

歯科点数表の解釈（令和 8 年 6 月版） 追補

（令和 8 年 8 月・社会保険研究所）

以下の通知・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。

- ・「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について（令和 8 年 7 月 29 日保医発 0729 第 2 号）
- ・疑義解釈資料の送付について（その 10）（令和 8 年 7 月 17 日医療課事務連絡）
- ・疑義解釈資料の送付について（その 11）（令和 8 年 7 月 30 日医療課事務連絡）
- ・令和 8 年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について（令和 8 年 7 月 30 日医療課事務連絡）

頁	箇所	現 行	改定後
62	右 段 上 から 18 行目	【編注「別表第一第 4 章経過措置 3」；第 1 章第 2 部第 1 節の規定にかかわらず、令和 8 年 3 月 31 日において現に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている病棟については、令和 9 年 5 月 31 日までの間に限り、 <u>一般病棟入院基本料を算定する病棟において急性期総合体制加算を算定できるものとする。</u> 】	【編注「別表第一第 4 章経過措置 3」；第 1 章第 2 部第 1 節の規定にかかわらず、 <u>第 1 章第 2 部第 2 節に規定する要件を満たす保険医療機関の病棟（一般病棟入院基本料を算定する病棟に限る。）であって、</u> 令和 8 年 3 月 31 日において現に総合入院体制加算又は急性期充実体制加算に係る届出を行っている <u>もの</u> については、令和 9 年 5 月 31 日までの間に限り、急性期総合体制加算を算定できるものとする。】
360	右 段 下 から 5 行目後	※以下を加える。 問 第 8 部、第 9 部、第 10 部及び第 12 部の通則において、6 歳未満の乳幼児又は著しく歯科診療が困難な者に対しての処置等を行った場合は、全身麻酔下で行った場合を除き、所定点数に加算する取り扱いとされているが、ここでいう、全身麻酔とは、「K003」静脈内鎮静法又は「K005」及び「K006」歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔は含まれるのか。 答 含まれない。 （令 8. 7. 17「歯科」問 3）	
387	右 段 下 から 21 行目後	※以下を加える。 問 暫間歯冠補綴装置について、分割抜歯や分離切断を行った歯に対して、歯冠修復を行う場合や、④ 5 ⑥ ⑥、⑤ 6 ⑥ ⑦又は⑥ 6 ⑦等のブリッジの支台歯とする場合は、どのように算定するのか。 答 分割抜歯又は分離切断を行った歯に対する暫間歯冠補綴装置は、最終補綴物に係る歯冠修復の算定方法と同様に取り扱う。 （例） （1）当該歯に対して金属歯冠修復を行う場合 分割抜歯を行った歯は 1 歯分で算定し、分離切断を行った歯は 2 歯分で算定する。 （2）下顎において、当該歯を全部金属冠によるブリッジの支台歯とする場合 分割抜歯を行った歯は、支台歯 1 歯分及びポンティック 1 歯分を併せて 2 歯分で算定し、分離切断を行った歯は 1 歯分として算定する。 （令 8. 7. 30「歯科」問 1）	
410	右 段 下 から 19 行目後	※以下を加える。 ■チタンブリッジに関する事務連絡 問 チタンブリッジについて、④ 5 ⑥ ⑥、⑤ 6 ⑥ ⑦又は⑥ 6 ⑦等の分割抜歯や分離切断を行った歯を支台歯とする場合も、当該ブリッジは算定できるのか。 答 分割抜歯又は分離切断した歯を支台歯としたチタンブリッジをやむを得ず製作する場合は、残った歯冠や歯根の状態から、歯科医学的に適切な場合に限り、算定して差し支えない。 この場合、チタンブリッジは 1 装置として取り扱うが、支台歯については、分割抜歯を行った場合には、「M017」ポンティックの留意事項通知(7)のハ及びニと同様の取り扱いとし、分離切断を行った場合には大臼歯 1 歯分として算定する。 なお、分割抜歯や分離切断した歯に対するレジン前装加算は、ポンティックのみ算定する。 （令 8. 7. 17「歯科」問 1）	
464	左 段 上 から 13 行目後	※以下を加える。 （問） 令和 8 年度診療報酬改定において、歯科用合着・接着材料の機能区分の見直しが行われたが、歯科用合着・接着材料Ⅰには、ガラスアイオノマーセメントの組成（フルオロアルミノシリケートガラスとポリアクリル酸等）を主として、レジン成分が添加されているセメントは	

