

歯科点数表の解釈（令和４年４月版） 追補

（令和５年４月・社会保険研究所）

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５年３月31日・厚生労働省告示第142号）及び「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」等の一部改正について（令和５年３月31日・保医発0331第２号）により，材料価格・材料料点数の一部が改正されます（令和５年４月適用）。

I 材料価格基準(歯冠修復及び欠損補綴)の材料価格の改正 →486頁

品 名	単位	4 年 4 月	4 年 9 月 まで	5 年 3 月 まで
		[4 年 6 月 まで]	[4 年 12 月 まで]	5 年 4 月 から
001 削除				
002 歯科鑄造用14カラット金合金 インレー用（J I S 適合品）	1 g	5,607円 [6,019円]	6,569円 [6,493円]	6,512円 6,596円
003 歯科鑄造用14カラット金合金 鉤用（J I S 適合品）	1 g	5,590円 [6,002円]	6,552円 [6,476円]	6,495円 6,579円
004 歯科用14カラット金合金鉤用線（金58.33%以上）	1 g	5,740円 [6,152円]	6,702円 [6,626円]	6,645円 6,729円
005 歯科用14カラット合金用金ろう（J I S 適合品）	1 g	5,567円 [5,979円]	6,529円 [6,453円]	6,472円 6,556円
006 歯科鑄造用金銀パラジウム合金（金12%以上 J I S 適合品）	1 g	3,149円 [3,413円]	3,715円 [3,481円]	3,711円 3,391円
007 削除				
008 削除				
009 削除				
010 歯科用金銀パラジウム合金ろう（金15%以上 J I S 適合品）	1 g	3,706円 [3,952円]	4,235円 [4,052円]	4,226円 3,994円
011 歯科鑄造用銀合金 第1種（銀60%以上インジウム5%未満 J I S 適合品）	1 g	143円 [145円]	152円 [145円]	144円 151円
012 歯科鑄造用銀合金 第2種（銀60%以上インジウム5%以上 J I S 適合品）	1 g	176円 [178円]	185円 [178円]	177円 184円
013 歯科用銀ろう（J I S 適合品）	1 g	261円 [265円]	269円 [265円]	同左下 269円
014 削除				
015 削除				

II 歯冠修復及び欠損補綴に係る材料料点数の改正

材 料 料	4 年 4 月	4 年 9 月 まで	5 年 3 月 まで
	[4 年 6 月 まで]	[4 年 12 月 まで]	5 年 4 月 から
M002 支台築造(1歯につき) → 357頁			
〔1の1のみ抜粋〕			
1 間接法			
(1) メタルコアを用いた場合			
イ 大白歯	76点 [77点]	81点 [77点]	76点 80点
ロ 小白歯・前歯	47点 [48点]	50点 [48点]	同左下 50点
M010 金属歯冠修復(1個につき) → 364頁			
1 14カラット金合金			
(1) インレー			
複雑なもの	898点 [964点]	1,052点 [1,040点]	1,043点 1,057点
(2) 4分の3冠	1,123点 [1,205点]	1,315点 [1,300点]	1,304点 1,321点
2 金銀パラジウム合金（金12%以上）			
(1) 大白歯			
イ インレー			
a 単純なもの	379点 [410点]	447点 [418点]	446点 408点
b 複雑なもの	700点 [759点]	826点 [774点]	825点 754点
ロ 5分の4冠	881点 [955点]	1,039点 [974点]	1,038点 948点
ハ 全部金属冠	1,108点 [1,201点]	1,308点 [1,225点]	1,306点 1,194点
(2) 小白歯・前歯			
イ インレー			
a 単純なもの	258点 [279点]	304点 [285点]	304点 277点
b 複雑なもの	512点 [555点]	604点 [566点]	604点 552点
ロ 4分の3冠	633点 [686点]	747点 [700点]	746点 682点
ハ 5分の4冠	633点 [686点]	747点 [700点]	746点 682点
ニ 全部金属冠	794点 [860点]	936点 [877点]	935点 855点
3 銀合金			
(1) 大白歯			
イ インレー			
a 単純なもの	22点 [同上]	23点 [22点]	同左下 23点
b 複雑なもの	38点 [同上]	40点 [38点]	同左下 40点
ロ 5分の4冠	49点 [50点]	52点 [50点]	同左下 51点
ハ 全部金属冠	61点 [同上]	64点 [61点]	同左下 63点

※次頁に続く

材 料 料	4 年 4 月	4 年 9 月 まで	5 年 3 月 まで
	[4 年 6 月まで]	[4 年 12 月まで]	5 年 4 月 から
(2) 小白歯・前歯・乳歯			
イ インレー			
a 単純なもの	14点 [同上]	同左下 [同上]	同左下 同上
b 複雑なもの	28点 [29点]	30点 [29点]	28点 30点
ロ 4 分の 3 冠（乳歯を除く。）	35点 [同上]	36点 [35点]	同左下 36点
ハ 5 分の 4 冠（乳歯を除く。）	35点 [同上]	36点 [35点]	同左下 36点
ニ 全部金属冠	44点 [45点]	47点 [45点]	同左下 46点
M010-3 接着冠（1歯につき）→366頁			
1 金銀パラジウム合金（金12%以上）			
(1) 前歯	633点 [686点]	747点 [700点]	746点 682点
(2) 小白歯	633点 [686点]	747点 [700点]	746点 682点
(3) 大白歯	881点 [955点]	1,039点 [974点]	1,038点 948点
2 銀合金			
(1) 前歯	35点 [同上]	36点 [35点]	同左下 36点
(2) 小白歯	35点 [同上]	36点 [35点]	同左下 36点
(3) 大白歯	49点 [50点]	52点 [50点]	同左下 51点
M010-4 根面被覆（1歯につき）→367頁			
〔1 のみ抜粋〕			
1 根面板によるもの			
(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）			
イ 大白歯	379点 [410点]	447点 [418点]	446点 408点
ロ 小白歯・前歯	258点 [279点]	304点 [285点]	304点 277点
(2) 銀合金			
イ 大白歯	22点 [同上]	23点 [22点]	同左下 23点
ロ 小白歯・前歯	14点 [同上]	同左下 [同上]	同左下 同上
M011 レジン前装金属冠（1歯につき）→368頁			
1 金銀パラジウム合金（金12%以上）			
を用いた場合	988点 [1,071点]	1,166点 [1,092点]	1,165点 1,164点
2 銀合金を用いた場合	98点 [99点]	103点 [99点]	98点 102点
M017 ポンティック（1歯につき）→374頁			
1 鑄造ポンティック			
(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）			
イ 大白歯	1,276点 [1,383点]	1,505点 [1,411点]	1,504点 1,374点
ロ 小白歯	961点 [1,042点]	1,134点 [1,062点]	1,133点 1,035点
(2) 銀合金			
大白歯・小白歯	49点 [同上]	51点 [49点]	同左下 51点
2 レジン前装金属ポンティック			
(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）			
を用いた場合			
イ 前歯	767点 [831点]	905点 [848点]	904点 826点
ロ 小白歯	961点 [1,042点]	1,134点 [1,062点]	1,133点 1,035点
ハ 大白歯	1,276点 [1,383点]	1,505点 [1,411点]	1,504点 1,374点
(2) 銀合金を用いた場合			
イ 前歯	62点 [63点]	65点 [63点]	62点 65点
ロ 小白歯	62点 [63点]	65点 [63点]	62点 65点
ハ 大白歯	62点 [63点]	65点 [63点]	62点 65点

