・手術」等の「その他」欄に予め印刷しても差し支えない。

ウ 平成18年3月31日保医発第0331002号に規定する特別養護老人ホーム等に入所中の患者について診療報酬を算定した場合は、「特記事項」欄に「施」と表示する。なお、同月内に同患者につき、特別養護老人ホーム等に赴き行った診療と、それ以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ明確に区分し「摘要」欄に記載する。

エ 公費負担医療のみの場合において、請求点数を後期高齢者医療の診療報酬点数表による場合は、「特記事項」欄に「後保」と表示する。

オ 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えた場合は、「特記事項」欄に、それぞれ「長」又は「長2」と記載する。ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に健康保険法施行令第42条第6項第1号又は同項第2号に規定する金額を超えて受領している場合で現物給付

化することが困難な場合を除く。

- カ 患者の疾病又は負傷が交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載する。なお、「交」等従来行われていた記載も差し支えない。
- キ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号、第7号又は第8号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載する。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第2条第12号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「器選」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。
- ク 地方厚生(支)局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合は、「特記事項」欄に「先進」と記載し、先進医療の名称及び先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載する。
- ケ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求は、「特記事項」欄に「制超」と記載する。
また、実施したりハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載する。
- コ 自己負担限度額特例対象被扶養者等は、「特記事項」欄に「高半」と記載する。
- サ 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)は、「摘要」欄に「障害」と記載する。
- シ 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は、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求し、各規定により「摘要」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。)を記載する点数は、その記録を省略しても差し支えない。ただし、平成24年3月診療以前分は、「摘要」欄に算定日を記載する点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載する。
- ス 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号の2又は第7号の2に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。
- セ 70歳未満の場合であって、「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)であるもの)が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「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」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(適用区分が(ア)であるもの)が提示された場合(特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。)、又は70歳以上の場合であって、「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」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(3割))の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額83万円以上(国民健康保険及び後期

高齢者医療にあつては、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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合 (特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾病医療支援を除く。)) を除く。)) には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

ソ 70 歳未満の場合であつて、「標準報酬月額 53 万～79 万円 (国民健康保険及び退職者医療にあつては、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) であるもの) が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円 (国民健康保険にあつては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証 (適用区分が (イ) であるもの) が提示された場合 (特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。))、又は 70 歳以上の場合であつて、「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つては、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)) が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「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つては、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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合 (特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾病医療支援を除く。)) 除く。)) には、「特記事項」欄に「区イ」と記載すること。

タ 70 歳未満の場合であつて、「標準報酬月額 28 万～50 万円 (国民健康保険にあつては、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) であるもの) が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円 (国民健康保険にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証 (適用区分が (ウ) であるもの) が提示された場合 (特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。))、又は 70 歳以上の場合であつて、「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つては、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)) が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「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つては、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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合 (特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾病医療支援を除く。)) を除く。)) には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

チ 70 歳未満の場合であつて、「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険にあつては、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) であるもの) が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下)の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証 (適用区分が (エ) であるもの) が提示された場合 (特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。))、又は 70 歳以上の場合であつて、「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険にあつては課税所得 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)) の提示のみ若しくは高齢受給者証情報の提供のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下 (国民健康保険にあつては課税所得 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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。

ツ 70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は70歳以上の場合であって、「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））が提示若しくは限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合又は「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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。

テ 70歳未満において「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「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つては、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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。

ト 70歳未満において「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険にあつては、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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「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つては、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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多イ」と記載すること。

ナ 70歳未満において「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上において「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つては、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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。

ニ 70歳未満において「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあつては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示

された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあつては課税所得 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、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多エ」と記載すること。

ヌ 70 歳未満において「低所得者の世帯」の適用区分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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多才」と記載すること。

ネ 後期高齢者医療において「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）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、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）」の後期高齢者医療被保険者証（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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区力」と記載すること。

ノ 後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 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）」の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1 割））が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）、又は「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 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）」の後期高齢者医療被保険者証（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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示若しくは後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）を除く。）には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

ハ 後期高齢者医療において「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）」の後期高齢者医療被保険者証（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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証

が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多カ」と記載すること。

- ヒ 後期高齢者医療において「課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 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）」の後期高齢者医療被保険者証（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、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）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若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）には、「特記事項」欄に「多キ」と記載すること。

※ ネからヒまでについては、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チ及びニに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

- フ 別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。
- ヘ 医療法第 30 条の 13 に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第 30 条の 33 の 6 第 1 項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録の通年化について」によること。

IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

(省略)

別表 I 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）

項番	区分	診療行為 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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
1	-	-	請求に際して、特に説明が必要と判断される内容は、簡潔に記載すること。		—		
2	-	-	医科点数表の例により算定することと告示された項目については、医科の記載要領の別表 I に準じて記載すること。		—		
3	A000	初診料	(健康診断の結果に基づき治療を開始する場合において、初診料を算定しない場合) 健康診断の結果に基づき治療を開始した旨を記載すること。 (歯科疾患管理料を算定した患者について、再度初診料を算定する場合) 当該患者の前回治療年月日を記載すること。 なお、治療終了後2月以内に、予想しなかった外傷等により当初の管理計画の対象となっていた疾患とは異なる疾病が生じたことにより初診料を算定する場合は、その理由を記載すること。	820100300	健康診断の結果に基づき治療開始		
				850100296	前回治療年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100332	初診理由:*****		
4	A000	初診料 注9 地域歯科医療加算	歯科巡回診療車による巡回診療の内容を記載すること。	820101872	イ 都道府県等が設置している保険医療機関が歯科巡回診療車を所有している。		※
				820101873	ロ 都道府県の定める医療計画等に基づく巡回診療である。		※
				820101874	ハ その他イ又はロに準ずるものである。		※
5	A000	初診料 注12 歯科診療特別対応連携加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100333	特達紹介元保険医療機関名:*****		
6	A000	初診料 注13 歯科診療特別対応地域支援加算	当該患者の紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100334	特地紹介元保険医療機関名:*****		
7	A000	初診料 注6 歯科診療特別対応加算1、2	(感染症患者に対して歯科診療特別対応加算1又は2を算定した場合) 患者の病名を選択して記載すること。	820101196	(ア)狂犬病		
				820101197	(イ)鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)		
				820101198	(ウ)エムボックス		
				820101199	(エ)重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)		
				820101200	(オ)腎症候性出血熱		
				820101201	(カ)ニパウイルス感染症		
				820101202	(キ)ハンタウイルス肺症候群		
				820101203	(ク)ヘンドラウイルス感染症		
				820101204	(ケ)インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)		
				820101205	(コ)後天性免疫不全症候群(ニューモシス肺炎に限る。)		
				820101206	(サ)麻しん		
				820101207	(シ)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101208	(ス)RSウイルス感染症		
				820101209	(セ)カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		
				820101210	(ソ)感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)		
				820101211	(タ)急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)		
				820101212	(チ)新型コロナウイルス感染症		
				820101213	(ツ)侵襲性髄膜炎菌感染症		
				820101214	(テ)水痘		
				820101215	(ト)先天性風しん症候群		
820101216	(ナ)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症						
820101217	(ニ)バンコマイシン耐性腸球菌感染症						
820101218	(ヌ)百日咳						

項番	区分	診療行為 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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
				820101219	(ネ) 風しん		
				820101220	(ノ) ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		
				820101221	(ハ) 無菌性髄膜炎(病原体がバロウイルスB19によるものに限る。)		
				820101222	(ヒ) 薬剤耐性アシネトバクター感染症		
				820101223	(フ) 薬剤耐性緑膿菌感染症		
				820101224	(ヘ) 流行性耳下腺炎		
				820101225	(ホ) 感染症法第6条第3項に規定する二類感染症		
				820101875	(マ) クロストリジオイデス・デフィシル感染症		※
				820101876	(ミ) 基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症		※
8	A000	歯科診療特別対応 加算1、2及び3	診療時間を記載すること。	CA002 (301000470)	歯科診療特別対応加算1(初診)****分	○	
				CA003 (301000570)	歯科診療特別対応加算2(初診)****分	○	
				CA261 (301122870)	歯科診療特別対応加算3(初診)****分	○	
9	A002	再診料(同日再診 同日電話再診)	(同日に2回以上の再診(電話等再診を含む。))がある場合 同日再診、同日電話再診のうち該当するものを記載すること。	301003050	同日再診	○	
				301003250	同日病再診	○	
				301073250	同日再診(未届出)	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	○	
				301182510	同日再診料(診療所)(情報通信機器を用いた場合)	○	
				301182610	同日再診料(診療所・未届出)(情報通信機器を用いた場合)	○	
				301182810	同日再診料(病院)(情報通信機器を用いた場合)	○	
10	A002	再診料(電話再診)	電話再診に係る再診料の回数を記載すること(再掲)。	301002810	電話等再診	○	
				301002910	電話等病再診	○	
				301073110	電話等再診(未届出)	○	
				301003150	同日電話等再診	○	
				301003350	同日電話等病再診	○	
				301073350	同日電話等再診(未届出)	○	
				820101196	(ア) 狂犬病		
				820101197	(イ) 鳥インフルエンザ(特定鳥インフルエンザを除く。)		
				820101198	(ウ) エムボックス		
				820101199	(エ) 重症熱性血小板減少症候群(病原体がフレボウイルス属SFTSウイルスであるものに限る。)		
				820101200	(オ) 腎症候性出血熱		
				820101201	(カ) ニバウイルス感染症		
				820101202	(キ) ハンタウイルス肺症候群		
				820101203	(ク) ヘンドラウイルス感染症		

項番	区分	診療行為 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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
11	A002	歯科診療特別対応 加算1、2	(感染症患者に対して歯科診療特別対応加算を算定した場合) 患者の病名を記載すること。	820101204	(ケ)インフルエンザ(鳥インフルエンザ及び新型インフルエンザ等感染症を除く。)		
				820101205	(コ)後天性免疫不全症候群(ニューモシスチス肺炎に限る。)		
				820101206	(サ)麻しん		
				820101207	(シ)メチシリン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101208	(ス)RSウイルス感染症		
				820101209	(セ)カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症		
				820101210	(ソ)感染性胃腸炎(病原体がノロウイルスであるものに限る。)		
				820101211	(タ)急性弛緩性麻痺(急性灰白髄炎を除く。病原体がエンテロウイルスによるものに限る。)		
				820101212	(チ)新型コロナウイルス感染症		
				820101213	(ツ)侵襲性髄膜炎菌感染症		
				820101214	(テ)水痘		
				820101215	(ト)先天性風しん症候群		
				820101216	(ナ)バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症		
				820101217	(ニ)バンコマイシン耐性腸球菌感染症		
				820101218	(ヌ)百日咳		
				820101219	(ネ)風しん		
				820101220	(ノ)ペニシリン耐性肺炎球菌感染症		
				820101221	(ハ)無菌性髄膜炎(病原体がバールボウイルスB19によるものに限る。)		
				820101222	(ヒ)薬剤耐性アシネトバクター感染症		
				820101223	(フ)薬剤耐性緑膿菌感染症		
				820101224	(ヘ)流行性耳下腺炎		
820101225	(ホ)感染症法第6条第3項に規定する二類感染症						
820101875	(マ)クロストリジオイデス・デフィシル感染症		※				
820101876	(ミ)基質特異性拡張型βラクタマーゼ産生腸内細菌目細菌感染症		※				
12	A002	歯科診療特別対応 加算1、2及び3	診療時間を記載すること。	CA015 (301001970)	歯科診療特別対応加算1(再診)****分	○	
				CA271 (301123970)	歯科診療特別対応加算2(再診)****分	○	
				CA272 (301124070)	歯科診療特別対応加算3(再診)****分	○	
13	A002	再診料 注13 情報通信機器を用 いた診療	特に情報通信機器を用いた歯科診療が必要な患者の状態を選択して記載すること。 なお、複数の状態に該当する場合は、該当する状態を全て記載すること。	820101226	イ 新型インフルエンザ等感染症等の発生時であって、保険医療機関での対面での診療が困難な状況において、歯科診療を必要とする患者		
				820101227	ロ B000-4-2に掲げる小児口腔機能管理料の「注57」又はB000-4-3に掲げる口腔機能管理料の「注57」に規定する患者		
				820101228	ハ B002に掲げる歯科特定疾患療養管理料の(2)のロ及びトに規定する患者		
				302006410	がん性疼痛緩和指導管理料	○	
				302007810	がん患者指導管理料(歯科医師等の共同診療方針等を文書等で提供)	○	
				302007910	がん患者指導管理料(歯科医師・看護師が心理的不安軽減のため面接)	○	

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
14	B	医学管理等	がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、外来腫瘍化学療法診療料、遺伝性疾患療養指導管理料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、こころの連携指導料(1)、退院時共同指導料1、退院時共同指導料2、退院時薬剤情報管理指導料、がんゲノムプロファイリング評価提供料、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に当該項目を記載すること。	302008010	がん患者指導管理料(歯科医師等が抗悪性腫瘍剤の必要性等文書説明)	○	
				302008610	入院栄養食事指導料1(初回)	○	
				302008710	入院栄養食事指導料1(2回目)	○	
				302008810	入院栄養食事指導料2(初回)	○	
				302008910	入院栄養食事指導料2(2回目)	○	
				302006710	外来緩和ケア管理料	○	
				302006910	外来リハビリテーション診療料1	○	
				302007010	外来リハビリテーション診療料2	○	
				302007110	外来放射線照射診療料	○	
				302012210	外来腫瘍化学療法診療料1(イ)	○	
				302012310	外来腫瘍化学療法診療料1(ロ)	○	
				302012410	外来腫瘍化学療法診療料2(イ)	○	
				302012510	外来腫瘍化学療法診療料2(ロ)	○	
				302018510	外来腫瘍化学療法診療料3(イ)	○	
				302018710	外来腫瘍化学療法診療料3(ロ)	○	
				302022810	遺伝性疾患療養指導管理料(イ)	○	
				302022910	遺伝性疾患療養指導管理料(ロ)	○	
				302022710	介護支援等連携指導料	○	
				302022710	介護支援等連携指導料2	○	
				302007310	がん治療連携計画策定料1	○	
				302007410	がん治療連携計画策定料2	○	
				302005410	がん治療連携指導料	○	
				302007510	がん治療連携管理料(がん診療連携拠点病院)	○	
				302009110	がん治療連携管理料(地域がん診療病院)	○	
				302009210	がん治療連携管理料(小児がん拠点病院)	○	
				302012910	こころの連携指導料(1)	○	
				302004110	退院時共同指導料1(歯援診1又は歯援診2)	○	
				302004210	退院時共同指導料1(1以外)	○	
				302004310	退院時共同指導料2	○	
				302003510	退院時薬剤情報管理指導料	○	
				302013010	がんゲノムプロファイリング評価提供料	○	
302003610	傷病手当金意見書交付料	○					
302004810	医療機器安全管理料	○					
15	B000-4	歯科疾患管理料	有床義歯に係る口腔管理のみを行った場合は、診療報酬明細書の摘要欄にその旨を記載する。	820101879	有床義歯に係る口腔管理のみ		※

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
16	B000-4	歯科疾患管理料 注10 総合医療管理加算	主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100335	総合医療管理加算紹介元保険医療機関名:*****		
17	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料1	(手術等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100336	周計依頼元保険医療機関名:*****		
18	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料2	(他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合) 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。	830100964	周計管理計画策定保険医療機関名:*****		※
19	B000-6 B000-7	周術期等口腔機能管理料(I) 周術期等口腔機能管理料(II)	手術の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 (「1 手術前」の算定がなく、「2 手術後」の算定がある場合) 脳卒中等による緊急手術を実施した患者に対して術後早期に口腔機能管理の依頼を受けた旨を記載すること。	850100298	周1(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100300	周2(手術後)手術等実施年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100302	周1(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100304	周2(手術前)手術等予定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				820100379	脳卒中等の術後早期に口腔機能管理の依頼		
20	B000-8	周術期等口腔機能管理料(III)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 緩和ケアの場合はその旨を記載すること。 集中治療室での治療後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。 (長期管理加算を算定する場合) B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850100470	放射線治療等実施年月日(周3):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100306	放射線治療等予定年月日(周3):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				820101015	緩和ケア(周3)		
				820101327	集中治療室(周3)		
				850190244	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日(周3(長期管理加算)): (元号)yy年"mm"月"dd"日		
21	B000-9	周術期等口腔機能管理料(IV)	がん等に係る放射線治療又は化学療法の実施年月日又は予定年月日を記載すること。 緩和ケアの場合はその旨を記載すること。 集中治療室での治療又はその後の一連の治療を実施している患者の場合はその旨を記載すること。 (長期管理加算を算定する場合) B000-5に掲げる周術期等口腔機能管理計画策定料の算定年月日を記載すること。	850190277	放射線治療等実施年月日(周4):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850190278	放射線治療等予定年月日(周4):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				820101328	緩和ケア(周4)		
				820101329	集中治療室(周4)		
				850190246	周術期等口腔機能管理計画策定料算定年月日(周4(長期管理加算)): (元号)yy年"mm"月"dd"日		
22	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料1	(リハビリテーション等を実施する保険医療機関からの文書による依頼に基づく場合) 依頼元保険医療機関名を記載すること。	830100875	回計依頼元保険医療機関名:*****		
23	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料2	(他の保険医療機関で策定した管理計画を修正した場合) 変更前の管理計画書を策定した保険医療機関名を記載すること。	830100964	回計管理計画策定保険医療機関名:*****		※
24	B002	歯科特定疾患療養管理料 注2 共同療養指導計画加算	共同療養指導計画の策定に関わった患者の主治医(区分番号B002 歯科特定疾患療養管理料の「注1」に規定する別に厚生労働大臣が定める疾患に係るものに限る。)の保険医療機関名を記載すること。	830100337	共計主治医の保険医療機関名:*****		
25	B003	特定薬剤治療管理料	全体の「その他」欄に初回の算定年月を記載すること。なお、4月目以降の特定薬剤治療管理料は、初回の算定年月の記載を省略して差し支えない。	850100307	業初回算定年月:(元号)yy年"mm"月		
26	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料	実施した腫瘍マーカーの検査名を記載すること。	830100338	悪性腫瘍特異物質治療管理料検査名:*****		
27	B004-6-2	歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100339	医管医科の主病名:*****		
			(在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療を算定している場合(歯周病継続支援治療を算定した日を除く。)) 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100876	実際に行った処置の項目(歯科治療時医療管理料):*****		
			(区分番号B004-6-2の「注1」に掲げる処置を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合) 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101229	患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止(歯科治療時医療管理料)		
28	B005	開放型病院共同指導料(I)	入院日を記載すること。	850100308	開1入院年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
29	B006-4	歯科遠隔連携診療料	連携先の保険医療機関名を記載すること。	830100877	歯科遠隔連携診療料連携先保険医療機関名:*****		
30	B007	退院前訪問指導料	(退院前訪問指導料を2回算定する場合) それぞれの訪問指導日を記載すること。	850100309	退院前訪問指導年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
31	B008	薬剤管理指導料1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合	指導日及び薬剤名を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				830100340	薬管1(安全管理を要する医薬品投与患者)薬剤名:*****		
32	B008	薬剤管理指導料2 1の患者以外の患者に対して行う場合	指導日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
33	B008	薬剤管理指導料 注2 麻薬管理指導加算	指導日を記載すること。	850100310	麻加指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
34	B008-2	薬剤総合評価調整管理料	(当該保険医療機関及び他の保険医療機関で処方された内服薬を合計した種類数から2種類以上減少した場合) 当該他の保険医療機関名及び各保険医療機関における調整前後の薬剤の種類数を記載すること。	842100062	薬剤総合評価調整管理料調整前後の種類数:*****		
				830100461	薬剤総合評価調整管理料他の保険医療機関名:*****		
35	B009	診療情報提供料 (I)	(保険医療機関以外の機関へ情報提供した場合) 情報提供先を記載すること。	830100341	情1情報提供先:*****		
36	B009	診療情報提供料 (I) 注5 退院患者の紹介加算	退院日を記載すること。	850100311	情1加1退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
37	B009	診療情報提供料 (I) 注8 検査・画像情報提供加算 イ	退院日を記載すること。	850100312	検査・画像情報提供加算(退院患者の必要な情報を提供)退院年月日: (元号)yy"年"mm"月"dd"日		
38	B011	診療情報等連携共有料	(診療情報等連携共有料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関名又は保険薬局名を記載すること。	830100342	診療情報等連携共有料連携先保険医療機関名:*****		
				830100878	診療情報等連携共有料連携先保険薬局名:*****		
				830100879	診療情報等連携共有料依頼元保険医療機関名:*****		
39	B011-2	連携強化診療情報提供料	(妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。	820100579	妊娠中(連携強化診療情報提供料)		
40	B011-4	退院時薬剤情報管理指導料	退院日を記載すること。	850100313	退院時薬剤情報管理指導料退院年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
41	B012	傷病手当金意見書交付料	全体の「その他」欄に交付年月日を記載すること。	850100089	交付年月日(傷病手当金意見書交付料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
			(当該月前に受療した傷病について傷病手当金意見書の交付のみの求めがあった場合) 当該意見書の対象となった傷病名及びその傷病の診察開始年月日を「傷病名部位」欄及び「診察開始日」欄にそれぞれ記載すること。	傷病名コード (傷病名を表示する。)	○		
					修飾語コード (修飾語を表示する。)	○	
42	B013	新製有床義歯管理料	(「傷病名部位」欄に記載した欠損部位と装着部位が異なる場合) 装着部位を記載すること。	830100343	義管装着部位:*****		
43	B014	退院時共同指導料1	全体の「その他」欄に患者が入院している保険医療機関名を記載。なお、2回目の当該退院時共同指導料は、全体の「その他」欄に別に厚生労働大臣が定める疾病のうち、該当する病名を記載すること。なお、1回目の場合は1回目と記載すること。	830100344	退院時共同指導料1保険医療機関名:*****		
				830100345	退院時共同指導料1病名:*****		
				820100303	1回目(退院時共同指導料1)		
44	B015	退院時共同指導料2	全体の「その他」欄に当該指導を共同して行った保険医療機関名、共同指導に参画した者の職種及び指導年月日を記載すること。	830100346	退院時共同指導料2保険医療機関名:*****		
				830100347	退院時共同指導料2指導参画者の職種:*****		
				850100314	退院時共同指導料2指導年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
45	C000	歯科訪問診療料	訪問診療を行った日付、実施時刻(開始時刻と終了時刻)、訪問先名(記載例:自宅、〇〇マンション、介護老人保健施設××苑)及び患者の状態を記載すること。 なお、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第2部C000歯科訪問診療料の(10)に該当し、歯科訪問診療2又は歯科訪問診療3を所定点数により算定した場合はその理由を記載すること。	853100010	歯科訪問診療日及び開始時刻:dd"日"hh"時"mm"分		
				853100011	歯科訪問診療日及び終了時刻:dd"日"hh"時"mm"分		
				830100348	訪問診療訪問先名:*****		
				830100349	訪問診療患者の状態:*****		
				820100382	(10)容体が急変し、やむを得ず治療中断		
				CC001 (303000370)	患者診療時間加算(歯科訪問診療)	○	
				CC002 (303000470)	歯科診療特別対応加算1(歯科訪問診療料)	○	

