令和６年度

医療保険事務講習会

［第１回］令和６年 11 月７日（木）

会場：たましん RISURU ホール

［第２回］令和６年 11 月 15 日（金）

会場：なかの Zero　大ホール

主　催

公益社団法人東京都医師会・東京都保健医療局

次　第

挨　拶

１．令和６年度 診療報酬改定における留意点について

［ ７日］荘司　輝昭（東京都医師会　医療保険担当理事）

［15日］平泉　裕（東京都医師会　医療保険医委員会委員）

２．公費負担医療（東京都医療費助成制度等）の取扱い上の留意点について

①．㊜医療費助成制度

［7日・15日］

武内　幸子（東京都福祉局　生活福祉部医療助成課課長代理（医療給付担当））

②．㊜以外の医療費助成制度

［ ７日］湯川　綾　（東京都福祉局　生活福祉部医療助成課課長代理（医療助成担当））

［15日］佐浦　美加（東京都福祉局　生活福祉部医療助成課課長代理（助成担当））

３．診療報酬請求書等の留意点について

①．社会保険関係

［7日・15日］

東條　裕明（社会保険診療報酬支払基金 関東審査事務センター
事業管理課事業管理第2係係長）

②．国民健康保険関係

［7日・15日］

染野　祥太（東京都国民健康保険団体連合会　企画事業部管理課管理係係長）

目　次

１．令和６年度 診療報酬改定における留意点について 1

２．公費負担医療（東京都医療費助成制度等）の取扱い上の留意点について

①　㊞医療費助成制度 61

②　㊞以外の医療費助成制度 71

３．診療報酬請求書等の留意点について

①　社会保険関係 175

②　国民健康保険関係 191

■講演映像、資料の掲載について

講演映像（11 月 7 日収録分）や配布資料は、後日、本会ホームページ（https://www.tokyo.med.or.jp/35222）に掲載する予定です。右の QR コードからもアクセス可能ですので、ご活用ください。

１．令和６年度 診療報酬改定における留意点について

令和6年度診療報酬改定について
～医療事務講習～

適正保険医療を目指して
指導・監査のポイント含む

令和6年11月7日
東京都医師会(医療保険担当)理事
荘司輝昭

本日の話題

1. はじめに
2. 保険診療の基本的事項

   a.保険医療の仕組み
   b.保険医療機関及び療養担当規則

3. 指導・監査のポイント
4. ２０２４診療報酬改定の話題

本日の話題

1. はじめに
2. 保険診療の基本的事項

   a.保険医療の仕組み
   b.保険医療機関及び療養担当規則

3．指導・監査のポイント
4．２０２４診療報酬改定の話題

主な関係法令

保険診療の前提として医師法・医療法・医薬品医療機器等法を遵守する必要がある。

医師法
- 免許（第2条）
- 免許の相対的欠格事由（第4条）
- 免許の取消、医業の停止（第7条第2項）
- 応召義務等（第19条）
- 無診察治療等の禁止（第20条）
- 処方せんの交付義務（第22条）
- 診療録の記載及び保存（第24条）

医療法
- 病床の種別（第7条第2項）
- 入院診療計画書（第6条の4）

保険診療として診療報酬が支払われるには

- ✔ 保険医が
- ✔ 保険医療機関において
- ✔ 医師法、医療法、健康保険法等の
  各種関係法令の規定を遵守し
- ✔ 『　療養担当規則　』の規定を遵守し
- ✔ 医学的に妥当適切な診療を行い
- ✔ 診療報酬点数表に
  定められたとおりに請求を行っている

本日の話題

1. はじめに
2. 保険診療の基本的事項

   a.保険医療の仕組み
   b.保険医療機関及び療養担当規則

3. 指導・監査のポイント
4. ２０２４診療報酬改定の話題

療養担当規則とは

保険医療機関及び保険医療養担当規則

第１章　保険医療機関の療養担当
療養の給付の担当範囲、担当方針　等

第２章　保険医の診療方針等
診療の一般的・具体的方針、診療録の記載　等

▼

保険医療機関や保険医が保険診療を行う上で
守らなければならない基本的なルール

療養担当規則

療養担当規則での指導ポイント（by shoji）

・適正な手続きの確保(第2条の3)
・特定の保険薬局への誘導の禁止、処方せんの交付
(第2条の5、第19条の3、第23条)
・診療録の記載及び整備、帳簿類の保存(第8条、第9条、第22条)
・施術の同意(第17条)
・特殊療法・研究的診療等の禁止(第18条、第19条、第20条)
・健康診断の禁止(第20条)
・濃厚（過剰）診療の禁止(第20条)
・適正な費用の請求の確保(第23条の2)

傷病名

査定を防ぐための虚偽の傷病名、いわゆる「レセプト病名」は認められない

傷病名だけでは診療内容の説明が不十分と思われる場合は摘要欄及び症状詳記で補う

▼

客観的事実（検査結果等）に基づき、当該診療行為が必要な理由を具体的に記載する。

【　不適切な傷病名（レセプト病名）の例　】
・PPI　　：「難治性逆流性食道炎」
・ビタミン剤：「ビタミン欠乏症」「摂食不能」

医療情報システムの安全管理に関するガイドライン　第6.0版

パスワードに係る注意点

・英数字、記号を混在させた13文字以上の推定困難な文字列
・英数字、記号を混在させた８文字以上の推定困難な文字列を定期的（２ヶ月以内毎）に変更
・二要素以上の認証の場合、英数字、記号を混在させた８文字以上の推定困難な文字列。
　※ただし他の認証要素として必要な電子証明書等の使用に PIN 等が設定されている場合には、この限りではない。

代行入力を実施に係る注意点

・代行入力を実施する個人ごとにIDを必ず発行すること
・代行入力を行う者はそのIDでシステムにアクセスすること
・入力者のログや作業報告等の台帳を作成し、記録を残すこと
・誰の意思決定に基づいて代行入力を実施したかについて、説明できること

なお、代行入力により記録された診療録等は、できるだけ速やかに確定者による「確定操作（承認）」が行われるようにすること。この際、内容の確認を行わずに確定操作を行ってはならない。

令和５年５月31日　産情発0531第１号厚生労働省大臣官房医薬産業振興・医療情報審議官
「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン 第 6.0 版」の策定について

医学管理等

・項目ごとに、具体的な算定要件が定められている。

・医学的管理や療養指導を適切に行った上で、算定要件として定められた診療録への指導内容の要点等の記載や添付が求められている文書の添付を実施する必要がある。

・保険医療機関の請求事務担当者（部門）は、保険医が算定を指示した算定項目や保険医が記載した診療録等から抽出される算定項目について、算定要件を満たしているか確認の上、診療報酬請求を行うこと。

▼

算定要件を満たさずに算定した場合、返還の対象となる

本日の話題

1. はじめに
2. 保険診療の基本的事項

   a.保険医療の仕組み
   b.保険医療機関及び療養担当規則
   c.医科診療報酬点数表の解釈

3. 指導・監査のポイント
4. ２０２４診療報酬改定の話題

指導の際に多い指摘事項

・ 保険医の異動、診療時間の変更届
・ 傷病名（部位、詳細、主病、レセプト病名）
・ 初再診、外来管理加算の診療録への記載
・ 検査結果、結果の判断の要点記載
・ 医学管理料について管理内容、要点の記載

古典的不正請求の手法と その発覚の典型例

① 保険者から医療費通知（医療費のおしらせ）が患者に送られてくる。
② 患者が受診していない日に「被保険者等が支払った医療費の額」が記載されていることに気がつく
③「被保険者等が支払った医療費の額」が自分が支払った金額と異なることに気がつく等
④ 患者が保険者に問い合わせて不正請求の疑いがかかる。
⑤ 患者が、警察、行政や報道機関へ情報提供
⑥ 捜査、指導監査等で発覚する。→詐欺罪で逮捕、取消処分
平成29年度の確定申告から、医療費控除の手続きで、領収書の提出に代えて、「医療費通知」の原本の提出が認められた。
患者や保険者が架空請求や付増請求の疑い事案に気がつくことが増えている

指導の実例

「請求関係は事務担当者あるいは外部委託に任せているのでこんな請求がされているとは知らなかった。」
→保険医は必要に応じて診療報酬明細書（レセプト）を確認するなど、診療録記載等による診療の情報等が請求事務担当者に適切に伝わっているか確認する

保険医は、処方箋に必要な事項を記載しなければならない。
（医薬品名、分量、用法及び用量）
保険医は、その交付した処方箋に関し、保険薬剤師から疑義の照会があった場合には、これに適切に対応しなければならない
⇒最近の話題：処方箋の期日問題

指導の実例

医学的に妥当適切な傷病名を医師自ら決定
必要に応じて慢性・急性、部位、左・右の区別
診療開始・終了年月日を記載
傷病の転帰を記載し病名を整理
疑い病名は早期に確定病名または中止に
急性病名が長期間続くことは不適切
査定を防ぐための虚偽の傷病名、いわゆる「レセプト病名」

指導の実例

病名の記載に係る指摘事項
主な指摘事項
・傷病名が診療報酬明細書との不一致
・傷病名の診療開始年月日、終了年月日の不記載
・傷病名に対しての診療・検査・処方が不一致
・傷病名の転帰の不記載
・主病名が不明確（症状を記載など）
傷病名のみでは診療内容の説明が不十分な場合
摘要欄または症状詳記で補う。

指導の実例（ちょこっとアドバイス転帰の判断例）

転帰：治癒・中止・死亡
○○疾患を疑い検査をすすめて異なった場合
○○疾患の疑い　⇒　中止（検査した理由は記載必須）
○○疾患を疑い検査をすすめて確定し場合
○○疾患の疑い　⇒　確定病名
※　確定診断がついた日をもって
○○疾患の疑い⇒中止
○○疾患（新たな傷病名欄記載と開始年月日記載）

診療報酬請求における留意点

・保険医と保険医療機関は診療報酬のルールを
よく理解し、独自の解釈に基づいて請求しない。
・分からない場合は診療報酬点数表を確認する。
それでも分からなければ地方厚生(支)局に問い合わせる。
・地方厚生(支)局が実施する説明会や指導に出席する。

・診療報酬改定は原則、（概ね）２年に１回
実施されます。
・算定ルールの新設・変更について、
２年に１回知識のリニューアルが必要です。

本日の話題

1. はじめに
2. 保険診療の基本的事項

   a.保険医療の仕組み
   b.保険医療機関及び療養担当規則
   c.医科診療報酬点数表の解釈

3. 指導・監査のポイント
4. ２０２４診療報酬改定の話題

令和６年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

（１）現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

○医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
○各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング／タスク・シフティング、チーム医療の推進
○業務の効率化に資する ICT の利用用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
○地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
○多様な働き方を踏まえた評価の拡充
○医療人材及び医療資源の偏在への対応

（２）ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

○医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
○生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
○リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
○患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
○外来医療の機能分化・強化等
○新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
○質の高い在宅医療・訪問看護の確保

（３）安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

○食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
○患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
○アウトカムにも着目した評価の推進
○重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
○生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
○口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
○薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
○薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
○医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

（４）効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

○後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
○費用対効果評価制度の活用　　○市場実勢価格を踏まえた適正な評価
○医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
○患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
○外来医療の機能分化・強化等（再掲）
○生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
○医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
○薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

令和６年度診療報酬改定における主要な改定項目①

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

- ➢ 医療従事者の人材確保や賃上げのための**ベースアップ評価料**により**2.3%を目途**とした賃上げを実施。
- ➢ 40歳未満勤務医師や事務職員の賃上げ及び入院料の通則の改定に伴う**入院基本料等の引き上げ。**
- ➢ 入院料通則においては、**栄養管理体制の基準の明確化、人生の最終段階における意思決定支援及び身体的拘束の最小化の取組**を要件化。
- ➢ 標準的な感染対策実施と賃上げを念頭においた**初再診料の引き上げ。**

(新) 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
1　初診時６点/ 2　再診時等 2点 等
(新)　入院ベースアップ評価料　1～165点

【一般病棟入院基本料】
急性期一般入院料１　1,688点
【特定機能病院入院基本料】
7対１入院基本料（一般病棟の場合）　1,822点

【初診料・再診料等】
初診料　291点
再診料　75点

2. 医療DXの推進

- ➢ **医療情報取得加算**が新設され、マイナ保険証の利用による効率的な情報の取得は1点となり、３月に1回に限り再診時においても評価。
- ➢ **医療DX推進体制整備加算**により、マイナ保険証の診察室等での活用、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備が要件。また、令和6年10月からマイナ保険証の利用率が施設要件として適応される。
- ➢ **在宅医療DX情報活用加算**により、マイナ保険証による情報を用いた訪問診療計画の立案による質の高い在宅診療を推進。

（新）医療情報取得加算
初診時
医療情報取得加算１　３点
医療情報取得加算２　１点
再診時（３月に１回に限り算定）
医療情報取得加算３　２点
医療情報取得加算４　１点

（新）医療DX推進体制整備加算（初診時）　８点
（新）在宅医療DX情報活用加算（月1回）　10点

3. ポストコロナにおける感染症対策の推進

- ➢ 改正感染症法及び第8次医療計画に基づく、協定指定医療機関であることを感染対策向上加算および外来感染対策向上加算の要件として規定。外来感染対策向上加算の施設基準に罹患後症状に係る対応を明記。
- ➢ 発熱外来に代わる**発熱患者等対応加算**を新設。抗菌薬の適正使用も**抗菌薬適正使用体制加算**として評価。
- ➢ 入院患者に対して、**特定感染症入院医療管理加算**を新設し、感染対策を引き続き評価。
- ➢ また、個室で空気感染及び飛沫感染を生じる感染症等においては、**特定感染症患者療養環境加算**として個室管理等を評価。

(新)　特定感染症入院医療管理加算
治療室の場合　200点
それ以外の場合　100点

(新)　特定感染症患者療養環境特別加算
個室加算　300点
陰圧室加算　200点

(新)　発熱患者等対応加算　20点

(新)　抗菌薬適正使用体制加算　５点

(新)　急性期リハビリテーション加算
50点（14日目まで）

令和６年度診療報酬改定における主要な改定項目②

４．同時報酬改定における対応

- コロナ禍の経験を踏まえた、、地域における**協力医療機関**に関する体制整備の推進も含めた、医療機関と介護保険施設等との連携の強化。
- かかりつけ医とケアマネ等との連携強化。
- **障害者支援施設に入所する末期悪性腫瘍患者に対する訪問診療料等の費用を医療保険からの給付**とするよう見直し。
- 医療的ケア児（者）に対する、入院前支援の評価。
- 有床診療所における障害連携の評価の充実。

【地ケア・在支診/病・後方支援病院】
介護保険施設等の協力医療機関となることを望ましいこととして要件化

(新) 協力対象施設入所者入院加算 (入院初日)
1　往診が行われた場合　600点
2　１以外の場合　200点

(新) 介護保険施設等連携往診加算　200点

(新) 医療的ケア児（者）入院前支援加算
1,000点

【有床診療所入院基本料】
イ　介護障害連携加算１　192点
ロ　介護障害連携加算２　38点

５．外来医療の機能分化・強化等

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から生活習慣病を除外し、療養計画書への同意や診療ガイドラインを参考にすることを要件とした出来高算定による**生活習慣病管理料(Ⅱ)**を新設。
- 地域包括診療料・加算においてかかりつけ医とケアマネとの連携を促進。
- リフィル処方箋や長期処方の促進、**一般名処方加算の見直し**等による後発品使用促進。
- 外来腫瘍化学療法の充実。