頁	箇所	現 行	改定後
		含まれるのか。	(令 8. 7. 17「歯科」問 2)
		(答) 含まれない。なお、当該機能区分の定義における「接着性モノマー」とは、歯質に対する接着性を有する、カルボン酸系モノマー（4-META 等）やリン酸エステル系モノマー（MDP 等）を指す。	
465	右 段 上 から 25 行目後	※以下を加える。 ○揭示事項 (問) 保険医療機関、保険薬局及び訪問看護ステーションにおいて、健康保険法に基づく「保険医療機関及び保険医療養担当規則」（昭和 32 年厚生省令第 15 号）等の各規則、告示及び通知により、保険医療機関等内に掲示することと定められている事項について、電子的表示（デジタルサイネージ等）による掲示を行ってよいか。 (答) 差し支えない。ただし、電子的表示による掲示にあたっては、利用者が容易に視認し、その内容を適切に確認することができるようにすることとし、表示内容を一定時間ごとに切り替えて表示する方法を用いる場合であっても、数分以内に一巡して表示される等、利用者が当該内容を全て確認できる状態を確保すること。 また、利用者から求めがあった場合に速やかに閲覧に供することができるよう、掲示内容を記載した紙媒体を保険医療機関等内に備え付け、当該掲示内容を紙媒体で閲覧できる旨を表示すること。 なお、「医療法」等、健康保険法以外の法令に基づき掲示が求められている事項については、それぞれの法令の規定に従うこと。	(令 8. 7. 17「揭示事項」問 1)
478	左 段 下 から 26 行目後	※令和 8 年 7 月追補による追記の末尾に以下を加える。 (問) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算及びリハビリテーション・栄養・口腔連携加算の施設基準における「院内で発生した褥瘡（DESIGN-R2020 分類 d 2 以上とする。）を保有している入院患者の割合」について、当該加算の届出以降は毎月要件を満たさなければならぬのか。 (答) 届出月及び施設基準等の適合性を確認し、その結果について報告する月（8 月）（以下「報告月」という。）の前月の初日を調査日として、入院後に院内で発生した褥瘡を保有している入院患者の割合が要件を満たしていればよい。なお、報告月に要件を満たしていなかった場合、変更の届出を行う必要があるが、報告月以後に調査を行い、要件を満たしていれば、再び届出することは可能である。	(令 8. 7. 17「医科」問 1)
489	左 段 上 から 3 行目後	※令和 8 年 7 月追補による追記の末尾に以下を加える。 (問) ベースアップ評価料等の施設基準において、対象職員数が 0 人となった場合等、ベースアップ評価料の施設基準を満たさなくなった場合の取扱い如何。 (答) この場合、速やかに地方厚生（支）局長に届出の変更を行う必要があり、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定を行わないこと。なお、これに伴い、「疑義解釈資料の送付について（その 1）」（令和 6 年 3 月 28 日事務連絡）別添 2 の問 15 は廃止する。 (問) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、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及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の区分計算に係る「賃金改善算定基礎額」の算出に際し、40 歳未満の非常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く。）であっても、実労働時間が当該保険医療機関における常勤の医師及び歯科医師の所定労働時間（32 時間未満の場合は、32 時間）以上である場合は、「常勤の医師及び歯科医師（事業主及び役員を除く。）」に含めてよい。 (答) よい。 (問) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、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及び訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）における法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関で、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行っていた場合、対象職員数やベースアップ評価料の算定回数等の変動に伴う届出区分の変更についてはどのように考えればよい。 (答) 対象職員数については、通算の対象とされた全保険医療機関の対象職員数について、届け	(令 8. 7. 30「処遇改善・ベースアップ評価料」問 1) (令 8. 7. 30「処遇改善・ベースアップ評価料」問 2) (令 8. 7. 30「処遇改善・ベースアップ評価料」問 3)