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
46	C000	歯科訪問診療料 注8 患者診療時間加算 注9 歯科診療特別対応加算 注10 緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算	(患者診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算がある場合)全体の「その他」欄に患者診療時間加算、歯科診療特別対応加算、緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算又は深夜歯科訪問診療加算であることを記載すること。	CC003 (303000570)	歯科診療特別対応加算2(歯科訪問診療料)	○	
				CC084 (303013870)	歯科診療特別対応加算3(歯科訪問診療料)	○	
				CC004 (303000670)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	○	
				CC005 (303000770)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	○	
				CC028 (303004770)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	○	
				CC086 (303014070)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療4)	○	
				CC087 (303014170)	緊急歯科訪問診療加算(歯科訪問診療5)	○	
				CC006 (303000870)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	○	
				CC007 (303000970)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	○	
				CC029 (303004870)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	○	
				CC088 (303014270)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療4)	○	
				CC089 (303014370)	夜間歯科訪問診療加算(歯科訪問診療5)	○	
				CC008 (303001070)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療1)	○	
				CC009 (303001170)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療2)	○	
CC030 (303004970)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療3)	○					
CC090 (303014470)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療4)	○					
CC091 (303014570)	深夜歯科訪問診療加算(歯科訪問診療5)	○					
47	C000	歯科訪問診療料 注11 地域医療連携体制加算	地域医療連携体制加算である旨及び連携医療機関名を記載すること。	830100350	地域医療連携体制加算(歯科訪問診療料)連携医療機関名:*****		
48	C000	歯科訪問診療料 注12 特別歯科訪問診療料	滞在時間(島に上陸したときから離島するまでの時間)を記載すること。	CC013 (303001570)	滞在時間加算(1号地域)****分	○	
49	C000	歯科訪問診療料 注18 歯科訪問診療移行加算	当該保険医療機関の外来を最後に受診した年月日を記載すること。	850100315	歯科訪問診療移行加算外来最後受診年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
50	C000	歯科訪問診療料 注19 通信画像情報活用加算	歯科医師が口腔内を観察した際の訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士等が行う場合)、居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)又は介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)を算定した年月日を記載すること。	850100398	訪問歯科衛生指導料(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100485	居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100484	介護予防居宅療養管理指導費(歯科衛生士等が行う場合)算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
51	C001	訪問歯科衛生指導料	訪問歯科衛生指導を行った日付及び指導の実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 単一建物診療患者が2人以上の場合には「摘要」欄にその人数を記載すること。 1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で当該保険医療機関が訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて訪問歯科衛生指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合は、「摘要」欄に、「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問歯科衛生指導料を算定する者の数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問歯科衛生指導料を算定する者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。 (訪問歯科衛生指導料と同一に歯科訪問診療料がない場合) 直近の歯科訪問診療料の算定年月日を記載すること。 緩和ケアの場合はその旨を記載すること。	853100012	訪問歯科衛生指導日及び開始時刻:dd"日"hh"時"mm"分		
				853100013	訪問歯科衛生指導日及び終了時刻:dd"日"hh"時"mm"分		
				842100063	訪問指単一建物診療患者数:*****		
				820100094	ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
				820100103	同居する同一世帯の患者が2人以上		
				820100304	訪問歯科衛生指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下		
				820100305	当該建築物戸数が20戸未満で訪問指を算定するものが2人以下		
				850100316	歯科訪問診療料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820101330	緩和ケア(訪問指)		
				820100306	居宅療養管理指導費		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
52	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料	(指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生労働省告示19号)別表「5 居宅療養管理指導費」の「口 歯科医師が行う場合」又は指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成18年厚生労働省告示127号)別表「5 介護予防居宅療養管理指導費」の「口 歯科医師が行う場合」を算定した場合) 該当するものを選択し、算定年月日を記載すること。	820100307	介護予防居宅療養管理指導費		
				850100317	居宅療養管理指導費算定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100318	介護予防居宅療養管理指導費算定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100319	居宅療養管理指導費前回算定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100320	介護予防居宅療養管理指導費前回算定年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
53	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料 注4 在宅総合医療管理加算 注5 在宅歯科医療連携加算1 注6 在宅歯科医療連携加算2	(在宅総合医療管理加算を算定した場合) 在宅総合医療管理加算については、主病に係る治療を行っている紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100351	在歯総医紹介元保険医療機関名:*****		
			(在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は介護保険施設等の名称を記載すること。	830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名:*****		
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名:*****		
54	C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料	当該管理の対象となる医科の主病名を記載すること。	830100354	在歯管医科主病名:*****		
			(在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療を算定している場合(歯周病継続支援治療を算定した日を除く。)) 当該管理料の要件に該当する患者であって、在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料、歯周病継続支援治療の包括範囲に含まれ個別の算定ができない項目に該当する処置を行った日に当該管理料を算定する場合は、実際に行った処置の項目を記載すること。	830100882	実際に行った処置の項目(在宅患者歯科治療時医療管理料):*****		
			(区分番号E004-6-2の「注1」に掲げる処置等を開始し、必要な医学管理を行っている際に、患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった場合) 患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止し処置等の算定を行わなかった旨を記載すること。	820101230	患者の容体の急変等によりやむを得ず治療を中止(在宅患者歯科治療時医療管理料)		
55	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料 注6 在宅歯科医療連携加算1 注7 在宅歯科医療連携加算2	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 (小児在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は介護保険施設等の名称を記載すること。	853100014	訪問口腔リハ実施日及び開始時刻(在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分		
				853100015	訪問口腔リハ実施日及び終了時刻(在宅患者訪問口腔リハ):dd"日"hh"時"mm"分		
				830100880	在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名:*****		
				830100881	在宅歯科医療連携加算2提供元介護保険施設等名:*****		
					853100016	小訪問口腔リハ開始日時:dd"日"hh"時"mm"分	
56	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料	当該管理の実施日及び実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。 (小児在宅歯科医療連携加算1又は2を算定した場合) 提供元の保険医療機関又は障害児入所施設等の名称を記載すること。	853100017	小訪問口腔リハ終了日時:dd"日"hh"時"mm"分		
				830100883	小児在宅歯科医療連携加算1提供元保険医療機関名:*****		
				830100884	小児在宅歯科医療連携加算2提供元障害児入所施設等名:*****		
					830100885	連携先保険医療機関名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1):*****	
57	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料	(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定する場合) 連携先の保険医療機関の名称及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	850190247	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
			(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定する場合) 介護保険施設等の名称及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100886	連携先介護保険施設等名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2):*****		
				850190248	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
			(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定する場合) 障害児入所施設等の名称及びカンファレンス等に参加した年月日を記載すること。	830100887	連携先障害児入所施設等名(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3):*****		
				850190249	カンファレンス等の参加年月日(在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3):(元号)yy年"mm"月"dd"日		
58	C007	在宅患者連携指導料	全体の「その他」欄に当該指導に係る情報共有先の保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名及び当該指導を行った年月日を記載すること。	830100357	在宅患者連携指導料情報共有先保険医療機関名等:*****		
				850100325	在宅患者連携指導料指導年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
59	C008	在宅患者緊急時等カンファレンス料	全体の「その他」欄に訪問先、当該カンファレンスに参加した保険医療機関名又は保険薬局名、訪問看護ステーション名、当該カンファレンスを行った日及び当該指導日を記載すること。	830100358	在宅患者緊急時等カンファレンス料訪問先:*****		
				830100359	在宅患者緊急時等カンファレンス料参加保険医療機関名等:*****		
				850100326	在宅患者緊急時等カンファレンス料実施年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
				850100327	在宅患者緊急時等カンファレンス料指導年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		
60	D	検査	(記載欄が示されていない各種の検査を行った場合) X線・検査の「その他」欄に検査の名称を記載すること。		診療行為コード (診療行為名を表示。)		○
61	D 002	歯周病検査	(歯周病継続支援治療に規定する状態に該当しなくなったことにより、別の治療を行う必要がある場合) SPT中断年月日を記載すること。	850100596	SPT中断年月日:(元号)yy年"mm"月"dd"日		※

項番	区分	診療行為 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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
62	D002-5	歯周病部分的再評価検査	X線・検査の「その他」欄に部位を記載すること。	830100360	P部検査部位:*****		
			歯科インプラント摘出術のために歯周病部分検査を行った場合は、その旨を記載すること。	820101880	歯科インプラント摘出術前の検査		※
63	D002-6	口腔細菌定量検査2	前回の算定年月を記載すること。(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190250	前回の算定年月(口腔細菌定量検査2):(元号)yy年mm月		
				820190500	初回(口腔細菌定量検査2)		
64	D009	顎運動関連検査	実施した検査名として、X線・検査の「その他」欄にMMG、ChB、GoA、Ptgのうち該当するものを記載すること。 (少数歯欠損症例において、顎運動関連検査を実施し、当該検査に係る費用を算定する場合)患者の咬合状態等当該検査の必要性を記載すること。	820100308	MMG		
				820100309	ChB		
				820100310	GoA		
				820100311	Ptg		
820100361	顎運動関連検査必要性:*****						
65	D010	歯冠補綴時色調探得検査	それぞれの検査ごとに検査対象となった歯冠補綴物の部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該検査を行った部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100362	歯冠補綴時色調探得検査部位:*****		
66	D011	有床義歯咀嚼機能検査	有床義歯咀嚼機能検査を開始する時に、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第1部D011有床義歯咀嚼機能検査の(9)のイからホまでのうち該当するものを選択して記載すること。 (新製有床義歯装着日より後に算定する場合)新製有床義歯装着日より前に行った有床義歯咀嚼機能検査を算定した年月及び新製有床義歯等を装着した年月を記載すること。	820100770	イ 総義歯又は9歯以上の局部義歯を装着する場合		
				820100314	ロ PAPを装着する場合		
				820100315	ハ 広範囲顎骨支持型装置埋入手術の(5)に準じる場合		
				820100316	ニ 左右第二大臼歯を含む臼歯が4歯以上欠損している場合		
				820100317	ホ 口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
				850100328	有床義歯咀嚼機能検査1(下顎運動測定と咀嚼能力測定を併施)年月:(元号)yy年mm月		
				850100388	有床義歯咀嚼機能検査2(下顎運動測定と咬合圧測定を併施)年月:(元号)yy年mm月		
850100329	新製有床義歯等装着年月:(元号)yy年mm月						
850100471	有床義歯咀嚼機能検査1(咀嚼能力測定のみ実施)年月:(元号)yy年mm月						
850100472	有床義歯咀嚼機能検査2(咬合圧測定のみ実施)年月:(元号)yy年mm月						
67	D011-2	咀嚼能力検査1	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190251	前回の算定年月(咀嚼能力検査1):(元号)yy年mm月		
				820190501	初回(咀嚼能力検査1)		
68	D011-2	咀嚼能力検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190252	手術後の直近の算定年月(咀嚼能力検査2):(元号)yy年mm月		
				820190502	手術後初回(咀嚼能力検査2)		
				820101231	手術前(咀嚼能力検査2)		
69	D011-3	咬合圧検査1	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190253	前回の算定年月(咬合圧検査1):(元号)yy年mm月		
				820190503	初回(咬合圧検査1)		
70	D011-3	咬合圧検査2	手術前である旨又は手術後の直近の算定年月を記載すること。	850190254	手術後の直近の算定年月(咬合圧検査2):(元号)yy年mm月		
				820190504	手術後初回(咬合圧検査2)		
				820101232	手術前(咬合圧検査2)		
71	D011-5	口腔粘膜湿度検査	前回の算定年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100597	前回の算定年月(口腔粘膜湿度検査):(元号)yy年mm月		※
				820101881	初回(口腔粘膜湿度検査)		※
				820100318	口腔機能の低下が疑われる場合		
				820100319	PAPを装着する場合または予定している場合		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
72	D012	舌圧検査	舌圧検査に当たって、該当する患者の状態を選択して記載すること。	820100320	広範囲顎骨支持型装置埋入手術の対象となる場合		
				820100321	口蓋補綴、顎補綴を装着する場合		
				820101317	口腔機能の発達不全が疑われる場合		
73	D100	薬剤(検査)	(検査に当たって薬剤を使用した場合) 薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
74	E	画像診断	(標準型以外のフィルムを使用して撮影(アナログ撮影)を行った場合) X線・検査の「その他」欄に使用フィルムの種類を記載すること。 (新生児、3歳未満の乳幼児又は3歳以上6歳未満の幼児に対する加算を算定した場合) 「X線・検査」欄のそれぞれの項の記載要領にかかわらずX線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
			(標準型以外のフィルムを使用して撮影(アナログ撮影)を行った場合、全額撮影(デジタル撮影)、歯科エックス線撮影の全額撮影以外(デジタル撮影)、歯科パノラマ断層撮影(デジタル撮影)、歯科用3次元エックス線断層撮影及び歯科部分パノラマ断層撮影以外の画像診断を行った場合) X線・検査の「その他」欄に画像診断の種類を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	
75	E(通則)	時間外緊急院内画像診断加算	撮影開始日時を記載すること。	853100018	時間外緊急院内画像診断加算撮影開始日時(時間外緊急院内画像診断加算):dd"日"hh"時"mm"分"		
			(引き続き入院した場合) 上記に加え、引き続き入院した旨を記載すること。	820100322	画像診断後、引き続き入院		
76	E200	基本的エックス線診断料	X線・検査の「その他」欄に入院日数及び点数を次の例により記載すること。 【記載例】「基工(15日) 825	830100363	基工(4週以内);*****		
				830100364	基工(4週超);*****		
77	E301	造影剤	(画像診断に当たって薬剤を使用した場合) 薬剤名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
78	F	投薬	使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%、mL又はmg等)及び使用量を記載。 ただし、届出保険医療機関は、薬剤料に相対する所定単位の薬価が175円以下の場合、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
			(常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合) 当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載し又は算定点数から点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載すること。	630010002	薬剤料減(90/100)(内服薬)	○	
			(厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合) 当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
			(入院患者に対し退院時に投薬を行った場合) 「投薬・注射」欄の余白に「退院時 日分投薬」と記載すること。	840000006	退院時 日分投薬		
			(入院時食事療養費に係る食事療養又は入院時生活療養費に係る生活療養の食事の提供たる療養を受けている入院患者又は入院中の患者以外の患者に対してビタミン剤を投与した場合) 「摘要」欄の余白に当該ビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断した趣旨を記載すること。(ただし、病名によりビタミン剤の投与が必要かつ有効と判断できる場合はこの限りではない。)	830100365	ビタミン剤の投与趣旨;*****		
(長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合) 当該長期投与の理由を記載すること。	830100366	長期投与理由;*****					
79	F400	処方箋料	(万一緊急やむを得ない事態が生じ、同一の患者に対して、同一診療日に一部の薬剤を院内において投薬し他の薬剤を院外処方箋により投薬した場合) 日付及び理由を記載すること。	850100331	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った診療年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100369	同日に院内処方及び処方箋による投薬を行った理由;*****		
80	G	注射	(皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射のその他の注射を行った場合) 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種類、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。 (その他の注射を行った場合) 全体の「その他」欄に注射の種類、その内訳は、「摘要」欄に注射の種類、所定単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
81	G004	点滴注射 注3 血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	850100332	血漿(点滴)1回目実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
82	G005	中心静脈注射 注1 血漿成分製剤加算	1回目の注射の実施日を記載すること。	850100333	血漿(中心静脈注射)1回目実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
83	G100	薬剤(注射)	<p>使用薬剤の医薬品名、規格・単位(%)、mL又はmg等)及び使用量を記載すること。</p> <p>ただし、届出保険医療機関は、注射のうち皮下、皮下及び筋肉内注射又は静脈注射であって入院中の患者以外の患者に対するものにあつては1回当たりの、それ以外の注射にあつては1日当たりの薬価がそれぞれ175円以下の場合には、使用薬剤の医薬品名・使用量等の記載は不要とする。なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。</p> <p>(注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合)「投薬・注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。</p>	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
84	H	リハビリテーション	<p>(「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを行った場合)</p> <p>次の例により、当該「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を他のリハビリテーションと区別して記載すること。</p> <p>〔記載例〕 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)イ 200×18 実施日数3日 (リハ選) 脳血管疾患等リハビリテーション料 2,000円×1</p>	830100372	リハ選:*****		
85	H001	摂食機能療法	摂食機能療法の実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)等を記載すること。	853100019	摂食機能療法開始日時(摂食機能療法):dd"日"hh"時"mm"分"		
				853100020	摂食機能療法終了日時(摂食機能療法):dd"日"hh"時"mm"分"		
86	H001	摂食機能療法 注3 摂食嚥下機能回復体制加算	連携している医師名を記載すること。	830100373	摂食嚥下機能回復体制加算(摂食機能療法)連携医師名:*****		
87	I	処置	(該当する記載欄を設けていない場合及び当該欄に記載しきれない場合) 処置・手術の「その他」欄に当該処置の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
88	I(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第8部処置の通則「6」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 処置・手術の「その他」欄に処置名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
89	I(通則)	乳幼児加算	(当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合) 記載欄に加算した点数及び回数を記載し、処置・手術の「その他」欄に加算しない点数及び回数を名称を付して記載して差し支えない。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
90	I000-2	咬合調整	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部I000-2咬合調整の(1)のイからハまでのいずれに該当するかを記載すること。	820100910	イ 一次性咬合性外傷の場合		
				820100911	ロ 二次性咬合性外傷の場合		
				820100912	ハ 歯冠形態修正の場合		
91	I006	感染根管処置	<p>(抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。</p> <p>(同一初診期間内に再度の感染根管処置が必要になった場合) 前回の感染根管処置に係る歯冠修復が完了した年月日を記載すること。</p>	830100376	抜歯前提の消炎目的の根管拡大部位:*****		
				850100334	感染処前歯冠修復完了年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
92	I007	根管貼薬処置	<p>(同一歯に対して初回の根管貼薬処置を実施した日の属する月から起算して6月を超えて治療を継続して処置を行う場合) 当該歯の状態及び初回の根管貼薬処置を行った年月を記載すること。</p> <p>(抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合) 処置・手術の「その他」欄に部位を記載すること。なお、「傷病名部位」の記載から当該処置を行った部位が明らかに特定できる場合は、処置・手術の「その他」欄への部位の記載を省略して差し支えない。</p>	830100377	根貼実施部位の状態:*****		
				850100335	根貼初回年月:(元号)yy"年"mm"月"		
				830100378	抜歯前提の消炎目的の根管拡大後の根管貼薬部位:*****		
93	I008	根管充填	(暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う場合) 暫間根管充填又は暫間根管充填後に根管充填を行う旨を記載すること。	820100329	暫間根充		
				820100330	暫間根充後の根充		
94	I008-2	加圧根管充填処置	<p>(加圧根管充填後の歯科エックス線撮影において、妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない場合) 妊娠中であり、エックス線撮影に同意が得られない旨を記載すること。</p> <p>(加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行い根管充填の状態を確認した場合) 特別な理由を記載すること。</p>	820100390	妊娠中(加圧根管充填処置)		
				830100888	加圧根管充填処置と異日にエックス線撮影を行う特別な理由(加圧根管充填処置):*****		
95	I008-2	加圧根管充填処置 注3 手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100379	手術用顕微鏡加算(加圧根管充填処置)撮影保険医療機関名:*****		
96	I009-7	ハイフローセラピー	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度の測定結果を記載する。	830100251	動脈血酸素分圧又は経皮的酸素飽和度測定結果(ハイフローセラピー):		
97	I010	歯周病処置	<p>処置・手術の「その他」欄に部位及び使用した薬剤の名称を記載すること。なお、特定薬剤を算定した場合は、部位のみを記載すること。</p> <p>(糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周病処置を行う場合)</p>	830100380	P処部位:*****	○	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)		
				850100336	P処初回年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。	830100381	P旭紹介元保険医療機関名;*****		
98	1011-2	歯周病継続支援治療	<p>前回の歯周病継続支援治療の実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。</p> <p>(歯周病継続支援治療の治療間隔が3月以内の場合) 治療間隔が3月以内になった理由の要点として、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部1011-2歯周病継続支援治療の(3)のイからトまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。</p>	850100337	SPT前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"		
				820190337	初回(SPT)		
				820100331	イ 歯周外科手術を実施した場合		
				820100332	ロ 全身的な疾患の状態により歯周病の病状に大きく影響を与える場合		
				820101233	ハ 糖尿病の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合		
				820100333	ニ 全身的な疾患の状態により歯周外科手術が実施できない場合		
				820100334	ホ 侵襲性歯周炎の場合		
				820101882	ヘ 特別管理加算を算定した場合		※
820101883	ト 地域歯科診療支援病院歯科再診料を算定した患者であって、遠伝疾患の状態により、歯周病が重症化するおそれのある場合		※				
99	1011-2	重症化予防連携強化加算	<p>(糖尿病の病態によって歯周病の重症化を引き起こすおそれのある患者に対して、歯周病継続支援安定期治療を実施し、他の保険医療機関の主治の医師に治療した内容、今後の治療方針等について情報提供を行った場合) 初回の年月日及び紹介元保険医療機関名を記載。</p>	850190272	SPT初回年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100917	SPT紹介元保険医療機関名;*****		
100	1014	暫間固定	<p>固定を行った部位(固定源となる歯を含めない。)及びその方法を記載し、暫間固定の前回実施年月日(1回目の場合は1回目と記載する。)及び歯周外科手術の予定の有無を記載すること。なお、歯周外科手術後の暫間固定を行う場合については、歯周外科手術の予定に関する記載は不要であり、手術後1回目の場合は術後1回目と記載し、2回目以降は前回実施年月日を記載する。</p>	830100383	暫間固定部位;*****		
				830100384	暫間固定方法;*****		
				850190047	暫間固定前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"	○	
				820190047	1回目(暫間固定)		
				820100335	歯周外科手術の予定あり		
				820100336	歯周外科手術の予定なし		
				820100337	歯周外科手術未定		
				820100776	術後1回目(暫間固定)		
101	1017	口腔内装置	<p>「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第8部1017口腔内装置の(1)のイからルまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。 なお、トを選択した場合は手術の予定日及び手術を行う保険医療機関名を記載すること。</p>	820100339	イ 顎関節治療用装置		
				820100340	ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置		
				820100341	ハ 顎間固定用に歯科用ベースプレートを用いた床		
				820100342	ニ 出血創の保護と圧迫止血を目的としてレジン等で製作した床		
				820100343	ホ 手術に当たり製作したサージカルガイドプレート		
				820100344	ヘ 腫瘍等による顎骨切除後、手術創(開放創)の保護等を目的として製作するオプチュレーター		
				820100345	ト 気管内挿管時の歯の保護等を目的として製作した口腔内装置		
				820100346	チ 不随意運動等による咬傷を繰り返す患者に対して、口腔粘膜等の保護を目的として製作する口腔内装置		
				820100347	リ 放射線治療に用いる口腔内装置		
				820101234	ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置(日常生活時の外傷歯の保護を目的とするもの)		
				820101235	ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置(運動時の外傷歯の保護を目的とするもの)		
				820101884	ル 歯周治療用装置(床義歯形態)		※
				850100394	口腔内装置手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100462	口腔内装置手術を行う保険医療機関名;*****		
				850190274	外傷受傷年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
(ヌ 外傷歯の保護を目的として製作した口腔内装置を算定する場合) 当該外傷の受傷年月日を記載すること。			850190274	外傷受傷年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"			