(新)生活習慣病管理料（Ⅱ）333点（月１回）

特定疾患処方管理加算　56点

地域包括診療加算１/2　28点/21点
認知症地域包括診療加算１/2　38点/31点

【一般名処方加算】
一般名処方加算１/2　10点/8点

後発医薬品使用体制加算１/2/3　87点/82点/77点
外来後発医薬品使用体制加算１/2/3　8点/7点/5点
【薬剤情報提供料】　4点

【処方箋料】　60点

６．医療機能に応じた入院医療の評価

- 高齢者の急性疾患の治療とともに、早期退院に向けたリハビリ及び栄養管理等を適切に提供する**地域包括医療病棟**を新設。
- **重症度、医療・看護必要度及び平均在院日数の見直し**により急性期医療の機能分化を促進。
- 働き方改革も踏まえ特定集中治療室管理料（ICU）の見直し及び**遠隔ICU加算**の新設。
- DPC/PDPSによる、**大学病院の医師派遣機能、臓器提供、医療の質向上の取組**を新たに評価。
- 療養病棟における医療区分の見直しとともに、中心静脈栄養の評価の見直し等。
- **看護補助体制充実加算の見直し**により経験が豊富な看護補助者や介護福祉士を評価。

（新）地域包括医療病棟入院料　3,050点

（新）特定集中治療室管理料５・６　8,890点

【急性期充実体制加算】
急性期充実体制加算１/2
440点/360点(7日以内の期間)　等
小児・周産期・精神科充実体制加算
急性期充実体制加算１/2の場合 90点/60点

回復期リハビリテーション病棟入院料１
2,229点（体制強化加算は廃止）

地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１
40日以内 2,838点/ 41日以降 2,690点

令和６年度診療報酬改定における主要な改定項目③

７．質の高い訪問診療・訪問看護の確保

- **在宅医療におけるICTを用いた医療関係職種・介護関係職種等との連携**の推進。
- 24時間の在宅医療提供体制の充実の推進。
- 在宅における心不全患者への指導管理に関する評価の充実。
- **患者の希望に添った看取りの推進に関する見直し。**
- **患者の状態に応じた往診料等の評価の見直し。**
- 在宅時医学総合管理料等の評価の見直し。
- 専門性の高い看護師を配置やサービスの実績に基づく訪問看護管理療養費の見直し。
- 訪問看護ステーションにおける**24時間対応体制にかかる評価**の見直し。

（新）在宅医療情報連携加算　100点

（新）在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料
200点

（新）往診時医療情報連携加算　200点

（新）緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算（その他の場合）
325/405/485点

訪問看護管理療養費（月に２日目以降の訪問の場合）
（新）訪問看護管理療養費１　3,000円
（新）訪問看護管理療養費２　2,500円

（新）24時間対応体制加算（訪問看護管理療養費）
イ　24時間対応体制における看護業務の負担軽減の取組を行っている場合　6,800円
ロ　イ以外の場合　6,520円

８．重点的な分野における対応

- 働き方改革も踏まえた救急患者の**いわゆる下り搬送**の評価。
- NICUにおける重症児へのより手厚い看護配置（2対1）等に対する評価の新設。
- 発達障害や不適切な養育に繋がり得る児への対応強化。
- 小児に付き添う家族等に配慮した小児入院医療提供体制の推進。
- 精神科における地域包括ケアを推進する**精神科地域包括ケア病棟**の新設。
- 精神病床に入院する患者への入退院支援に対する評価の新設。

（新）救急患者連携搬送料　600～1,800点

（新）新生児特定集中治療室重症児対応体制強化管理料　14,539点

小児特定疾患カウンセリング料
（新）初回　800点他

小児入院医療管理料（１日につき）
（新）看護補助加算　151点
（新）看護補助体制充実加算　156点

（新）精神科地域包括ケア病棟入院料
1,535点

（新）精神科入退院支援加算（退院時1回）
1,000点

個別改定項目/医療資源の少ない地域への対応

- 急性期入院医療における**リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算**の新設。
- 病態に応じた早期からの疾患別リハビリテーションに対する評価の新設。
- 医療と介護における**栄養情報連携の推進**
- 入院および外来におけるバイオ後続品の使用促進に関する評価の見直し。
- 病室単位で届出可能な回復期リハビリテーション病棟入院料の区分の新設。
- 医療技術評価分科会等の評価を踏まえた対応等

(新) リハビリテーション・栄養・口腔連携体制加算（１日につき）　120点

(新) 急性期リハビリテーション加算　50点

(新) 栄養情報連携料　70点

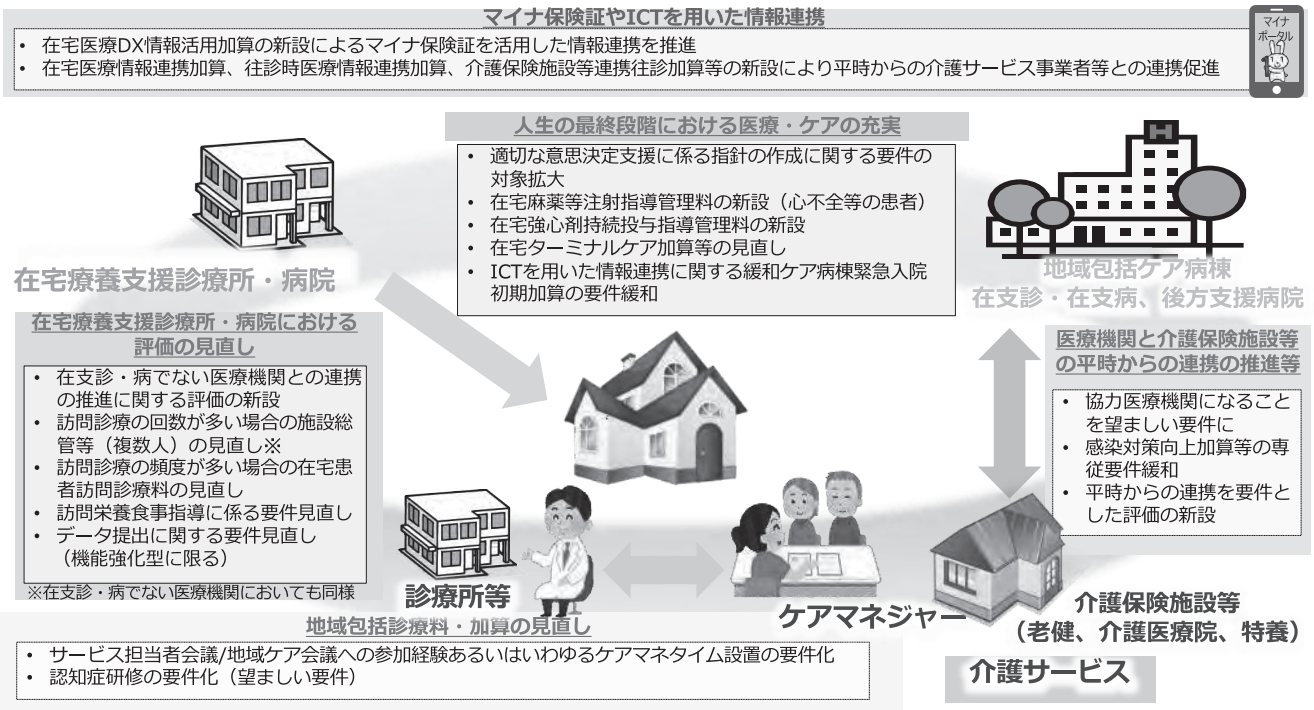
(新) バイオ後続品使用体制加算　100点

【在宅血液透析指導管理料】
(新) 遠隔モニタリング加算　115点

(新) 回復期リハビリテーション入院医療管理料　1,859点

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

○　コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
○　また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。



令和６年度診療報酬改定

1. 賃上げ・基本料等の引き上げ

（１）ベースアップ評価料

（２）基本料の引き上げ

（３）入院料通則の改定

賃上げに向けた評価の新設①

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【算定要件】

➢ 外来医療又は在宅医療を実施している医療機関（医科）において、勤務する看護職員、薬剤師その他の医療関係職種の**賃金の改善を実施している場合の評価**を新設する。

（新）　外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）（１日につき）

１	初診時	６点
２	再診時等	２点
３	訪問診療時	
イ	同一建物居住者等以外の場合	28点
ロ	イ以外の場合	７点

すべての医療機関で算定可

［算定要件］
（１）主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）の**賃金の改善を図る体制**につき別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、入院中以外の患者に初診、再診又は訪問診療を行った場合に、所定点数を算定する。
（２）１については、**初診料、小児科外来診療料（初診時）又は小児かかりつけ診療料（初診時）**を算定した日に限り、１日につき１回算定できる。
（３）２については、**再診料、外来診療料、短期滞在手術等基本料１、小児科外来診療料（再診時）、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料（再診時）又は外来腫瘍化学療法診療料**を算定した日に限り、１日につき１回算定できる。
（４）３のイについては、**在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の同一建物居住者以外の場合又は在宅がん医療総合診療料（ただし、訪問診療を行った場合に限る。）**を算定した日に限り、１日につき１回算定できる。
（５）３の口については、**在宅患者訪問診療料(Ⅰ)の同一建物居住者の場合又は在宅患者訪問診療料(Ⅱ)**を算定した日に限り、１日につき１回算定できる。

賃上げに向けた評価の新設②

外来・在宅ベースアップ評価料(I)の新設【施設基準】

［施設基準の概要］
（１）外来医療又は在宅医療を実施している保険医療機関であること。
（２）主として医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。以下「対象職員」という。）が勤務していること。**対象職員は下に示す職員であり、専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等が医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。**

主として医療に従事する職員（対象職員）

薬剤師	言語聴覚士	臨床工学技士	はり師、きゅう師
保健師	義肢装具士	管理栄養士	柔道整復師
助産師	歯科衛生士	栄養士	公認心理師
看護師	歯科技工士	精神保健福祉士	診療情報管理士
准看護師	歯科業務補助者	社会福祉士	医師事務作業補助者
看護補助者	診療放射線技師	介護福祉士	その他医療に従事する職員（医師及び歯科医師を除く。）
理学療法士	診療エックス線技師	保育士	
作業療法士	臨床検査技師	救急救命士	
視能訓練士	衛生検査技師	あん摩マッサージ指圧師、	

（３）当該評価料を算定する場合は、**令和６年度及び令和７年度において対象職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実施しなければならない。**
（４）（３）について、当該評価料は、**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（事業者負担分等を含む）等の増加分に用いること。**ただし、ベア等を行った保険医療機関において、患者数等の変動等により当該評価料による収入が上記の支給額を上回り、追加でベア等を行うことが困難な場合であって、賞与等の手当によって賃金の改善を行った場合又は**令和６年度及び令和７年度において翌年度の賃金の改善のために繰り越しを行う場合（令和８年12月までに賃金の改善措置を行う場合に限る。）についてはこの限りではない。**いずれの場合においても、賃金の改善の対象とする項目を特定して行うこと。なお、当該評価料によって賃金の改善を実施する項目以外の賃金項目（業績等に応じて変動するものを除く。）の水準を低下させてはならない。
（５）**令和６年度に対象職員の基本給等を令和５年度と比較して2.5%以上引き上げ、令和７年度に対象職員の基本給等を令和５年度と比較して4.5%以上引き上げた場合については、40歳未満の勤務医及び勤務歯科医並びに事務職員等の当該保険医療機関に勤務する職員の賃金（役員報酬を除く。）の改善（定期昇給によるものを除く。）を実績に含めることができること。**
（６）**「賃金改善計画書」及び「賃金改善実績報告書」を作成し**、定期的に地方厚生(支)局長に報告すること。

ベースアップ評価料の届出書式の変更

ベースアップ評価料の届出様式が令和6年9月11日付で改定された。
既に届け出ている医療機関における、届出直しは不要。
新規に届出をする場合でも、過去の届出様式で提出することも可能。

主な変更点は以下のとおり

◆診療所・病院の「賃金改善計画書」の評価料対象外職種の基本給等に関する事項について、給与総額の記載項目が削除された。

◆診療所の「賃金改善計画書」の基本給等に係る事項について、職種グループ別の記載項目が削除された。

◆「外来・在宅ベースアップ評価料II」を算定しない診療所の「賃金引き上げ計画書作成のための計算シート」について、届出種別欄が削除され、届出を行う月の記載方法が簡略化された。

届出様式は厚生労働省のHPよりダウンロード可能
【 厚生労働省　ベースアップ評価料等について 】
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

---

施設基準提出後に必要な対応

1. 令和7年4月と令和8年4月に「実績報告書」等を提出すること。

2. 「評価料（Ⅱ）」については、3か月に1回「様式96」により区分の変更が無いかを確認すること。
　区分に変更がある場合は、同月に「様式96」「賃金改善計画書」等により区分変更を行うこと。

ただし、前回届け出た時点と比較して、対象となる3か月の「対象職員の給与総額」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）により算定される点数の見込み」、「外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）の算定回数の見込み」及び【B】のいずれの変化も1割以内である場合においては、区分の変更を行わないものとすること。

疑義解釈（ベースアップ評価料）

Q6　ベースアップ評価料において、賃金の改善については、算定開始月から実施する必要があるか。

→ 原則算定開始月から賃金改善を実施し、算定する月においては実施する必要がある。なお、令和6年4月より賃金の改善を行った保険医療機関又は訪問看護ステーションについては、令和6年4月以降の賃金の改善分についても、当該評価料による賃金改善の実績の対象に含めてよい。

ただし、届出時点において「賃金改善計画書」の作成を行っているものの、条例の改正が必要であること等やむを得ない理由により算定開始月からの賃金改善が実施困難な場合は、令和6年12 月までに算定開始月まで遡及して賃金改善を実施する場合に限り、算定開始月から賃金改善を実施したものとみなすことができる。

改定講習会での質問への回答（ベースアップ評価料）

Q　医療事務や看護助手は対象職員に該当するか？
　また、事務員は医師事務作業補助も行っているが、対象職員に該当するか？

→ 施設基準にて「専ら事務作業（医師事務作業補助者、看護補助者等の医療を専門とする職員の補助として行う事務作業を除く）を行うものは含まれない。」とされていることから、事務作業職員の業務作業割合により判断することになると考える。

Q　計算方法を具体的に示して欲しい。

→ 厚生労働省「ベースアップ評価料計算支援ツール」及び「届出様式と賃金改善計画書の記載例」、「ベースアップ評価料賃金改善計画書計算ツール」等を参考にされたい。
＜参考＞ベースアップ評価料等について 【厚生労働省】
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00053.html

Q　対象職員が年度内に退職した場合、結果報告の際にその事実を記載すればよいか？

→ 賃金改善実績報告書で求められる職員数（常勤換算）の記載は、「Ⅳ. 対象職員（全体）の基本給等（基本給又は決まって毎月支払われる手当）に係る事項」以降の、「対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（2）の開始月時点】」となっているため、あくまでも賃金改善実施期間の開始月時点の人数を記載すること。

よくある質問（ベースアップ評価料）

Q ベースアップ評価料について、3カ月ごとに報告書の提出が必要なのか？

→ベースアップ評価料（Ⅱ）については、3カ月ごとに区分の見直しを行い、該当区分に変更があれば、施設基準の届出を再提出する必要があります。
ベースアップ評価料（Ⅰ）は、3カ月ごとの見直しは不要です。
いずれの評価料も令和7年4月（提出期限8月）に令和6年度分の実績報告が必要です。

Q ベースアップ評価料について、賃上げ目標となる数値（2.5%）をクリアしなかった場合、医療機関が数値（2.5%）までの不足金額をベースアップとして職員へ支給するのか？

→賃上げ目標の数値（2.5%）は、あくまで政府が掲げている目標であり、数値に到達していないからといって、罰則等はありません。ただし、ベースアップ評価料に係る収入は全て対象職員へのベースアップへ充当する必要があります。