頁	箇所	現 行	改定後
		出た時点と比較して1割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合に、通算の対象とされた全保険医療機関で通算して届出を行う様式及び当該評価料に対応した様式を用いて届出区分の変更を行う必要がある。外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定回数及び延べ入院患者数については、保険医療機関毎の合計算定回数等について、届け出た時点と比較して1割以上の変動があった場合であって、改めて区分を算出した場合に区分の変動がある場合に、保険医療機関毎に当該評価料に対応した様式を用いて届出区分の変更を行う必要がある。	
		(問) 継続的な賃上げの取組の実施に係る評価について、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6、歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6、訪問看護ベースアップ評価料（Ⅰ）の注3並びに訪問看護ベースアップ評価料（Ⅱ）の注7及び注8の施設基準において、「令和8年3月31日時点において外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている保険医療機関」等とあるが、例えば、令和8年3月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）を届け出ている保険医療機関が、令和8年4月1日以降に当該評価料の届出を辞退した後、改めて当該評価料の届出を行う場合であっても、当該要件を満たすものとして取り扱ってよいのか。（令 8. 7. 30「処遇改善・ベースアップ評価料」問4）	
		(答) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定を再開する月における対象職員の基本給等総額が、当該対象職員を外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の届出を辞退した月時点の給与体系に当てはめた場合の基本給等総額を下回っていない場合には、当該要件を満たすものとして取り扱って差し支えない。なお、令和8年度診療報酬改定以前に外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の届出を辞退した保険医療機関が、令和8年度診療報酬改定以後に改めて当該評価料の届出を行う場合、上記の要件における「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等の算定を再開する月における対象職員の基本給等総額」については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等（外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の注5等、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価を除く。）による賃上げ分は含めないこと。また、この場合における、中間報告書、実績報告書については、「令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」を、「令和8年3月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と読み替えて作成し、令和8年度診療報酬改定前に算定していた外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）の辞退前の給与水準と比較して、令和8年の給与水準が、令和8年度診療報酬改定後の外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）によって引き上げられていることを報告する必要がある。	
		(問) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6に関する施設基準において、「令和8年3月31日時点で外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）を届け出ている保険医療機関」とあるが、令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料の届出を行っていた保険医療機関の取扱い如何。（令 8. 7. 30「処遇改善・ベースアップ評価料」問5）	
		(答) 令和8年3月31日時点で入院ベースアップ評価料の届け出ている保険医療機関については、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6に関する施設基準を満たすものとして取り扱って差し支えない。なお、外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の注5及び注6を算定するためには、様式98を用いて施設基準の届出を行う必要があるため、留意されたい。	
		(問) 令和8年8月に提出が求められているベースアップ評価料等に係る賃金改善実績報告書及び賃金改善中間報告書について、令和8年度診療報酬改定以前からベースアップ評価料等の届出を行っていた保険医療機関等は、具体的に何を提出すればよいのか。（令 8. 7. 30「処遇改善・ベースアップ評価料」問6）	
		(答) 令和8年度診療報酬改定以前からベースアップ評価料等の届出を行っていた保険医療機関等は、令和7年度の賃金改善実績報告書及び令和8年度の賃金改善中間報告書を提出する必要がある。なお、令和7年度の実績報告書については令和8年度診療報酬改定前の様式を、令和8年度の中間報告書については令和8年度診療報酬改定後の様式を用いて報告すること。また、提出に当たっては、令和7年度の賃金改善実績報告書及び令和8年度の賃金改善中間報告書を1通のメールに添付して提出して差し支えない。	
		（参考）様式の掲載先	