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			(口腔内装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;*****		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;*****		
102	1017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置	紹介元保険医療機関名を記載すること。(医科歯科併設の病院であって院内紹介を受けた場合は、院内紹介元の担当科名を記載。)	830100385	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置紹介元保険医療機関名;*****		
				830100468	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置院内紹介元担当科名;*****		
				830100404	未来院請求 装着物の種類;*****		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;*****		
103	1017-1-3	舌接触補助床	(舌接触補助床の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;*****		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;*****		
104	1017-1-4	術後即時顎補綴装置	(術後即時顎補綴装置の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に中止を、「摘要」欄に装着物の種類、装着予定年月日及び装着できなくなった理由を記載すること。	830100404	未来院請求 装着物の種類;*****		
				850100348	未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100405	未来院請求 装着できなくなった理由;*****		
105	1019	冠修復物又は補綴物の除去	除去した冠修復物並びに補綴物等の部位及び種類を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から除去した部位及び種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100386	除去部位;*****		
				830100387	除去した冠修復・補綴物等の種類;*****		
106	1021	根管内異物除去注 手術用顕微鏡加算	(手術用顕微鏡加算において、連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合)撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100388	歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した保険医療機関名等;*****		
107	1023	心身医学療法	確定診断を行った医科保険医療機関名(医科歯科併設の病院であって心因性疾患を有する歯科領域の患者について、確定診断が可能な医科診療科が設置されている場合は、確定診断を行った診療科名)、紹介年月日、治療の内容の要点、実施日、実施時刻(開始時刻と終了時刻)を記載すること。	830100389	心身医学療法医科保険医療機関名等;*****		
				850100341	心身医学療法紹介年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100390	心身医学療法治療内容の要点;*****		
				850100342	心身医学療法実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100033	心身医学療法開始時刻		
				851100034	心身医学療法終了時刻		
108	1029	周術期等専門的口腔衛生処置	(周術期等口腔機能管理料(I)又は(II)を算定した患者に対して当該処置を行った場合) 当該患者の手術を行った年月日又は予定年月日、手術名を記載すること。	850100343	術口術手術年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				850100344	術口術手術予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100391	術口術手術名;*****		
			(患者の状況により周術期等専門的口腔衛生処置2を算定せずに特定保険医療材料を算定する場合) 前回の周術期等専門的口腔衛生処置2の算定年月日を記載すること。	850100345	術口術2前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
109	1030	機械的歯面清掃処置	(I030機械的歯面清掃処置の留意事項通知(3)に規定している患者以外の場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100346	歯清前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"		
				820190346	初回(歯清)		
				820100779	歯科診療特別対応加算算定後		
				820101304	根管強(歯清)		
				830100918	特に機械的歯面清掃が必要と認められる理由;*****		
				820101304	根管強(歯清)		
			(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体強化加算を算定した場合) エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体強化加算を算定した旨を記載すること。	820101304	根管強(歯清)		
			(妊娠中の場合) 妊娠中である旨を記載すること。	820100348	妊娠中(歯清)		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
			(糖尿病の場合) 糖尿病である旨を記載すること。	820100789	糖尿病(歯清)		
110	I031	フッ化物歯面塗布処置	(フッ化物歯面塗布処置の「1 1う蝕多発傾向者の場合」又は「2 初期の根面う蝕に罹患している患者の場合」を算定した場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850100347	F局前回実施年月:(元号)yy"年"mm"月"		
			(フッ化物歯面塗布処置の「3 エナメル質初期う蝕に罹患している患者の場合」(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者を除く)を算定した場合) 前回実施年月(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	820190347	初回(F局)		
			(レジック充填又はインレー修復による治療を行った歯について、充填等による治療を行った月の翌月以降に、充填等を行った歯と異なる歯面にエナメル質初期う蝕が認められた場合) 充填等が行われた歯面とエナメル質初期う蝕の管理を行う歯面をそれぞれ記載する。	830100889	充填等が行われた歯面(フッ化物歯面塗布処置):*****		
				830100890	エナメル質初期う蝕の管理を行う歯面(フッ化物歯面塗布処置):*****		
			(エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した患者に対して、フッ化物歯面塗布処置エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した場合) エナメル質初期う蝕管理料の口腔管理体制強化加算を算定した旨を記載すること。	820101319	口管強(F局)		
111	I090	薬剤(処置)	(生活歯髄切断又は抜髄を行い、区分番号I090により薬剤を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
112	I100	特定薬剤(処置)	(区分番号I100により特定薬剤を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
113	J	手術	(該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載できない場合) 処置・手術の「その他」欄に当該手術の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
114	J(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第9部手術の通則「J」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 処置・手術の「その他」欄に手術名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
115	J(通則)	乳幼児加算	(当月中に6歳を迎え、加算した点数と加算しない点数が混在する場合) 記載欄に加算した点数及び回数に記載し、加算しない点数については、処置・手術の「その他」欄に名称、加算しない点数及び回数を記載する。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
116	J(通則)	親血的手術加算	(入院を必要とするHIV抗体陽性の患者に対して行った場合) 処置・手術の「その他」欄に手術の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
117	J000	抜歯手術	(難抜歯加算の対象となる歯又は埋伏歯において完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した場合で抜歯料を算定した場合) 完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止した旨を記載すること。	820100349	完全抜歯が困難となりやむを得ず抜歯を中止		
			(抜歯のための術前処置として手術野の消毒・麻酔等を行い、抜歯の態勢に入ったが、脳貧血等の患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止した場合) 抜歯を中止と記載すること。	820100350	患者の急変によりやむを得ず抜歯を中止		
			(上記以外の理由により抜歯を中止した場合) その他を選択し、その理由を記載すること。	830100392	抜歯手術中止理由:*****		
118	J004	歯根端切除手術 2 歯科用3次元 エックス線断層 撮影装置及び手術用 顕微鏡を用いた場 合	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100393	根切部位:*****		
			(連携する保険医療機関にて歯科用3次元エックス線断層撮影を撮影した場合) 撮影した保険医療機関名を記載すること。	830100394	根切(歯科CT撮影装置及び手術用顕微鏡)歯科CT装置撮影保険医療機関名:*****		
119	J004-2	歯の再植術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100395	歯の再植術部位:*****		
120	J004-2	歯の再植術	(歯内治療が困難な根尖病巣を有する保存可能な小臼歯又は大臼歯であって、解剖学的な理由から歯根端切除手術が困難な症例に対して、歯の再植による根尖病巣の治療を行った場合) 部位及び算定理由を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療を行った部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載を省略して差し支えない。	830100396	歯の再植による根尖病巣の治療部位:*****		
				830100397	歯の再植による根尖病巣の治療算定理由:*****		
121	J004-3	歯の移植手術	手術部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載を省略して差し支えない。	830100398	歯の移植手術部位:*****		
122	J013	口腔内消炎手術	(顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う場合) 処置・手術の「その他」欄に顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術として骨の開さく等を行い口腔内消炎手術を行う旨及び抜歯した歯の部位を記載すること。	820100351	顎炎又は顎骨骨髓炎等の手術としての骨の開さく等		
				830100399	口腔内消炎手術に係る抜歯部位:*****		
				310011610	掻爬術	○	
				310011710	新付着手術	○	
				310011810	GEct	○	
				310011910	FOp	○	
				310012010	GTR(一次手術)	○	

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
123	J063	歯周外科手術	処置・手術の「その他」欄に算定する区分の名称及び歯周外科手術を行った部位を記載すること。	310012110	GTR(二次手術)	○	
				310013010	歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁根尖側移動術)	○	
				310013110	歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁歯冠側移動術)	○	
				310013210	歯肉歯槽粘膜形成手術(歯肉弁側方移動術)	○	
				310013310	歯肉歯槽粘膜形成手術(遊離歯肉移植術)	○	
				310013410	歯肉歯槽粘膜形成手術(口腔前庭拡張術)	○	
				310037510	歯肉歯槽粘膜形成手術(結合組織移植術)	○	
				830100400	歯周外科手術部位:*****		
		(歯周病の治療を目的としない歯周外科手術を行う場合) 当該手術の目的を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該手術を行った目的が明らかに特定できる場合は、目的の記載を省略して差し支えない。	830100919	歯周外科手術を行う目的:*****			
124	J063	歯周外科手術 注5 手術時歯根面レーザー応用加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること。	CJ027 (310030670)	手術歯根(FOp又はGTR)	○	
125	J090	皮膚移植術(生体培養)	皮膚移植術の診療報酬明細書の「摘要」欄に療養上の費用に係る合計点数を併せて記載するとともに、皮膚提供者の療養に係る点数を記載した診療報酬明細書を添付する。	310021070	提供者の療養上の費用(皮膚移植術)	○	
126	J109	広範囲顎骨支持型装置埋入手術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100401	特イ術部位:*****		
			(当該手術の実施範囲が4歯相当未満である場合) 顎堤欠損の原因となった疾患名を記載すること。	830100402	特イ術疾患名:*****		
127	J110	広範囲顎骨支持型装置挿入術	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100403	特イ補部位:*****		
128	J111	頭頸部悪性腫瘍光線力学療法	処置・手術の「その他」欄に手術を行った部位を記載すること。	830100920	歯頭頸悪光部位:*****		
129	J200-4-2	レーザー機器加算	処置・手術の「その他」欄に当該加算の名称を記載すること	BJ005 (310036210)	レーザー機器加算1	○	
				BJ006 (310036310)	レーザー機器加算2	○	
				BJ007 (310036410)	レーザー機器加算3	○	
130	J300	特定薬剤(手術)	(区分番号J300により特定薬剤を算定する場合) 処置・手術の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
131	J400	特定保険医療材料(手術)	(手術等において特定保険医療材料等を使用した場合)以下、処置・手術の「その他」欄に記載すること。 a. 手術、処置、検査等の名称は、告示名又は通知名を使用。 b. 手術、処置、検査等の手技料は、必ず点数を記載すること。 c. 材料は、①商品名、②告示の名称又は通知の名称、③規格又はサイズ、④材料価格、⑤使用本数又は個数の順に手術ごとに記載。なお、告示の名称又は通知の名称は、()書きとする。 d. 保険医療機関における購入価格によるものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格を記載すること。 e. 手術等の名称、手技の加算、薬剤、特定保険医療材料等の順に記載すること。 【記載例】 ③特定保険医療材料 [商品名] × × × × (鼻孔プロテーゼ) 387 × 1	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	
132	K	麻酔	(伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔を行った場合) 麻酔の「その他」欄に麻酔名を記載。なお、使用麻酔薬は、麻酔薬名及び使用量を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
				医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	
133	K(通則)	時間外加算 休日加算 深夜加算	(第10部麻酔の通則「4」の規定により時間外加算(時間外加算の特例を含む。)、休日加算又は深夜加算を算定した場合) 麻酔名及び加算の種類を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名を表示。)	○	
134	K(通知通則)	麻酔薬剤	使用した酸素又は窒素、地方厚生(支)局長に届け出た購入単価(単位 銭)(酸素のみ)、当該請求に係る使用量(単位 リットル)を麻酔の「その他」欄に記載すること。なお、酸素の請求は、Ⅱの第3の2(20)のクの(イ)と同様とする。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	※
135	K(通則)	吸入麻酔法	使用麻酔薬は、麻酔の「その他」欄に麻酔薬名及び使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○	

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用	
100	K002	吸入麻酔	また、使用した室素請求に係る使用量(単位 リットル)を記載。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○		
136	K003	静脈内鎮静法	使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。 静脈内鎮静法が必要な理由を記載すること。	医薬品コード 830100891	(医薬品名を表示。) 静脈内鎮静法が必要な理由(静脈内鎮静法):*****	○		
137	K005	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(I)	使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。 吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由を記載すること。	医薬品コード 830100966	(医薬品名を表示。) 吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由(歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(I)):*****	○	※	
138	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(II)	使用薬剤は、麻酔の「その他」欄に薬剤名及び使用量を記載すること。 吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由を記載すること。	医薬品コード 830100967	(医薬品名を表示。) 吸入麻酔又は静脈麻酔が必要な理由(歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(II)):*****	○	※	
139	K100	薬剤(麻酔)	麻酔の「その他」欄に医薬品名を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)	○		
140	M	歯冠修復及び欠損補綴	(歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合) 「令和 年 月分」欄に製作月を、「診療実日数」欄に0を、「転帰」欄に未、「摘要」欄に未、装着物の種類、装着予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (未来院請求後に患者が再び来院し、すでに未来院請求を行った歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合) 未来院請求後及び装着物の種類を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (有床義歯製作中であって、咬合採得後における試適前又はクラスプ等を有する咬合床を用いて咬合採得を行う前に、患者が理由なく来院しなくなった場合、患者の意思により治療を中止した場合又は患者が死亡した場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。なお、「歯冠修復及び欠損補綴」欄の記載から当該装着物の種類が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への装着物の種類の記載を省略して差し支えない。 (歯冠修復及び欠損補綴に係る歯冠形成及び印象採得後において、偶発的な事故等を原因とする外傷による歯冠形成歯の喪失等やむを得ない場合) 装着物の種類及び装着(又は試適)予定日及び装着できなくなった理由を記載すること。 (欠損歯数と補綴歯数が一致しないため、算定点数が異なる場合) 欠損歯数と補綴歯数の不一致を記載すること。 (レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に装着物の種類及び部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から対象部位が明らかに特定できる場合は、部位の記載は省略して差し支えない。 (クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生(支)局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に診療行為名を記載すること。 (歯根分割を行った歯に歯冠修復物又は欠損補綴物を装着する場合) 分割抜歯を行った部位を記載すること。	未来院請求コード「01」 830100404 850100348 830100405 830100406 850100349 830100409 850100350 830100410 820100358 830100411	(「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(歯科用)」の別表12に収載するコード) 未来院請求 未来院請求 装着物の種類:***** 未来院請求 装着予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 未来院請求 装着できなくなった理由:***** 未来院請求後 装着物の種類:***** 未来院請求 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 やむを得ない場合 装着物の種類:***** やむを得ない場合 装着(又は試適)予定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 やむを得ない場合 装着できなくなった理由:***** 欠損歯数と補綴歯数の不一致 歯冠修復及び欠損補綴部位:*****	○		
					診療行為コード 830100892	(診療行為名を表示。) 分割抜歯を行った部位:*****	○	
141	M000	補綴時診断料	(補綴時診断料(有床義歯修理を実施した場合に限る。)を算定する場合) 当該装置に係る当該診断料の前回実施年月日(初回である場合は初診月を除き初回である旨)を記載すること。	850190048 820101016	補診前回実施年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日 初回(補診)			
142	M000	補綴時診断料 注3 歯科技工士連携加算1 注4 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から補綴時診断の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100968	補綴時診断の部位:*****		※	
143	M000-2	クラウン・ブリッジ維持管理料	装着日から2年を経過するまでの間に、やむを得ず再製作する場合は、算定の理由を記載すること。	820100355	再製作による算定の理由:*****			
144	M001	歯冠形成 3 窩洞形成 注9 う蝕無痛的高洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。	830100412	う蝕無痛(KP)部位:*****			
145	M001-2	即時充填形成 注10 う蝕無痛的高洞形成加算	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への記載は省略して差し支えない。	830100413	う蝕無痛(充填)部位:*****			
146	M001-4	補綴前処置	実施した前処置の内容を記載すること。 修理を行った有床義歯に対して、再度の義歯修理を行う場合は、前回算定年月日を記載すること。	820101885 820101886 820101887 830100969 850100598	レストシート ガイドプレーン リカントウアリング その他前処置:***** 補綴前処置前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※ ※ ※ ※ ※	