Q ベースアップ評価料は、健診時に同時に保険診療を実施した場合も算定できるのか？

→初診料、再診料等が「他法により算定」となるため、ベースアップ評価料は算定できません。

初再診料等の評価の見直し

４０歳未満の医師及び事務職員の賃上げ用

初再診料等の評価の見直し

➢ 外来診療における標準的な感染防止対策を日常的に講じることが必要となったこと、職員の賃上げを実施すること等の観点から、**初診料を３点**、**再診料と外来診療料をそれぞれ２点**引き上げる。

現行		改定後	
【初診料】		【初診料】	
初診料	288点	初診料	291点
情報通信機器を用いた初診料	251点	情報通信機器を用いた初診料	253点
初診料の注２・注３・注４	214点	初診料の注２・注３・注４	216点
情報通信機器を用いた場合	186点	情報通信機器を用いた場合	188点
初診料の注５	144点	初診料の注５	146点
情報通信機器を用いた場合	125点	情報通信機器を用いた場合	127点
注２～４に規定する場合	107点	注２～４に規定する場合	108点
情報通信機器を用いた場合	93点	情報通信機器を用いた場合	94点
【再診料】		【再診料】	
再診料	73点	再診料	75点
情報通信機器を用いた再診料	73点	情報通信機器を用いた再診料	75点
再診料の注２	54点	再診料の注２	55点
再診料の注３	37点	再診料の注３	38点
再診料の注２に規定する場合	27点	再診料の注２に規定する場合	28点
【外来診療料】		【外来診療料】	
外来診療料	74点	外来診療料	76点
情報通信機器を用いた外来診療料	73点	情報通信機器を用いた外来診療料	~~75点~~
外来診療料の注２・注３・注４	55点	外来診療料の注２・注３・注４	~~56点~~
外来診療料の注５	37点	外来診療料の注５	~~38点~~
注２～４に規定する場合	27点	注２～４に規定する場合	~~28点~~

DXは、デジタルトランスフォーメーション（Digital Transformation）の略

DXとはデジタル技術を活用してビジネスを変革するもの

令和６年度診療報酬改定

２．医療DXの推進

（１）マイナ保険証を中心とした医療DXの推進

（２）脳卒中に対する情報通信機器を用いた遠隔連携の推進

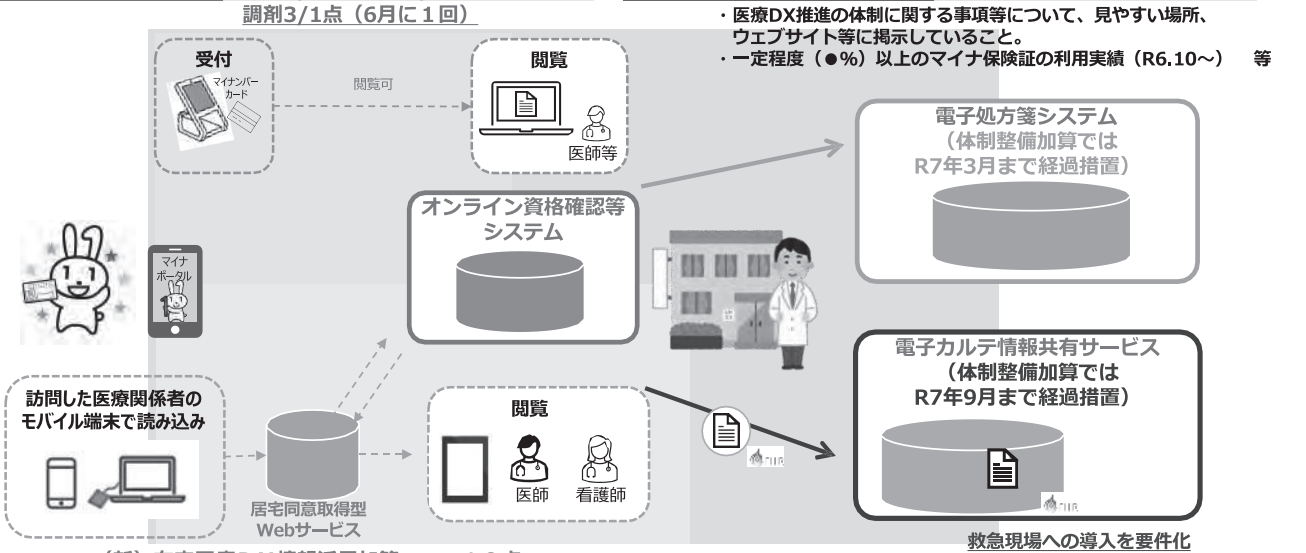
（３）情報通信機器を用いた診療の推進等

令和６年度診療報酬改定における医療DXに係る全体像

➢ 医療DX推進体制整備加算により、マイナ保険証利用により得られる薬剤情報等を診察室等でも活用できる体制を整備するとともに、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスの整備、マイナ保険証の利用率を要件とし、医療DXを推進する体制を評価する。（電子処方箋等は経過措置あり）

（新）医療情報取得加算　初診3/1点　再診2/1点（3月に1回）
調剤3/1点（6月に１回）

（新）医療DX推進体制整備加算　８点、６点（歯科）、４点（調剤）
・医療DX推進の体制に関する事項等について、見やすい場所、ウェブサイト等に掲示していること。
・一定程度（●%）以上のマイナ保険証の利用実績（R6.10～）　等



（新）在宅医療ＤＸ情報活用加算　　１０点
（新）訪問看護医療ＤＸ情報活用加算　　５点
（新）在宅医療ＤＸ情報活用加算（歯科）８点

救急現場への導入を要件化
急性期充実体制加算・総合入院体制加算
・救命救急入院料１
（救急時医療情報閲覧機能の評価）

※答申書附帯意見　令和6年12月2日から現行の健康保険証の発行が終了することを踏まえ、令和6年度早期より、医療情報取得加算による適切な情報に基づく診療の在り方について見直しの検討を行うとともに、医療DX推進体制整備加算について、今後のマイナンバーカードの利用実態及びその活用状況を把握し、適切な要件設定に向けた検討を行うこと。

医療DXの推進①

医療情報・システム基盤整備体制充実加算の見直し

➢ 保険医療機関・薬局におけるオンライン資格確認等システムの導入が原則義務化され、オンライン資格確認に係る体制が整備されていることを踏まえ、医療情報・システム基盤整備体制充実加算の評価の在り方を見直す。

現行

【医療情報・システム基盤整備体制充実加算】

初診時
医療情報・システム基盤整備体制充実加算１　４点
医療情報・システム基盤整備体制充実加算２　２点

オンライン資格確認が普及してきているので文言を簡略化し点数も１点下げた

［施設基準］
1. 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
2. オンライン資格確認を行う体制を有していること。
3. 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。
　ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
　イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

改定後

【医療情報取得加算】

初診時
医療情報取得加算１　３点
医療情報取得加算２　１点
再診時（３月に１回に限り算定）
医療情報取得加算３　２点
医療情報取得加算４　１点

以下の場合を新たに評価
・ 電子資格確認（オンライン資格確認）により当該患者に係る診療情報を取得等した場合
・ 他の保険医療機関から当該患者に係る診療情報の提供を受けた場合

［施設基準］
1. 電子情報処理組織を使用した診療報酬請求を行っていること。
2. オンライン資格確認を行う体制を有していること。
3. 次に掲げる事項について、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
　ア オンライン資格確認を行う体制を有していること。
　イ 当該保険医療機関を受診した患者に対し、受診歴、薬剤情報、特定健診情報その他必要な診療情報を取得・活用して診療を行うこと。

1と2、3と4の違いは直接問診とマイナンバーカードの情報を利用したもの

令和6年12月以降の取扱い

◆医療情報取得加算

令和6年12月以降は、細分化されていた区分が統合され、点数が以下のとおり見直し（減点）される予定。（算定要件等の変更は無い）

令和6年6月～11月		
初診時	医療情報取得加算1	3点
	医療情報取得加算2	1点
再診時 3月に1回	医療情報取得加算3	2点
	医療情報取得加算4	1点

→

令和6年12月以降		
初診時	医療情報取得加算	1点
再診時 3月に1回	医療情報取得加算	1点

※外来診療料についても同様の点数へ変更される予定

よくある質問（医療情報取得加算）

Q　医療情報取得加算は、情報通信機器を用いて診療をした場合も算定できるか？

→「居宅同意取得型のオンライン資格確認システム」を活用していれば、算定可能です。
同システムを使用していなければ、算定できません。

Q　再診時の医療情報取得加算は3月に1回に限り算定可能だが、対象患者の傷病が途中で治癒等となり、別の傷病に対する再診が3月以内にあった場合も算定可能なのか？
（例：6月：骨折で再診、7月：骨折が治癒、8月：慢性胃炎で初診、9月：慢性胃炎の再診）

→あくまで「3月に1回に限り」が優先されるため、別の傷病に対する再診であっても算定できません。

医療DXの推進②

医療DX推進体制整備加算の新設

- オンライン資格確認により取得した診療情報・薬剤情報を実際に診療に活用可能な体制を整備し、また、電子処方箋及び電子カルテ情報共有サービスを導入し、質の高い医療を提供するため医療DXに対応する体制を確保している場合の評価を新設する。

（新）	医療DX推進体制整備加算	８点
（新）	医療DX推進体制整備加算（歯科点数表初診料）	６点
（新）	医療DX推進体制整備加算（調剤基本料）	４点

[算定要件（医科医療機関）]
医療DX推進に係る体制として別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関を受診した患者に対して**初診**を行った場合は、医療DX推進体制整備加算として、**月１回に限り**８点を所定点数に加算する。

[施設基準（医科医療機関）]
（１）**オンライン請求**を行っていること。
（２）**オンライン資格確認**を行う体制を有していること。
（３）（医科）医師が、電子資格確認を利用して**取得した診療情報**を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、**閲覧又は活用**できる体制を有していること。
（歯科）歯科医師が、電子資格確認を利用して取得した診療情報を、診療を行う診察室、手術室又は処置室等において、閲覧又は活用できる体制を有していること。
（調剤）保険薬剤師が、電子資格確認の仕組みを利用して取得した診療情報を閲覧又は活用し、調剤できる体制を有していること。
（４）（医科・歯科）**電子処方箋**を発行する体制を有していること。（経過措置　令和７年３月31日まで）
（調剤）電磁的記録をもって作成された処方箋を受け付ける体制を有していること。（**経過措置　令和７年３月31日まで**）
（５）**電子カルテ情報共有サービス**を活用できる体制を有していること。（**経過措置　令和７年９月30日まで**）
（６）**マイナンバーカードの健康保険証利用の使用について、実績を一定程度有していること**。（令和６年10月１日から適用）？未発表
（７）医療DX推進の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所及びウェブサイト等に掲示していること。
（８）（調剤）電磁的記録による調剤録及び薬剤服用歴の管理の体制を有していること。

令和6年10月以降の取扱い

◆医療DX推進体制整備加算

当該加算における点数が以下のとおり細分化され、施設基準上満たす必要があるマイナ保険証の利用実績(%)が示され、施設基準が一部改正された。

令和6年9月30日まで	令和6年10月1日～12月31日	令和7年1月1日以降
医療DX推進体制整備加算【8点】 （６）マイナンバーカードの健康保険証利用について、実績を一定程度有していること	【医療DX推進体制整備加算1】　11点	
	（６）マイナンバーカードの健康保険証利用について十分な実績を有していること （追加）　マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること	
	＜十分な実績＞ マイナ保険証利用率が15%以上	＜十分な実績＞ マイナ保険証利用率が30%以上
	【医療DX推進体制整備加算2】　10点	
	（６）マイナンバーカードの健康保険証利用について必要な実績を有していること （追加）　マイナポータルの医療情報等に基づき、患者からの健康管理に係る相談に応じること	
	＜必要な実績＞ マイナ保険証利用率が10%以上	＜必要な実績＞ マイナ保険証利用率が20%以上
	【医療DX推進体制整備加算3】　8点	
	（６）マイナンバーカードの健康保険証利用について実績を有していること	
	＜実績＞ マイナ保険証利用率が5%以上	＜実績＞ マイナ保険証利用率が10%以上

マイナ保険証利用率について

医療機関は以下の①～③の中から有利な数値を選択して使用可能

①【原則】
『適用月の3月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率』を用いる
→ マイナ保険証の利用者数の合計 ÷ レセプト枚数

②【経過措置】(**※令和6年10月から令和7年1月まで**)
『適用月の2月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率』を用いる
→ マイナ保険証の資格確認件数 ÷ オンライン資格確認等システム利用件数

③ ①、②に代えて、
『適用月の前月、前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率』も利用可能
→ 計算式は①と同じ

※①、②については、支払基金から各医療機関へ、毎月中旬頃にメールでお知らせされる。
※「医療機関等向け総合ポータルサイト」にログインして確認することも可能。
※令和7年4月以降のマイナ保険証利用率は、利用状況や実態を踏まえ、本年末を目途に検討される予定

マイナ保険証利用率適用のイメージ

ポイント

- 原則としては、適用時期の３月前の**レセプト件数ベースマイナ保険証利用率**を用いる。
  ただし、令和６年10月～令和７年１月は、適用時期の２月前の**オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率**を用いることもできる。
- 適用月の３月前のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率 又は ２月前のオンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率に代えて、その前月及び前々月のマイナ保険証利用率を用いることも可能であること。

	参照可能なマイナ保険証利用率の実績	
	レセプト件数ベース	オンライン資格確認件数ベース
10月適用分	５～７月の最高値	６～８月の最高値
11月適用分	６～８月の最高値	７～９月の最高値
12月適用分	７～９月の最高値	８～10月の最高値
１月適用分	８～10月の最高値	９～11月の最高値
２月適用分	９～11月の最高値	（経過措置終了）
３月適用分	10～12月の最高値	（経過措置終了）
・・・	・・・	・・・

来年１月適用分までは、２つのうちいずれか高い方を用いることができる

疑義解釈（医療DX推進体制整備加算）

Q すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、令和6年10月1日からの医療DX推進体制整備加算の評価の見直し及びマイナ保険証利用率要件の適用に伴い、施設基準の届出を改めて行う必要があるか

→すでに医療DX推進体制整備加算の施設基準を届け出ている保険医療機関は、届出直しは不要であること。ただし、すでに施設基準を届け出た保険医療機関において、マイナ保険証利用率要件が基準に満たない場合には、10月1日以降、医療DX推進体制整備加算を算定できないこと。

Q 保険医療機関の責めによらない理由により、マイナ保険証利用率が低下することも考えられ、その場合に医療DX推進体制整備加算が算定できなくなるのか。

→「レセプト件数ベースマイナ保険証利用率」・「オンライン資格確認件数ベースマイナ保険証利用率」ともに、その時点で算出されている過去3か月間で最も高い率を用いて算定が可能である。

Q 社会保険診療報酬支払基金から通知されたマイナ保険証利用率を確認次第、月の途中から当該利用率に応じた当該加算の算定を行うことは可能か

→通知されたマイナ保険証利用率に基づく当該加算の算定は、翌月の適用分を通知しているため、翌月1日から可能。

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－１　医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－③

医療DXの推進③

在宅医療DX情報活用加算の新設

➢ **居宅同意取得型のオンライン資格確認等システム**、電子処方箋、電子カルテ情報共有サービスによるオンライン資格確認により、在宅医療における診療計画の作成において取得された患者の診療情報や薬剤情報を活用することで質の高い在宅医療を提供した場合について、新たな評価を行う。

（新）	在宅医療DX情報活用加算	10点
（新）	在宅医療DX情報活用加算（歯科訪問診療料）	8点
（新）	訪問看護医療DX情報活用加算	５点

［対象患者（医科医療機関）］
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の１、在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の２、在宅患者訪問診療料（Ⅱ）及び在宅がん医療総合診療料を算定する患者