頁	箇所	現 行	改定後
		https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html ・令和7年度の実績報告書用の様式 (令和8年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について > 9. 賃金改善実績報告書の提出について > 【令和7年度算定分】賃金改善実績報告書様式(医療機関用・訪問看護ステーション用)) ・令和8年度の中間報告書用の様式 (令和8年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について > 9. 賃金改善実績報告書の提出について > 【令和8・9年度算定分】賃金改善実績報告書様式(医療機関・訪問看護ステーション・保険薬局))	
		(問) 「疑義解釈資料の送付について(その5)」(令和8年5月8日事務連絡)別添2の間6において、令和8年度の賃金改善中間報告書については、令和8年4月及び5月分の賃上げ実績ではなく、同年6月及び7月分の賃上げ実績を報告する必要があるとされているが、令和8年4月から賃金改善を実施した保険医療機関等については、何月時点の給与体系に基づいて、賃金の改善状況を比較した上で、実績を報告すればよいか。 (令 8. 7.30「処遇改善・ベースアップ評価料」問7)	
		(答) 施設基準通知において、賃金改善の実績については、「当該保険医療機関における「令和8年3月又は5月時点の給与体系(令和8年5月までにベースアップ評価料等を届け出ている保険医療機関にあっては、令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和8年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。)」を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」との差分により判断すること」とされている。そのため、令和8年度の賃金改善中間報告書について、令和8年度診療報酬改定後のベースアップ評価料による収入を用いて令和8年4月から賃金改善を実施した保険医療機関等は、「賃金改善前の令和8年3月時点の給与体系を、同年6月に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と、「令和8年6月時点の対象職員の基本給等総額」を比較すること。なお、同年6月及び7月に勤務している職員に変動があった場合の取扱いについては、「疑義解釈資料の送付について(その3)」(令和8年4月20日事務連絡)別添2の間4及び間5において示しているところ。 (参考) 様式の掲載先 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html ・令和8年度賃金改善実績報告書・中間報告書 (令和8年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について > 9. 賃金改善実績報告書の提出について > 【令和8・9年度算定分】賃金改善実績報告書様式(医療機関・訪問看護ステーション・保険薬局))	
		(問) 「令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について」(令和8年7月30日事務連絡)において、令和8年度の賃金改善中間報告書に係る様式が訂正されたが、訂正前の様式により報告を行うことは可能か。 (令 8. 7.30「処遇改善・ベースアップ評価料」問8)	
		(答) 可能。この場合、令和8年度診療報酬改定後のベースアップ評価料による収入を用いて令和8年4月から賃金改善を実施した保険医療機関等については、訂正前の様式のうち、「令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」を、「令和8年3月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額」と読み替えて取り扱うこと。	
		(問) 医科点数表第1章第2部通則第11号及び歯科点数表第1章第2部通則第9号に規定する継続的な賃上げの取組の実施に係る基準について、「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」(令和8年3月5日保医発0305第7号)(以下「基本診療料施設基準通知」という。)の別添2入院基本料等の施設基準等第1の「9」に、令和8年4月1日以降に新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始した保険医療機関においては、「新規に入院ベースアップ評価料の算定を開始する月時点の基本給等」が一定水準であること等の要件が定められているところ、算定開始月時点では、基本診療料施設基準通知の別添2入院	