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
147	M002	支台築造	(ファイバーポストを用いた場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位、ファイバーポストの使用本数を部位毎にそれぞれ記載すること。	830100617	ファイバーポスト部位:*****	○	
				DM110 (313029520)	ファイバーポスト*****本		
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して支台築造を算定する場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
148	M003	印象採得	(「印象」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に印象採得の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名称を表示)	○	
149	M003	印象採得 注1 歯科技工士連携加算1 注2 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100893	印象採得部位:*****		
150	M003-2	暫間歯冠補綴装置	いずれに該当するかを記載すること。	820101888	イ テンポラリークラウン又はリテーナー		※
				820101889	ロ 歯周治療用装置(冠形態)		※
				820101890	ハ 暫間固定(レジン連続冠固定法による連結固定)		※
				820101891	ニ 歯科用暫間被覆冠成形品による暫間的な連結固定		※
			850100599	前回の算定年月(ロ);(元号)yy年"mm"月	○	※	
151	M003-4	光学印象 注3 歯科技工士連携加算1 注4 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から印象採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100894	光学印象部位:*****		
152	M005	装着	(脱離した歯冠修復物又は、脱離又は修理したブリッジを再装着した場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に部位を記載すること。なお、再装着する歯冠修復物が1つ又は再装着する装置が1つであって、「傷病名部位」欄の記載から再装着した部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100414	再装着部位:*****		
153	M006	咬合採得	(「咬合」の項に書ききれない場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に咬合採得の名称を記載すること。	診療行為コード	(診療行為名称を表示)	○	
154	M006	咬合採得 注1 歯科技工士連携加算1 注2 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から咬合採得の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100895	咬合採得部位:*****		
155	M007	仮床試適 注1 歯科技工士連携加算1 注2 歯科技工士連携加算2	部位を記載すること。なお、「傷病名部位」欄の記載から仮床試適の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100896	仮床試適部位:*****		
156	M009	充填	(2歯以上の充填に際し1歯に複数窩洞の充填を行った場合) 当該歯の部位を記載すること。	830100415	同一歯の複数窩洞に対する充填部位:*****		
157	M010	金属歯冠修復	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して铸造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
			(同一歯の複数の窩洞に対して、充填及びインレー又はレジンインレーにより歯冠修復を行った場合) 同一歯の複数の窩洞に対する歯冠修復であること及び部位を記載すること。なお、当該治療部位が単独であって「傷病名部位」欄の記載から当該治療部位が明らかに特定できる場合は、「摘要」欄への部位の記載は省略して差し支えない。	830100416	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復部位:*****		
				820100354	同一歯の複数窩洞に対する歯冠修復		
				830100417	14Kを用いた金属歯冠修復部位:*****		
				DM019 (313010820)	14K(インレー(複))	○	
			DM020 (313011020)	14K(3/4冠)	○		
158	M010-3	接着冠	歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に当該支台歯の部位及び接着冠を記載すること。なお、当該ブリッジが1つであって、「傷病名部位」欄の記載から接着冠の部位が明らかに特定できる場合は、記載を省略して差し支えない。	830100422	接着冠部位:*****		
159	M011	レジン前装金属冠	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してレジン前装金属冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
160	M015	非金属歯冠修復 2 硬質レジンジャケット冠	(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の大臼歯に用いた場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100418	硬質紹介元保険医療機関名:*****		
			(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対して硬質レジンジャケット冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		
161	M015-2	CAD/CAM冠	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してCAD/CAM冠を用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		※
162	M015-3	CAD/CAMインレー	(後継永久歯が先天的に欠如している乳歯に対してCAD/CAMインレーを用いた歯冠修復を行った場合) 永久歯代行と記載すること。	820100353	永久歯代行		※
163	M016-2	小児保険装置 1 固定式保険装置	装置の種類を選択して記載すること。	820100782	クラウンループ		
				820100783	バンドループ		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
164	M016-2	小児保険装置 2 可撤式保険装置	いずれに該当するかを記載すること。	820101893	イ 両側性の乳臼歯を早期喪失した場合		※
				820101894	ロ 片側性の2歯以上の乳臼歯を早期喪失した場合		※
				820101895	ハ 片側性の乳臼歯1歯欠損であっても、支台歯に加重量をきたす可能性がある場合		※
				820101896	ニ 乳前歯を早期喪失した場合		※
				820101897	ホ 永久歯を早期喪失し、将来の補綴処置に備えて保険を行う必要がある場合		※
165	M017	ボンテック	(地方厚生(支)局長に事前に模型等を提出した上でブリッジを製作した場合) 事前承認と記載すること。	820100355	事前承認		
			(地方厚生(支)局長に対して、保険適用の有無を判定するために提出するエックス線フィルム又はその複製の費用を算定する場合) 算定の理由を記載すること。	830100420	Brに係るフィルム料等の算定理由:*****		
			(犬歯のボンテックが必要な場合で、中切歯がすでにブリッジの支台として使用されている等の理由で新たに支台として使用できない場合に限って、ブリッジの設計を変更する場合) 中切歯の状態等を記載すること。	830100421	Brに係る中切歯の状態等:*****		
			(側切歯及び犬歯、或いは犬歯及び第一小臼歯の2歯欠損であって、犬歯が低位唇側転位していたため前隙が1歯分しかない場合であってボンテック1歯のブリッジの設計とした場合) 低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致の旨を記載すること。	820100784	低位唇側転位の犬歯を含む欠損歯数と補綴歯数の不一致		
166	M017-2	高強度硬質レジンブリッジ	(歯科用金属を原因とする金属アレルギーを有する患者の臼歯部1歯中間欠損に使用する場合) 紹介元保険医療機関名を記載すること。	830100618	HRBr紹介元保険医療機関名:*****		
167	M018	有床義歯	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		
				830100423	小児義歯装着部位:*****		
			(小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	830100424	小児義歯が必要な疾患名:*****		
				830100425	小児義歯が必要な理由:*****		
			(有床義歯を1～2日で製作し装着する場合) 当該有床義歯の製作方法及び1～2日で製作し装着することが必要となった理由及び製作方法を記載すること。	830100906	有床義歯の製作方法:*****		
				830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由:*****		
			(前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M018有床義歯の(13)のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合		
				830100426	ホ その他特別な場合:*****		
		842100115	1顎の床数(有床義歯):*****				
168		3次元プリント有床義歯	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		※
			(有床義歯を1～2日で製作し装着する場合) 1～2日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。	830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由:*****		※
			(前回有床義歯を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の算定を行った場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M018有床義歯の(13)のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合		※
				830100426	ホ その他特別な場合:*****		※
169	M019	熱可塑性樹脂有床義歯等	(残根上に義歯を装着した場合) 残根上の義歯と記載すること。	820100356	残根上義歯		
				830100991	有床義歯の製作方法:*****		※
			(有床義歯を1～2日で製作し装着する場合) 1～2日で製作し装着することが必要となった理由を記載すること。	830100907	有床義歯を1～2日で製作し装着することが必要な理由:*****		※
				830100423	小児義歯装着部位:*****		
			(小児義歯に係る費用を算定する場合) 装着部位及び小児義歯が必要となった疾患名又は必要となった理由を記載すること。	830100424	小児義歯が必要な疾患名:*****		
				830100425	小児義歯が必要な理由:*****		
			(前回有床義歯を製作した際の印象採得を算定した日から6月が経過していない場合であって新たに有床義歯の印象採得を行った場合) 「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M018有床義歯の(13)のニ又はホに該当する場合は、該当するものを記載すること。なお、ホの場合は、具体的な理由を記載すること。	820100359	ニ 認知症を有する患者等であって、有床義歯が使用できない場合		※
				830100426	ホ その他特別な場合:*****		※
		842100115	1顎の床数(有床義歯):*****		※		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用			
170	M025	口蓋補綴、顎補綴	「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添2第2章第12部M025口蓋補綴、顎補綴の(1)のイからホまでに規定するものの中から該当するものを記載すること。	820100384	イ 睡癆、顎骨嚢胞等による顎骨切除に対する口蓋補綴装置又は顎補綴装置					
				820100385	ロ オクルーザルランプを付与した口腔内装置					
				820100386	ハ 発音補綴装置					
				820100387	ニ 発音補助装置					
				820100388	ホ ホツツ床					
171	M029	有床義歯修理	(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の修理を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。	850100351	有床義歯装着年月日:(元号)yy年mm月dd日					
172	M029	有床義歯修理 注4 歯科技工加算2	(有床義歯修理において、歯科技工加算2を算定した場合) 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100353	歯技工2(床修理)預かり年月日:(元号)yy年mm月dd日					
				850100354	歯技工2(床修理)装着年月日:(元号)yy年mm月dd日					
173	M030	有床義歯内面適合法	(新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内に当該有床義歯の有床義歯内面適合法を行った場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄に有床義歯の装着年月日を記載すること。	850100351	有床義歯装着年月日:(元号)yy年mm月dd日					
174	M030	有床義歯内面適合法 注5 歯科技工加算2	(有床義歯内面適合法において、歯科技工加算2を算定した場合) 預かり日及び修理を行った当該有床義歯の装着日を記載すること。	850100355	歯技工2(床裏装)預かり年月日:(元号)yy年mm月dd日					
				850100356	歯技工2(床裏装)装着年月日:(元号)yy年mm月dd日					
175	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理	(別の保険医療機関で装着された当該補綴物の修理を行った場合) 装着を実施した保険医療機関名及び装着日(不明であれば装着時期)を記載すること。	830100430	特イ補装着保険医療機関名;*****					
				850100357	特イ補装着年月日:(元号)yy年mm月dd日					
				830100431	特イ補装着時期;*****					
176	M100	薬剤(歯冠修復及び欠損補綴)	(生活歯歯冠形成を行い、区分番号M100により薬剤を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその医薬品名、使用量を記載すること。	医薬品コード	(医薬品名を表示。)		※			
177	M200	特定保険医療材料(歯冠修復及び欠損補綴)	(区分番号M200により特定薬剤を算定する場合) 歯冠修復及び欠損補綴の「その他」欄にその特定保険医療材料の総点数、名称及びセット数等を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)		※			
			歯科矯正相談料を前回算定した年月日を相談料の名称に併せて記載すること。	850190275	歯科矯正相談料1前回算定年月日:(元号)yy年mm月dd日					
				850190276	歯科矯正相談料2前回算定年月日:(元号)yy年mm月dd日					
				850100358	歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を最初に算定した年月日を診断料の名称に併せて記載すること。	850100358	歯科矯正診断料初回算定年月日:(元号)yy年mm月dd日			
						850100359	顎口腔機能診断料初回算定年月日:(元号)yy年mm月dd日			
				820100361	(歯科矯正における印象採得、咬合採得、床装置、リンガルアーチ及び鉤を算定した場合) 全体の「その他」欄に「簡単」、「困難」、「著しく困難」、「複雑」等の区別を記載すること。	簡単	820100361	簡単		
							820100362	困難		
							820100363	著しく困難		
							820100364	複雑		
				820100929	唇顎口蓋裂					
				820100930	ゴールデンハー症候群(顎弓異常症を含む。)					
				820100931	顎骨頭蓋骨異形成					
				820100932	トリチャー・コリンズ症候群					
				820100933	ビエール・ロバン症候群					
				820100934	ダウン症候群					
				820100935	ラッセル・シルバー症候群					
				820100936	ターナー症候群					
				820100937	ベックウイズ・ウイーデマン症候群					
				820100938	顔面半側萎縮症					

項番	区分	診療行為 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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
178	N	歯科矯正	咬合異常の起因となった疾患名(別に厚生労働大臣が定める疾患、3歯以上の永久歯萌出不全又は顎変形症)を記載すること。	820100939	先天性ミオパチー		
				820100940	筋ジストロフィー		
				820100088	脊髄性筋萎縮症		
				820100942	顔面半側肥大症		
				820100943	エリス・ヴァンクレベルド症候群		
				820100944	軟骨形成不全症		
				820100945	外胚葉異形成症		
				820100946	神経線維腫症		
				820100947	基底細胞母斑症候群		
				820100948	ヌーナン症候群		
				820100949	マルファン症候群		
				820100950	ブラダー・ウィリー症候群		
				820100951	顔面裂(横顔裂、斜顔裂及び正中顔裂を含む。)		
				820100952	大理石骨病		
				820100953	色素失調症		
				820100954	口腔・顔面・指趾症候群		
				820100955	メビウス症候群		
				820100956	歌舞伎症候群		
				820100957	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群		
				820100958	ウイリアムズ症候群		
				820100959	ピンダー症候群		
				820100960	スティックラー症候群		
				820100961	小舌症		
				820100962	頭蓋骨癒合症(クルーゾン症候群及び尖頭合指症を含む。)		
				820100963	骨形成不全症		
				820100964	フリーマン・シェルドン症候群		
				820100965	ルビンスタイン・ティビ症候群		
				820100966	染色体欠失症候群		
				820100967	ラーセン症候群		
				820100968	濃化異骨症		
820100969	6歯以上の先天性部分無歯症						
820100970	CHARGE症候群						
820100971	マーシャル症候群						
820100972	成長ホルモン分泌不全性低身長症						
820100973	ポリエックス症候群(XXX症候群、XXXX症候群及びXXXXX症候群を含む。)						

項番	区分	診療行為 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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
				820100974	リング18症候群		
				820100975	リンパ管腫		
				820100976	全前脳胞症		
				820100977	クラインフェルター症候群		
				820100978	偽性低アルドステロン症		
				820100979	ソトス症候群		
				820100980	グリコサミノグリカン代謝障害(ムコ多糖症)		
				820100981	線維性骨異形成症		
				820100982	スタージ・ウェーバ症候群		
				820100983	ケルビズム		
				820100984	偽性副甲状腺機能低下症		
				820100985	Ekman—Westborg—Julin症候群		
				820100986	常染色体重複症候群		
				820100987	巨大静脈奇形(頸部口腔咽頭びまん性病変)		
				820100988	毛髪・鼻・指節症候群(Tricho—Rhino—Phalangeal症候群)		
				820101236	クリッペル・ファイル症候群(先天性頸椎癒合症)		
				820101237	アラジール症候群		
				820101238	高IgE症候群		
				820101239	エーラス・ダンロス症候群		
				820101240	ガードナー症候群(家族性大腸ポリポージス)		
				820101902	原発性低リン血症性くる病		※
				820101903	ロイス・ディーツ症候群		※
				820100989	その他顎・口腔の先天異常		
				820100918	3歯以上の永久歯萌出不全		
				820101904	連続した3歯以上の先天性欠如歯		※
				820100919	顎変形症		
			(6歯以上の先天性部分無歯症、3歯以上の永久歯萌出不全又は連続した3歯以上の先天性欠如歯による咬合異常により歯科矯正を行う場合) 先天性欠如部位又は埋伏歯の部位を記載すること。	830100641	先天性欠如又は埋伏歯部位:*****		※
179	N000	歯科矯正診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法、保定の開始及び顎切除等の手術実施の区別を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回歯科矯正診断料の算定年月日を記載すること。	820100785	歯科矯正開始		
				820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101306	顎切除等の手術実施		
				850100360	歯科矯正診断料前回算定年月日:(元号)yy”年”mm”月”dd”日”		
				820100785	歯科矯正開始		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
180	N001	顎口腔機能診断料	全体の「その他」欄に歯科矯正、動的処置、マルチブラケット法、保定の開始及び顎離断等の手術実施の区別(顎口腔機能診断料は顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名)を記載し、それぞれ最初の診断に係る記載とは別に前回顎口腔機能診断料の算定年月日を記載すること。	820100786	動的処置開始		
				820100787	マルチブラケット法開始		
				820100788	保定開始		
				820101241	顎離断等の手術実施		
				850100361	顎口腔機能診断料前回算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100466	顎離断等の手術を担当する連携保険医療機関名:*****		
181	N002	歯科矯正管理料	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始の年月日を記載すること。	算定日情報	(算定日)	○	
				850100362	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100363	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
182	N004	模型調整製 2 予測模型	全体の「その他」欄に予測歯数を記載すること。	842100064	模型調整(予測模型)予測歯数:*****		
183	N005	動的処置	全体の「その他」欄に算定年月日及び動的処置又はマルチブラケット法の開始年月日を記載すること。	850100396	動的処置算定年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100362	動的処置開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100363	マルチブラケット法開始年月日:(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
184	N008-2	植立	(歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合) 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。 (アンカースクリュー脱着後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合) アンカースクリュー脱着後の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する旨を記載すること。	830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名:*****		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名:*****		
				820100365	アンカースクリュー脱着後の再埋入の場合		
				820100366	治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合		
185	N009	撤去	(装置を撤去した場合) 撤去の費用が算定できない場合であっても、全体の「その他」欄に撤去した装置の名称を記載すること。 (歯科矯正用アンカースクリューの撤去について、歯科矯正診断料又は顎口腔機能診断料を算定した保険医療機関からの依頼による場合) 当該診断料を算定した保険医療機関名を記載すること。	830100435	撤去した装置の名称:*****		
				830100433	歯科矯正診断料算定保険医療機関名:*****		
				830100434	顎口腔機能診断料算定保険医療機関名:*****		
186	N018	マルチブラケット装置	(マルチブラケット装置(セクショナルアーチを行う場合を除く)を行う場合) 全体の「その他」欄にステップ名及びそのステップにおける装置回数を上下顎別に記載すること。 (セクショナルアーチを行う場合) その旨を記載すること。	830100767	マルチブラケット装置ステップ1(上顎)・装置数:*****		
				830100768	マルチブラケット装置ステップ1(下顎)・装置数:*****		
				830100769	マルチブラケット装置ステップ2(上顎)・装置数:*****		
				830100770	マルチブラケット装置ステップ2(下顎)・装置数:*****		
				830100771	マルチブラケット装置ステップ3(上顎)・装置数:*****		
				830100772	マルチブラケット装置ステップ3(下顎)・装置数:*****		
				830100773	マルチブラケット装置ステップ4(上顎)・装置数:*****		
				830100774	マルチブラケット装置ステップ4(下顎)・装置数:*****		
				820101017	セクショナルアーチを実施		
187	N028	床装置修理	(リングアルアーチにおいて、主線の前歯部分のみを再製作し、ろう着した場合) その旨を記載すること。	820101018	リングアルアーチ前歯部分の再製作		
188	N100	特定保険医療材料(矯正)	(特定保険医療材料において、装着材料、スクリュー、バンド、ブラケット、チューブ、矯正用線、不銹鋼、特殊鋼等を使用した場合) 全体の「その他」欄に特定保険医療材料に掲げる名称を記載すること。	特定器材コード	(特定器材名を表示。)	○	
			(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合(長期収載品について、後発医薬品への変更不可の処方箋を交付する場合を含む。)) 医療上必要があると認められる場合及び後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合の理由のうち該当するものを記載すること。 なお、医療上の必要性については以下のとおりとする。 ① 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された機能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると歯科医師が判断する場合。 ② 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点等から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。	820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された機能・効果に差異があるため		
				820101321	患者が後発医薬品を使用した際、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、長期収載品との間で治療効果に差異があったため		

項番	区分	診療行為名称等	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	紙レセのみ記載	令和8年6月1日適用
189		長期収載品の選定療養に関する取扱い	③ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ④ 後発品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。	820101322	学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されているため		
				820101323	剤形上の違いにより、長期収載品を処方等の必要があるため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		
190		プログラム医療機器の科種療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820000095	(器評)		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		
191		プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載すること。	820101253	(器選)		
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		

※「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。

※「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」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

別表Ⅳ 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧(材料価格基準)