材 料 料	4 年 4 月	4 年 9 月 まで	5 年 3 月 まで
	[4 年 6 月まで]	[4 年 12 月まで]	5 年 4 月 から
M020 鑄造鉤（1個につき）→381頁			
〔1・2 のみ抜粋〕			
1 14カラット金合金			
(1) 双子鉤			
イ 大・小白歯	1,163点 [1,249点]	1,363点 [1,348点]	1,352点 1,369点
ロ 犬歯・小白歯	946点 [1,016点]	1,109点 [1,096点]	1,100点 1,114点
(2) 二腕鉤（レストつき）			
イ 大白歯	946点 [1,016点]	1,109点 [1,096点]	1,100点 1,114点
ロ 犬歯・小白歯	727点 [780点]	852点 [842点]	844点 855点
ハ 前歯（切歯）	560点 [601点]	656点 [648点]	650点 659点
2 金銀パラジウム合金（金12%以上）			
(1) 双子鉤			
イ 大・小白歯	1,020点 [1,106点]	1,204点 [1,128点]	1,202点 1,099点
ロ 犬歯・小白歯	798点 [865点]	941点 [882点]	940点 859点
(2) 二腕鉤（レストつき）			
イ 大白歯	700点 [759点]	826点 [774点]	825点 754点
ロ 犬歯・小白歯	609点 [660点]	718点 [673点]	718点 656点
ハ 前歯（切歯）	565点 [612点]	666点 [624点]	666点 608点
M021 線鉤（1個につき）→382頁			
〔2 のみ抜粋〕			
2 14カラット金合金			
(1) 双子鉤			
	559点 [599点]	652点 [645点]	647点 655点
(2) 二腕鉤（レストつき）			
	432点 [463点]	504点 [498点]	500点 506点
M021-2 コンビネーション鉤（1個につき）→382頁			
〔1 のみ抜粋〕			
1 鑄造鉤又はレストに金銀パラジウム合金（金12%以上）， 線鉤に不銹鋼及び特殊鋼を用いた場合			
(1) 前歯	282点 [306点]	333点 [312点]	333点 304点
(2) 犬歯・小白歯	305点 [330点]	359点 [337点]	359点 328点
(3) 大白歯	350点 [380点]	413点 [387点]	413点 377点
M021-3 磁性アタッチメント（1個につき）→382頁			
〔2 の(1)・(2)のみ抜粋〕			
2 キーパー付き根面板			
（根面板の保険医療材料料（1歯につき））			
キーパー付き根面板を用いた場合は次の材料料とキーパー料との合計 より算定する。			
(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）			
イ 大白歯	700点 [759点]	826点 [774点]	825点 754点
ロ 小白歯・前歯	512点 [555点]	604点 [566点]	604点 552点
(2) 銀合金			
イ 大白歯	38点 [同上]	40点 [38点]	同左下 40点
ロ 小白歯・前歯	28点 [29点]	30点 [29点]	28点 30点
M023 バー（1個につき）→384頁			
〔1 の(1)のみ抜粋〕			
1 鑄造バー			
(1) 金銀パラジウム合金（金12%以上）	1,636点 [1,773点]	1,930点 [1,808点]	1,927点 1,761点

その他、以下の省令・告示・通知・事務連絡により、本書の内容に変更が生じたので、ここに追補します。

- ・療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部を改正する件（令和4年11月15日 厚生労働省告示第333号／令和5年3月3日 厚生労働省告示第59号／令和5年3月14日 厚生労働省告示第71号）
- ・「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（令和5年3月27日 保医発0327第9号）
- ・歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について（令和5年3月27日 保医発0327第10号）
- ・令和4年度診療報酬改定関連通知等の一部訂正について（令和5年3月29日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）
- ・子ども家庭庁設置法等の施行に伴う厚生労働省関係省令の整備等に関する省令（令和5年3月31日 厚生労働省令第48号）
- ・子ども家庭庁設置法等の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示（令和5年3月31日 厚生労働省告示第167号）
- ・新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて（令和5年3月31日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）
- ・新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う施設基準等に関する臨時的な取扱いについて（令和5年4月6日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）
- ・「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」にかかる疑義解釈資料の送付について（令和5年4月17日 厚生労働省保険局医療課事務連絡）