頁	箇所	現 行	改定後																		
		基本料等の施設基準等第1の「9」に規定する水準以上のべア等を実施していなかったものの、その後、当該水準以上のべア等を実施した場合、入院基本料等の減算の免除の対象となるのか。 (令 8. 7. 30「処遇改善・ベースアップ評価料」問9) (答) 基本診療料施設基準通知の別添2入院基本料等の施設基準等第1の「9」に規定する水準以上のべア等を実施した場合には、様式98を用いて施設基準の届出を行った日の属する月の翌月から、入院基本料等の減算は免除される。また、入院基本料等の減算の免除については、令和8年度に届出を行う場合と令和9年度に届出を行う場合とで、求められるべア等の水準が異なるため、併せて留意されたい。 (参考) 様式の掲載先 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html ・様式98 (令和8年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について > 2. 届出様式(医療機関用) > ベースアップ評価料を届け出る場合 > 届け出る様式はこちら) (問) ベースアップ評価料について、令和8年3月時点で外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)の届出のみ行っており、令和8年6月以降に入院ベースアップ評価料の届出を行わない保険医療機関(病院に限る。)は、医科点数表第1章第2部入院料等の通則第11号及び歯科点数表第1章第2部入院料等の通則第9号に規定する入院基本料等の減算の対象となるのか。 (令 8. 7. 30「処遇改善・ベースアップ評価料」問10) (答) 減算の対象となる。																			
	右段下から8行目	※疑義解釈「(令 6. 3. 28「処遇改善・ベースアップ評価料」問15)」の問及び答の全文を削除する。																			
719	左段上から14行目後	※以下を追加する。 (4) 令和8年6月1日以降に、無床診療所から有床診療所となった保険医療機関																			
770	右段下から1行目	加えて、 <u>②</u> 又は <u>③</u> の職員と、それぞれの連携機関の	加えて、 <u>③</u> 又は <u>④</u> の職員と、それぞれの連携機関の																		
927-930	様式	※様式100を本追補12頁～20頁の様式に差し替える。																			
956-957	表・コード30-35	<table><tr><th>コード</th><th>略号</th><th>内容</th></tr><tr><td>30</td><td>区オ</td><td>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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。) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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</td></tr><tr><td>31</td><td>多ア</td><td>以下のいずれかに該当する場合 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回数該当の場合」という。ただ</td></tr></table>	コード	略号	内容	30	区オ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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。) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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	31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 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回数該当の場合」という。ただ	<table><tr><th>コード</th><th>略号</th><th>内容</th></tr><tr><td>30</td><td>区オ</td><td>70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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。) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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(特記事項「35」に該当する場合を除く。)</td></tr><tr><td>31</td><td>多ア</td><td>以下のいずれかに該当する場合 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」の限度額適用認定証(適用区分(ア))が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、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、又は適用区分(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において、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</td></tr></table>	コード	略号	内容	30	区オ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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。) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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(特記事項「35」に該当する場合を除く。)	31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 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」の限度額適用認定証(適用区分(ア))が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、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、又は適用区分(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において、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
コード	略号	内容																			
30	区オ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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。) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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																			
31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 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回数該当の場合」という。ただ																			
コード	略号	内容																			
30	区オ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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。) 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証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 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(特記事項「35」に該当する場合を除く。)																			
31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 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」の限度額適用認定証(適用区分(ア))が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、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、又は適用区分(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において、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																			

頁	箇所	現 行			改定後		
				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。） 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。）			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。） 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））が提示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が提供された場合であって、かつ、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、又は適用区分（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において、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。）
		3 2	多イ	以下のいずれかに該当する場合 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、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分（Ⅰ）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 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。）	3 2	多イ	以下のいずれかに該当する場合 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（Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、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、又は適用区分（Ⅰ）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において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 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であって、かつ、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、又は適用区分（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において、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。）
		3 3	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 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 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。）	3 3	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 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（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、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、又は適用区分（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において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 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であって、かつ、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、又は適用区分（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において、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。）
		3 4	多エ	以下のいずれかに該当する場合 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 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。）	3 4	多エ	以下のいずれかに該当する場合 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（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、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、又は適用区分（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において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 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））が提示又は高齢受給者証情報が提供された場合であって、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又は適用区分（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において、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

頁	箇所	現 行			改定後		
							を除く。)
		3 5	多オ	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	3 5	多オ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で「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（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であって、かつ、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、又は適用区分（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において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「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（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であって、かつ、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、又は適用区分（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において、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。）
957-958	表・コード 43-44	4 3	多カ	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 3	多カ	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。）	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。）
974-975	(974 頁) 右段下から 10 行目～(975 頁) 右段上から 14 行目	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			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		

頁	箇所	現 行	改定後
		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（国民健康保険にあっては，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。）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。	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「区オ」と記載すること。 テ 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」の限度額適用認定証（適用区分（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって，かつ，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，又は適用区分（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において，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 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資格確認書（一部負担金の割合（3 割））が提示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が提供された場合であって，かつ，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，又は適用区分（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において，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 歳未満で「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（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって，かつ，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，又は適用区分（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において，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 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であって，かつ，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

頁	箇所	現 行	改定後
		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（国民健康保険にあっては，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 歳以上において「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「多エ」と記載すること。	れた場合，又は適用区分（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において，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 歳未満で「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（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって，かつ，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，又は適用区分（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において，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 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であって，かつ，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，又は適用区分（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において，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 歳未満で「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（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって，かつ，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，又は適用区分（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において，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））が提示又は高齢受給者証情報が提供された場合であって，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