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
1	I	006	在宅血液透析用特定保険医療材料 (2) 吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)	(吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)を使用した場合) 使用開始日を記載すること。	850800001	使用開始年月日(在宅血液透析用特定保険医療材料(2)吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
2	I	008	皮膚欠損用創傷被覆材	(区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	830800133	3週間を超えて算定する詳細な理由(皮膚欠損用創傷被覆材):*****	※
3	I	009	非固着性シリコンガーゼ	(区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	830800002	3週間を超えて算定する詳細な理由(非固着性シリコンガーゼ):*****	※
4	I	010	水循環回路セット	(前回算定日を起算日として3か月以内に算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830800003	前回算定日を起算日として3か月以内に算定する詳細な理由(水循環回路セット):*****	※
5	I	011	膀胱瘻用カテーテル	(2個以上算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830800004	2個以上算定する詳細な理由(膀胱瘻用カテーテル):*****	※
6	I	013	局所陰圧閉鎖処置用材料	(局所陰圧閉鎖処置開始日より3週間を超えて算定した場合。ただし、感染等により当該処置を中断した場合を除く。)	830800005	3週間を超えて算定する理由及び医学的な根拠(局所陰圧閉鎖処置用材料):*****	※
				処置開始日を記載すること。	850800002	処置開始年月日(局所陰圧閉鎖処置用材料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
7	I	015	人工鼻材料 (1) 人工鼻	(1月当たり60個を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	830800006	60個を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料):*****	※
8	I	015	人工鼻材料 (2) 接続用材料 ① シール型	(合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	830800007	30枚を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料(2)接続用材料・シール型):*****	※
9	I	016	体表面用電場電極 (1) 膠芽腫用	(4枚以外の枚数を算定する場合) 理由を記載すること。	830800008	4枚以外の枚数を算定する理由(体表面用電場電極(1)膠芽腫用):*****	※
10	II	010	血管造影用マイクロカテーテル (3) 遠位端可動型治療用	遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠を詳細に記載すること。	830800009	遠位端可動型治療用を使用する医学的な根拠(血管造影用マイクロカテーテル(3)遠位端可動型治療用):*****	※
11	II	010	血管造影用マイクロカテーテル (4) 気管支バルブ治療用	重症慢性閉塞性肺疾患(COPD)患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠を詳細に記載すること。	830800010	重症慢性閉塞性肺疾患(COPD)患者に対する気管支バルブの留置による治療を実施する医学的な根拠(血管造影用マイクロカテーテル(4)気管支バルブ治療用):*****	※
12	II	021	中心静脈用カテーテル (1) 中心静脈カテーテル ⑥ 抗菌型	下記1から4について記載すること。 1 対象患者の症状詳細 2 対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。 ア 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者 a 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者 b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者 c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる感染発症が重篤化する危険性が高い患者 d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い感染患者 イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者 3 対象患者のアレルギー歴(特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること)。 4(2のイに該当する患者に対して使用する場合) 当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)におけるCLABSI発生率	830800011	1 症状詳細(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル 抗菌型):*****	※
				820800051	2 アa 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル 抗菌型)	※	
				820800052	2 アb 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル 抗菌型)	※	
				820800053	2 アc 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置しており、CLABSIによる感染発症が重篤化する危険性が高い患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル 抗菌型)	※	
				820800054	2 アd 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い感染患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル 抗菌型)	※	
				820800005	2 イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル 抗菌型)	※	
				830800012	3 対象患者のアレルギー歴(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル 抗菌型):*****	※	
				830800013	4 (2のイに該当する患者に対して使用する場合)CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率(中心静脈用カテーテル(1)中心静脈カテーテル・抗菌型):*****	※	
13	II	031	腎瘻又は膀胱瘻用材料	(2個以上算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830800014	2個以上算定する詳細な理由(腎瘻又は膀胱瘻用材料):*****	※
14	II	033	経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料	(2個以上算定する場合) 詳細な理由を記載すること。	830800015	2個以上算定する詳細な理由(経皮的又は経内視鏡的胆管等ドレナージ用材料):*****	※
15	II	040	人工腎臓用特定保険医療材料 (3) 吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)	(吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)を使用した場合) 使用開始日を記載すること。	850800003	使用開始年月日(人工腎臓用特定保険医療材料(3)吸着型血液浄化器(β2-ミクログロブリン除去用)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
16	II	061	固定用内副子(プレート) (1) ストレートプレート(生体用合金 I・S) (2) ストレートプレート(生体用合金 I・L)	(ストレートプレート(生体用合金 I・S)及びストレートプレート(生体用合金 I・L)を両側に用いる場合) 以下から選択して記載すること。 1 高度肥満(BMI30以上)の患者 2 インスリン依存型糖尿病の患者 3 重症ハイリスク症例と考えられる患者(高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等)	820800006	1 高度肥満(BMI30以上)の患者(固定用内副子(プレート)(1)ストレートプレート(生体用合金 I・S)(2)ストレートプレート(生体用合金 I・L))	※
				820800007	2 インスリン依存型糖尿病の患者(固定用内副子(プレート)(1)ストレートプレート(生体用合金 I・S)(2)ストレートプレート(生体用合金 I・L))	※	
				820800008	3 重症ハイリスク症例と考えられる患者(高度慢性閉塞性肺疾患患者、ステロイド使用患者、両側内胸動脈を使用したバイパス手術を実施した患者、起立時・歩行時に上肢に体重をかける必要のある脳神経疾患患者等)	※	

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
38	II	133	血管内手術用カテーテル (16) 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル	経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見及び当該材料を使用する医療上の必要性について記載すること。	830800036	経皮的血管形成術前の患者の病変部の所見(血管内手術用カテーテル(16) 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル);*****	※
					830800037	使用する医療上の必要性(血管内手術用カテーテル(16) 下肢動脈狭窄部貫通用カテーテル);*****	※
39	II	133	血管内手術用カテーテル (17) 血管塞栓用プラグ	患者の血管病変部の所見(直径を含む。)に記載すること。	830800038	患者の血管病変部の所見(直径を含む。)(血管内手術用カテーテル(17) 血管塞栓用プラグ);*****	※
40	II	133	血管内手術用カテーテル (21) 脳動脈瘤治療用フローダイバーターステム	(医学的な必要性から2個以上使用する必要がある場合)理由に記載すること。	830800039	2個以上使用する医学的必要性(血管内手術用カテーテル(21) 脳動脈瘤治療用フローダイバーターステム);*****	※
41	II	133	血管内手術用カテーテル (23) 大動脈分岐部用フィルターセット	血管病変部の画像所見等を踏まえ、大動脈分岐部用フィルターセットの使用が適切であると判断した医学的根拠を記載すること。	830800040	大動脈分岐部用フィルターセットの使用が適切であると判断した医学的根拠(血管病変部の画像所見等を含む。)(血管内手術用カテーテル(23) 大動脈分岐部用フィルターセット);*****	※
42	II	134	人工血管 (3) 短期使用型	(16歳以上の患者に対して使用した場合)医学的理由を記載すること。	830800041	16歳以上の患者に対して使用する医学的理由(人工血管(3) 短期使用型);*****	※
43	II	144	両室ベーンシング機能付き植込型除細動器	両室ベーンシング機能付き植込型除細動器の移植を行った患者について、症状詳細を記載すること。	830800042	症状詳細(両室ベーンシング機能付き植込型除細動器);*****	※
44	II	146	大動脈用ステントグラフト (1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	外科手術が第一選択とならない旨及び治療が適応となる旨を記載すること。	830800043	外科手術が第一選択とならない旨(大動脈用ステントグラフト(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));*****	※
					830800044	治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));*****	※
45	II	146	大動脈用ステントグラフト (1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ①標準型	(腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型を腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合は、腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型を1回の手術に対して複数個算定する場合)医学的必要性を記載すること。	830800045	1回の手術に対して複数個算定する医学的必要性(大動脈用ステントグラフト(1) 腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・標準型);*****	※
46	II	146	大動脈用ステントグラフト (2) 腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)	(腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)を腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて使用する場合は、腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分)を1回の手術に対して複数個算定する場合)医学的必要性を記載すること。	830800046	1回の手術に対して複数個算定する医学的必要性(大動脈用ステントグラフト(2) 腹部大動脈用ステントグラフト(補助部分));*****	※
47	II	146	大動脈用ステントグラフト (3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)	(1回の手術に対して複数個使用する場合)複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830800047	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分));*****	※
48	II	146	大動脈用ステントグラフト (3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ③血管分岐部対応型	使用した部位の主要分枝血管名(腕頭動脈、左総頸動脈、左鎖骨下動脈等)を記載すること。	830800048	使用した部位の主要分枝血管名(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・血管分岐部対応型);*****	※
49	II	146	大動脈用ステントグラフト (3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ②中極端可動型	(胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型を同時に使用する場合) 以下の事項を記載すること ①胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型による治療が適応となる旨 ②胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型を複数個算定する場合は、複数個の当該材料による治療が適応となる旨	830800049	治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型);*****	※
					830800050	(複数個使用する場合のみ記載)複数個の当該材料による治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型);*****	※
50	II	146	大動脈用ステントグラフト (3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分) ②中極端可動型	(胸腹部大動脈に対して、腹部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・分枝血管部分連結型と組み合わせて、胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型を使用する場合) 以下の事項を記載すること ①胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型による治療が適応となる旨 ②胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型を複数個算定する場合は、複数個の当該材料による治療が適応となる旨	830800051	当該材料による治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型);*****	※
					830800052	(複数個使用する場合のみ記載)複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(3) 胸部大動脈用ステントグラフト(メイン部分)・中極端可動型);*****	※
51	II	146	大動脈用ステントグラフト (4) 胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分) ②分枝血管部分連結型	(複数個算定する場合)複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830800053	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(4) 胸部大動脈用ステントグラフト(補助部分)・分枝血管部分連結型);*****	※
52	II	146	大動脈用ステントグラフト (5) 大動脈解離用ステントグラフト(ペラストント)	(複数個算定する場合)複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830800054	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(5) 大動脈解離用ステントグラフト(ペラストント));*****	※
53	II	146	大動脈用ステントグラフト (6) 胸部大動脈用ステントグラフト(分枝血管部分)	(複数個算定する場合)複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830800055	複数個の治療が適応となる旨(大動脈用ステントグラフト(6) 胸部大動脈用ステントグラフト(分枝血管部分));*****	※
54	II	149	血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテル	(血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に算定する場合)医学的必要性を記載すること。	830800056	血管内超音波プローブと血管内光断層撮影用カテーテルを同時に使用する医学的必要性(血管内光断層撮影用カテーテル);*****	※
55	II	150	ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 (重症熱傷に対し使用する場合)	①(40枚を超えて算定する場合)医学的必要性を記載すること。 ②症状詳細を記載すること。	830800057	40枚を超えて使用する医学的必要性(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合));*****	※
					830800058	症状詳細(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(重症熱傷に対し使用する場合));*****	※
56	II	150	ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 (先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合)	①他の標準的な治療法では対応が困難であり、当該材料を使用する必要があった症状詳細を記載すること。 ②複数回に分けて治療することが予定されている場合は、一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔 d 回数	830800059	症状詳細(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));*****	※
					850800004	a 治療開始年月(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
					850800005	b 治療終了予定年月(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));(元号)yy'年'mm'月'dd'日	※
					830800060	c 治療間隔(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));*****	※
842800001	d 回数(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(先天性巨大色素性母斑に対し使用する場合));*****	※					

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
57	II	150	ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 (2) 調整・移植キット	(栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合であって、同一箇所に対して2回以上移植した場合) 医学的理由と移植箇所、移植回数を記載すること。	830800131	同一箇所に対して2回以上移植した医学的理由(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮・調整・移植キット);*****	※
					830800132	移植箇所(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮・調整・移植キット);*****	※
					842800005	移植回数(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮・調整・移植キット);*****	※
58	II	150	ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮	(栄養障害型表皮水疱症又は接合部型表皮水疱症に対し使用する場合) ①症状詳細を記載すること。 ②(複数回に分けて治療することが予定されている場合) 一連の治療計画の内容として以下の事項を記載すること。 a 治療開始年月 b 治療終了予定年月 c 治療間隔 d 回数	830800061	症状詳細(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮);*****	※
					850800006	a 治療開始年月(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
					850800007	b 治療終了予定年月(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
					830800062	c 治療間隔(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮);*****	※
					830800063	d 回数(ヒト自家移植組織(1)自家培養表皮);*****	※
59	II	150	ヒト自家移植組織 (2)自家培養軟骨	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳細を記載すること。	830800064	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳細(ヒト自家移植組織(2)自家培養軟骨);*****	※
60	II	150	ヒト自家移植組織 (3)自家培養角膜上皮	角膜上皮幹細胞疫症の重症度を含めた症状詳細を記載すること。	830800065	角膜上皮幹細胞疫症の重症度を含めた症状詳細(ヒト自家移植組織(3)自家培養角膜上皮);*****	※
61	II	150	ヒト自家移植組織 (4)自家培養口腔粘膜上皮	角膜上皮幹細胞疫症の重症度を含めた症状詳細を記載すること。	830800066	角膜上皮幹細胞疫症の重症度を含めた症状詳細(ヒト自家移植組織(4)自家培養口腔粘膜上皮);*****	※
62	II	150	ヒト自家移植組織 (5)ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮	角膜上皮幹細胞疫症の重症スコアを含めた症状詳細を記載すること。	830800067	角膜上皮幹細胞疫症の重症スコアを含めた症状詳細(ヒト自家移植組織(5)ヒト羊膜基質使用自家培養口腔粘膜上皮);*****	※
63	II	150	ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮 (非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合)	①(40枚を超えて使用する場合) 医学的必要性を記載すること。	830800068	40枚を超えて使用する医学的必要性(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****	※
				②医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨を記載すること。	830800069	医療上の必要性及び合併症等について患者に説明を行った旨(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****	※
				③非外科的治療が無効又は適応とならないと判断し、かつ、自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合)の適応となると判断した医学的理由を詳細に記載すること。	830800070	医学的理由(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****	※
				a 治療開始年月(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合))yy"年"mm"月"dd"日	850800008		※
				b 治療終了予定年月(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合)):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	850800009		※
				c 治療間隔(日数)(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****	842800002		※
				d 治療回数 e 一連の治療において使用することを計画している枚数	842800003	d 治療回数(ヒト自家移植組織 (1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****	※
842800004	e 一連の治療において使用することを計画している枚数(ヒト自家移植組織(1) 自家培養表皮(非外科的治療が無効又は適応とならない白斑に対し使用する場合));*****	※					
64	II	152	胸郭変形矯正用材料 (1)肋骨間用 (2)肋骨腰椎間用 (3)肋骨胸椎間用	①セット(肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨胸椎間用)を医学的根拠に基づき3セット以上を算定する場合) 医学的根拠を詳細に記載すること。	830800071	セット(肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨胸椎間用)を3セット以上を算定する医学的根拠(胸郭変形矯正用材料(1)肋骨間用(2)肋骨腰椎間用(3)肋骨胸椎間用);*****	※
				②(部品連結用・模型を用いる場合であって、セット(肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨胸椎間用)を2セット以上算定する場合) 医学的根拠を詳細に記載すること。	830800072	部品連結用・模型を用いる場合であってセット(肋骨間用、肋骨腰椎間用又は肋骨胸椎間用)を2セット以上算定する医学的根拠(胸郭変形矯正用材料(1)肋骨間用(2)肋骨腰椎間用(3)肋骨胸椎間用);*****	※
65	II	153	経皮的動脈管閉鎖セット (2)動脈管内留置型	①使用した患者の体重を記載すること。	830800073	使用した患者の体重(経皮的動脈管閉鎖セット(2)動脈管内留置型);*****	※
				②(体重1kg未満の患者に対し使用する場合) 使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830800074	使用する理由及び医学的根拠(経皮的動脈管閉鎖セット(2)動脈管内留置型);*****	※
66	II	155	植込型心電図記録計	(潜因性脳梗塞患者に対して使用した場合) 理由及び医学的根拠を記載すること。	830800075	使用する理由及び医学的根拠(植込型心電図記録計);*****	※
				①(3週間を超えて算定した場合) 理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830800005	3週間を超えて算定する理由及び医学的根拠(局所陰圧閉鎖処置用材料);*****	※
				②処置開始日を記載すること。	850800010	処置開始日(局所陰圧閉鎖処置用材料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
67	II	159	局所陰圧閉鎖処置用材料	③(術後縫合創に対して使用する場合(手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。)) 次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。 ア BMIが30以上の肥満症の患者 イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c(HbA1c)がJDS値で6.6%以上(NGSP値で7.0%以上)の者 ウ ステロイド療法を受けている患者 エ 慢性維持透析患者 オ 免疫不全状態にある患者 カ 低栄養状態にある患者 キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者 ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者	820800035	ア BMIが30以上の肥満症の患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)	※
					820800036	イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c(HbA1c)がJDS値で6.6%以上(NGSP値で7.0%以上)の者(局所陰圧閉鎖処置用材料)	※
					820800037	ウ ステロイド療法を受けている患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)	※
					820800038	エ 慢性維持透析患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)	※
					820800039	オ 免疫不全状態にある患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)	※
					820800040	カ 低栄養状態にある患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)	※
					820800041	キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)	※
					820800042	ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者(局所陰圧閉鎖処置用材料)	※
68	II	164	椎体形成用材料セット	(骨粗鬆症に対して、1回の手術で2セット以上使用した場合)医療上の必要性について記載すること。	830800077	1回の手術で2セット以上使用する医療上の必要性(椎体形成用材料セット):*****	※
69	II	174	植込型骨導補聴器	患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由(既存の骨導補聴器の使用歴がない患者に対して使用する場合は、既存の骨導補聴器を使用しない理由を含む。)、既存の治療の結果等を記載すること。	830800078	患者の平均骨導聴力レベル、植込型骨導補聴器を使用する必要がある理由、既存の治療の結果等(植込型骨導補聴器):*****	※
70	II	180	陰圧創傷治療用カートリッジ	(入院中の患者に対して使用する場合(術後縫合創に対して、手術後の切開創手術部位感染のリスクを低減する目的で使用した場合に限る。)) 次に掲げる患者のいずれに該当するかを詳細に記載すること。 ア BMIが30以上の肥満症の患者 イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c(HbA1c)がJDS値で6.6%以上(NGSP値で7.0%以上)の者 ウ ステロイド療法を受けている患者 エ 慢性維持透析患者 オ 免疫不全状態にある患者 カ 低栄養状態にある患者 キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者 ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者	820800043	ア BMIが30以上の肥満症の患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)	※
					820800044	イ 糖尿病患者のうち、ヘモグロビンA1c(HbA1c)がJDS値で6.6%以上(NGSP値で7.0%以上)の者(陰圧創傷治療用カートリッジ)	※
					820800045	ウ ステロイド療法を受けている患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)	※
					820800046	エ 慢性維持透析患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)	※
					820800047	オ 免疫不全状態にある患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)	※
					820800048	カ 低栄養状態にある患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)	※
					820800049	キ 創傷治癒遅延をもたらす皮膚疾患又は皮膚の血流障害を有する患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)	※
					820800050	ク 手術の既往がある者に対して、同一部位に再手術を行う患者(陰圧創傷治療用カートリッジ)	※
71	II	186	気管支手術用カテーテル	症状詳細を記載すること。	830800079	症状詳細(気管支手術用カテーテル):*****	※
72	II	187	半導体レーザー用プローブ	①(局所遠隔再発食道癌に対して使用する場合)2本目を算定するに当たっては詳細な内視鏡所見を記載すること。	830800080	局所遠隔再発食道癌に対し2本目を算定する場合の内視鏡所見(半導体レーザー用プローブ):*****	※
				②(切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対して使用する場合であって、一連の治療につき8本を超えた本数の算定が必要な場合)詳細な理由を記載すること。	830800081	切除不能な局所進行又は局所再発の頭頸部癌に対し一連の使用につき8本を超えて算定する理由(半導体レーザー用プローブ):*****	※
73	II	190	人工中耳用材料	人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830800082	人工中耳用材料を使用する理由及び医学的な根拠(人工中耳用材料):*****	※
74	II	191	末梢血管用ステントグラフト	①末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠を詳細に記載すること。	830800083	末梢血管用ステントグラフトを使用する理由及び医学的な根拠(末梢血管用ステントグラフト):*****	※
				②(腸骨動脈のTASC II A/B病変、高度石灰化病変または閉塞性病変に使用した場合)詳細な画像所見を記載すること。	830800084	画像所見(末梢血管用ステントグラフト):*****	※
75	II	191	末梢血管用ステントグラフト(3)腹部大動脈分枝血管対応型	(複数個算定する場合)複数個の治療が適応となる旨を記載すること。	830800085	複数個の治療が適応となる旨(末梢血管用ステントグラフト(3)腹部大動脈分枝血管対応型):*****	※
76	II	193	補助循環用ポンプカテーテル(2)高流量型	使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳細を記載すること。	830800086	使用する医療上の必要性及び使用した日数を含めた症状詳細(補助循環用ポンプカテーテル(2)高流量型):*****	※
77	II	195	体表面用電場電極(1)膠芽腫用	(膠芽腫用について4枚以外の枚数を算定する場合)理由を記載すること。	830800087	4枚以外の枚数を算定する理由(体表面用電場電極(1)膠芽腫用):*****	※
78	II	196	経皮的僧帽弁クリップシステム	外科手術が困難であることを評価し、経皮的僧帽弁クリップシステムを用いた治療が当該患者にとって最適であると判断した評価内容を記載すること。	830800088	治療が最適であると判断した評価内容(経皮的僧帽弁クリップシステム):*****	※
79	II	200	放射線治療用合成吸収性材料(1)ハイドロゲル型	(Stage I又はII以外の前立腺癌患者に使用した場合)ハイドロゲル型の対象とならない患者ではないことについて記載すること。	830800089	ハイドロゲル型の対象となる理由(放射線治療用合成吸収性材料(1)ハイドロゲル型):*****	※
80	II	202	腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット	処置開始日を記載すること。	850800011	処置開始年月日(腹部開放創用局所陰圧閉鎖キット):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
81	II	203	横隔神経電気刺激装置	D239筋電図検査の「2」を実施した日を記載すること。	850800012	筋電図検査の実施年月日(横隔神経電気刺激装置):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
82	II	203	横隔神経電気刺激装置(2)体外式パルス発生器(3)接続ケーブル	①(初回導入時の算定の場合)「K534-4 腹腔鏡下横隔神経電極植込術」を実施した日付を記載すること。	850800013	(初回導入時のみ記載)実施年月日(横隔神経電気刺激装置):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※
				②(交換時の診療報酬請求の場合)医療上の必要性について症状詳細を記載すること。	830800090	(交換時のみ記載)交換する医学的必要性(横隔神経電気刺激装置):*****	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
83	II	204	経皮的左心耳閉鎖システム	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830800091	使用する理由及び医学的根拠(経皮的左心耳閉鎖システム);*****	※
84	II	205	経皮的卵円孔閉鎖セット	使用する医学的根拠を詳細に記載すること。	830800092	使用する医学的根拠(経皮的卵円孔閉鎖セット);*****	※
85	II	206	人工顎関節用材料	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830800093	使用する理由及び医学的根拠(人工顎関節用材料);*****	※
86	II	207	人工鼻材料 (1)人工鼻	(1月あたり60個を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	830800094	1月あたり60個を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料);*****	※
87	II	207	人工鼻材料 (2)接続用材料 ①シール型	(合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	830800095	1月あたり30枚を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料(2)接続用材料・シール型);*****	※
88	II	211	植込型骨導補聴器(直接振動型)	使用する理由及び医学的根拠を詳細に記載すること。	830800096	使用する理由及び医学的根拠(植込型骨導補聴器(直接振動型));*****	※
89	II	212	消化器内視鏡用止血材 (1)ペプチド由来吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	830800097	使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(1)ペプチド由来吸収性局所止血材);*****	※
				②(1回の手術で4mlを超える量を使用する場合) 医学的必要性を記載すること。	830800098	4mlを超える量を使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(1)ペプチド由来吸収性局所止血材);*****	※
90	II	212	消化器内視鏡用止血材 (2)鉱物由来非吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	830800099	使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(2)鉱物由来非吸収性局所止血材);*****	※
				②(1回の手術で20gを超える量を使用する場合) 医学的必要性を記載すること。	830800100	20gを超える量を使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(2)鉱物由来非吸収性局所止血材);*****	※
91	II	212	消化器内視鏡用止血材 (3)アミノ酸由来非吸収性局所止血材	①使用する医学的必要性を記載すること。	830800101	使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(3)アミノ酸由来非吸収性局所止血材);*****	※
				②(1回の手術で3gを超える量を使用する場合) 医学的必要性を記載すること。	830800102	3gを超える量を使用する医学的必要性(消化器内視鏡用止血材(3)アミノ酸由来非吸収性局所止血材);*****	※
92	II	213	脳神経減圧術用補綴材	(1回の手術で0.3gを超える量を使用する場合) 医学的必要性を記載すること。	830800103	0.3gを超える量を使用する医学的必要性(脳神経減圧術用補綴材);*****	※
93	II	214	前立腺用インプラント	①他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積を記載すること。	830800104	他の外科手術が困難な理由及び前立腺体積(前立腺用インプラント);*****	※
				②(5個以上使用する必要がある場合) 医学的必要性を記載すること。	830800105	5個以上使用する医学的必要性(前立腺用インプラント);*****	※
94	II	218	ヒト羊膜使用創傷被覆材	使用する必要がある理由及び既存療法の結果を記載すること。	830800106	使用する医学的必要性がある理由及び既存療法の結果(ヒト羊膜使用創傷被覆材);*****	※
95	II	219	自家皮膚細胞移植用キット	使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳細を記載すること。	830800107	使用する医療上の必要性及び受傷面積等を含めた症状詳細(自家皮膚細胞移植用キット);*****	※
96	II	220	経消化管胆道ドレーナージステント	(医学的必要性から2個以上使用する必要がある場合) 理由を記載すること。	830800108	2個以上使用する医学的必要性(経消化管胆道ドレーナージステント);*****	※
97	II	224	前立腺組織用高圧水噴射システム	使用する医学的根拠を記載すること。	830800109	使用する医学的根拠(前立腺組織用高圧水噴射システム);*****	※
98	II	225	気管支用バルブ	(5個以上使用する場合) 医学的根拠を記載すること。	830800110	5個以上使用する医学的根拠(気管支用バルブ);*****	※
				「K511」肺切除術又は「K513」胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由を記載すること。	830800111	肺切除術又は胸腔鏡下肺切除術が適応とならない又は実施困難な理由(気管支用バルブ);*****	※
99	II	228	培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット	使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度を記載すること。	830800112	使用する前の患眼の最良矯正視力及び角膜内皮細胞密度(培養ヒト角膜内皮細胞・調製・移植キット);*****	※
100	II	229	弁周囲欠損孔閉鎖セット	区分番号「K555」弁置換術が適応とならない医学的根拠を記載すること。	830800113	弁置換術が適応とならない医学的根拠(弁周囲欠損孔閉鎖セット);*****	※
101	II	234	薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント	①使用する医学的必要性を記載すること。 ②以下のいずれに該当するかを選択すること。 ア 副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイドによる治療歴がある症例 イ 再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例 ウ 副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再開鎖のリスクが高いと判断される症例 エ 慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例	830800114	使用する医学的必要性(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント);*****	※
					820800017	ア 副鼻腔の炎症が強く副鼻腔手術前に点鼻ステロイドまたは全身性ステロイドによる治療歴がある症例(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント)	※
					820800018	イ 再発の副鼻腔炎に対する再手術の症例(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント)	※
					820800019	ウ 副鼻腔手術後の内視鏡画像検査で中鼻道あるいは各副鼻腔自然口が狭く再開鎖のリスクが高いと判断される症例(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント)	※
					820800020	エ 慢性鼻副鼻腔炎の再発又は難治化のリスクが高い症例(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント)	※