頁	箇所	現 行	改定後
453	※末尾に以下を追加する。		
	新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて〔抄〕 （令 5. 3. 31 厚生労働省保険局医療課・事務連絡） 今般、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」（令和 5 年 3 月 10 日新型コロナウイルス感染症対策本部決定）において、新型コロナウイルス感染症の位置づけの変更に伴う保険医療機関等の診療報酬上の特例の見直しについて示されたところである。 上記に伴い、これまで「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」においてお示してきた診療報酬上の特例について、令和 5 年 5 月 8 日以降の取扱いについては、別添 1 から別添 4【別添 1, 3, 4は略】のとおり取り扱うこととしたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図られたい。 なお、これらの取扱いについては、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら、必要な見直しを行い、その上で、令和 6 年 4 月の診療報酬・介護報酬の同時改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行うこととしているため、御留意いただきたい。 また、施設基準に関する特例の取扱い等については、別途事務連絡を発出する予定であることを申し添える。		相当する点数を合算した点数（298 点、「新型コロナ歯科治療加算」という。）を算定できる。なお、電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合は、算定できない。 ② 新型コロナウイルス感染症患者に対して、当該疾患の担当医から、歯科治療を行うに当たり当該患者の全身状態や服薬状況等の必要な診療情報の提供を受け、必要な管理及び療養上の指導等を行った場合、歯科疾患管理料または歯科疾患在宅療養管理料の算定の有無を問わず、歯科疾患管理料の注 11 に規定する総合医療管理加算（50 点）または歯科疾患在宅療養管理料の注 4 に規定する在宅総合医療管理加算（50 点）を 1 日につき 1 回算定できる。この場合、同一保険医療機関の医科の担当医からの診療情報の提供を受けた場合においても算定して差し支えないが、算定に当たっては当該情報提供に関する内容を診療録に記載すること。また、新型コロナウイルス感染症患者に対してのみ当該点数を算定する保険医療機関においては、施設基準の届出は不要である。なお、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。 ③ 新型コロナウイルス感染症患者に対して歯科訪問診療を行った場合であって、診療時間が 20 分未満の場合であっても、歯科訪問診療料の注 4 に規定する減算を行わず、所定点数（1,100 点）を算定できる。なお、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。 ④ 新型コロナウイルス感染症患者又は現にその看護に当たっている者からの訴えにより、速やかに歯科訪問診療を行った場合、歯科訪問診療料の注 7 に規定する加算を算定できる。なお、当該加算を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。 ⑤ 新型コロナウイルス感染症患者であって、呼吸管理を行っている者に対して、口腔衛生状態の改善を目的として、口腔の剥離上皮膜の除去等を行った場合、非経口摂取患者口腔粘膜処置（100 点）を 1 日につき 1 回算定できる。なお、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。 ⑥ 新型コロナウイルス感染症患者に対して、患者の脈拍、経皮的動脈血酸素飽和度等を把握して歯科治療を行った場合、歯科治療時医療管理料（45 点）又は在宅患者歯科治療時医療管理料（45 点）を算定できる。また、新型コロナウイルス感染症患者に対してのみ当該点数を算定する保険医療機関においては、施設基準の届出は不要である。なお、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。 ⑦ 新型コロナウイルス感染症患者であって、口腔乾燥を訴える者に対して、服薬、栄養等の療養上の指導を行った場合、歯科特定疾患療養管理料（170 点）を算定できる。な

別添2

歯科診療報酬点数表関係

【通則】

- 本事務連絡において、「新型コロナウイルス感染症患者」とは、新型コロナウイルス感染症と診断された患者（新型コロナウイルス感染症から回復した患者を除く。）をいう。
- 本事務連絡に掲載する算定区分及び診療報酬点数については、次に掲げるものを除き、診療報酬の算定方法別表第二歯科診療報酬点数表による。ただし、以下の項目の点数については、令和4年診療報酬改定による改定前の点数を算定する。
 - ・ A002 再診料 44点, 53点, 73点
 - ・ I030-2 非経口摂取患者口腔粘膜処置 100点

【歯科診療報酬点数表に関する特例】

1. 新型コロナウイルス感染症患者に対する歯科治療に係る特例

- ① 歯科治療の延期が困難な新型コロナウイルス感染症患者に対し、必要な感染予防対策を講じた上で歯科治療を実施した場合にあつては、初診料の注6に規定する歯科診療特別対応加算、注9に規定する歯科外来診療環境体制加算1及び注11に規定する歯科診療特別対応地域支援加算に

お、当該点数を算定する場合には、診療報酬明細書の摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。

2. 電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例

(1) 電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例の期限について

歯科診療における電話や情報通信機器を用いた診療等に係る特例については、以下(2)のとおりであり、当該特例については、令和5年7月31日をもって終了する。

(2) 初診料等に係る特例について

① 初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行う場合には、当該患者の診療について、初診料1 歯科初診料及び2 地域歯科診療支援病院歯科初診料のいずれかを算定している歯科医療機関であっても、歯科訪問診療料に規定する歯科訪問診療3 (185 点) を算定できる。また、医薬品の処方を行い、又はファクシミリ等で処方箋情報を送付する場合は、調剤料、処方料、処方箋料、調剤技術基本料又は薬剤料を算定することができる。算定した場合には、摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。また、初診から電話や情報通信機器を用いた診療を実施した場合、初診料の注5、注7及び注8に規定する加算については、それぞれの要件を満たせば算定できる。

② 電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において歯科疾患の療養上の管理を行っている患者に対して電話等再診を行った場合は、施設基準の届出状況に応じて再診料(44点、53点、73点)のいずれかを算定する。なお、算定した場合には、摘要欄に「コロナ特例」と記載すること。また、電話等による再診を行った場合、再診料の注3、注5、注6及び注9に規定する加算については、それぞれの要件を満たせば算定できる。

③ 電話や情報通信機器を用いた診療を行う以前より、対面診療において診療計画等に基づき療養上の管理を行い、歯科疾患管理料又は歯科特定疾患療養管理料を算定していた患者に対して、電話や情報通信機器を用いた診療においても当該計画等に基づく管理を行う場合は、医学管理として歯周病患者画像活用指導料(10点)及び歯科治療時医療管理料(45点)の合計(55点)を月1回に限り算定できる。