［算定要件（医科医療機関）］
別に厚生労働大臣が定める施設基準を満たす保険医療機関において健康保険法第３条第13 項に規定する電子資格確認等により得られる情報を踏まえて計画的な医学管理の下に、訪問して診療を行った場合は、在宅医療ＤＸ情報活用加算として、月１回に限り所定点数に10点を加算する。ただし、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注15、区分番号Ａ００１に掲げる再診料の注19若しくは区分番号Ａ００２に掲げる外来診療料の注10にそれぞれ規定する医療情報取得加算、区分番号Ａ０００に掲げる初診料の注16に規定する医療ＤＸ推進体制整備加算、区分番号Ｃ００３に掲げる在宅がん医療総合診療料の注８に規定する在宅医療ＤＸ情報活用加算又は区分番号Ｃ００５に掲げる在宅患者訪問看護・指導料の注17（区分番号Ｃ００５－１－２の注６の規定により準用する場合を含む。）若しくは区分番号Ｉ０１２に掲げる精神科訪問看護・指導料の注17にそれぞれ規定する訪問看護医療ＤＸ情報活用加算を算定した月は、在宅医療ＤＸ情報活用加算は算定できない。

[施設基準（医科医療機関）]
（１）オンライン請求を行っていること。
（２）オンライン資格確認を行う体制を有していること。
（３）（医科）電子処方箋を発行する体制を有していること。（経過措置　令和７年３月31日まで）
（４）電子カルテ情報共有サービスを活用できる体制を有していること。（経過措置　令和７年９月30日まで）
（５）（２）の体制に関する事項及び質の高い診療を実施するための十分な情報を取得し、及び活用して診療を行うことについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。
（６）（５）の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲示していること。

令和６年度診療報酬改定

２．医療DXの推進

（１）マイナ保険証を中心とした医療DXの推進

（２）脳卒中に対する情報通信機器を用いた遠隔連携の推進

（３）情報通信機器を用いた診療の推進等

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－１　医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進－⑰、⑱

診療報酬における書面要件及び書面掲示のデジタル化について

診療報酬における書面要件の見直し

- 医療DXを推進する観点から、診療報酬上、書面での検査結果その他の書面の作成又は書面を用いた情報提供等が必要とされる項目について、**「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」の遵守を前提に、電磁的方法による作成又は情報提供等が可能であることについて明確化する**。

- 具体的には、
  - 文書による提供等をすることとされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局又は指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、当該ガイドラインに定められた**電子署名**を施すこととする。
  - **診療情報提供書**については、**電子カルテ情報共有サービス**を用いて提供する場合には、一定のセキュリティが確保されていることから**電子署名を行わなくても共有可能**とする。

書面掲示事項のウェブサイトへの掲載

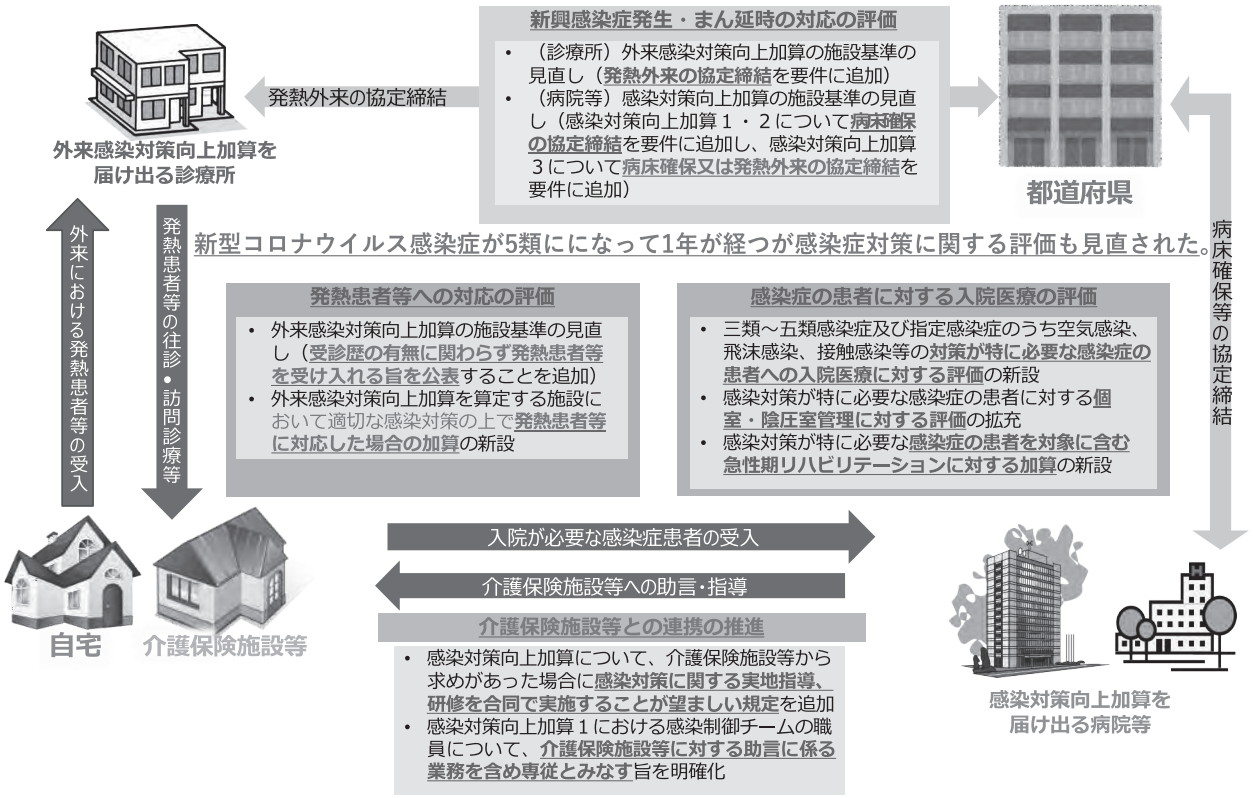
- デジタル原則に基づき書面掲示についてインターネットでの閲覧を可能な状態にすることを原則義務づけするよう求められていることを踏まえ、保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者における**書面掲示について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこととする**。
  ※　自ら管理するウェブサイトを有しない保険医療機関等は対象外。
  ※　令和７年５月31日までの間の経過措置を設ける。

令和６年度診療報酬改定

３．ポストコロナにおける感染症対策の推進

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－６　新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組－②

ポストコロナにおける感染症対策に係る評価の見直しの全体像

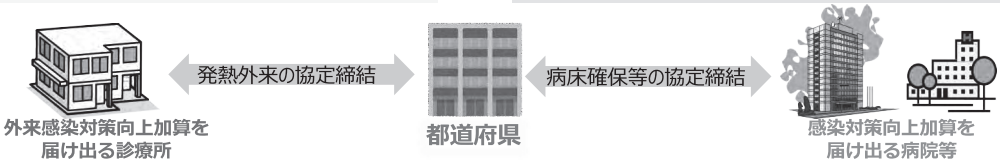


ポストコロナにおける感染症対策の評価①

感染対策向上加算及び外来感染対策向上加算の見直し

➢ 新興感染症への備えに係る施設基準について、第８次医療計画における協定締結の枠組みを踏まえた要件に見直しを行う。

現行	改定後
【感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］ 加算１：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。 加算２：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者又は疑い患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。 加算３：新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者若しくは疑い患者を受け入れる体制又は発熱患者の診療等を実施する体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。 【外来感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］ 新興感染症の発生時等に、都道府県等の要請を受けて感染症患者を受け入れる体制を有し、そのことを自治体のホームページにより公開していること。	【感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］ 加算１：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。 加算２：（加算１と同様） 加算３：都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又は都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。 【外来感染対策向上加算】［施設基準（抜粋）］ 都道府県知事の指定を受けている**第二種協定指定医療機関**（発熱外来に係る措置を講ずるものに限る。）であること。



ポストコロナにおける感染症対策の評価④

発熱外来に対する評価の新設

➢ 外来感染対策向上加算の施設基準に、感染対策を講じた上で発熱患者等を受け入れること等を追加する。

現行	改定後
【外来感染対策向上加算】 ［施設基準（抜粋）］ （新設）	【外来感染対策向上加算】　月1回6点（変わらず） ［施設基準（抜粋）］ • 当該医療機関の外来において、受診歴の有無に関わらず、発熱その他感染症を疑わせるような症状を呈する患者の受入れを行う旨を公表し、受入れを行うために必要な感染防止対策として発熱患者の動線を分ける等の対応を行う体制を有していること。 • 回復した患者の罹患後症状が持続している場合に、必要に応じて精密検査が可能な体制または専門医への紹介が可能な連携体制があることが望ましい。

➢ **受診歴の有無に関わらず発熱患者等を受け入れる体制**を有した上で、実際に発熱患者等に対応した場合の加算を新設する。

（新）　発熱患者等対応加算　　20点

［算定要件］
外来感染対策向上加算を算定する場合において、発熱その他感染症を疑わせる症状を呈する患者に対して適切な感染防止対策を講じた上で診療を行った場合は、**月１回に限り**更に所定点数に加算する。

抗菌薬の使用実績に基づく評価の新設

➢ 我が国における Access 抗菌薬の使用比率が低い現状を踏まえ、適正使用を更に促進する観点から、外来感染対策向上加算及び感染対策向上加算に抗菌薬適正使用加算を新設する。

（新）　抗菌薬適正使用体制加算　　５点

［施設基準］
(1)　抗菌薬の使用状況のモニタリングが可能なサーベイランスに参加していること。
(2)　直近６か月において使用する抗菌薬のうち、Access抗菌薬に分類されるものの使用比率が60%以上又はサーベイランスに参加する医療機関全体の上位30%以内であること。

外来感染対策向上加算（参考）

第１の４　外来感染対策向上加算

１　外来感染対策向上加算に関する施設基準

２　届出に関する事項

（１）　外来感染対策向上加算に係る届出は、別添７の様式１の４を用いること。なお、当該加算の届出については実績を要しない。

（２）　令和６年３月31日において現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和６年12月31日までの間に限り、１の(13)に該当するものとみなす。

※第二種協定指定医療機関または医療措置協定を締結しているとみなす

3月5日　厚生労働省　診療報酬改定資料【基本診療料等の施設基準及び届出に関する手続きの取扱いについて】より抜粋

経過措置を受けるためには、3月末までに以下の手続きが必要です。
・外来感染対策向上加算の届出【関東信越厚生局】
・外来対応医療機関の登録【東京都保健医療局】 Web申込の最終期限3/27
届出に必要な業務指針や手順書等は東京都医師会ホームページを参考にしてください。
https://www.tokyo.med.or.jp/25873#kansen_manual

外来感染対策向上加算の届出について

要件【医療措置協定の締結】に係る経過措置の終了

「外来感染対策向上加算」については、令和6年度診療報酬改定で医療措置協定の締結が要件に追加されたが、令和6年12月31日までの間に限り、医療措置協定を締結しているとみなす経過措置が設けられた。

そのため、令和7年1月1日以降も引き続き外来感染対策向上加算を算定する医療機関は、経過措置が終了する令和6年12月31日までに「医療措置協定」を締結し、再度、施設基準の届出を行う必要がある。（届出時に医療措置協定締結済みの場合は不要）

届出が間に合わない場合、令和7年1月から「外来感染対策向上加算」の算定ができなくなるだけでなく、令和6年6月以降の算定開始日に遡って返還金を求められる可能性がある。

医療措置協定の締結には1か月ぐらい時間を要するため、届出を予定している医療機関は早めに都庁ホームページの協議フォームに入力を行うこと。

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/i_kyotei.html

これから新規に外来感染対策向上加算の届出を行う医療機関は、届出に必要な業務指針や手順書等を東京都医師会ホームページに掲載しているので参考にされたい。新規届出の場合も、医療措置協定の締結は必要なので早めに都庁ホームページの協議フォームに入力を行うこと。
https://www.tokyo.med.or.jp/25873#kansen_manual

経過措置（令和6年12月31日まで）

◆外来感染対策向上加算
令和6年3月31日において、現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、感染症法第38条の第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第二種協定指定医療機関又は医療措置協定に基づく措置を講ずる医療機関であることとみなす。

→第二種協定指定医療機関でない、又は医療措置協定を締結していない場合は、令和7年1月1日以降は算定できません。東京都と医療措置協定を締結したうえ、関東信越厚生局へ施設基準の届出直しが必要です。

東京都保健医療局

【東京都保健医療局】 医療措置協定について
https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kansen/i_kyotei.html

関東信越厚生局
東京事務所

【関東信越厚生局東京事務所】 基本診療料の届出一覧
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/shinsei/shido_kansa/shitei_kijun/kihon_shinryo_r06.html

経過措置（令和6年12月31日まで）

◆感染対策向上加算
令和6年3月31日において、現に外来感染対策向上加算の届出を行っている保険医療機関については、令和6年12月31日までの間に限り、以下の施設基準について、満たしているものとみなす。

【感染対策向上加算1、2】
・感染症法第38条の第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関であること。

【感染対策向上加算3】
・感染症法第38条第2項の規定に基づき都道府県知事の指定を受けている第一種協定指定医療機関又第二種協定指定医療機関若しくは第36条の3第1項に規定する医療措置協定に基づく措置を講ずる医療機関であること。

→第一種協定指定医療機関又は第二種協定指定医療機関でない、若しくは医療措置協定を締結していない場合、令和7年1月1日以降は算定できません。
外来感染対策向上加算と同様に東京都と医療措置協定を締結したうえ、関東信越厚生局へ施設基準の届出直しが必要です。

令和６年度診療報酬改定

５．外来診療の機能分化・強化等

（１）生活習慣病にかかる疾病管理

（２）かかりつけ医機能に係る見直し

（３）その他

令和６年度診療報酬改定　Ⅲ－５　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進

生活習慣病対策

○　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組を推進するため、主に以下の見直しを行う。

１．生活習慣病管理料（Ⅱ）の新設（Ⅱ－５－①）
- **検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）（333点、月１回に限る。）を新設**する。

２．生活習慣病管理料の評価及び要件の見直し（Ⅱ－５－①）
- 生活習慣病管理料における**療養計画書を簡素化**するとともに、令和７年から運用開始される予定の**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする**。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 生活習慣病の診療の実態を踏まえ、**少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止**する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の**多職種と連携することを望ましい要件とする**とともに、**糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする**。

３．特定疾患療養管理料の見直し（Ⅱ－５－①）
- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、**糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外**する。

４．特定疾患処方管理加算の見直し（Ⅱ－５－②）
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、28日未満の処方を行った際の**特定疾患処方管理加算１を廃止**し、特定疾患処方管理加算２の評価を見直す。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。

５．地域包括診療料等の見直し（Ⅱ－５－③）
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

６．慢性腎臓病の透析予防指導管理の評価の新設（Ⅲ－５－④）
- 慢性腎臓病に対する重症化予防を推進する観点から、**慢性腎臓病の患者に対して**、透析予防診療チームを設置し、日本腎臓学会の「エビデンスに基づくCKD 診療ガイドライン」等に基づき、**患者の病期分類、食塩制限及び蛋白制限等の食事指導、運動指導、その他生活習慣に関する指導等を必要に応じて個別に実施した場合の評価を新設**する。

生活習慣病に係る疾病管理のイメージ

○　生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組のイメージは以下のとおり。

生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

○　生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

- 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。　４０点ずつアップ
- 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

現行		改定後	
【生活習慣病管理料】		【生活習慣病管理料（Ⅰ）】	
１脂質異常症を主病とする場合	570点	１脂質異常症を主病とする場合	610点
２高血圧症を主病とする場合	620点	２高血圧症を主病とする場合	660点
３糖尿病を主病とする場合	720点	３糖尿病を主病とする場合	760点