項番	別表	区分	特定保険医療材料の機能区分	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	令和8年6月1日適用
				(一連の治療で3個以上使用する場合) 医学的必要性を記載すること。	830800115	3個以上使用する医学的必要性(薬剤溶出型吸収性副鼻腔用ステント); *****	※
102	II	236	上腕静脈用カテーテル	使用する医学的必要性を記載すること。	830800116	使用する医学的必要性(上腕静脈用カテーテル);*****	※
103	II	237	軟骨修復材	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳細を記載すること。	830800117	使用する医療上の必要性及び軟骨欠損面積等を含めた症状詳細(軟骨修復材);*****	※
104	II	238	冷凍アブレーション用バルーンカテーテル	用いる医学的必要性を記載すること。	830800118	使用する医学的必要性(冷凍アブレーション用バルーンカテーテル);*****	※
105	II	239	腎神経焼灼術用カテーテル	(医学的必要性から3個以上使用する必要がある場合) 理由を記載すること。	830800119	3個以上使用する医学的必要性(腎神経焼灼術用カテーテル);*****	※
106	II	240	経皮的三尖弁クリップシステム	(医学的必要性から3個以上使用する必要がある場合) 理由を記載すること。	830800120	3個以上使用する医学的必要性(経皮的三尖弁クリップシステム);*****	※
				用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳細を記載すること。	830800121	用いた治療が最適であると判断した評価内容及び症状詳細(経皮的三尖弁クリップシステム);*****	※
107	IV	021	中心静脈用カテーテル (1) 中心静脈カテーテル ⑥ 抗菌型	下記1から4について記載すること。 1 対象患者の症状詳細 2 対象患者についての該当項目【アのa～dのいずれか又はイ】を以下から選択して記載すること。 ア. 中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して5日を超える当該カテーテルの留置が必要であり、かつ下記のa～dのいずれかに該当する患者 a 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者 b 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者 c 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置してあり、CLABSIによる発症が重篤化する危険性が高い患者 d 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い疑 イ 感染患者 イ CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス 事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した 日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者 3 対象患者のアレルギー歴(特に含有抗菌薬に関するアレルギー歴がないことを確認すること)。 4(2のイ)に該当する患者に対して使用する場合) 当該保険医療機関のCLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)におけるCLABSI発生率	830800122	1症状詳細(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型);*****	※
				820800030	2ア. 同一入院期間中においてCLABSIを2回以上繰り返している患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型)	※	
				820800031	2アb. 小児等の中心静脈カテーテル挿入が可能な血管が限定される患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型)	※	
				820800032	2アc. 人工弁、人工血管グラフト、心血管系電子デバイス(ペースメーカー等)等を体内に留置してあり、CLABSIによる発症が重篤化する危険性が高い患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型)	※	
				820800033	2アd. 好中球減少患者、熱傷患者、臓器移植患者、短小腸患者等のCLABSIの危険性が高い疑感染患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型)	※	
				820800034	2イ. CLABSI発生率が地域や全国のサーベイランス(厚生労働省院内感染対策サーベイランス事業等)の報告結果を超えている保険医療機関において、中心静脈用カテーテルを挿入した日から起算して14日以上の当該カテーテルの留置が必要である患者(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型)	※	
				830800123	3対象患者のアレルギー歴(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型);*****	※	
830800013	4 (2のイ)に該当する患者に対して使用する場合)CLABSI発生率及び参考とした地域や全国のサーベイランスにおけるCLABSI発生率(中心静脈用カテーテル(1) 中心静脈カテーテル・抗菌型);*****	※					
108	V	033	口腔粘膜保護材	(患者の状況により10mLを超える量を使用する場合) 理由を記載すること。	830800125	10mLを超える量を使用する理由(口腔粘膜保護材);*****	※
109	V	036	半導体レーザー用プローブ	(8本を超えた本数の算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	830800126	8本を超えて算定する理由(半導体レーザー用プローブ);*****	※
110	VII	012	皮膚欠損用創傷被覆材	(区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外に対して使用する場合であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	830800001	3週間を超えて算定する詳細な理由(皮膚欠損用創傷被覆材);*****	※
111	VII	013	非固着性シリコンガーゼ	(区分番号「C114」在宅難治性皮膚疾患処置指導管理料を算定している患者以外であって、3週間を超えた期間で算定が必要な場合) 詳細な理由を記載すること。	830800002	3週間を超えて算定する詳細な理由(非固着性シリコンガーゼ);*****	※
112	VII	015	人工鼻材料 (1) 人工鼻	(1月当たり60個を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	830800006	60個を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料);*****	※
113	VII	015	人工鼻材料 (2) 接続用材料 ① シール型	(合わせて1月当たり30枚を超えて算定が必要な場合) 医学的必要性について記載すること。	830800007	30枚を超えて算定する医学的必要性(人工鼻材料((2) 接続用材料・シール型));*****	※

※「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、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「別表」欄におけるローマ数字は、特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)の一部を改正する件(令和8年厚生労働省告示第73号)の別表のことを指す。

(例:「別表」欄の「I」は、別表第一医科診療報酬点数表の第2章第2部に規定する特定保険医療材料のこと。)

別表Ⅴ 診療行為名称等の略号一覧(歯科)