なお、歯科疾患管理料を算定していた患者で歯周病以外の口腔疾患の管理を行っていた場合又は口腔内カラー写真を撮影していない場合であっても、対面診療において療養上の管理を行っている患者に対して電話等再診を行った場合には歯周病患者画像活用指導料(10点)が算定できる。

④ ①から③までに示す歯科診療における電話や情報通信機器を用いた診療に係る特例は、原則として処方を行った場合に算定できる。

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う施設基準等に関する臨時的な取扱いについて 〔抄〕

(令5.4.6 厚生労働省保険局医療課・事務連絡)

今般、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」(令和5年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)において、新型コロナウイルス感染症の位置づけの変更に伴う保険医療機関等の診療報酬上の特例の見直しについて示されたところである。

上記に伴い、これまで「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」においてお示してきた施設基準等の特例について、令和5年5月8日以降の取扱いについては、別添のとおり取り扱うこととしたので、そ

の取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図られたい。

これらの取扱いについては、冬の感染拡大に先立ち、今夏までの医療提供体制の状況等を検証しながら、必要な見直しを行い、その上で、令和6年4月の診療報酬・介護報酬の同時改定において、恒常的な感染症対応への見直しを行うこととしているため、御留意いただきたい。

なお、令和5年5月8日以降の診療報酬上の取扱いについては、本事務連絡及び「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」(令和5年3月31日厚生労働省保険局医療課事務連絡)によることとし、これまで発出した「新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」については同日をもって廃止する。

別添

2. 施設基準に係る特例について

(5) 研修要件にかかる取扱いについて

② 歯科点数表の初診料の注1の施設基準に規定する院内感染防止対策に係る研修について、4年以内の受講が必要とされているが、新型コロナウイルスの感染拡大防止のため、当該研修が中止される等のやむを得ない事情により、研修に係る施設基準を満たせない場合、届出を辞退する必要はなく、引き続き算定可能である。当該特例については、令和5年9月30日に終了する。

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」にかかる疑義解釈資料の送付について〔抄〕

(令5.4.17 厚生労働省保険局医療課・事務連絡)

「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけ変更に伴う医療提供体制及び公費支援の見直し等について」

(令和5年3月10日新型コロナウイルス感染症対策本部決定)を踏まえ、「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱いについて」(令和5年3月31日保険局医療課事務連絡)及び「新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う施設基準等に関する臨時的な取扱いについて」(令和5年4月6日保険局医療課事務連絡)において、診療報酬上の特例の見直し等について示したところであるが、これらの事務連絡に記載された内容等について、別添のとおり疑義解釈を取りまとめたので、その取扱いに遺漏のないよう、貴管下の保険医療機関等に対し周知徹底を図られたい。

(別添)

問11 歯科点数表の初診料の注1に規定する施設基準、地域歯科診療支援病院歯科初診料、歯科外来診療環境体制加算、かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所及び在宅療養支援歯科診療所の施設基準に規定する研修について、オンライン会議システムやWEB配信を含むe-learning形式等を活用し、研修を実施することは可能か。

(答) 可能。オンライン会議システムやe-learning形式等を活用して研修を実施する場合、出席状況の確認、研修時間の確保、受講者からの質問への対応、研修内容の理解度の確認等が行えるような形式で実施すること。

例えば、

- ・オンライン会議システムを活用する場合、受講者は原則としてカメラをオンにし、主催者が出席状況を確認できるようにする。
- ・e-learning形式の場合、主催者が、受講者の学習時間、進捗状況を含め受講前後のテスト等の実施により研修の完了を把握する。