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定要件】（概要）

- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。血液検査結果を療養計画書とは別に手交　している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。
- 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい。
- 「Ａ００１」の注８に掲げる医学管理、第２章第１部医学管理等（「Ｂ００１」の（略）及び同「37」腎臓病透析予防指導管理料を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- 患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。
- 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。
- 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。　検査の時だけ（Ⅱ）はだめよ
- 生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない。

生活習慣病 療養計画書

初回用

(別紙様式9)

生活習慣病 療養計画書 初回用 (記入日: 年 月 日)

患者氏名: (男・女) 主病:

生年月日:明・大・昭・平・令 年 月 日生(才) □糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症

ねらい:検査結果を理解できること・自分の生活上の問題点を抽出し、目標を設定できること

【目標】 【目 標】□体重:(kg) □BMI:( ) □収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) □HbA1c:(%)
【①達成目標]:患者と相談した目標
【②行動目標]:患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】
□食事: □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項( ) □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他( ) □節酒:[減らす(種類・量: を週 回)] □間食:[減らす(種類・量: を週 回)] □食べ方:(ゆっくり食べる・その他( )) □食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
□運動: □運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) □日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) □運動時の注意事項など( )
□たばこ: □非喫煙者である □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等
□その他: □仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他( )

【検査】 【血液検査項目】(採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl) □血糖(□空腹時 □随時 □食後( )時間) □中性脂肪 (mg/dl) (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ( )
【その他】 □栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) □その他 ( )

※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入

患者署名 医師氏名

継続用

(別紙様式9の2)

生活習慣病 療養計画書 継続用 (記入日: 年 月 日)( )回目

患者氏名: (男・女) 主病: □糖尿病 □高血圧症 □脂質異常症

ねらい:重点目標の達成状況を理解できること・目標再設定と指導された生活習慣改善に取り組めること

【目標】 【目 標】□体重:(kg) □BMI:( ) □収縮期/拡張期血圧(/ mmHg) □HbA1c:(%)
【①目標の達成状況】
【②達成目標]:患者と相談した目標
【③行動目標]:患者と相談した目標

【重点を置く領域と指導項目】
□食事: □今回は、指導の必要なし □食事摂取量を適正にする □食塩・調味料を控える □野菜・きのこ・海藻など食物繊維の摂取を増やす □外食の際の注意事項( ) □油を使った料理(揚げ物や炒め物等)の摂取を減らす □その他( ) □節酒:[減らす(種類・量: を週 回)] □間食:[減らす(種類・量: を週 回)] □食べ方:(ゆっくり食べる・その他( )) □食事時間:朝食、昼食、夕食を規則正しくとる
□運動: □今回は、指導の必要なし □運動処方:種類(ウォーキング・) 時間(30分以上・)、頻度(ほぼ毎日・週 日) 強度(息がはずむが会話が可能な強さ or 脈拍 拍/分 or) □日常生活の活動量増加(例:1日1万歩・) □運動時の注意事項など( )
□たばこ: □禁煙・節煙の有効性 □禁煙の実施方法等
□その他: □仕事 □余暇 □睡眠の確保(質・量) □減量 □家庭での計測(歩数、体重、血圧、腹囲等) □その他( )

【検査】 【血液検査項目】(採血日 月 日) □総コレステロール (mg/dl) □血糖(□空腹時 □随時 □食後( )時間) □中性脂肪 (mg/dl) (mg/dl) □HDLコレステロール (mg/dl) □HbA1c: (%) □LDLコレステロール (mg/dl) ※血液検査結果を手交している場合は記載不要 □その他 ( )
【その他】 □栄養状態 (低栄養状態の恐れ 良好 肥満) □その他 ( )

※実施項目は、□にチェック、( )内には具体的に記入

患者署名 医師氏名

□ 患者が療養計画書の内容について説明を受けた上で十分に理解したことを確認した。
(なお、上記項目に担当医がチェックした場合については患者署名を省略して差し支えない)

患者に療養計画書の内容を説明し、十分に理解したことを確認できれば患者署名を省略できる

令和６年度診療報酬改定　Ⅱ－５　外来医療の機能分化・強化等－①

生活習慣病に係る医学管理料の見直し①

○　生活習慣病に対する質の高い疾病管理を推進する観点から、生活習慣病管理料について要件及び評価を見直す。

- **療養計画書を簡素化**するとともに、**電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。**
- **診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。**
- **少なくとも１月に１回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止**する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の**多職種と連携することを望ましい要件とする。**　　４０点ずつアップ
- **糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。**

現行		改定後	
【生活習慣病管理料】		**【生活習慣病管理料（Ⅰ）】**	
1 脂質異常症を主病とする場合	570点	1 脂質異常症を主病とする場合	610点
2 高血圧症を主病とする場合	620点	2 高血圧症を主病とする場合	660点
3 糖尿病を主病とする場合	720点	3 糖尿病を主病とする場合	760点

改定後

【生活習慣病管理料（Ⅰ）の算定要件】（概要）

- 生活習慣病管理料は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものである。**血液検査結果を療養計画書とは別に手交　している場合又は患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスを活用して共有している場合であって、その旨を診療録に記載している場合は、療養計画書の血液検査項目についての記載を不要とする。**
- 当該治療計画に基づく総合的な治療管理は、**歯科医師**、薬剤師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施**することが望ましい。**
- **「Ａ００１」の注８に掲げる医学管理**、第２章第１部医学管理等（「Ｂ００１」の（略）及び**同「37」腎臓病透析予防指導管理料**を除く。）、第３部検査、第６部注射及び第13部病理診断の費用は全て所定点数に含まれる。
- **患者の求めに応じて、電子カルテ情報共有サービスにおける患者サマリーに、療養計画書での記載事項を入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、療養計画書の作成及び交付をしているものとみなすものとする。ただし、この場合においても、生活習慣病管理料を算定するにあたっては、服薬、運動、休養、栄養、喫煙及び飲酒等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、丁寧に説明を行い、患者の同意を得ることとする。**
- 学会等の診療ガイドライン等や診療データベース等の診療支援情報を参考にする。
- **患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。**
- 糖尿病の患者については、患者の状態に応じて、年１回程度眼科の医師の診察を受けるよう指導を行うこと。**また、糖尿病の患者について、歯周病の診断と治療のため、歯科受診の推奨を行うこと。**　　検査の時だけ（Ⅱ）はだめよ
- **生活習慣病管理料(Ⅰ)を算定した日の属する月から起算して６月以内の期間においては、生活習慣病管理料(Ⅱ)は、算定できない。**

生活習慣病に係る医学管理料の見直し③

特定疾患療養管理料の対象疾患の見直し

- 特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。
  （※１）　処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算についても同様。
  （※２）　糖尿病が対象疾患から除外されたことに伴い、糖尿病透析予防指導管理料における算定要件「注３」を削除する。
- より質の高い疾病管理を推進する観点から、特定疾患療養管理料の対象疾患を追加する。

現行	改定後
【特定疾患療養管理料】 ［施設基準］ 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 糖尿病 スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症 リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 高血圧性疾患 虚血性心疾患 （中略） 性染色体異常 （新設） （新設）	【特定疾患療養管理料】 ［施設基準］ 別表第一　特定疾患療養管理料並びに処方料並びに処方箋料の特定疾患処方管理加算１及び特定疾患処方管理加算２に規定する疾患 結核 悪性新生物 甲状腺障害 処置後甲状腺機能低下症 **（削除）** スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害 ムコ脂質症 リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症**（家族性高コレステロール血症等の遺伝性疾患に限る。）** リポジストロフィー ローノア・ベンソード腺脂肪腫症 **（削除）** 虚血性心疾患 （中略） 性染色体異常 **アナフィラキシー** **ギラン・バレー症候群**

生活習慣病に係る医学管理料の見直し

検査等を包括しない生活習慣病管理料（Ⅱ）を新設（抜粋）

生活習慣病管理料（Ⅱ）　333点

【算定要件】

脂質異常症、高血圧症または糖尿病を主病とする患者（入院中の患者を除く。）にたいして、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に、月1回に限り算定する。

＜新設＞

血糖自己測定指導加算　　500点（ただし年1回）

外来データ提出加算　　50点（厚生局に届け出必要）

疑義解釈(生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ)

Q131 「B001－3」生活習慣病管理料(Ⅰ)及び「B001－3－3」生活習慣病管理料(Ⅱ)(以下単に「生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)」という。)は、栄養、運動、休養、喫煙、飲酒及び服薬等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受けた場合に算定できるものとされているが、署名の取扱い如何。

→ 初回については、療養計画書に患者の署名を受けることが必要。

ただし、2回目以降については、療養計画書の内容を患者に対して説明した上で、患者が当該内容を十分に理解したことを医師が確認し、その旨を療養計画書に記載した場合については、患者署名を省略して差し支えない。

Q132 療養計画書の内容について医師による丁寧な説明を実施した上で、薬剤師又は看護職員等の当該説明を行った医師以外のものが追加的な説明を行い、診察室外で患者の署名を受けた場合にも算定可能か。

→ 可能

疑義解釈(生活習慣病管理料Ⅰ・Ⅱ)

Q133 生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)に、外来管理加算の費用は含まれるものとされているが、生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定した月において、当該算定日とは別日に、当該保険医療機関において、生活習慣病管理料(Ⅰ)及び(Ⅱ)を算定した患者に対して診療を行った場合に、外来管理加算を算定することは可能か。

→ 外来管理加算の算定要件を満たせば可能。

Q143 生活習慣病管理料(Ⅱ)において、「治療計画に基づく総合的な治療管理は、歯科医師、看護師、薬剤師、管理栄養士等の多職種と連携して実施することが望ましい」とされたが、管理栄養士を雇用していない診療所において、外来栄養食事指導が必要となり、他の保険医療機関の管理栄養士と連携し、当該管理栄養士が所属する保険医療機関で対面により栄養食事指導を行った場合について、指示を出した医師の診療所が「B001」の「9」外来栄養食事指導料2を算定できるか。

→ 可能

生活習慣病管理料(参考)

生活習慣病管理料(Ⅰ)と併算定可能な医学管理等

・B001の20　糖尿病合併症管理料
・B001の22　がん性疼痛緩和指導管理料
・B001の24　外来緩和ケア管理料
・B001の27　糖尿病透析予防指導管理料
・B001の37　慢性腎臓病透析予防指導管理料

生活習慣病管理料(Ⅱ)と併算定可能な医学管理等

・B001の9　外来栄養食事指導料
・B001の11　集団栄養食事指導料
・B001の20(★)糖尿病合併症管理料
・B001の22(★)がん性疼痛緩和指導管理料
・B001の24(★)外来緩和ケア管理料
・B001の27(★)糖尿病透析予防指導管理料
・B001の37(★)慢性腎臓病透析予防指導管理料
・B001－3－2　ニコチン依存症管理料
・B001－9　療養・就労両立支援指導料
・B005の14　プログラム医療機器等指導管理料
・B009　診療情報提供料(Ⅰ)
・B009-2　電子的診療情報評価料
・B010　診療情報提供料(Ⅱ)
・B010-2　診療情報連携共有料
・B011　連携強化診療情報提供料
・B011-3　薬剤情報提供料

★:管理料(Ⅰ)と共通の項目

特定疾患療養管理料から生活習慣病管理料への移行イメージ

現行

【生活習慣病管理料】 ※検査等の費用を包括
1 脂質異常症を主病とする場合　570点
2 高血圧症を主病とする場合　620点
3 糖尿病を主病とする場合　720点

【特定疾患療養管理料】
1:診療所の場合　225点　2:100床未満の病院　147点　3:100床以上200床未満の病院　87点

特定疾患療養管理料の対象疾患から、生活習慣病である、糖尿病、脂質異常症及び高血圧を除外する。

改定後

【生活習慣病管理料(Ⅰ)】
1 脂質異常症を主病とする場合　610点
2 高血圧症を主病とする場合　660点
3 糖尿病を主病とする場合　760点

【(新)生活習慣病管理料(Ⅱ)】　333点
※ 検査等を包括しない出来高算定可能な医学管理料

- 療養計画書を簡素化するとともに、電子カルテ情報共有サービスを活用する場合、血液検査項目についての記載を不要とする。
- 診療ガイドライン等を参考として疾病管理を行うことを要件とする。
- 少なくとも1月に1回以上の総合的な治療管理を行う要件を廃止する。
- 歯科医師、薬剤師、看護師、管理栄養士等の多職種と連携することを望ましい要件とする。
- 糖尿病患者に対して歯科受診を推奨することを要件とする。

これまでの場合		生活習慣病管理料(Ⅰ)の場合		生活習慣病管理料(Ⅱ)の場合	
再診料	73点	再診料	75点	再診料	75点
外来管理加算	52点				
特定疾患療養管理料	225点	生活習慣病管理料(Ⅰ)	660点	生活習慣病管理料(Ⅱ)	333点
処方箋料	68点	処方箋料	60点	処方箋料	60点
特定疾患処方管理加算2	66点				
地域包括診療加算2	18点	地域包括診療加算2	21点	地域包括診療加算2	21点
		外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)	2点	外来・在宅ベースアップ評価料(Ⅰ)	2点
1受診あたり請求点数(合計)	502点	1受診あたり請求点数(合計)	818点	1受診あたり請求点数(合計)	491点
自己負担額(3割)	1,506円	自己負担額(3割)	2,454円	自己負担額(3割)	1,473円

※ 医科明細書のイメージ(診療所において高血圧症の患者に対し検査・処置等を実施せず処方箋を交付する場合。また医薬品代を含む調剤報酬は含めていない)

生活習慣病管理料Ⅰと Ⅱ の比較

	生活習慣病管理料(I)	生活習慣病管理料(II)
点　数	・脂質異常症を主病とする場合　610点 ・高血圧症を主病とする場合　660点 ・糖尿病を主病とする場合　760点	・脂質異常症、高血圧症、糖尿病を主病とする患者　333点 情報通信機器を用いた診療　290点
加　算	血糖自己測定指導加算(年1回)500点、外来データ提出加算50点	
包括される項目	・外来管理加算 ・医学管理等(診療情報提供料・薬剤情報提供料含む) ・検査、注射、病理診断	・外来管理加算 ・医学管理等(以下を除く)
同日に併算定可能な医学管理	・糖尿病合併症管理料 ・がん性疼痛緩和指導管理料 ・外来緩和ケア管理料 ・糖尿病透析予防指導管理料 ・慢性腎臓病透析予防指導管理料　※	※ に加えて、 ・外来栄養食事指導料　・診療情報提供料(II) ・集団栄養食事指導料　・診療情報連携共有料 ・ニコチン依存症管理料　・連携強化診療情報提供料 ・療養・就労両立支援指導料　・薬剤情報提供料 ・診療情報提供料(I) ・電子的診療情報評価料
他の管理料との併算定	糖尿病を主病とする場合、在宅自己注射指導管理料を算定しているときは、算定できない	
療養計画	・療養計画書を交付〔別紙様式9(初回用)、別紙様式9の2(継続用)、またはこれに準じた様式〕 ・患者またはその家族等から求めがあった場合に交付するとともに、概ね4月に1回以上は交付する	
(I)と(II)の算定	―	生活習慣病管理料(I)を算定した日の属する月から起算して6月以内の期間は生活習慣病管理料(II)は算定できない

改定講習会での質問への回答(生活習慣病管理料)

Q　主病が2つある場合は、医師の判断で管理料を算定してよいか？

→ どの管理料を算定するかは医師の判断となる。

Q　生活習慣病管理料(II)と処方せん料を算定した場合、他の特定疾患の病名があり、かつその特定疾患に対して28日分以上の投薬があれば、特定疾患処方管理加算を算定できるか？例えば、高血圧症にて生活習慣病管理料(II)を算定し、脳梗塞後遺症に対してワファリンの投薬があった場合、特定疾患処方管理加算は算定可能か？