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
1	A000	初診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	初診 「時間外」の文字の上※
2	A000	地域歯科医療加算を算定した場合	地歯	全体「その他」欄
3	A000	電子的歯科診療情報連携体制整備加算1を算定した場合	医歯DX1	全体「その他」欄
4	A000	電子的歯科診療情報連携体制整備加算2を算定した場合	歯DX2	全体「その他」欄
5	A000	情報通信機器を用いた初診を算定した場合	情初診	全体 「その他」欄
6	A002	再診料に係る時間外加算の特例を算定した場合 ※電子計算機の場合は全体の「その他」欄に表示	特	再診 「時間外」の文字の上※
7	A002	地域歯科医療加算を算定した場合	地歯	全体「その他」欄
8	A002	電子的歯科診療情報連携体制整備加算を算定した場合	歯DX	全体「その他」欄
9	A002	情報通信機器を用いた再診を算定した場合	情再診	全体 「その他」欄
10	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合	周計1	管理・リハ 「その他」欄
11	B000-5	周術期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合	周計2	管理・リハ 「その他」欄
12	B000-6	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の手術前	周前(Ⅰ)	管理・リハ 「その他」欄
13	B000-6	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)の手術後	周後(Ⅰ)	管理・リハ 「その他」欄
14	B000-7	周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の手術前	周前(Ⅱ)	管理・リハ 「その他」欄
15	B000-7	周術期等口腔機能管理料(Ⅱ)の手術後	周後(Ⅱ)	管理・リハ 「その他」欄
16	B000-8	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)	周(Ⅲ)	管理・リハ 「その他」欄
17	B000-9	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)	周(Ⅳ)	管理・リハ 「その他」欄
18	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料1を算定した場合	回計1	管理・リハ 「その他」欄
19	B000-10	回復期等口腔機能管理計画策定料2を算定した場合	回計2	管理・リハ 「その他」欄
20	B000-11	回復期等口腔機能管理料	回機能	管理・リハ 「その他」欄
21	B002	歯科特定疾患療養管理料を算定した場合	特疾管	全体 「その他」欄
22	B002	歯科特定疾患療養管理料に係る共同療養指導計画加算を算定した場合	共計	全体 「その他」欄
23	B002	歯科特定疾患療養管理料(情報通信機器を用いて行った場合)を算定した場合	情特疾管	管理・リハ 「その他」欄
24	B003	特定薬剤治療管理料を算定した場合	薬	全体 「その他」欄
25	B004	悪性腫瘍特異物質治療管理料を算定した場合	悪	全体 「その他」欄
26	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1(抗悪性腫瘍剤を投与した場合)を算定した場合	外化投1	全体 「その他」欄
27	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料1(イ以外の必要な治療管理を行った場合)を算定した場合	外化管1	全体 「その他」欄
28	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2(抗悪性腫瘍剤を投与した場合)を算定した場合	外化投2	全体 「その他」欄
29	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料2(イ以外の必要な治療管理を行った場合)を算定した場合	外化管2	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
30	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3(抗悪性腫瘍剤を投与した場合)を算定した場合	外化投3	全体 「その他」欄
31	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料3(イ以外の必要な治療管理を行った場合)を算定した場合	外化管3	全体 「その他」欄
32	B004-1-8	外来腫瘍化学療法診療料の連携充実加算を算定した場合	連充	全体 「その他」欄
33	B004-2	手術前医学管理料を算定した場合	手前	全体 「その他」欄
34	B004-3	手術後医学管理料を算定した場合	手後	全体 「その他」欄
35	B004-6-2	歯科治療時医療管理料を算定した場合	医管	管理・リハ 「その他」欄
36	B005	開放型病院共同指導料(Ⅰ)を算定した場合	開Ⅰ	全体 「その他」欄
37	B006	開放型病院共同指導料(Ⅱ)を算定した場合	開Ⅱ	全体 「その他」欄
38	B006-3-4	療養・就労両立支援指導料を算定した場合	就労	全体 「その他」欄
39	B006-3-5	こころの連携指導料(Ⅰ)を算定した場合	こ連Ⅰ	全体 「その他」欄
40	B006-4	歯科遠隔連携診療料を算定した場合	歯遠隔	全体 「その他」欄
41	B007	退院前訪問指導料を算定した場合	退前	全体 「その他」欄
42	B008	薬剤管理指導料「1 特に安全管理が必要な医薬品が投薬又は注射されている患者に対して行う場合」を算定した場合	薬管1	全体 「その他」欄
43	B008	薬剤管理指導料「2 1の患者以外の患者に対して行う場合」を算定した場合	薬管2	全体 「その他」欄
44	B008	薬剤管理指導料に係る麻薬管理指導加算を算定した場合	麻加	全体 「その他」欄
45	B008-2	薬剤総合評価調整管理料を算定した場合	薬総評管	全体 「その他」欄
46	B009	診療情報提供料(Ⅰ)を算定した場合	情Ⅰ	全体 「その他」欄
47	B009	診療情報提供料(Ⅰ)に係る退院患者の紹介の加算を算定した場合	情Ⅰ加1	全体 「その他」欄
48	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算1、2又は3若しくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算(区分B009 注6)を算定した場合	情Ⅰ加2	全体 「その他」欄
49	B009	診療情報提供料(Ⅰ)の基本診療料に係る歯科診療特別対応加算1、2又は3若しくは歯科訪問診療料を算定している患者の紹介に係る加算(区分B009 注7)を算定した場合	情Ⅰ加3	全体 「その他」欄
50	B009	診療情報提供料(Ⅰ)に係る検査・画像情報提供加算の「イ 退院する患者について、当該患者の退院日の属する月又はその翌月に、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4イ	全体 「その他」欄
51	B009	診療情報提供料(Ⅰ)に係る検査・画像情報提供加算の「ロ 入院中の患者以外の患者について、必要な情報を提供した場合」を算定した場合	情Ⅰ加4ロ	全体 「その他」欄
52	B009-2	電子的診療情報評価料を算定した場合	電診情評	全体 「その他」欄
53	B010	診療情報提供料(Ⅱ)を算定した場合	情Ⅱ	全体 「その他」欄
54	B011	診療情報等連携共有料1	情共1	全体 「その他」欄
55	B011	診療情報等連携共有料2	情共2	全体 「その他」欄
56	B011-2	連携強化診療情報提供料	連情	全体 「その他」欄
57	B011-5	がんゲノムプロファイリング評価提供料を算定した場合	がんゲ評	全体 「その他」欄
58	B012	傷病手当金意見書交付料を算定した場合	傷	全体 「その他」欄
59	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料1を算定した場合	特イ管1	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
60	B013-3	広範囲顎骨支持型補綴物管理料2を算定した場合	特イ管2	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
61	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療1を算定した場合	歯訪1	全体 「その他」欄
62	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療2を算定した場合	歯訪2	全体 「その他」欄
63	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療3を算定した場合	歯訪3	全体 「その他」欄
64	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療4を算定した場合	歯訪4	全体 「その他」欄
65	C000	歯科訪問診療料の歯科訪問診療5を算定した場合	歯訪5	全体 「その他」欄
66	C000	歯科訪問診療料の緊急歯科訪問診療加算を算定した場合	緊訪	全体 「その他」欄
67	C000	歯科訪問診療料の夜間歯科訪問診療加算を算定した場合	夜訪	全体 「その他」欄
68	C000	歯科訪問診療料の深夜歯科訪問診療加算を算定した場合	深訪	全体 「その他」欄
69	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(イの(1)同一建物居住者以外の場合)を算定した場合	訪補助イ(1)	全体 「その他」欄
70	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(イの(2)同一建物居住者の場合)を算定した場合	訪補助イ(2)	全体 「その他」欄
71	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(ロの(1)同一建物居住者以外の場合)を算定した場合	訪補助ロ(1)	全体 「その他」欄
72	C000	歯科訪問診療時の歯科訪問診療補助加算(ロの(2)同一建物居住者の場合)を算定した場合	訪補助ロ(2)	全体 「その他」欄
73	C000	区分番号C000の注16に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	歯訪診(初)	全体 「その他」欄
74	C000	区分番号C000の注16に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	歯訪診(再)	全体 「その他」欄
75	C000	歯科訪問診療に係る歯科訪問診療移行加算を算定した場合	訪移行	全体 「その他」欄
76	C000	区分番号C000の注20に規定する歯科訪問診療料「イ 初診時」を算定した場合	特歯訪診(初)	全体 「その他」欄
77	C000	区分番号C000の注20に規定する歯科訪問診療料「ロ 再診時」を算定した場合	特歯訪診(再)	全体 「その他」欄
78	C000	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、周術期等口腔機能管理及び回復期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	周術期等連携	「摘要」欄
79	C000	歯科診療所の歯科医師が医科歯科併設の病院に入院中の患者に対して歯科訪問診療を行い、回復期等口腔機能管理及び回復期等口腔機能管理に伴う治療行為を行った場合	回復期等連携	「摘要」欄
80	C000	同一の患者において2人以上の患者を診察(診療時間が20分以上の場合に限る。)、患者の1人に対して歯科訪問診療1を算定する場合	同一世帯(1)	「摘要」欄
81	C000	歯科訪問診療に係る通信画像情報活用加算を算定した場合	ICT加算	全体 「その他」欄
82	C000	在宅医療DX情報活用加算を算定した場合	在DX	全体 「その他」欄
83	C000	医科連携訪問加算を算定した場合	医訪	全体 「その他」欄
84	C001	訪問歯科衛生指導料(1 単一建物診療患者が1人の場合)を算定した場合	訪衛指1	全体 「その他」欄
85	C001	訪問歯科衛生指導料(2 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合)を算定した場合	訪衛指2	全体 「その他」欄
86	C001	訪問歯科衛生指導料(3 1及び2以外の場合)を算定した場合	訪衛指3	全体 「その他」欄
87	C001	訪問歯科衛生指導料に係る複数名訪問歯科衛生指導加算を算定した場合	複訪	全体 「その他」欄
88	C001	訪問歯科衛生指導料の注4に規定する特別の関係にある保険医療機関等において訪問歯科衛生指導料を算定した場合	特訪	全体 「その他」欄
89	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料を算定した場合	歯在管	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
90	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る文書提供加算を算定した場合	文	全体 「その他」欄
91	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅総合医療管理加算を算定した場合	歯総管	全体 「その他」欄
92	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
93	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄
94	C001-3	歯科疾患在宅療養管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
95	C001-4-2	在宅患者歯科治療時医療管理料を算定した場合	在宅管	全体 「その他」欄
96	C001-5	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
97	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る口腔管理体制強化加算を算定した場合	口管強	全体 「その他」欄
98	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算1を算定した場合	歯援診1	全体 「その他」欄
99	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科診療所加算2を算定した場合	歯援診2	全体 「その他」欄
100	C001-5 C001-6	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料又は小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅療養支援歯科病院加算を算定した場合	歯援病	全体 「その他」欄
101	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	医連1	全体 「その他」欄
102	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	医連2	全体 「その他」欄
103	C001-3	在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
104	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料を算定した場合	小訪問口腔リハ	全体 「その他」欄
105	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る小児在宅歯科医療連携加算1を算定した場合	小医連1	全体 「その他」欄
106	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る小児在宅歯科医療連携加算2を算定した場合	小医連2	全体 「その他」欄
107	C001-6	小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料に係る在宅歯科医療情報連携加算を算定した場合	医情連	全体 「その他」欄
108	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料1を算定した場合	NST1	全体 「その他」欄
109	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料2を算定した場合	NST2	全体 「その他」欄
110	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料3を算定した場合	NST3	全体 「その他」欄
111	C001-7	在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料4を算定した場合	NST4	全体 「その他」欄
112	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定した場合	訪問薬剤	全体 「その他」欄
113	C003	在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る麻薬加算を算定した場合	麻	全体 「その他」欄
114	D002-6	口腔細菌定量検査2を算定した場合	口菌検2	X線・検査「菌検」欄
115	D010	歯冠補綴時色調採得検査を算定した場合	色調	X線・検査「色調」欄
116	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「I 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1イ(前)	X線・検査 「その他」欄
117	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能1ロ(前)	X線・検査 「その他」欄
118	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「I 下顎運動測定と咀嚼能力測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1イ(後)	X線・検査 「その他」欄
119	D011	有床義歯咀嚼機能検査1「ロ 咀嚼能力測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能1ロ(後)	X線・検査 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
120	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2イ(前)	X線・検査 「その他」欄
121	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より前に算定した場合	咀嚼機能2ロ(前)	X線・検査 「その他」欄
122	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「イ 下顎運動測定と咬合圧測定を併せて行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2イ(後)	X線・検査 「その他」欄
123	D011	有床義歯咀嚼機能検査2「ロ 咬合圧測定のみを行う場合」を新製有床義歯装着日より後に算定した場合	咀嚼機能2ロ(後)	X線・検査 「その他」欄
124	D011-2	咀嚼能力検査1を算定した場合	咀嚼1	X線・検査 「その他」欄
125	D011-2	咀嚼能力検査2を算定した場合	咀嚼2	X線・検査 「その他」欄
126	D011-3	咬合圧検査1を算定した場合	咬合圧1	X線・検査 「その他」欄
127	D011-3	咬合圧検査2を算定した場合	咬合圧2	X線・検査 「その他」欄
128	D011-4	小児口唇閉鎖力検査を算定した場合	小口唇	X線・検査 「その他」欄
129	D011-5	口腔粘膜湿潤度検査を算定した場合	湿潤	X線・検査 「その他」欄
130	D012	舌圧検査を算定した場合	舌圧	X線・検査 「その他」欄
131	D013	精密触覚機能検査を算定した場合	精密触覚	X線・検査 「その他」欄
132	第4部通則4	画像診断において時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合	緊画	X線・検査 「その他」欄
133	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「イ 歯科エックス線撮影」を算定した場合	電	X線・検査 「その他」欄
134	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ロ 歯科パノラマ断層撮影」を算定した場合	パ電	X線・検査 「その他」欄
135	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ハ 歯科用3次元エックス線断層撮影」を算定した場合	CT電	X線・検査 「その他」欄
136	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ニ 歯科部分パノラマ断層撮影」を算定した場合	部パ電	X線・検査 「その他」欄
137	第4部通則5	画像診断において電子画像管理加算「ホ その他」を算定した場合	他電	X線・検査 「その他」欄
138	第4部通則6	区分番号E000(1のイ及び3に係るものを除く。)及びE200について歯科画像診断管理加算1を算定した場合	画診加1	X線・検査 「その他」欄
139	第4部通則7	区分番号E000(3に係るものに限る。)又は医科点数表の区分番号E203について歯科画像診断管理加算2を算定した場合	画診加2	X線・検査 「その他」欄
140	第4部通則8 第4部通則9	遠隔画像診断を行った場合	遠画診	X線・検査 「その他」欄
141	E100	歯科エックス線撮影の全額撮影(デジタル撮影)を算定した場合	全デジ	X線・検査 「その他」欄
142	E100	歯科エックス線撮影の全額撮影以外(デジタル撮影)を算定した場合	単デジ	X線・検査 「その他」欄
143	E100	歯科パノラマ断層撮影(デジタル撮影)を算定した場合	パデジ	X線・検査 「その他」欄
144	E100	歯科部分パノラマ断層撮影(デジタル撮影)を算定した場合	部パデジ	X線・検査 「その他」欄
145	E100	歯科用3次元エックス線断層撮影を算定した場合	歯CT	X線・検査 「その他」欄
146	E200	基本的エックス線診断料を算定した場合	基エ	X線・検査 「その他」欄
147	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算1を算定した場合	外後使1	全体 「その他」欄
148	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算2を算定した場合	外後使2	全体 「その他」欄
149	F100	処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算3を算定した場合	外後使3	全体 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
150	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日以上の場合	特処長	全体 「その他」欄
151	F100 F400	処方料及び処方せん料に係る特定疾患処方管理加算を算定した場合であって、処方期間が28日未満の場合	特処	全体 「その他」欄
152	F200	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第4号又は第1条第6号に係る医薬品を投与した場合	薬評	「摘要」欄
153	F200	常態として内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合	減	「摘要」欄 薬剤名の前
154	F400	7種類以上の内服薬の投薬に係る処方せんを発行した場合	処方せん	投薬・注射 余白
155	F400	処方せん料に係る一般名処方加算1を算定した場合	一般名処方加算1	全体 「その他」欄
156	F400	処方せん料に係る一般名処方加算2を算定した場合	一般名処方加算2	全体 「その他」欄
157	F500	調剤技術基本料を算定した場合	調基	全体 「その他」欄
158	F500	調剤技術基本料に係る院内製剤加算を算定した場合	院	全体 「その他」欄
159	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算1を算定した場合	化1	「摘要」欄
160	第6部通則6	区分番号G001からG005及びG006について外来化学療法加算2を算定した場合	化2	「摘要」欄
161	第6部通則7	バイオ後続品導入初期加算を算定した場合	バイオ	「摘要」欄
162	G004 G005	点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合	血漿	「摘要」欄
163	G020	無菌製剤処理料1を算定した場合	菌1	「摘要」欄
164	G020	無菌製剤処理料2を算定した場合	菌2	「摘要」欄
165	G020	無菌製剤処理料1の「イ 閉鎖式接続器具を使用した場合」を算定した場合	菌1器具	「摘要」欄
166	H -	「制限回数を超えて行う診療」に係るリハビリテーションを実施した場合	リハ選	「摘要」欄
167	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「2 舌接触補助床の場合」を算定した場合	菌リハ1(2)	全体 「その他」欄
168	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「3 小児保険装置の場合」を算定した場合	菌リハ1(3)	全体 「その他」欄
169	H001-2	歯科口腔リハビリテーション料1「4 その他の場合」を算定した場合	菌リハ1(34)	全体 「その他」欄
170	H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2「1 口腔内装置を装着している場合」	菌リハ2(1)	全体 「その他」欄
171	H001-3	歯科口腔リハビリテーション料2「2 1以外の場合」	菌リハ2(2)	全体 「その他」欄
172	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「1 口腔機能の発達不全を有する18歳未満の患者の場合」を算定した場合	菌リハ3(1)	全体 「その他」欄
173	H001-4	歯科口腔リハビリテーション料3「2 口腔機能の低下を来している患者の場合」を算定した場合	菌リハ3(2)	全体 「その他」欄
174	I005	歯髄温存療法を行った日から起算して3月以内に抜髄を行った場合	抜温	処置・手術 「その他」欄
175	I005	直接歯髄保護処置を行った日から起算して1月以内に抜髄を行った場合	抜直	処置・手術 「その他」欄
176	I005 I008	抜髄及び根管充填を同時に行った場合	抜髄即充	処置・手術 「その他」欄
177	I006 I008	感染根管処置及び根管充填を同時に行った場合	感根即充	処置・手術 「その他」欄
178	I006	抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合	消炎拡大	処置・手術 「その他」欄
179	I007	抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合	根貼	処置・手術 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
180	I010	糖尿病を有する患者に対して、スケーリング・ルートプレーニングと並行して歯周病処置を行う場合	P処(糖)	「摘要」欄
181	I017	口腔内装置1を算定した場合	OAp1	処置・手術 「その他」欄
182	I017	口腔内装置2を算定した場合	OAp2	処置・手術 「その他」欄
183	I017	口腔内装置3を算定した場合	OAp3	処置・手術 「その他」欄
184	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置1を算定した場合	SAS-OAp1	処置・手術 「その他」欄
185	I017-1-2	睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置2を算定した場合	SAS-OAp2	処置・手術 「その他」欄
186	I017-1-3	舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合	PAP	処置・手術 「その他」欄
187	I017-1-4	術後即時顎補綴装置を製作した場合	術後即時顎補綴装置	処置・手術 「その他」欄
188	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「イ 口腔内装置調整1」を算定した場合	OAp調1	処置・手術 「その他」欄
189	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「ロ 口腔内装置調整2」を算定した場合	OAp調2	処置・手術 「その他」欄
190	I017-2	口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「ハ 口腔内装置調整3」を算定した場合	OAp調3	処置・手術 「その他」欄
191	I017-2	口腔内装置調整・修理の「2 口腔内装置修理」を算定した場合	OAp修	処置・手術 「その他」欄
192	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して術前に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛(前)	処置・手術 「その他」欄
193	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して術後に周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛(後)	処置・手術 「その他」欄
194	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1(Ⅲ)	処置・手術 「その他」欄
195	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅲ)	処置・手術 「その他」欄
196	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置1を行った場合	術口衛1(Ⅳ)	処置・手術 「その他」欄
197	I029	周術期等口腔機能管理料(Ⅳ)を算定した患者に対して周術期等専門的口腔衛生処置2を行った場合	術口衛2(Ⅳ)	処置・手術 「その他」欄
198	I029-1-2	回復期等口腔機能管理料を算定した患者に対して回復期等専門的口腔衛生処置を行った場合	回口衛	処置・手術 「その他」欄
199	I029-2	在宅等療養患者専門的口腔衛生処置を算定した場合	在口衛	処置・手術 「その他」欄
200	I029-3	口腔粘膜処置を算定した場合	口処	処置・手術 「その他」欄
201	I030-2	非経口摂取患者口腔粘膜処置を算定した場合	非経口処	処置・手術 「その他」欄
202	I030-3	口腔バイオフィilm除去処置を算定した場合	バイオ除	処置・手術 「その他」欄
203	第9部通則10	メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(MRSA)感染症患者に対し、医科点数表の区分番号L008、L002又はL004を伴う手術を算定した場合	感	処置・手術 「その他」欄
204	J004	歯根端切除手術「2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」を算定した場合	根切顕微	処置・手術 「その他」欄
205	J053 J087 J087-2	区分番号J053(2及び3)、J087及びJ087-2において内視鏡下加算を算定した場合	内	処置・手術 「その他」欄
206	J109	広範囲顎骨支持型装置埋入手術を算定した場合	特イ術	処置・手術 「その他」欄
207	J110	広範囲顎骨支持型装置搔爬術を算定した場合	特イ搔	処置・手術 「その他」欄
208	J200-4-2	レーザー機器加算	レーザー機器加算	処置・手術 「その他」欄
209	K002	吸入鎮静法を算定した場合	IS	麻酔 「その他」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
210	K003	静脈内鎮静法を算定した場合	静鎮	麻酔 「その他」欄
211	K004	歯科麻酔管理料1を算定した場合	歯麻管1	麻酔 「その他」欄
212	K004	歯科麻酔管理料2を算定した場合	歯麻管2	麻酔 「その他」欄
213	K005	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅰ)「10分未満のもの」を算定した場合	歯麻酔(Ⅰ)1	麻酔 「その他」欄
214	K005	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅰ)「10分以上20分未満のもの」を算定した場合	歯麻酔(Ⅰ)2	麻酔 「その他」欄
215	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「1 麻酔に従事する歯科医師が専従で実施する場合」	歯麻酔(Ⅱ)1	麻酔 「その他」欄
216	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「2 麻酔に従事する歯科医師の指導下で麻酔を専従で実施する場合」	歯麻酔(Ⅱ)2	麻酔 「その他」欄
217	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「3 麻酔を専従で実施する場合」	歯麻酔(Ⅱ)3	麻酔 「その他」欄
218	K006	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔(Ⅱ)「4 1から3まで以外の場合」	歯麻酔(Ⅱ)4	麻酔 「その他」欄
219	M000-3	広範囲顎骨支持型補綴診断料を算定した場合	特イ診	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
220	M002	支台築造「1 間接法」「ロ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー(間)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
221	M002	支台築造「2 直接法」「イ ファイバーポストを用いた場合」を算定した場合	ファイバー(直)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
222	M003-4	光学印象を算定した場合	光imp	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
223	M005	脱離した歯冠修復物の再装着を算定した場合	再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
224	M005	脱離又は修理したブリッジを再装着した場合	Br再装	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
225	M010 M017	歯科鑄造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復を算定した場合	14K	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
226	M015	レジンインレーを算定した場合	RIn	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
227	M015-2	CAD/CAM冠の「1 2以外の場合」について、CAD/CAM冠用材料(V)を用いた場合	歯CAD(V)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
228	M015-2	CAD/CAM冠の「2 エンドクラウンの場合」について、CAD/CAM冠用材料(Ⅲ)を用いた場合	エンクラ	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
229	M016-2	小児保険装置の「1 固定式保険装置」を算定した場合	保険(固)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
230	M016-2	小児保険装置の「2 可撤式保険装置」を算定した場合	保険(可)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
231	M018	有床義歯補強加算を算定した場合	芯補強	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
232	M018-2	3次元プリント有床義歯を算定した場合	3DFD	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
233	M020	金銀パラジウム合金を用いた鑄造鉤を算定した場合	鑄C(金パラ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
234	M020	14カラット金合金を用いた鑄造鉤を算定した場合	鑄C(金)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
235	M021	14カラット金合金を用いた線鉤を算定した場合	線C(金)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
236	M021-2	金銀パラジウム合金を用いたコンビネーション鉤を算定した場合	コンビC(金パラ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
237	M023	金銀パラジウム合金を用いた鑄造バーを算定した場合	バー(金パラ)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
238	M025-2	広範囲顎骨支持型補綴を算定した場合	特イ補	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
239	M029 M030	有床義歯修理又は有床義歯内面適合法において歯科技工加算2を算定した場合	歯技工2	「摘要」欄

項番	区分	診療行為名称等	略号	記載欄
240	M030	軟質材料を用いた有床義歯内面適合法を算定した場合	床適合(軟)	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
241	M041	広範囲顎骨支持型補綴物修理を算定した場合	特イ修	歯冠修復及び欠損補綴 「その他」欄
242	-	都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合の療養担当手当を算定した場合	療担手当	全体 「その他」欄
243	-	患者が要介護者又は要支援者の場合に、介護保険に相当するサービスのある診療を行った場合	介	「摘要」欄
244	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)初診時を算定した場合	歯外ベアⅠ初	全体 「その他」欄
245	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)再診時等を算定した場合	歯外ベアⅠ再	全体 「その他」欄
246	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)歯科訪問診療時のイを算定した場合	歯外ベアⅠ訪イ	全体 「その他」欄
247	P001	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)歯科訪問診療時のロを算定した場合	歯外ベアⅠ訪ロ	全体 「その他」欄
248	P002	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～24の初診又は歯科訪問診療を算定した場合	歯外ベアⅡ● (※●は1から24までの算定する数字を記載)	全体 「その他」欄
249	P002	歯科外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)1～24の再診時等を算定した場合	歯外ベアⅡ再● (※●は1から24までの算定する数字を記載)	全体 「その他」欄
250	P003	入院ベースアップ評価料1～500を算定した場合	入ベア● (※●は1から500までの算定する数字を記載)	全体 「その他」欄
251	P100	歯科外来物価対応料の初診時を算定した場合	歯物価初	全体 「その他」欄
252	P100	歯科外来物価対応料の再診時等を算定した場合	歯物価再	全体 「その他」欄
253	P100	歯科入院物価対応料のイ～ヘンを算定した場合	歯物価入● (※●はイからヘンまでの算定する区分を記載)	全体 「その他」欄
254	P200	歯科技工所ベースアップ支援料を算定した場合	歯技ベア	全体 「その他」欄

診療録等の記載上の注意事項

第 1 一般的事項

- 1 診療録、歯科診療録及び処方箋（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」（昭和 32 年厚生省令第 15 号）によるものであること。保険薬局に分割調剤を指示する場合は、様式第二号の二を用いること。
- 2 処方箋の用紙は、A 列 5 番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、A 列 4 番とすることが望ましいものであること。
- 3 医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。
- 4 公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第 2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

1 「公費負担者番号」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（別添 2 「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（以下「設定要領」という。）の第 2 を参照）。
- (2) 1 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）。
- (3) 2 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添 2 の別表 1 「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第 1 公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
- (5) 公費負担医療のみが 2 種併用される場合は、第 1 公費に係るものは左上部の該当欄に、第 2 公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

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、この場合にあつては、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左上部の該当欄に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

- (6) 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が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第 2 公費として取り扱うものとする。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

(1) 医療券等に記入されている受給者番号7桁を記載すること（別添2「設定要領」の第3を参照）。

(2) その他は、1の(2)から(6)までと同様であること。

3 「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（別添2「設定要領」の第1を参照）。なお、国民健康保険の場合は右詰めで記載すること。

(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。

(3) 月の途中において保険者番号の変更があった場合は「備考」欄に変更後の保険者番号を記載すること。

4 「被保険者資格に係る情報」欄の「記号・番号」欄（処方箋にあっては、「被保険者資格に係る記号・番号」欄）について

健康保険資格確認書、国民健康資格確認書、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。

なお、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、枝番も併せて記載すること。

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。

第3 診療録の記載上の注意事項

1 「受診者」欄について

(1) 「氏名」欄には、受診者の姓名を記載すること。

(2) 「生年月日」及び「性別」欄には、受診者の生年月日を記載するとともに、性別の該当するものを○で囲むこと。

(3) 「住所」欄には、受診者の住所及び電話番号を記載すること。

なお、電話番号については記載を省略しても差し支えないこと。

(4) 「職業」欄には、受診者の職種名を記載すること。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

(5) 「被保険者との続柄」欄には、被保険者と受診者との続柄を記載すること。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合には、記載を省略しても差し支えないこと。

2 「被保険者資格に係る情報」欄の「有効期限」欄について

資格確認書等の有効期限を記載すること。

3 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載すること。

4 「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

(1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこ

と。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

- (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

6 「保険者」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「名称」欄には、被保険者が管掌されている保険者名を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

7 「傷病名」欄について

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。

8 「職務」欄について

- (1) 「上」には、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲むこと。
- (2) 「外」には、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲むこと。

9 「開始」欄について

受診者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載すること。

10 「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載すること。

11 「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について該当するものを○で囲むこと。

12 「労務不能に関する意見」欄について

- (1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄には被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載すること。
- (2) 「意見書交付」欄には、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載すること。