	・受講者からの質問等について、オンライン会議システムの場合は、チャットシステムや音声発信を用いることや、e-learning 形式の場合は、別途質問を受け付け、回答できるような運用を行い、必要に応じ質問・回答について研修会の Web ページに掲載する。などが考えられる。		
525	上から 2 行目	(昭 32. 4. 30 厚生省令第 15 号) (最終改正 ; 令 4. 9. 5 厚生労働省令第 124 号) ※令和 4 年 9 月 30 日の追補による修正後の記述	(昭 32. 4. 30 厚生省令第 15 号) (最終改正 ; 令 5. 3. 31 厚生労働省令第 48 号)
	右段上から 24 行目	2 【略】 3 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省令 (昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 5 条第 1 項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令第 6 条第 1 項の規定により届出を行った保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。 ※令和 4 年 9 月 30 日の追補による修正後の記述	2 【略】 3 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 (昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 5 条第 1 項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令第 6 条第 1 項の規定により届出を行った保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。
532	上段様式	※本追補 9 頁の様式に差し替える。	
533	下段様式	※本追補 10 頁の様式に差し替える。	
534	上から 3 行目	(昭 58. 1. 20 厚生労働省告示第 14 号) (最終改正 ; 令 4. 9. 5 厚生労働省告示第 268 号) ※令和 4 年 9 月 30 日の追補による修正後の記述	(昭 58. 1. 20 厚生労働省告示第 14 号) (最終改正 ; 令 5. 3. 31 厚生労働省告示第 167 号)
	右段下から 16 行目	2 【略】 3 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省令 (昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 5 条第 1 項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令第 6 条第 1 項の規定により届出を行った保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。 ※令和 4 年 9 月 30 日の追補による修正後の記述	2 【略】 3 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 (昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 5 条第 1 項の規定により同項に規定する書面による請求を行っている保険医療機関及び同令第 6 条第 1 項の規定により届出を行った保険医療機関については、前項の規定は、適用しない。
552	上から 20 行目	(平 18. 3. 6 厚生労働省告示第 107 号) (最終改正 ; 令 4. 8. 31 厚生労働省告示第 263 号) ※令和 4 年 9 月 30 日の追補による修正後の記述	(平 18. 3. 6 厚生労働省告示第 107 号) (最終改正 ; 令 5. 3. 31 厚生労働省告示第 167 号)
553	左段下から 29 行目	第一の五 療担規則第 5 条の 2 第 2 項及び療担基準第 5 条の 2 第 2 項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関 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省令 (昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 1 条の規定に基づき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を行っている保険医療機関 (同令第 5 条第 1 項、第 6 条第 1 項又は附則第 4 条第 1 項若しくは第 2 項の規定に基づき書面による請求を行うことができる保険医療機関を除く。) 第一の六 療担規則第 5 条の 2 の 2 第 1 項及び療担基準第 5 条の 2 の 2 第 1 項の厚生労働大臣の定める公費負担医療 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省令第 1 条第 1 項各号に掲げる医療に関する給付 (当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。)	第一の五 療担規則第 5 条の 2 第 2 項及び療担基準第 5 条の 2 第 2 項に規定する明細書を交付しなければならない保険医療機関 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 (昭和 51 年厚生省令第 36 号) 第 1 条の規定に基づき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を行っている保険医療機関 (同令第 5 条第 1 項、第 6 条第 1 項又は附則第 4 条第 1 項若しくは第 2 項の規定に基づき書面による請求を行うことができる保険医療機関を除く。) 第一の六 療担規則第 5 条の 2 の 2 第 1 項及び療担基準第 5 条の 2 の 2 第 1 項の厚生労働大臣の定める公費負担医療 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第 1 条第 1 項各号に掲げる医療に関する給付 (当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。)
555	左段上から 28 行目	第六 療担規則第 19 条第 1 項本文及び療担基準第 19 条第 1 項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品 使用薬剤の薬価 (薬価基準) (平成 20 年厚生労働省告示第 60 号) の別表に収載されている医薬品 (令和 4 年 10 月 1 日以降においては別表第 1 【略】に収載されている医薬品を、令和 5 年 4 月 1 日以降においては別表第 2 【略】に収載されている医薬品を除く。)並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第 3 【略】に収載されている医薬品 (令和 5 年 4 月 1 日以降においては別表 4 【略】に収載されている医薬品を除く。) ※令和 4 年 6 月 27 日の追補による修正後の記述	第六 療担規則第 19 条第 1 項本文及び療担基準第 19 条第 1 項本文の厚生労働大臣の定める保険医の使用医薬品 使用薬剤の薬価 (薬価基準) (平成 20 年厚生労働省告示第 60 号) の別表に収載されている医薬品 (令和 5 年 10 月 1 日以降においては別表第 1 【略】に収載されている医薬品を、令和 6 年 4 月 1 日以降においては別表第 2 【略】に収載されている医薬品を除く。)並びに投薬又は注射の適否に関する反応試験に用いる医薬品、焼セッコウ及び別表第 3 【略】に収載されている医薬品
556	左段上から 16 行目	，オフアツムマブ製剤，ボソリチド製剤及びエレスマブ製剤 ※令和 4 年 9 月 30 日の追補による修正後の記述	，オフアツムマブ製剤，ボソリチド製剤，エレスマブ製剤，アパロパラチド酢酸塩製剤，カブラシズマブ製剤，乾燥濃縮人 C 1 ーインアクチベーター製剤，フレマネズマブ製剤 (四週間に一回投与する場合に限る。)，メトトレキサート製剤及びチルゼパチド製剤

	左段下から24行目	エブリスディドライシロップ 60mg, シアリス錠 5mg, シアリス錠 10mg, シアリス錠 20mg, バイアグラ錠 25mg, バイアグラ錠 50mg, バイアグラ OD フィルム 25mg, バイアグラ OD フィルム 50mg, ガニレスト皮下注 0.25mg シリンジ, セトロタイド注射用 0.25mg, ウトロゲスタン腔用カプセル 200mg, ルティナス腔錠 100mg, ルテウム腔用坐剤 400mg, ワンクリノン腔用ゲル 90mg 及びボカブリア錠 30mg <u>及びボカブリア錠 30 mg</u>	エブリスディドライシロップ 60mg, シアリス錠 5mg, シアリス錠 10mg, シアリス錠 20mg, バイアグラ錠 25mg, バイアグラ錠 50mg, バイアグラ OD フィルム 25mg, バイアグラ OD フィルム 50mg, ガニレスト皮下注 0.25mg シリンジ, セトロタイド注射用 0.25mg, ウトロゲスタン腔用カプセル 200mg, ルティナス腔錠 100mg, ルテウム腔用坐剤 400mg, ワンクリノン腔用ゲル 90mg 及びボカブリア錠 30mg, <u>ボカブリア錠 30 mg, コセルゴカプセル 10 mg (1回の投薬量が 28 日分以内である場合に限る。), コセルゴカプセル 25 mg (1回の投薬量が 28 日分以内である場合に限る。), リバゼブ配合錠LD, リバゼブ配合錠HD及びグラアルファ配合点眼液</u>
557	右段下から22行目	第十三の二 薬担規則第4条の2第2項及び療担基準第 26 条の5第2項に規定する明細書を交付しなければならない保険薬局 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省令第1条の規定に基づき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を行っている保険薬局（同令第5条第1項、第6条第1項又は附則第4条第1項若しくは第2項の規定に基づき書面による請求を行うことができる保険薬局を除く。） 第十三の二の二 薬担規則第4条の2の2第1項及び療担基準第 26 条の5の2第1項の厚生労働大臣の定める公費負担医療 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省令第1条第1項各号に掲げる医療に関する給付（当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）	第十三の二 薬担規則第4条の2第2項及び療担基準第 26 条の5第2項に規定する明細書を交付しなければならない保険薬局 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第1条の規定に基づき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を行っている保険薬局（同令第5条第1項、第6条第1項又は附則第4条第1項若しくは第2項の規定に基づき書面による請求を行うことができる保険薬局を除く。） 第十三の二の二 薬担規則第4条の2の2第1項及び療担基準第 26 条の5の2第1項の厚生労働大臣の定める公費負担医療 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第1条第1項各号に掲げる医療に関する給付（当該給付に関する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）
606	上から 2 行目	(平 20. 3. 5 厚生労働省告示第 62 号) (最終改正 ; 令 4. 9. 5 厚生労働省告示第 270 号) ※令和4年9月 30 日の追補による修正後の記述	(平 20. 3. 5 厚生労働省告示第 62 号) (最終改正 ; 令 5. 3. 31 厚生労働省告示第 167 号)
	右段上から 9 行目後	三の七 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 (1) 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省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 (2)・(3) 【略】 六 明細書発行体制等加算の施設基準 (1) 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省令第1条に規定する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を行っていること。 ※令和4年9月 30 日の追補による修正後の記述	三の七 医療情報・システム基盤整備体制充実加算の施設基準 (1) 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（昭和51年厚生省令第36号）第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を行っていること。 (2)・(3) 【略】 六 明細書発行体制等加算の施設基準 (1) 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第1条に規定する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を行っていること。
635	左段上から13行目後	三十一 令和5年12月31日までに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省令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を開始する旨の届出を行っている保険医療機関については、同日までの間に限り、第三の三の七の(1)に該当するものとみなす。 ※令和5年2月 28 日の追補による修正後の記述	三十一 令和5年12月31日までに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省令第1条に規定する電子情報処理組織の使用による請求を開始する旨の届出を行っている保険医療機関については、同日までの間に限り、第三の三の七の(1)に該当するものとみなす。
728	様式後	※令和4年9月 30 日の追補により追加された通知「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及び基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて(看護の処遇改善)」(令4. 9. 5 保医発 0905 第2号)の「様式2」および「様式3」に、本追補 11 頁～14 頁による修正を加える。	
869	上から 1 行目	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 <u>省令</u>	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 <u>命令</u>
		(昭 51. 8. 2 厚生省令第 36 号) (最終改正 ; 令 3. 9. 29 厚生労働省令第 163 号)	(昭 51. 8. 2 厚生省令第 36 号) (最終改正 ; 令 5. 3. 31 厚生労働省令第 48 号)
	左段上から11行目	きは、電子情報処理組織の使用による請求（ <u>厚生労働大臣が定める事項</u> を電子情報処理組織（審査支払機関の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と、療養の給付及び公費負担医療に関する費用（以下「療養の給付費等」という。）の請求をしようとする保険医療機	きは、電子情報処理組織の使用による請求（ <u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項</u> を電子情報処理組織（審査支払機関の使用に係る電子計算機（入出力装置を含む。以下同じ。）と、療養の給付及び公費負担医療に関する費用（以下「療養の給付費等」という。）の請求を