頁	箇所	現 行	改定後
		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には，「特記事項」欄に「多才」と記載すること。	ヌ 70 歳未満で「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（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であって，かつ，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，又は適用区分（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において，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「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（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であって，かつ，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，又は適用区分（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において，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「多才」と記載すること。
976	左 段 上 から 1 行目	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	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）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（2 割））かつ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，

頁	箇所	現 行	改定後
		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「多力」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）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（1 割））かつ<u>適用区分（Ⅲ）の記載のある</u>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<u>適用区分（Ⅲ）の記載のある</u>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。	「特記事項」欄に「多力」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）」の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（1 割））かつ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。

看護職員処遇改善評価料

外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（Ⅱ）

入院ベースアップ評価料

「賃金改善実績報告書 ・賃金改善中間報告書」

1. 「看護職員処遇改善評価料」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」を含む）、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」（「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」を含む）及び「入院ベースアップ評価料」を算定する医療機関については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、保険医療機関の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

(令和 年度分)

保険医療機関コード

保険医療機関名

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 病院及び診療所
- ☐ 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 月

- ※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
- ※ (中間報告書の場合) 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合であっても、当該評価料を算定した期間(2)と同じ期間を記載すること。
- ※ (実績報告書の場合) 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合には、算定した期間(2)ではなく、充当した期間(4月~翌年3月)を記載すること。

(1) - 2 (中間報告書のみ) 令和8年度又は令和9年度の6月から算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月からの賃金改善に充当した場合、こちらにチェック

※ 令和8年度又は令和9年度のベースアップ評価料の算定開始月と、同月から賃金改善を実施した場合は、チェックは不要です。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和 年 月 ~ 令和 年 月 月

III-2. (中間報告書のみ) 条例改正等が必要なため8月時点で賃金改善の実績を記載できない場合

(i) 条例の改正が必要である等やむを得ない理由により、遡及して賃金改善を実施するため本報告書に記載する額が実績値ではなく計画値となる場合は、こちらにチェック

(ii) 計画値となる理由 ☐ 条例の改正が必要なため ☐ その他の事由 ※どちらか1つを選択してください。

(理由の詳細: 条例の改正のような、医療機関の責によらないやむを得ない理由に限ります。必ず記載してください)

IV-1. ベースアップ評価料等及び看護職員処遇改善評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(※) 賃金改善実施期間に初めて、看護職員処遇改善評価料を算定する医療機関

(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額

※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)

※ 看護職員処遇改善評価料の収入の実績額については、賃金改善実施期間において初めて算定を開始した場合にのみ、収入額を記載すること。

(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(I)等による収入の実績額

(5) 外来・在宅ベースアップ評価料(II)等による収入の実績額

(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額

(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(4)+(5)+(6)】

※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)

※ なお「収入の実績額」の計算は、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて計算すること。

Ⅳ－１－１．ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額（令和8年度分報告時のみ記載）		円
------------------------------	--	---

Ⅳ－２．ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（7）＋（8）】		円
--	--	---

○ 以下、基本給等総額については **1 か月当たりの額** を記載してください。（該当ない場合は0と記載）

- ※ 「基本給等総額」とは、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等の特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
- ※ (15) のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額は賃金改善実施期間の**増加分の総額**を記載すること。
また、賃金改善に伴い増加する法定福利費分を概算によって計算する場合、小数点以下の四捨五入における切り上げによって最大16.5%を超えた場合については、問題ないこととする。
- ※ 「賞与の支給月数」については、月単位で記載すること。支給がない場合は0と記載。また月単位が不明の場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

V．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(12) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（11）－（12）】		円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】		%
(15) 上記（13）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた総額【賃金改善実施期間（1）の全期間】（該当ない場合は0と記載）		円

V－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(18) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（17）－（18）】		円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】		%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(22) 前年度の賞与の支給月数		か月

V－３．40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(25) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（24）－（25）】		円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】		%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(29) 前年度の賞与の支給月数		か月

V－４．事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(32) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（31）－（32）】		円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】		%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(36) 前年度の賞与の支給月数		か月