→ この例では、高血圧症を主病として生活習慣病管理料(II)を算定しており、特定疾患処方管理加算の要件【別に厚労大臣が定める疾患を主病とするものに限る】を満たさないため、算定不可であると考える。

Q　生活習慣病管理料(I)を算定した月と、同月別日に診療情報提供料(I)を算定することができるか？

→ 診療情報提供料(I)は、生活習慣病管理料(I)と併算定可能な医学管理等に該当しないため、同一月での併算定はできない。

よくある質問(生活習慣病管理料)

Q 生活習慣病管理料と特定疾患処方加算は併算定できますか？

→ 特定疾患処方加算は患者の主病が「厚労大臣が定める疾病」の場合に算定可能ですので、併算定はできません。

Q 生活習慣病管理料と在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料は併算定できますか？

→ 生活習慣病管理料(Ⅰ)、(Ⅱ)のいずれも医学管理等は包括されますが、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料は「B 医学管理等」ではなく、「C 在宅医療」であるため、要件を満たせば併算定可能です。

Q 生活習慣病管理料と在宅自己注射指導管理料は併算定できますか？

→ 生活習慣病管理料の規定により糖尿病を主病としている場合は併算定不可とされています。

(参考)外来データ提出加算について

令和５年１０月より算定開始

外来データ提出加算
50点(月１回)

[算定要件]
- 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、生活習慣病の治療管理の状況等の診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、 50点を所定点数に加算する。

[施設基準]
- **外来患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出**するために必要な体制が整備されていること。

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名
外来受診情報	受診年月日
	初診/再診
	他院による紹介の有無
	診療科コード
糖尿病の有無	糖尿病の有無
	自院管理の有無
糖尿病の診断年月	診断年月
血糖コントロール・慢性合併症	血糖コントロール
	慢性合併症：網膜症
	慢性合併症：腎症
	慢性合併症：神経障害
高血圧症の有無	高血圧症の有無
	自院管理の有無
高血圧症の診断年月	診断年月
血圧	血圧分類
	リスク層
	収縮期血圧
	拡張期血圧
脂質異常症の有無	脂質異常症の有無
	自院管理の有無
脂質異常症の診断年月	診断年月

大項目	項目名
リスク分類・LDLコレステロール	リスク分類
	LDLコレステロール
脳卒中の有無(初発)	脳卒中の有無(既往含む)
	脳卒中の初発の種類(既往含む)
	脳卒中の初発の発症(診断)年月
脳卒中(初発以外)	脳卒中の初発以外の種類(既往含む)
	脳卒中の初発以外の発症(診断)年月
急性冠症候群の有無(初発)	急性冠症候群の有無(既往含む)
	急性冠症候群の初発の種類(既往含む)
	急性冠症候群の初発の発症(診断)年月
急性冠症候群の(初発以外)	急性冠症候群の初発以外の種類(既往含む)
	急性冠症候群の初発以外の発症(診断)年月
心不全の有無	心不全の有無
	心不全の診断年月
急性大動脈解離の有無(初発)	急性大動脈解離の有無(既往含む)
	急性大動脈解離の初発の発症(診断)年月
急性大動脈解離(初発以外)	急性大動脈解離の初発以外の発症(診断)年月
慢性腎臓病の有無	慢性腎臓病の有無
	慢性腎臓病の診断年月
高尿酸血症の有無	高尿酸血症の有無
	高尿酸血症の診断年月
	尿酸値

出典：2023年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

改定講習会での質問への回答（外来データ提出加算）

Q 外来データ提出加算届出の手続きについて教えてください。

→厚生労働省保険局医療課発出事務連絡（令和6年4月30日）「令和6年度における外来データ提出加算等の取扱いについて」を参照されたい。
　また、厚生労働省では新たに届出を予定している医療機関を対象に年に1回説明会を開催しており、データ提出加算について詳細な説明を行っている。（令和6年度分は5月に終了）

＜参考＞関東信越厚生局ホームページ
「外来／在宅／リハビリテーション データ提出加算に係る取扱いについて」
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/gzr.html

［手続きの流れ］ データ提出加算の算定を希望する医療機関は、まず様式7の10「外来／在宅／リハビリテーション データ提出開始届出書」を関東信越厚生局医療課に提出して2か月分の試行データ作成・提出を行い、データ提出の実績が認められて初めて、正式な施設基準を提出することができる。

	様式7の10届出期限（必着）	試行データ作成対象月	「1.試行データ作成開始日」に記載する日付
第3回目	令和6年11月20日（水）	令和6年12月分、令和7年1月分	令和6年12月1日
第4回目	令和7年2月20日（木）	令和7年2月分、3月分	令和7年2月1日

※第4回目の試行データのみ、作成対象月が様式7の10の届出期限の月を含めた2月分になっていることに注意

令和６年度診療報酬改定
５．外来診療の機能分化・強化等

（１）生活習慣病にかかる疾病管理

（２）かかりつけ医機能に係る見直し

（３）その他

地域包括診療料等の見直し

地域包括診療料等の見直し

➢ **かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化、かかりつけ医の認知症対応力向上、リフィル処方及び長期処方の活用、適切な意思決定支援及び医療DXを推進する観点から、以下のとおり要件及び評価を見直す。**

改定後

【地域包括診療料】　※地域包括診療加算についても同様
［算定要件］
- 患者又はその家族からの求めに応じ、疾患名、治療計画等についての文書を交付し、適切な説明を行うことが望ましい。その際、文書の交付については電子カルテ情報共有システムにおける患者サマリーに入力し、診療録にその記録及び患者の同意を得た旨を残している場合は、文書を交付しているものとみなすものとする。
- 当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応するとともに、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示すること。
- 患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であることを当該保険医療機関の見やすい場所に掲示するとともに、患者から求められた場合に適切に対応すること。

［施設基準］　※地域包括診療加算についても同様
- 当該保険医療機関に、慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師（以下この区分において「担当医」という。）を配置していること。また、担当医は認知症に係る適切な研修を修了していることが望ましい。
- 次に掲げる事項を院内掲示していること。　ア　健康相談及び予防接種に係る相談を実施していること。
  イ　当該保険医療機関に通院する患者について、介護支援専門員及び相談支援専門員からの相談に適切に対応することが可能であること。
  ウ　患者の状態に応じ、28日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。
- 介護保険制度の利用等に関する相談を実施している旨を院内掲示し、かつ、要介護認定に係る主治医意見書を作成しているとともに、以下のいずれか一つを満たしていること。
  ア～ケ（略）　コ　担当医が、「認知症初期集中支援チーム」等、市区町村が実施する認知症施策に協力している実績があること。
- 以下のア～ウのいずれかを満たすこと。
  ア　担当医が、サービス担当者会議に参加した実績があること。　イ　担当医が、地域ケア会議に出席した実績があること。　ウ　当該保険医療機関において、介護支援専門員と対面あるいはICT等を用いた相談の機会を設けていること。なお、対面で相談できる体制を構築していることが望ましい。
- 当該保険医療機関において、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等の内容を踏まえ、適切な意思決定支援に関する指針を定めていること。

現行		改定後	
地域包括診療加算１	25点	地域包括診療加算１	28点
地域包括診療加算２	18点	地域包括診療加算２	21点
認知症地域包括診療加算１	35点	認知症地域包括診療加算１	38点
認知症地域包括診療加算２	28点	認知症地域包括診療加算２	31点

地域包括診療加算・地域包括診療料の届出について

研修要件に係る経過措置の終了

「地域包括診療加算」及び「地域包括診療料」については、施設基準で「慢性疾患の指導に係る適切な研修を修了した医師」の配置が求められており、2年毎に慢性疾患に係る適切な研修を20時間以上受講し、地方厚生(支)局長へ届出を行う事が求められている。

令和6年度診療報酬改定における取り扱いにおいて、新型コロナウイルス感染拡大防止のために、当該研修の中止など、やむを得ない事情により研修を受講できず、施設基準を満たせない場合であっても、届出を辞退する必要はなく、令和7年4月5日までは引き続き算定可能である経過措置が設けられた。

そのため、令和7年4月5日以降も引き続き算定するには、経過措置が終了する令和7年4月5日までに20時間以上の研修を受講した医師がいる事を届出る必要がある。

経過措置終了後に研修要件を満たせず当該加算が算定できないといった事態にならないよう、該当する医師へ計画的に研修を受講しているか確認することが重要である。

処方等に関する評価の見直し

リフィル処方及び長期処方の推進

- リフィル処方及び長期処方を適切に推進する観点から、以下の見直しを行う。
- リフィル処方及び長期処方の活用並びに医療DXの活用による効率的な医薬品情報の管理を適切に推進する観点から、処方料及び処方箋料の特定疾患処方管理加算について、**28日未満の処方を行った際の特定疾患処方管理加算１を廃止**し、**特定疾患処方管理加算２の評価を見直す（66点→56点）**。また、**特定疾患処方管理加算について、リフィル処方箋を発行した場合も算定を可能とする**。
- かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、リフィル処方及び長期処方の活用を推進する観点から、患者の状況等に合わせて医師の判断により、**リフィル処方や長期処方を活用することが可能であることを、患者に周知することを要件に追加**する。

処方箋料の見直し及び後発医薬品の使用促進等の推進

- 後発医薬品の使用促進を推進する等の観点から、以下の見直しを行う。

現行		改定後	
【一般名処方加算】		【一般名処方加算】	
一般名処方加算１	7点	一般名処方加算１	10点
一般名処方加算２	5点	一般名処方加算２	8点
【後発医薬品使用体制加算】		【後発医薬品使用体制加算】	
後発医薬品使用体制加算１	47点	後発医薬品使用体制加算１	87点
後発医薬品使用体制加算２後	42点	後発医薬品使用体制加算２後	82点
発医薬品使用体制加算３	37点	発医薬品使用体制加算３	77点
【外来後発医薬品使用体制加算】		【外来後発医薬品使用体制加算】	
外来後発医薬品使用体制加算１ 外	5点	外来後発医薬品使用体制加算１ 外	8点
来後発医薬品使用体制加算２外来	4点	来後発医薬品使用体制加算２外来	7点
後発医薬品使用体制加算３	2点	後発医薬品使用体制加算３	5点
【薬剤情報提供料】	10点	【薬剤情報提供料】	4点
【処方箋料】		【処方箋料】※処方箋料を包括している評価も同様	
1　向精神薬他剤投与を行った場合	28点	1　向精神薬他剤投与を行った場合	20点
2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	40点	2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	32点
3　１及び２以外の場合	68点	3　１及び２以外の場合	60点

疑義解釈（リフィル処方箋）

Q144　地域包括診療加算、地域包括診療料、生活習慣病管理料（Ⅰ）、生活習慣病管理料（Ⅱ）の施設基準において、「患者の状態に応じ、28 日以上の長期の投薬を行うこと又はリフィル処方箋を交付することについて、当該対応が可能であること。」について、院内の見やすい場所に掲示していることが求められているが、具体的にどのような内容を掲示すればよいか。

→ 当該保険医療機関において、患者の状態に応じ、

・28日以上の長期の投薬が可能であること

・リフィル処方箋を交付すること

のいずれの対応も可能であることを掲示すること。

なお、具体的な掲示内容としてはポスターを活用しても差し支えない。

時間外対応加算の見直し

時間外対応加算の見直し

➢ 時間外対応加算について、多様な在り方を考慮した評価体系に見直す観点から、時間外の電話対応等に常時対応できる体制として、非常勤職員等が対応し、医師に連絡した上で、当該医師が電話等を受けて対応できる体制の評価を新設する。

改定後

時間外対応加算１　５点

時間外対応加算２　４点
[施設規準]（抜粋）
診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、診療所の非常勤の医師、看護職員又は事務職員等が、常時、電話等により対応できる体制がとられていること。また、必要に応じて診療録を閲覧することができる体制及びやむを得ない事由により、電話等による問い合わせに応じることができなかった場合であっても、速やかに患者にコールバックすることができる体制がとられていること。

時間外対応加算３　３点

時間外対応加算４　１点

時間外対応加算の見直しを踏まえた小児科かかりつけ診療料の見直し

➢ 時間外対応加算の評価体系の見直しの趣旨を踏まえ、小児かかりつけ診療料について、要件を見直す。

現行

【小児かかりつけ診療料１】
［施設基準］（抜粋）
- 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は**時間外対応加算２**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料２】
［施設基準］（抜粋）
- 次のいずれかの基準を満たしていること。
  ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する**時間外対応加算３**に係る届出を行っていること。
  イ　（略）

改定後

【小児かかりつけ診療料１】
［施設基準］（抜粋）
- 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する時間外対応加算１又は**時間外対応加算３**に係る届出を行っていること。

【小児かかりつけ診療料２】
［施設基準］（抜粋）
- 次のいずれかの基準を満たしていること。
  ア 区分番号「Ａ００１」の注 10 に規定する**時間外対応加算２又は時間外対応加算４**に係る届出を行っていること。
  イ　（略）

令和６年度診療報酬改定

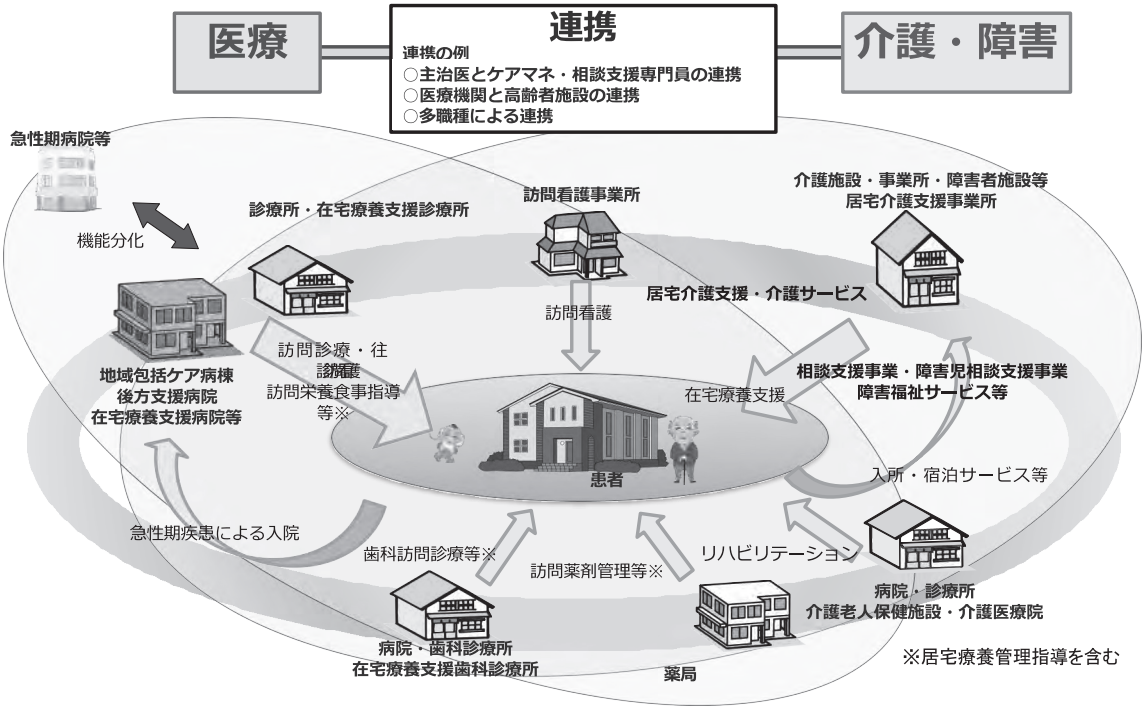
7．質の高い訪問診療・訪問看護の確保

（１）在宅医療

（２）訪問看護

地域包括ケアシステムにおける在宅医療（イメージ）

○　在宅医療は、高齢になっても、病気や障害の有無にかかわらず、住み慣れた地域で自分らしい生活を続けられるよう、入院医療や外来医療、介護、福祉サービスと相互に補完しながら、患者の日常生活を支える医療であり、地域包括ケアシステムの不可欠な構成要素である。