		関又は保険薬局の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ。)を使用して、 <u>厚生労働大臣の定める方式に従って電子計算機から入力して審査支払機関の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録して行う療養の給付費等の請求をいう。以下同じ。)</u> 又は光ディスク等を用いた請求(<u>厚生労働大臣が定める事項</u> を電子計算機を使用して <u>厚生労働大臣の定める方式に従って記録した厚生労働大臣の定める規格に適合するフレキシブルディスク又は光ディスク</u> (以下「光ディスク等」という。)を提出することにより行う療養の給付費等の請求をいう。以下同じ。)により行うものとする。	しようとする保険医療機関又は保険薬局の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織をいう。以下同じ。)を使用して、 <u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める方式に従って電子計算機から入力して審査支払機関の使用に係る電子計算機に備えられたファイルに記録して行う療養の給付費等の請求をいう。以下同じ。)</u> 又は光ディスク等を用いた請求(<u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項</u> を電子計算機を使用して <u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める方式に従って記録したこども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める規格に適合するフレキシブルディスク又は光ディスク</u> (以下「光ディスク等」という。)を提出することにより行う療養の給付費等の請求をいう。以下同じ。)により行うものとする。
	右段上から23行目	2 電子情報処理組織の使用による請求を行う場合において、療養の給付費等のうち、<u>厚生労働大臣の定めるものに係る請求を行う場合には、診療日ごとの症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる情報を前項のファイルに記録しなければならない。</u> 3 光ディスク等を用いた請求を行う場合において、療養の給付費等のうち、<u>厚生労働大臣の定めるものに係る請求を行う場合には、診療日ごとの症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる情報を光ディスク等に記録して、審査支払機関に提出しなければならない。</u>	2 電子情報処理組織の使用による請求を行う場合において、療養の給付費等のうち、<u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定めるものに係る請求を行う場合には、診療日ごとの症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる情報を前項のファイルに記録しなければならない。</u> 3 光ディスク等を用いた請求を行う場合において、療養の給付費等のうち、<u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定めるものに係る請求を行う場合には、診療日ごとの症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる情報を光ディスク等に記録して、審査支払機関に提出しなければならない。</u>
870	左段下から16行目	三 <u>その他厚生労働大臣が定める事項</u> 2【略】 四 <u>その他厚生労働大臣が定める事項</u>	三 <u>その他こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項</u> 2【略】 四 <u>その他こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項</u>
	右段上から19行目	険薬局」とあるのは「事務代行者」と、「 <u>厚生労働大臣の定める方式に従って電子計算機</u> 」とあるのは「事務代行者を介して <u>厚生労働大臣の定める方式に従って電子計算機</u> 」と、同条第項中「電子情報処理組織」とあるのは「事	険薬局」とあるのは「事務代行者」と、「 <u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める方式に従って電子計算機</u> 」とあるのは「事務代行者を介して <u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める方式に従って電子計算機</u> 」と、同
871	右段上から11行目	2 書面による請求を行う場合において、療養の給付費等のうち、<u>厚生労働大臣の定めるものに係る請求を行う場合には、診療日ごとの症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる資料を添付しなければならない。</u> 3 書面による請求を行う場合には、レセプトの提出は、<u>厚生労働大臣が定める様式</u>により行うものとする。	2 書面による請求を行う場合において、療養の給付費等のうち、<u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定めるものに係る請求を行う場合には、診療日ごとの症状、経過及び診療内容を明らかにすることができる資料を添付しなければならない。</u> 3 書面による請求を行う場合には、レセプトの提出は、<u>こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式</u>により行うものとする。
872	下から9行目	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 <u>省令第1条第2項及び第3項並びに第7条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定めるもの</u>	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 <u>命令第1条第2項及び第3項並びに第7条第2項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定めるもの</u>
	左段下から5行目	(平6.10.14 厚生省告示第345号) (最終改正;平21.11.25 厚生労働省告示第481号) 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 <u>省令第1条第2項及び第3項並びに第7条第2項の規定に基づき厚生労働大臣の定めるものは、次に掲げるものとする。</u>	(平6.10.14 厚生省告示第345号) (最終改正;令5.3.31 厚生労働省告示第167号) 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 <u>命令第1条第2項及び第3項並びに第7条第2項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定めるものは、次に掲げるものとする。</u>
873	上から2行目	(昭51.8.7 保険発第82号) (最終改正;令4.9.28 保医発0928第1号) ※令和4年9月30日の追補による修正後の記述	(昭51.8.7 保険発第82号) (最終改正;令5.3.27 保医発0327第9号)
887	左段下から16行目	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、外来後発医薬品使用体制加算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。	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、外来後発医薬品使用体制加算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。 <u>ただし、令和5年12月31日までの間</u>