13 「入院期間」欄について

保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載すること。

14 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について

業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合には、当該傷病名及び当該傷病原因を記載すること。

15 「備考」欄について

保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載すること。

16 「既往症・原因・主要症状・経過等」欄について

受診者の病歴、受診に係る傷病の原因、傷病に関する主要症状及び受診中の経過等について必要な事項を記載すること。

17 「処方・手術・処置等」欄について

受診者に対し行った診療行為について内容を記載すること。

18 「診療の点数等」欄について

(1) 「月日」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載すること。

(2) 「種別」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った診療行為名を記載し、算定した点数を記載すること。
なお、「月日」欄と「種別」欄の配置を縦横逆にしても差し支えないこと。

(3) 「点数」欄について

受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数の合計を記載すること。

(4) 「負担金徴収額」欄について

医療機関において徴収した負担金の額を記載すること。

(5) 「食事療養・生活療養算定額」欄について

受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載すること。

(6) 「標準負担額」欄について

食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載すること。

(7) 「備考」欄について

療養の給付等につき算定した点数の計等を記載すること。

19 その他

様式第1号(1)の2及び(1)の3を一葉にまとめること、(1)の3の記載事項を上下2欄に分けること等は差し支えないこと。

第4 歯科診療録の記載上の注意事項

1 「受診者」欄について

(1) 「氏名」欄は、受診者の姓名を記載する。

(2) 「生年月日」及び「性別」欄は、受診者の生年月日を記載し、該当する性別を○で囲む。

(3) 「住所」欄は、受診者の住所及び電話番号を記載する。

なお、電話番号は、記載を省略して差し支えない。

(4) 「職業」欄は、受診者の職種名を記載する。

なお、業務上の疑いがない場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

(5) 「被保険者との続柄」欄は、被保険者と受診者との続柄を記載する。

なお、被扶養者であることが明らかである場合等、特に必要がない場合は、記載を省略して差し支えない。

2 「被保険者資格に係る情報」欄の「有効期限」欄について

資格確認書等の有効期限を記載する。

3 「被保険者氏名」欄について

被保険者の姓名を記載する。

4 「資格取得年月日」欄について

被保険者の資格取得年月日等の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支

えない。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

- (1) 「所在地」欄は、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。
- (2) 「名称」欄は、被保険者の勤務する事業所の名称の記載を原則とするが、当該事業所の本社等の名称の記載でも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

6 「保険者」欄について

- (1) 「所在地」欄は、被保険者が管掌されている保険者の所在地及び電話番号の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。
- (2) 「名称」欄は、被保険者が管掌されている保険者名の記載を原則とするが、必要のない場合は記載を省略して差し支えない。

7 「部位」欄について

傷病のある部位をそれぞれ記載する。

ただし、同一傷病名は、同一欄に一括して記載して差し支えない。

8 「傷病名」欄について

傷病名は、わが国で通常用いられている傷病名を記載する。

9 「職務」欄について

- (1) 「上」は、船員保険の被保険者又は共済組合の船員組合員について、その療養の給付の原因となった傷病が、職務上の事由による取扱いに該当する場合に○で囲む。
- (2) 「外」は、当該者の傷病の原因が職務外の事由による場合に○で囲む。

10 「開始」欄について

被保険者が当該医療機関において、医療保険、後期高齢者医療又は公費負担医療で診療を開始した年月日を記載する。

11 「終了」欄について

受診者の傷病が転帰した年月日又は医療保険、後期高齢者医療若しくは公費負担医療が終了した年月日を記載する。

12 「転帰」欄について

受診者の傷病に関する診療行為の終了原因について、「治ゆ」「死亡」「中止」のうち該当するものを記載する。なお、予め「治ゆ」「死亡」「中止」を印刷し、該当するものを○で囲むことにより記載しても差し支えない。

13 「

上
右 ———— 左
下

」欄について

- (1) 予め歯の配列図等を印刷して差し支えない。
- (2) 必要がある場合、口腔診察の所見等を記載する。

14 「〔主訴〕その他摘要」欄について

主訴及び参考となる事項を記載する。

15 「労務不能に関する意見」欄について

- (1) 「意見書に記入した労務不能期間」欄は、被保険者が保険給付を受けるため、保険医の意見を求めた場合において療養のため労務不能であったと認められた期間を記載する。

- (2) 「意見書交付」欄は、被保険者に保険給付を受けるために必要な意見書を交付した年月日を記載する。
- 16 「入院期間」欄について
保険給付を受けるために必要な意見書に記載した入院期間を記載する。
- 17 「業務災害又は通勤災害の疑いがある場合は、その旨」欄について
業務災害又は通勤災害の疑いが認められる場合は、当該傷病名及び当該傷病原因を記載する。
- 18 「備考」欄について
保険診療又は後期高齢者医療に関し必要な事項を記載する。
- 19 「月日」欄について
受診者に対し療養の給付等を行った月日を記載する。
- 20 「療法・処置」欄について
受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに療法及び処置について必要な事項を記載する。
- 21 「点数」欄について
受診者に対し療養の給付等を行った月日ごとに算定した点数を記載する。
- 22 「負担金徴収額」欄について
医療機関において徴収した負担金の額を記載する。
- 23 「食事療養・生活療養算定額」欄について
受診者に対し、食事療養又は生活療養を行った月日ごとに算定した金額の合計を記載する。
- 24 「標準負担額」欄について
食事療養に係る食事療養標準負担額又は生活療養に係る生活療養標準負担額を記載する。
- 25 その他
「受診者」欄を右欄に配置換えをする等は差し支えない。

第5 処方箋の記載上の注意事項

- 1 「患者」欄について
- (1) 氏名
投薬を受ける者の姓名を記載すること。
- (2) 生年月日
投薬を受ける者の生年月日を記載すること。
- (3) 男・女
投薬を受ける者の性別について該当するものを○で囲むこと。
- (4) 区分
該当するものを○で囲むこと。
- 2 「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。
- 3 「電話番号」欄について
保険医療機関の電話番号を記載することを原則とするが、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- 4 「保険医氏名[㊟]」欄について
処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が署名するか、又は処方医の姓名を記載し、押印すること。

4の2 「都道府県番号」、「点数表番号」及び「医療機関コード」欄について

「都道府県番号」欄には、保険医療機関の所在する都道府県番号2桁（診療報酬明細書に記載する都道府県番号と同様の番号）を記載すること。「点数表番号」欄には、医科は1を、歯科は3を記載すること。「医療機関コード」欄には、それぞれの医療機関について定められた医療機関コード7桁（診療報酬明細書に記載する医療機関コードと同様の番号）を記載すること。また、健康保険法第63条第3項第2号及び第3号に規定する医療機関については、「医療機関コード」欄に「999999」の7桁を記載すること。

5 「交付年月日」欄について

患者に処方箋を交付した年月日を記載すること。

6 「処方箋の使用期間」欄について

- (1) 交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。
- (2) 患者の長期の旅行等特殊の事情があると認められる場合に、交付の日を含めて3日以内又は交付の日を含めて4日を超えた日より調剤を受ける必要がある場合には、年月日を記載すること。この場合において、当該処方箋は当該年月日の当日まで有効であること。
- (3) 様式第二号の二に基づく処方箋（以下「分割指示に係る処方箋」という。）の場合は、分割の1回目に係る使用期限を記載することとし、当該使用期限が交付の日を含めて4日以内の場合は、記載する必要がないこと。

7 「処方」欄について

投薬すべき医薬品名、分量、用法及び用量を記載し、余白がある場合には、斜線等により余白である旨を表示すること。

- (1) 医薬品名は、一般的名称に剤形及び含量を付加した記載（以下「一般名処方」という。）又は薬価基準に記載されている名称による記載とすること。なお、可能な限り一般名処方を考慮することとし、一般名処方の場合には、会社名（屋号）を付加しないこと。

なお、薬価基準に記載されている名称を用いる場合、当該医薬品が、薬価基準上、2以上の規格単位がある場合には、当該規格単位を併せて記載すること。

また、保険医療機関と保険薬局との間で約束されたいわゆる約束処方による医薬品名の省略、記号等による記載は認められないものであること。

- (2) 分量は、内服薬については1日分量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬については投与総量、屯服薬については1回分量を記載すること。
- (3) 用法及び用量は、1回当たりの服用（使用）量、1日当たり服用（使用）回数及び服用（使用）時点（毎食後、毎食前、就寝前、疼痛時、〇〇時間毎等）、投与日数（回数）並びに服用（使用）に際しての留意事項等を記載すること。特に鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）については、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数又は投与日数を必ず記載すること。

なお、分割指示に係る処方箋を交付する場合は、分割した回数ごとにそれぞれ調剤すべき投与日数（回数）を記載し、当該分割指示に係る処方箋における総投与日数（回数）を付記すること。

- (4) 特定保険医療材料（自己注射に用いる自己注射用ディスプレイザブル注射器（針を含む。）、万年筆型注入器用注射針又は「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）」（平成20年厚生労働省告示第61号）の別表のIに規定されている特定保険医療材料）を保険薬

局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。

- (5) 処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて、医療上の必要性があるため、後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。この場合において、「患者希望」欄には「✓」又は「×」は記載しないこと。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。
- (6) 処方医が処方箋に記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

- (7) 患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。
- (8) リフィル処方を行う場合には、「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数（上限3回）を記載すること。なお、「処方」欄には、リフィル処方箋1回の使用による投与日数（回数）等を記載すること。
- (9) 外用薬をリフィル処方する場合について、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数を記載した場合であっても、必ず投与日数を記入すること。
- (10) なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方せん」の記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成22年1月29日付医政発0129第3号・薬食発0129第5号）も参考にされたい。

8 「備考」欄について

- (1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。
- (2) 麻薬を処方する場合には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。
- (3) 長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認め、必要最小限の範囲において、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与した場合は、その理由を記載すること。
- (4) 未就学者である患者の場合は「6歳」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であ

って一般・低所得者の患者の場合は「高一」と、高齢受給者又は後期高齢者医療受給対象者であって7割給付の患者の場合は「高7」と記載すること。なお、後期高齢者医療受給対象者であって一般・低所得者の患者については、令和4年10月1日以降、8割給付の患者の場合は「高8」、9割給付の患者の場合は「高9」と記載すること。

- (5) 処方医が、処方箋に記載した医薬品について、医療上の必要性があるため、後発医薬品に変更することに差し支えがあると判断した場合は、差し支えがあると判断した医薬品ごとに、「処方」欄中の「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

なお、後発医薬品を処方する際に、「変更不可」欄に「✓」又は「×」を記載する場合においては、その理由を記載すること。また、電子処方箋を発行する際は、「薬品補足レコード」内の「薬品補足情報」欄に、後発品変更不可の理由を記載した場合は、「備考」欄の記載は省略しても差し支えない。

- (6) 入院中の患者以外の患者に対する処方について、患者の服薬管理が困難である等の理由により、保険薬局に分割調剤を指示する場合には、分割の回数及び当該分割ごとの調剤日数を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に指示しておくべき事項等があれば具体的に記載すること。

- (7) 1処方につき63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）を投与する場合は、当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨を記載すること。

- (8) 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。

- (9) 地域包括診療加算又は地域包括診療料を算定している患者について、保険薬局に対してその旨を情報提供するに当たって、処方箋への書面の添付によらない場合には、当該加算を算定している旨を本欄に記載すること。

- (10) 情報通信機器を用いた診療の実施に伴い処方箋を発行する場合には、「情報通信」と記載すること。

9 「分割指示に係る処方箋」について

- (1) 分割指示に係る処方箋を発行する場合は、分割の回数及び何回目に対応するかを右上の所要欄に記載すること。

- (2) 別紙の発行保険医療機関情報には、保険医療機関の保険薬局からの連絡先を記載すること。その他の連絡先として、必要に応じ、担当部署の電子メールのアドレスなどを記載すること。

10 その他

薬剤師は、調剤したときは、その処方箋に以下の事項を記載すること。

- (1) 「調剤済年月日」欄について

処方箋が調剤済となった場合の年月日を記載すること。その調剤によって、当該処方箋が調剤済とならなかった場合は、調剤年月日及び調剤量を処方箋に記載すること。

- (2) 「保険薬局の所在地及び名称」欄について

保険薬局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。

- (3) 「保険薬剤師氏名 ㊟」欄について

- 調剤を行った保険薬剤師が署名するか又は保険薬剤師の姓名を記載し、押印すること。
- (4) その他次の事項を「備考」欄又は「処方」欄に記入すること。
- ア 処方箋を交付した医師又は歯科医師の同意を得て処方箋に記載された医薬品を変更して調剤した場合には、その変更内容
- イ 医師又は歯科医師に照会を行った場合は、その回答の内容
- (5) 分割指示に係る処方箋に基づき調剤した場合は、別紙の「受付保険薬局情報」欄に保険薬局の所在地、名称、保険薬剤師氏名及び調剤年月日を記入すること。別紙の余白を用いて調剤量等の必要な情報を記載するのは差し支えないこと。
- (6) 「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」が記載されている処方箋（以下「リフィル処方箋」という。）に基づき調剤した場合は、「調剤実施回数」欄に調剤回数に応じて、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。
- (7) 保険薬局においてリフィル処方箋による調剤を行い、当該薬局において調剤済みとならない場合は、リフィル処方箋に薬剤師法（昭和 35 年法律第 146 号）第 26 条に規定する事項及び次回調剤予定日等の必要な事項を記入し、当該リフィル処方箋の写しを調剤録と共に保管すること。

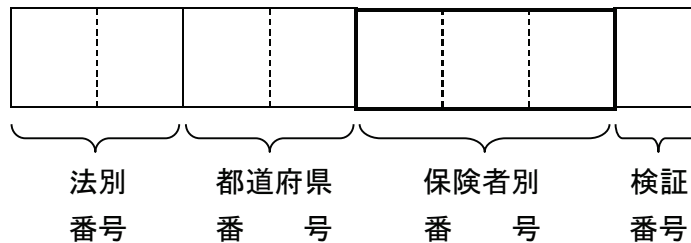
診療報酬請求書等一覧表

区 分		様式番号
診療報酬 請求書	医科・歯科、入院・入院外併用（国保の被保険者及び後期高齢者を除く）	様式第 1（1）
	医科、入院外（ " ）	"（2）
	歯科、入院外（ " ）	"（3）
	医科・歯科（国保の被保険者に限る）	様式第 6
	医科、歯科（後期高齢者に限る）	様式第 8
診療報酬 明細書	算定告示別表第 1（医科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（医科の例による場合）	入院 入院外 様式第 2（1） 様式第 2（2）
	算定告示別表第 2（歯科）、入院時食事療養費及び入院時生活療養費の告示又は保険外併用療養費の告示（歯科の例による場合）	— 様式第 3
調剤報酬 請求書	（国保の被保険者及び後期高齢者を除く） （国保の被保険者に限る） （後期高齢者に限る）	様式第 4 様式第 7 様式第 9
調剤報酬 明細書	算定告示別表第 3（調剤）	— 様式第 5

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。
なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード(例：北海道の場合「01」)から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な保険者別番号がなくなり次第、右に掲げるコード(例：北海道の場合「51」)を設定することとする。
- 4 保険者(市町村)別番号は、協会管掌健康保険にあつては協会の都道府県支部ごとに厚生労働省保険局が、船員保険にあつては厚生労働省保険局が、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。)ごとに地方厚生(支)局が、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 の位の数が 0 のときは検証番号を 0 とする。

例

法別番号		都道府県番号		保険者(市町村)別番号		
0	6	1	3	0	4	⑧ ← 起点
x	x	x	x	x	x	x
2	1	2	1	2	1	2

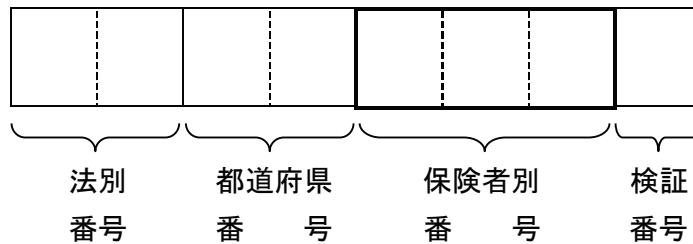
$$0 + 6 + 2 + 3 + 0 + 4 + (1 + 6) = 22$$

$$010 - 2 = \boxed{8} \text{ ……検証番号}$$

- 6 保険者番号の管理は、厚生労働省保険局、都道府県知事、地方厚生（支）局、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に際しては、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。

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。

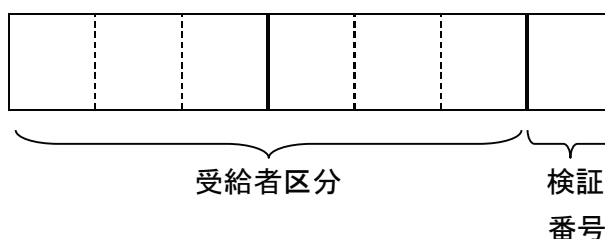


- 2 法別番号は、公費負担医療制度の種類ごとに別表1の(3)に定める番号とする。
- 3 都道府県番号は、4の公費負担医療実施機関の所在地の都道府県ごとに、別表2に定める番号とする。
- なお、コードについては、都道府県ごと左に掲げるコード（例：北海道の場合「01」）から設定することとし、当該コードにおいて設定可能な実施機関番号がなくなり次第、右に掲げるコード（例：北海道の場合「51」）を設定することとする。
- 4 実施機関番号は、公費負担医療制度の種類ごとに公費負担医療主管行政庁又は公費負担医療実施機関が定める。
- 5 検証番号は、第1の5の例により定める。

- 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、地方厚生（支）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の各施設を一般の医療機関等と区別する必要があるときは、地方厚生（支）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の一連番号を前記2の郡市区ごとに、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。

なお、医科と歯科が併設される医療機関にあつては、医科、歯科それぞれの医療機関番号を定

めるものとする。

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の位の数が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	
$6 + 4 + 2 + 0 + (1 + 4) + 1 + 4 + 3 + (1 + 2) = 28$				
○ $10 - 8 = \boxed{2}$ ……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、地方厚生（支）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 2

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 又は 51	石川	17 又は 67	岡山	33 又は 83
青森	02 又は 52	福井	18 又は 68	広島	34 又は 84
岩手	03 又は 53	山梨	19 又は 69	山口	35 又は 85
宮城	04 又は 54	長野	20 又は 70	徳島	36 又は 86
秋田	05 又は 55	岐阜	21 又は 71	香川	37 又は 87
山形	06 又は 56	静岡	22 又は 72	愛媛	38 又は 88
福島	07 又は 57	愛知	23 又は 73	高知	39 又は 89
茨城	08 又は 58	三重	24 又は 74	福岡	40 又は 90
栃木	09 又は 59	滋賀	25 又は 75	佐賀	41 又は 91
群馬	10 又は 60	京都	26 又は 76	長崎	42 又は 92
埼玉	11 又は 61	大阪	27 又は 77	熊本	43 又は 93
千葉	12 又は 62	兵庫	28 又は 78	大分	44 又は 94
東京都	13 又は 63	奈良	29 又は 79	宮崎	45 又は 95
神奈川県	14 又は 64	和歌山	30 又は 80	鹿児島	46 又は 96
新潟	15 又は 65	鳥取	31 又は 81	沖縄	47 又は 97
富山	16 又は 66	島根	32 又は 82		

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 險 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			
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	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）	1 3	—
		○更生医療（法第 20 条関係）	1 4	—
	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）	1 8	—
公	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	○新感染症の患者の入院（法第 37 条関係）	2 9	—
		○新感染症外出自粛対象者の医療（法第 50 条の 3 関係）		—
	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）	3 0	—	
費	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	○結核患者の適正医療（法第 37 条の 2 関係）	1 0	（感 37 の 2）
		○結核患者の入院（法第 37 条関係）	1 1	（結核入院）
	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）	2 0	（精 29）
負	障害者総合支援法による	○精神通院医療（法第 5 条関係）	2 1	（精神通院）
		○更生医療（法第 5 条関係）	1 5	—
		○育成医療（法第 5 条関係）	1 6	—
		○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）	2 4	—
担	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）	2 2	—	
医	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	○一類感染症等の患者の入院（法第 37 条関係）	2 8	（感染症入院）
		○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）		—
医	児童福祉法による	○療育の給付（法第 20 条関係）	1 7	—
		○肢体不自由児通所医療（法第 21 条の 5 の 29 関係）及び障害児入所医療（法第 24 条の 20 関係）	7 9	—

療	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	—
	母子保健法による養育医療（法第 20 条関係）		23	—
	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	—
制 度	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及び肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による高療該当肝がん・重度肝硬変入院関係医療に係る医療費の支給		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）