訪問診療・往診等に関する見直し

質の高い在宅医療提供体制の構築の推進

➢ **質の高い在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。**

【見直しの概要（主なもの）】

- **在宅医療情報連携加算の新設**
  他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価
- **在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設**
  在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価
- **往診時医療情報連携加算の新設**
  在支診・在支病と連携体制を構築する在支診・在支病以外の医療機関が訪問診療を行っている患者に、在支診・在支病が往診を行った場合の評価
- **在宅療養移行加算の見直し**
  対象となる範囲を病院まで拡大するとともに、他の医療機関と平時からの連携体制を構築している場合の評価の見直し
- **在宅ターミナルケア加算等の見直し**
  在宅ターミナルケア加算について、退院時共同指導を実施した上で訪問診療又は往診を実施している場合においても、算定可能とするとともに、看取り加算について、退院時共同指導を実施した上で往診を行い、在宅で患者を看取った場合に往診料においても算定可能とする

患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等の推進

➢ **患者の状態に応じた適切な訪問診療・往診等を推進する観点から、訪問診療・往診等に関する評価を見直す。**

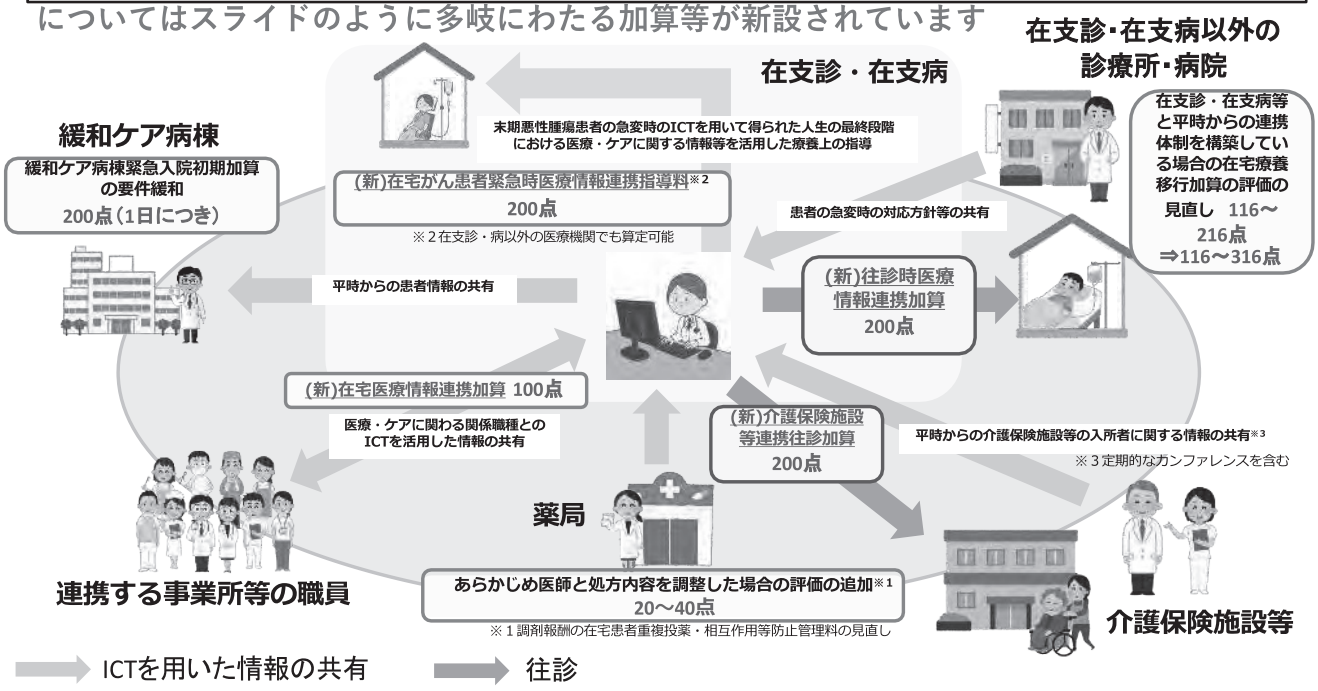
【見直しの概要（主なもの）】

- **在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の見直し**
  在宅時医学総合管理料等における単一建物診療患者の数が10人以上の場合の評価の細分化、及び単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、訪問診療の算定回数が多い医療機関について、看取りの件数等に係る一定の基準を満たさない場合の評価の見直し
- **往診料の見直し**
  往診を行う保険医療機関において訪問診療を行っている患者等以外の患者に対する緊急の往診に係る評価の見直し
- **在宅患者訪問診療料の見直し**
  在支診・在支病における患者１人当たりの訪問診療の回数が一定以上の場合における、５回目以降の在宅患者訪問診療料の評価の見直し

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進

➢ 在宅で療養を行っている患者等に対し、ICTを用いた連携体制の構築を通じて、質の高い在宅医療の提供を推進する観点から、**医療・ケアに関わる関係職種がICTを利用して診療情報を共有・活用して実施した計画的な医学管理を行った場合の評価**、**患者の急変時等に、ICTを用いて関係職種間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合の評価**等を実施。

についてはスライドのように多岐にわたる加算等が新設されています



在宅医療におけるICTを用いた連携の推進①

在宅医療情報連携加算の新設

➢ **他の保険医療機関等の関係職種がICTを用いて記録**（以下、単に「記録」とする。）**した患者に係る診療情報等を活用した上で、医師が計画的な医学管理を行った場合の評価**を新設する。

（新）　在宅医療情報連携加算（在医総管・施設総管・在宅がん医療総合診療料）　100点

［算定要件］（概要）

- 医師が、医療関係職種等により記録された**患者の医療・ケアに関わる情報を取得及び活用した上で、計画的な医学管理を行うこと**及び医師が診療を行った際の診療情報等について**記録し、医療関係職種等に共有すること**ついて、**患者からの同意を得ていること**。
- 以下の情報について、適切に記録すること

○ **次回の訪問診療の予定日及び当該患者の治療方針の変更の有無**
○ **当該患者の治療方針の変更の概要**（変更があった場合）
○ **患者の医療・ケアを行う際の留意点**（医師が、当該留意点を医療関係職種等に共有することが必要と判断した場合）
○ **患者の人生の最終段階における医療・ケア及び病状の急変時の治療方針等についての希望**（患者又はその家族等から取得した場合）

- 医療関係職種等が当該情報を取得した場合も**同様に記録することを促すよう努める**こと。
- 訪問診療を行う場合に、**過去90日以内に記録された患者の医療・ケアに関する情報(当該保険医療機関及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関等が記録した情報を除く。)をICTを用いて取得した情報の数が１つ以上**であること。
- 医療関係職種等から**患者の医療・ケアを行うに当たっての助言の求めがあった場合**は、適切に対応すること。

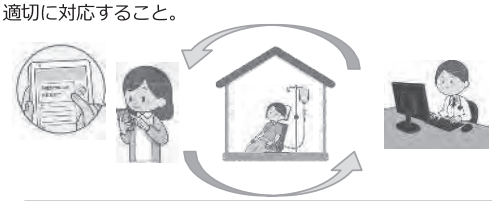
［施設基準］（概要）

（１） 患者の診療情報等について、連携する関係機関とICTを用いて共有し、常に確認できる体制を有しており、**共有できる体制にある連携する関係機関（特別の関係にあるものを除く。）の数が、５以上**であること。

（２） 地域において、連携する関係機関以外の保険医療機関等が、当該ICTを用いた情報を共有する**連携体制への参加を希望した場合には連携体制を構築すること**。ただし、診療情報等の共有について同意していない患者の情報については、この限りでない。

（３） 厚生労働省の定める「**医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応していること**。

（４）（１）に規定する連携体制を構築していること及び実際に患者の情報を共有している実績のある連携機関の名称等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示及び原則としてウェブサイトに掲載していること。



・診療情報、治療方針
・医療関係職種等が医療・ケアを行う際の留意事項
・人生の最終段階における医療・ケア等に関する情報
等の情報共有

在宅医療におけるICTを用いた連携の推進②

在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料の新設

➢ **在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者の病状の急変時に、ICTの活用によって、医療従事者等の間で共有されている人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を踏まえ医師が療養上必要な指導を行った場合の評価**を新設する。

（新）　在宅がん患者緊急時医療情報連携指導料　200点

［算定要件］
- 過去30日以内に在宅医療情報連携加算を算定している末期の悪性腫瘍の患者に対し、**医療関係職種等が、当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、当該患者の計画的な医学管理を行う医師が常に確認できるように記録している場合**であって、当該患者の病状の急変時等に、当該医師が当該患者の**人生の最終段階における医療・ケアに関する情報を活用して患家において、当該患者及びその家族等に療養上必要な指導を行った場合**に、月1回に限り算定する。
- 在宅で療養を行っている末期の悪性腫瘍の患者に対して診療等を行う医師は、療養上の必要な指導を行うにあたり、活用された当該患者の人生の最終段階における医療・ケアに関する情報について、**当該情報を記録した者の氏名、記録された日、取得した情報の要点及び患者に行った指導の要点**を診療録に記載すること。

緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和

➢ 緩和ケア病棟における在宅療養支援をより推進する観点から、緊急入院初期加算の要件を見直す。

現行	改定後
【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］（該当部分概要） 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。	【緩和ケア病棟緊急入院初期加算】 ［算定要件］（該当部分概要） 緩和ケア病棟緊急入院初期加算は、在宅緩和ケアを受け、緊急に入院を要する可能性のある患者について、緊急時の円滑な受入れのため、病状及び投薬内容のほか、患者及び家族への説明等について、当該連携保険医療機関より予め文書による情報提供を受ける必要がある。**ただし、当該情報についてICTの活用により、当該保険医療機関が常に連携保険医療機関の有する診療情報の閲覧が可能な場合、文書による情報提供に関する要件を満たしているとみなすことができる。**

地域における24時間の在宅医療提供体制の推進

往診時医療情報連携加算の新設

➢ **地域における24時間の在宅医療の提供体制の構築を推進する観点から、在支診・在支病と連携体制を構築している在支診・在支病以外の他の保険医療機関が訪問診療を行っている患者に対して、在支診・在支病が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

（新）　往診時医療情報連携加算　200点

［算定要件］
- **他の保険医療機関（在支診・在支病以外に限る。）と月1回程度の定期的なカンファレンス又はICTの活用により**当該他の保険医療機関が訪問診　療を行っている**患者の診療情報及び病状の急変時の対応方針等の情報の共有を行っている在支診・在支病**が、患者（他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯等に**対応を行う予定の在支診・在支病の名称、電話番号及び担当者の氏名等を提供**されている患者に限る。）に対し、他の保険医療機関が往診を行うことが困難な時間帯に、**共有された当該患者の情報を参考にして、往診を行った場合において算定できる。**この場合、当該他の保険医療機関の名称、参考にした当該患者の診療情報及び当該患者の病状の急変時の対応方針等及び診療の要点を診療録に記録すること。

在宅療養移行加算の見直し

➢ 在支診・在支病院以外の保険医療機関が行う訪問診療について、在宅での療養を行っている患者が安心して24時間対応を受けられる体制の整備を促進する観点から、在宅療養移行加算について、**対象となる範囲を病院まで拡大する**とともに、**他の保険医療機関と定期的なカンファレンスやICTを用いて平時からの連携体制を構築している場合の評価を見直す**。

現行		改定後	
（新設）		**在宅療養移行加算１**	**316点**
在宅療養移行加算**１**	216点	在宅療養移行加算**２**	216点
（新設）		**在宅療養移行加算３**	**216点**
在宅療養移行加算**２**	116点	在宅療養移行加算**４**	116点

［在宅療養移行加算１及び３の追加の施設基準］
- 当該医療機関が保有する**当該患者の診療情報及び患者の病状の急変時**の対応方針について、当該医療機関と連携する医療機関との**１月に１回程度の定期的なカンファレンスにより当該連携医療機関に適切に提供している**こと。ただし、当該情報について**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保している場合**はこの限りでない。

（参考）在宅療養移行加算等における要件の一覧

○：どちらでもよい
◎：必ず満たす必要がある
×：要件を満たさない
－：施設基準上の要件ではない

			24時間要件						在支診・在支病等との定期的なカンファレンス等による情報共有
			往診を行う体制		訪問看護を行う体制		連絡を受ける体制		
			単独	連携	単独	連携	単独	連携	
診療所	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）		
	その他		○		○		◎	×	
在宅療養支援病院	機能強化型	単独型	◎	×	○		◎	×	
		連携型	○（<10）		○（<10）		○（<10）		
	その他		◎	×	○		◎	×	
在宅療養移行加算１（新）			○※1		－		○※1		◎※3
在宅療養移行加算**2**（旧１）			○※1		－		○※1		－
在宅療養移行加算３（新）			※２		－		○※1		◎※3
在宅療養移行加算**4**（旧２）			※２		－		○※1		－

※１：地域医師会等の協力を得て規定する体制を確保することでも差し支えない。（協力してもよい旨を明記しているのみであり、24時間の体制は在支診等と同様に満たす必要がある。）
※２：「２４時間体制の往診を行う体制」は求めないが、市町村や地域医師会との協力により、往診が必要な患者に対し、当該医療機関又は連携する他の医療機関が往診を提供する体制を有していることを要件とする。
※３：**ICT等を活用して連携する医療機関が常に確認できる体制を確保していることでも差し支えない。**
<10：連携医療機関数が10未満であること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進②　（再掲）

介護保険施設等連携往診加算の新設

➢ 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の**病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合**について、新たな評価を行う。

（新）　介護保険施設等連携往診加算　　200点

[算定要件]
（１）　介護保険施設等連携往診加算は、介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に伴い、当該介護保険施設等の従事者等の求めに応じて**当該患者に関する診療情報及び病状の急変時の対応方針等を踏まえて往診を行った際に、提供する医療の内容について当該患者又はその家族等に十分に説明した場合**に算定できる。この場合、介護保険施設等の名称、活用した当該患者の診療情報、急変時の対応方針及び診療の要点を診療録に記録すること。
（２）　当該保険医療機関と当該介護保険施設等が特別の関係にある場合、介護保険施設等連携往診加算は算定できない。

[施設基準の概要]
（１）　当該医療機関が介護保険施設等から協力医療機関として定められている等、**緊急時の連絡体制及び入院受入体制等を確保**していること。
（２）　次のいずれかの要件を満たすもの。
ア　次の（イ）及び（ロ）に該当していること。
（イ）　必要に応じて入院受入れを行う保険医療機関に所属する保険医が**ICTを活用して当該診療情報及び病状急変時の対応方針を常に確認可能な体制を有していること**。
（ロ）　介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、年３回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
イ　介護保険施設等と協力医療機関において、**当該入所者の診療情報及び急変時の対応方針等の共有を図るため、1月に1回以上の頻度でカンファレンスを実施**していること。
（３）　介護保険施設等に協力医療機関として定められており、当該介護保険施設等において療養を行っている患者の病状の急変等に対応すること及び協力医療機関として定められている介護保険施設等の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所及びホームページ等に掲示していること。

医療機関と介護保険施設等の連携の推進

➢ 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、**在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟を有する病院**において、**介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいこと**を施設基準とする。

在宅における心不全の患者等への指導管理に係る評価の新設

在宅悪性腫瘍等患者指導管理料の見直し

➢ 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料等について、**名称を変更**するとともに、疾患を考慮した評価体系に見直した上で、**心不全又は呼吸器疾患の末期の患者に対する注射による麻薬の投与を用いた指導管理についての評価**を新設する。