		エ〜カ 【略】 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。	に外来後発医薬品使用体制加算の特例の点数を算定する場合は、全体の「その他」欄に外来後発医薬品使用体制加算 1 (特)、外来後発医薬品使用体制加算 2 (特)、外来後発医薬品使用体制加算 3 (特) を名称として記載すること。 エ〜カ 【略】 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。ただし、令和 5 年 12 月 31 日までの間に一般名処方加算 1 又は 2 の特例の点数を算定する場合は、全体の「その他」欄に一般名処方加算 1 (特)、一般名処方加算 2 (特) を名称として記載すること。				
893	左段下から 4 行目	ウ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。 ※令和4年9月 30 日の追補による修正後の記述	ウ 医療情報・システム基盤整備体制充実加算は、全体の「その他」欄に点数を記載する。ただし、令和 5 年 12 月 31 日までの間に医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 における特例の点数を算定する場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 1 (特)、再診時に算定する場合は、医療情報・システム基盤整備体制充実加算 3 の名称及び点数を記載する。				
909	表Ⅳ・項番 4 後	※以下を挿入する。以降、項番に2を加える。					
		5	A000	令和5年 12 月 31 日までの間に医療情報・システム基盤整備体制充実加算1を算定した場合	医シA(特)	全体「その他」欄	
		6	A002	令和5年 12 月 31 日までの間に医療情報・システム基盤整備体制充実加算3を算定した場合	医シC	全体「その他」欄	
911	表Ⅳ・項番 118 後	※以下を挿入する。以降、項番に3を加える。					
		121	F100	令和5年12月31日までの間に処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算1における特例の点数を算定した場合	外後使1(特)	全体「その他」欄	
		122	F100	令和5年12月31日までの間に処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算2における特例の点数を算定した場合	外後使2(特)	全体「その他」欄	
		123	F100	令和5年12月31日までの間に処方料に係る外来後発医薬品使用体制加算3における特例の点数を算定した場合	外後使3(特)	全体「その他」欄	
	表Ⅳ・項番 125 後	※以下を挿入する。以降、項番に2を加える。					
		131	F400	令和5年 12 月 31 日までの間に処方せん料に係る一般名処方加算1における特例の点数を算定した場合	一般名処方加算1(特)	全体「その他」欄	
		132	F400	令和5年 12 月 31 日までの間に処方せん料に係る一般名処方加算2における特例の点数を算定した場合	一般名処方加算2(特)	全体「その他」欄	
926	上から 2 行目	(令4. 9. 28 保医発0928第2号) ※令和4年9月30日の追補による修正後の記述			(令5. 3. 27 保医発0327第10号)		
	左段上から 3 行目	なお、「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」(令和4年3月18日保医発 0318 第5号)は、令和4年9月30日限り廃止する。 また、令和4年9月診療分以前の診療報酬明細書の請求において、審査支払機関からの返戻等による請求遅れ分等については、従前の略称を使用して差し支えない。 ※令和4年9月 30 日の追補による修正後の記述			なお、「歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について」(令和4年9月28日保医発 0928 第2号)は、令和5年3月31日限り廃止する。 また、令和5年3月診療分以前の診療報酬明細書の請求において、審査支払機関からの返戻等による請求遅れ分等については、従前の略称を使用して差し支えない。		
	右段下から 11 行目	※「医療情報・システム基盤整備体制充実加算2 医シB」(令和4年9月 30 日の追補による修正後の記述)の下に以下を追加する。 医療情報・システム基盤整備体制充実加算1の特例の点数(令和5年 12 月 31 日までの診療分に限る) 医シA(特) 医療情報・システム基盤整備体制充実加算3(令和5年 12 月 31 日までの診療分に限る) 医シC					

処方箋

（この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。）

公費負担者番号								保険者番号								
公費負担医療 の受給者番号								被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	(枝番)							

患 者	氏 名				保険医療機関の 所在地及び名称										
	生年月日	明大 昭平令	年 月 日	男・女		電 話 番 号									
	区 分	被保険者	被扶養者			保 険 医 氏 名									
					都道府県番号		点数表 番号		医療機関 コード						

交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の 使用期間	令和 年 月 日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。
-------	----------	--------------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。
		リフィル可 ☐ (回)

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供	

調剤実施回数（調剤回数に応じて、□に「レ」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。）		
☐ 1回目調剤日（ 年 月 日）	☐ 2回目調剤日（ 年 月 日）	☐ 3回目調剤日（ 年 月 日）
次回調剤予定日（ 年 月 日）	次回調剤予定日（ 年 月 日）	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号							
保険薬局の所在地 及び名称 保険薬剤師氏名			公費負担医療の 受給者番号						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、A列5番を標準とすること。

3. 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（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「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」と読み替えるものとする。

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 回 目

公費負担者番号							保 険 者 番 号						
公費負担医療 の受給者番号							被保険者証・被保険 者手帳の記号・番号	(枝番)					

患 者	氏 名				保険医療機関の 所在地及び名称									
	生年月日	明大昭平令	年	月	日	男・女	電 話 番 号							
	区 分	被保険者	被扶養者		保 険 医 氏 名 (印)									
		都道府県番号		点数表 番号		医療機関 コード								