V－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（1）の開始月時点】		円
(39) 令和8年5月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（1ヶ月分）【（38）－（39）】		円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】		%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(43) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(46) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（45）－（46）】		円
(48) ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】		%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(50) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(53) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（52）－（53）】		円
(55) ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】		%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(57) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(60) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（59）－（60）】		円
(62) ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】		%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(64) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（９）】		円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（賃金改善実施期間分）【（13）×（賃金改善実施期間）】		円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額【（15）】		円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】		円
(69) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		

本報告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】

- 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「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（Ⅰ）」のことをいう。
- 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 本報告書において、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料等を届け出た保険医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料等による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料等による賃金改善前の体系に限る。）を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- Vの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。
- Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

- 9 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ペア等以外で、ペア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。

(令和 年度分)

保険医療機関コード	
保険医療機関名	
集約医療機関数	

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 報告する医療機関種別 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 病院及び診療所
- ☐ 歯科診療所

III. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和	年	月	～	令和	年	月		ヶ月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

- ※ 令和8年度診療報酬改定以降のベースアップ評価料等で賃金改善を実施した期間を記載すること。
- ※ (中間報告書の場合) 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合であっても、当該評価料を算定した期間(2)と同じ期間を記載すること。
- ※ (実績報告書の場合) 令和8年度又は令和9年度の6月から翌年5月の1年間に算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月から翌年3月の賃金改善に充当した場合には、算定した期間(2)ではなく、充当した期間(4月～翌年3月)を記載すること。

- (1) - 2 (中間報告書のみ) 令和8年度又は令和9年度の6月から算定した当該評価料による収入を、当該年度の4月からの賃金改善に充当した場合、こちらにチェック

※ 令和8年度又は令和9年度のベースアップ評価料の算定開始月と、同月から賃金改善を実施した場合は、チェックは不要です。

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和	年	月	～	令和	年	月		ヶ月
----	---	---	---	----	---	---	--	----

III-2. (中間報告書のみ) 条例改正等が必要なため8月時点で賃金改善の実績を記載できない場合

(i) 条例の改正が必要である等やむを得ない理由により、遡及して賃金改善を実施するため本報告書に記載する額が実績値ではなく計画値となる場合は、こちらにチェック	☐
(ii) 計画値となる理由	☐ 条例の改正が必要なため ☐ その他の事由 ※どちらか1つを選択してください。
(理由の詳細：条例の改正のような、医療機関の責によらないやむを得ない理由に限ります。必ず記載してください)	

IV-1. ベースアップ評価料等及び看護職員処遇改善評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(※) 賃金改善実施期間に初めて、看護職員処遇改善評価料を算定する医療機関	☐
(3) 看護職員処遇改善評価料による収入の実績額	円
※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)	
※ 看護職員処遇改善評価料の収入の実績額については、賃金改善実施期間において初めて算定を開始した場合にのみ、収入額を記載すること。	
(4) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)等による収入の実績額	円
(5) 外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅱ)等による収入の実績額	円
(6) 入院ベースアップ評価料による収入の実績額	円
(7) ベースアップ評価料等による収入の実績額【(4)+(5)+(6)】	円

- ※ 「収入の実績額」とは、該当の評価料を算定した総額を記載すること。(算定していない場合は0と記載。)
- ※ なお「収入の実績額」の計算は、継続的な賃上げの取組の実施に係る評価の点数分を除いた当該評価料の本体点数のみを算定した場合に置き換えて計算すること。

Ⅳ－１－１．ベースアップ評価料等による収入の繰越状況

(8) 前年度からの繰越額（令和８年度分報告時のみ記載）	円
------------------------------	---

Ⅳ－２．ベースアップ評価料等による収入の実績額（総計）

(9) ベースアップ評価料等による収入の実績額のうち、当該年度における対象職員のベア等及びそれに伴う賞与、時間外手当、法定福利費等に充当すべき金額【（7）＋（8）】	円
--	---

○ 以下、基本給等総額については **1 か月当たりの額** を記載してください。（**該当ない場合は 0 と記載**）

- ※ 「基本給等総額」とは、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等の特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ 「ベア等」の定義は【記載上の注意】を参照のこと。
- ※ （15）のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額は賃金改善実施期間の**増加分の総額**を記載すること。
また、賃金改善に伴い増加する法定福利費分を概算によって計算する場合、小数点以下の四捨五入における切り上げによって最大16.5%を超えた場合については、問題ないこととする。
- ※ 「賞与の支給月数」については、月単位で記載すること。支給がない場合は0と記載。また月単位が不明の場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

【ベースアップ評価料対象職種について】

Ⅴ．ベースアップ評価料対象職員（全体）の月額賃金総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(12) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（11）－（12）】	円
(14) ベア等による賃金増率【（13）÷（12）】	%
(15) 上記（13）以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた総額【賃金改善実施期間（１）の全期間】（該当ない場合は0と記載）	円

Ⅴ－２．看護職員等（保健師、助産師、看護師及び准看護師）の月額賃金総額に係る事項

(16) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(17) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(18) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(19) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（17）－（18）】	円
(20) ベア等による賃金増率【（19）÷（18）】	%
(21) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(22) 前年度の賞与の支給月数	か月

Ⅴ－３．40歳未満の勤務医師、勤務歯科医師の基本給等に係る事項

(23) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(24) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(25) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(26) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（24）－（25）】	円
(27) ベア等による賃金増率【（26）÷（25）】	%
(28) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(29) 前年度の賞与の支給月数	か月

Ⅴ－４．事務職員の基本給等に係る事項

(30) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(31) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(32) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(33) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（31）－（32）】	円
(34) ベア等による賃金増率【（33）÷（32）】	%
(35) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(36) 前年度の賞与の支給月数	か月

Ⅴ－５．看護補助者の基本給等総額に係る事項

(37) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	人
(38) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】	円
(39) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額	円
(40) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（38）－（39）】	円
(41) ベア等による賃金増率【（40）÷（39）】	%
(42) 報告書届出年度の賞与の支給月数	か月
(43) 前年度の賞与の支給月数	か月

V-6. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(44) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(45) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(46) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(47) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（45）－（46）】		円
(48) ベア等による賃金増率【（47）÷（46）】		%
(49) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(50) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-7. 歯科衛生士の基本給等総額に係る事項（歯科診療を主とする病院及び診療所の場合に記入）

(51) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(52) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(53) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(54) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（52）－（53）】		円
(55) ベア等による賃金増率【（54）÷（53）】		%
(56) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(57) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-8. その他の対象職種の基本給等に係る事項

(58) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(59) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(60) 令和８年５月時点の給与体系を、当該評価料を算定した年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(61) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１ヶ月分）【（59）－（60）】		円
(62) ベア等による賃金増率【（61）÷（60）】		%
(63) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(64) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(65) ベースアップ評価料による収入の実績額【（９）】		円
(66) 対象職員全体の賃金改善実績額（賃金改善実施期間分）【（13）×（賃金改善実施期間）】		円
(67) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額【（15）】		円
(68) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（66）＋（67））－（65）】		円
(69) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		

本報告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 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）等」とは、「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（Ⅰ）」のことをいう。
- 2 本報告書において、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）等」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」のことをいう。
- 3 本報告書において、「ベースアップ評価料」とは、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」、「歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）」及び「入院ベースアップ評価料」のことをいう。
- 4 本報告書において、「令和８年３月又は５月時点の給与体系（令和８年５月までにベースアップ評価料を届け出ていた医療機関にあっては、令和８年度診療報酬改定前のベースアップ評価料による賃金改善後であって令和８年度診療報酬改定によるベースアップ評価料による賃金改善前の体系に限る。）を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の基本給等総額」と、「当該評価料を算定した年度に勤務している職員の基本給等総額」及び賃金改善の実績には、「令和７年度医療機関等における賃上げ・物価上昇に対する支援事業」によって交付される補助金による部分は含めないものとする。
- 5 Vの「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 6 Vの「ベア等」は、対象職員の基本給又は決まって毎月支払われる手当の引上げのことをいう。
- 7 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。
- 8 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、「支給された賞与額÷基本給等」で計算した月数を記載すること。

- 9 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ペア等以外で、ペア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。