交付年月日	令和 年 月 日	処 方 箋 の 使 用 期 間	令和 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること。
-------	----------	--------------------	----------	--

処 方	変更不可	個々の処方薬について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した 場合は、署名又は記名・押印すること。
	保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 保険医療機関へ情報提供	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号					
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の 受 給 者 番 号					

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、A列5番を標準とすること。

3. 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（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「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」と読み替えるものとする。

様式 2

看護職員処遇改善評価料 賃金改善計画書（令和 年度分）

保険医療機関コード	
保険医療機関名	

I. 賃金改善実施期間

① 令和 年 月 ~ 令和 年 月

II. 看護職員処遇改善評価料の見込額

②新規届出時又は4月1日時点における区分	区分 ()	点数	点
③賃金改善実施期間における、延べ入院患者数の見込み			人
④本評価料による収入の見込額 (②×③×10円)			円

III. 賃金改善の見込額

⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額		円
⑦賃金改善の見込額 (⑤-⑥)		円
⑦は④以上か		

IV. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数		人
⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額		円
⑩ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑪ベア等の割合 (⑩÷⑨)		%
⑩が⑨の2/3以上であるか		

V. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種		
⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数		人
⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額 (⑦-⑨)		円
⑮ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）		円
⑯ベア等の割合 (⑮÷⑭)		%
⑮が⑭の2/3以上であるか		

VI. 賃金改善を行う賃金項目及び方法

⑰賃金の種類		
☐ 基本給	☐ 決まって毎月支払われる手当（新設）	☐ 決まって毎月支払われる手当（既存の増額）
☐ 賞与	☐ 実績等に応じて支払われる手当（新設）	☐ 実績等に応じて支払われる手当（既存の増額）
☐ その他（ ）		
⑱賃上げの担保方法		
☐ 就業規則の見直し		☐ 賃金規程の見直し
☐ その他の方法：具体的に（ ）		
⑲賃金改善に関する規定内容（できる限り具体的に記入すること。）		

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 「①賃金改善実施期間」は、原則4月（年度の途中で当該評価料の新規届出を行う場合、当該評価料を算定開始した月）から翌年の3月までの期間をいう。
- 「③延べ入院患者数」は、本評価料を算定する期間における、延べ入院患者数の見込みを記載すること。（「様式1の延べ入院患者数」×「賃金改善実施期間の月数」とする。）
- 「⑤賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施される場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」、「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」、「⑩⑮ベア等による引上げ分」は、それぞれ賃金改善実施期間における額を記載すること。
- 「⑥本評価料の改善措置が実施されない場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 「⑦賃金改善の見込額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑨看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の見込額」及び「⑭看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の見込額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- 「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑬賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、計画書を提出する時点で対象となる人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 「⑫看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本評価料による収入により処遇改善を行う職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。
- 「⑲賃金改善に関する規定内容」は、「⑩賃上げの担保方法」に記載した根拠規程のうち、賃金改善に関する部分を記載すること。

様式 3

看護職員処遇改善評価料 実績報告書（令和 年度分）

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 看護職員処遇改善評価料の実績額

①本評価料の区分

算定期間						点数の区分	点数	
a	令和	年	月	～	令和	年	月	点
b	令和	年	月	～	令和	年	月	点
c	令和	年	月	～	令和	年	月	点
d	令和	年	月	～	令和	年	月	点

②算定回数

算定期間						算定回数		
a	令和	年	月	～	令和	年	月	回
b	令和	年	月	～	令和	年	月	回
c	令和	年	月	～	令和	年	月	回
d	令和	年	月	～	令和	年	月	回
計								回

③本評価料による収入の実績額

算定期間						実績額		
a	令和	年	月	～	令和	年	月	円
b	令和	年	月	～	令和	年	月	円
c	令和	年	月	～	令和	年	月	円
d	令和	年	月	～	令和	年	月	円
計								円

II. 賃金改善の実績額

④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額	円
⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額	円
⑥賃金改善の実績額（④－⑤）	円
⑥は③以上か	

III. 看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）に係る事項

⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数	人
⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額	円
⑨ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑩ベア等の割合（⑨÷⑧）	%
⑨が⑧の2/3以上であるか	

Ⅳ. 処遇改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員に係る事項

⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種	
⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数	人
⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額	円
⑭ベア等による引上げ分 （基本給又は決まって毎月支払われる手当による引上げ分）	円
⑮ベア等の割合（⑭÷⑬）	%
⑭が⑬の2/3以上であるか	

Ⅴ. 賃金改善実施期間

⑯	令和	年	月	～	令和	年	月
---	----	---	---	---	----	---	---

本計画書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日 開設者名：

【記載上の注意】

- 1 報告対象年度において複数の種類の点数区分を取得した場合、Ⅰの各項目には、すべての区分・点数及び算定期間に係る事項を記載すること。
- 2 「④賃金改善実施期間において賃金の改善措置が実施された対象職員の賃金総額」、「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」及び「⑨⑭ベア等による引上げ分」は、報告対象年度の実績を記載すること。
- 3 「⑤本評価料の改善措置が実施されなかった場合の当該措置の対象職員の賃金総額」は、対象職員に対する定期昇給による賃金上昇分も反映した額を記載すること。
- 4 「⑥賃金改善の実績額」に、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分が含まれる場合であっても、「⑧看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の賃金改善の実績額」及び「⑬看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の賃金改善の実績額」には、基本給等の引き上げにより増加した法定福利費等の事業者負担分を含めないこと。
- 4.5 「⑦看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の常勤換算数」及び「⑫賃金改善の対象に加える看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）以外の職員の常勤換算数」は、報告対象年度の各月1日の対象となる職員の平均人数を記載すること。また、小数点第二位を四捨五入した数を記入すること。
- 5.6 「⑪看護職員等に加え、賃金の改善措置の対象に加える職種」は、本点数による収入により処遇改善を行った職種であって、保健師、助産師、看護師及び准看護師以外の職種をすべて記載すること。