現行

【在宅悪性腫瘍等患者指導管理料】
1,500点

在宅における鎮痛療法又は悪性腫瘍の化学療法を行っている入院中の患者以外の末期の患者に対して、当該療法に関する指導管理を行った場合に算定する。

※　注入ポンプ加算及び携帯型ディスポーサブル注入ポンプ加算の対象患者についても、同様の見直しを行う。

改定後

【在宅麻薬等注射指導管理料】

1　悪性腫瘍の場合　1,500点
悪性腫瘍の末期の患者に対して、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

2　筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの場合　1,500点
筋萎縮性側索硬化症又は筋ジストロフィーの患者であって、在宅における麻薬等の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

3　（新）心不全又は呼吸器疾患の場合　1,500点
１又は２に該当しない場合であって、**緩和ケアを要する心不全又は呼吸器疾患の末期の患者**に対して、在宅における麻薬の注射に関する指導管理を行った場合に算定。

【在宅悪性腫瘍化学療法注射指導管理料】　**1,500点**
悪性腫瘍の患者に対して、在宅における抗悪性腫瘍剤等の注射に関する指導管理を行った場合に算定する。

在宅強心剤持続投与指導管理料の新設（医療技術評価分科会を踏まえた対応）

（新）　在宅強心剤持続投与指導管理料　1,500点

［算定要件］　（主なもの）
・在宅強心剤持続投与指導管理料は、**循環血液量の補正のみでは心原性ショック（Killip　分類　class　Ⅳ）からの離脱が困難な心不全の患者であって、安定した病状にある患者**に対して、携帯型ディスポーザブル注入ポンプ又は輸液ポンプを用いて強心剤の持続投与を行い、当該治療に関する指導管理を行った場合に算定。
・実施に当たっては、関係学会の定める診療に関する指針を遵守すること。
・当該指導管理料を算定する医師は、心不全の治療に関し、専門の知識並びに５年以上の経験を有する常勤の医師であること。

往診料の評価の見直し

➢ 患者の状態に応じた適切な往診の実施を推進する観点から、緊急の往診に係る評価を見直す。

	以下のいずれかに該当する場合 ①　往診を行う保険医療機関において**過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定**している患者 ②　往診を行う保険医療機関と**連携体制を構築している他の保険医療機関において、過去60日以内に在宅患者訪問診療料等を算定**している患者 ③　往診を行う保険医療機関の**外来において継続的に診療**を受けている患者 ④　往診を行う保険医療機関と**平時からの連携体制を構築している介護保険施設等に入所**する患者				**その他の場合**
	機能強化型の在支診・在支病（単独型・連携型）		機能強化型以外の在支診・在支病	その他の医療機関	
	病床有	病床無			
往診料	720点				
	＋				
緊急往診加算	850点	750点	650点	325点	**325点**
夜間・休日往診加算	1,700点	1,500点	1,300点	650点	**405点**
深夜往診加算	2,700点	2,500点	2,300点	1,300点	**485点**

①緊急往診加算について
保険医療機関において、**標榜時間内**であって、入院中の患者以外の患者に対して診療に従事している時に、患者又は現にその看護に当たっている者から緊急に求められて往診を行った場合に算定する。

②夜間・休日・深夜往診加算の取扱いについて
夜間（深夜を除く。）とは**午後６時から午前８時**までとし、深夜の取扱いについては、**午後 10 時から午前６時**までとする。ただし、これらの時間帯が標榜時間に含まれる場合、夜間・休日往診加算及び深夜往診加算は算定できない。
休日とは、**日曜日及び国民の祝日に関する法律第３条に規定する休日**をいう。なお、１月２日及び３日並びに 12 月 29 日、30 日及び 31 日は、休日として取り扱う。

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し①

「在宅時医学総合管理料」及び「施設入居等医学総合管理料」については、単一建物診療患者の人数による評価が新設されるとともに処方箋料の再編に伴い評価が見直されております。

➢ 在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の算定における**単一建物診療患者の数が10人以上19人以下、20人以上49人以下及び50人以上の場合の評価を新設**するとともに、**処方箋料の再編に伴い、在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す**。

	機能強化型在支診・在支病（病床あり）					機能強化型在支診・在支病（病床なし）					在支診・在支病					その他				
在宅時医学総合管理料	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	5,385点	4,485点	2,865点	2,400点	2,110点	4,985点	4,125点	2,625点	2,205点	1,935点	4,585点	3,765点	2,385点	2,010点	1,765点	3,435点	2,820点	1,785点	1,500点	1,315点
②月２回以上訪問	4,485点	2,385点	1,185点	1,065点	905点	4,085点	2,185点	1,085点	970点	825点	3,685点	1,985点	985点	875点	745点	2,735点	1,460点	735点	655点	555点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	3,014点	1,670点	865点	780点	660点	2,774点	1,550点	805点	720点	611点	2,554点	1,450点	765点	679点	578点	2,014点	1,165点	645点	573点	487点
④月１回訪問	2,745点	1,485点	765点	670点	575点	2,505点	1,365点	705点	615点	525点	2,285点	1,265点	665点	570点	490点	1,745点	980点	545点	455点	395点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,500点	828点	425点	373点	317点	1,380点	768点	395点	344点	292点	1,270点	718点	375点	321点	275点	1,000点	575点	315点	264点	225点
施設入居時等医学総合管理料	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～	1人	2～9人	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	3,885点	3,225点	2,865点	2,400点	2,110点	3,585点	2,955点	2,625点	2,205点	1,935点	3,285点	2,685点	2,385点	2,010点	1,765点	2,435点	2,010点	1,785点	1,500点	1,315点
②月２回以上訪問	3,185点	1,685点	1,185点	1,065点	905点	2,885点	1,535点	1,085点	970点	825点	2,585点	1,385点	985点	875点	745点	1,935点	1,010点	735点	655点	555点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	2,234点	1,250点	865点	780点	660点	2,054点	1,160点	805点	720点	611点	1,894点	1,090点	765点	679点	578点	1,534点	895点	645点	573点	487点
④月１回訪問	1,965点	1,065点	765点	670点	575点	1,785点	975点	705点	615点	525点	1,625点	905点	665点	570点	490点	1,265点	710点	545点	455点	395点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	1,110点	618点	425点	373点	317点	1,020点	573点	395点	344点	292点	940点	538点	375点	321点	275点	760点	440点	315点	264点	225点

在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の見直し②

➢ 訪問診療の**算定回数が多い医療機関**における在宅時医学総合管理料及び施設入居時等医学総合管理料の評価を見直す。

［概要］

- 単一建物診療患者の数が10人以上の患者について、**当該保険医療機関における直近３月間の訪問診療回数及び当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関（令和６年３月31日以前に開設されたものを除く。）における直近３月間の訪問診療回数を合算した回数が2,100回以上**の場合であって、次の要件をいずれかを満たさない場合はそれぞれ**所定点数の100分の60に相当する点数**を算定する。

（イ）直近１年間に**５つ以上の保険医療機関から、文書による紹介を受けて訪問診療を開始した実績**があること。
（ロ）当該保険医療機関において、直近１年間の**在宅における看取りの実績を20件以上**有していること又は重症児の十分な診療実績等を有していること。
（ハ）直近３か月に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**施設入居時等医学総合管理料を算定した患者の割合が7割以下**であること。
（ニ）直近３月間に在宅時医学総合管理料又は施設入居時等医学総合管理料を算定した患者のうち、**要介護３以上又は「特掲診療料の施設基準等」別表第八の二に掲げる別に厚生労働大臣が定める状態の患者の割合が５割以上**であること。

【参考：対象医療機関に該当する場合の在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料び評価】

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料	機能強化型在支診・在支病（病床あり）			機能強化型在支診・在支病（病床なし）			在支診・在支病			その他		
	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～	10人～19人	20人～49人	50人～
①月２回以上訪問（難病等）	1,719点	1,440点	1,266点	1,575点	1,323点	1,161点	1,431点	1,206点	1,059点	1,071点	900点	789点
②月２回以上訪問	711点	639点	543点	651点	582点	495点	591点	525点	447点	441点	393点	333点
③（うち１回は情報通信機器を用いた診療）	519点	468点	396点	483点	432点	367点	459点	407点	347点	387点	344点	292点
④月１回訪問	459点	402点	345点	423点	369点	315点	399点	342点	294点	327点	276点	237点
⑤（うち２月目は情報通信機器を用いた診療）	255点	224点	190点	237点	206点	175点	225点	193点	165点	189点	158点	135点

➢ 機能強化型の在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、**各年度5月から7月の訪問診療の算定回数が2,100回を超える場合においては**、データに基づく適切な評価を推進する観点から次年の１月から**在宅データ提出加算に係る届出を要件**とする。

在宅療養支援診療所・病院における訪問栄養食事指導の推進

在宅療養支援診療所・病院の要件の見直し

➢ 訪問栄養食事指導の推進を図る観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について要件を見直す。

現行	改定後
【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ （新設）	【在宅療養支援診療所】 ［施設基準］ • **当該診療所において、当該診療所の管理栄養士又は当該診療所以外（公益社団法人日本栄養士会若しくは都道府県栄養士会が設置し、運営する「栄養ケア・ステーション」又は他の保険医療機関に限る。）の管理栄養士との連携により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を整備することが望ましい。**
【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ （新設）	【在宅療養支援病院】 ［施設基準］ • **当該病院において、当該病院の管理栄養士により、医師が栄養管理の必要性を認めた患者に対して訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制を有していること。**
在宅支援診療所・病院の要件の見直しは今回訪問栄養食事指導の体制整備、介護保険施設から求められた場合の協力医療機関としての対応などが要件として追加されていますので資料をご参照ください。	［経過措置］ 令和６年３月31日において現に在宅療養支援病院に係る届出を行っている保険医療機関については、令和７年５月31日までの間に限り、該当するものとみなす。

（参考）在支診・在支病の施設基準

<table>
<tr><th rowspan="3"></th><th colspan="4">機能強化型在支診・在支病</th><th rowspan="3">在支診在支病</th><th rowspan="3">（参考）在宅療養後方支援病院</th></tr>
<tr><th colspan="2">単独型</th><th colspan="2">連携型</th></tr>
<tr><th>診療所</th><th>病院</th><th>診療所</th><th>病院</th></tr>
<tr><td>全ての在支診・在支病の基準</td><td colspan="6">①　24時間連絡を受ける体制の確保　②　24時間の往診体制　③　24時間の訪問看護体制
④　緊急時の入院体制　⑤　連携する医療機関等への情報提供　⑥　年に１回、看取り数等を報告している
⑦　適切な意思決定支援に係る指針の作成　⑧　訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備
⑨　介護保健施設から求められた場合、協力医療機関として定められることが望ましい</td></tr>
<tr><td>全ての在支病の基準</td><td colspan="6">「在宅療養支援病院」の施設基準は、上記に加え、以下の要件を満たすこと。
（１）許可病床200床未満※であること又は当該病院を中心とした半径４km以内に診療所が存在しないこと
（２）往診を担当する医師は、当該病院の当直体制を担う医師と別であること
※　医療資源の少ない地域に所在する保険医療機関にあっては280床未満</td></tr>
<tr><td rowspan="5">機能強化型在支診・在支病の基準</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
３人以上</td><td colspan="2">⑦　在宅医療を担当する常勤の医師
連携内で３人以上</td><td rowspan="5"></td><td rowspan="5">○　許可病床数200床以上
○　在宅医療を提供する医療機関と連携し、24時間連絡を受ける体制を確保
○　連携医療機関の求めに応じて入院希望患者の診療が24時間可能な体制を確保（病床の確保を含む）
※ やむを得ず当該病院に入院させることができなかった場合は、対応可能な病院を探し紹介すること
○　連携医療機関との間で、３月に１回以上、患者の診療情報の交換を行い、入院希望患者の一覧表を作成</td></tr>
<tr><td>⑧ 過去１年間の緊急往診の実績
10件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td><td>⑧　過去１年間の緊急往診の実績
連携内で10件以上
各医療機関で４件以上</td><td>⑧　次のうちいずれか１つ
・過去１年間の緊急往診の実績
10件以上各医療機関で４件以上
・在宅療養支援診療所等からの要請により患者の受入を行う病床を常に確保していること及び在宅支援診療所等からの要請により患者の緊急受入を行った実績が直近１年間で31件以上
・地域包括ケア病棟入院料・入院医療管理料１又は３を届け出ている</td></tr>
<tr><td colspan="2">⑨ 過去１年間の看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか４件以上</td><td colspan="2">⑨ 過去１年間の看取りの実績
連携内で４件以上
かつ、各医療機関において、看取りの実績又は超・準超重症児の医学管理の実績
いずれか２件以上</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑩　地域において24時間体制での在宅医療の提供に係る積極的役割を担うことが望ましい</td></tr>
<tr><td colspan="4">⑪ 各年５月から７月までの訪問診療の回数が一定回数を超える場合においては、次年の１月から在宅データ提出加算に係る届出を行っていること。</td></tr>
</table>

（参考）在宅データ提出加算について

在宅データ提出加算
50点（月１回）

［算定要件］
別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているもの として地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関における**診療報酬の請求状況、診療の内容に関するデータを継続して厚生労働省に提出している場合**は、外来データ提出加算として、 50点を所定点数に加算する。

［施設基準］
在宅患者に係る診療内容に関するデータを継続的かつ適切に提出するために必要な体制が整備されていること。

〈共通項目〉

大項目	項目名
属性	生年月日
	性別
	患者住所地域の郵便番号
身長・体重	身長
	体重
喫煙歴	喫煙区分
	1日の喫煙本数
	喫煙年数
介護情報	高齢者情報
	要介護度
診断情報/傷病	自院管理の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
入院の状況	入院の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
終診情報	当月中の終診情報
	終診年月日
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

〈在宅データ提出加算特有の項目〉

大項目	項目名
療養情報	在宅療養を始めた年月
	療養を行っている場所
訪問診療の状況	訪問診療日
	主たる訪問診療を行う医療機関
訪問看護の状況	訪問看護日
	自院での実施の有無
訪問の主傷病	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
救急受診の状況	救急受診日
	受診先
	受診経路
	転帰
入院の状況	入院年月日
	退院年月日
	受診先
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	主病名
短期入所の状況	入所年月日
	退所年月日
	短期入所利用サービス
往診の状況	往診日
	主たる訪問診療を行う医療機関
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名

大項目	項目名
患者の状態	患者の状態
バーセルインデックス	バーセルインデックス
排泄	排泄の状況
	ブリストルスケール
排尿	排尿の状況
褥瘡	褥瘡の状態
低栄養	低栄養の有無
	摂食・嚥下障害の有無
	経管・経静脈栄養の状況
がんの傷病	自院診断の有無
	ICD10コード
	傷病名コード
	修飾語コード
	傷病名
がんのStaging分類	ステージ分類
	UICC 病期分類(T)
	UICC 病期分類(N)
	UICC 病期分類(M)
	UICC 病期分類(版)
がんのNRS	NRS

出典：2023年度「外来医療、在宅医療、リハビリテーション医療の影響評価に係る調査」実施説明資料を元に作成

令和６年度診療報酬改定　Ⅲ－２　医療におけるICTの利活用・デジタル化への対応－⑧

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進①

在宅患者訪問診療料の見直し

➢ 在支診・在支病における在宅患者訪問診療料の算定について、**患者１人当たりの直近３月の訪問診療の回数が12回以上**の場合、同一患者につき同一月において訪問診療を５回以上実施した場合、**５回目以降の訪問診療については、所定点数の100分の50に相当する点数により算定**する。

［訪問診療の回数の計算対象とならない患者］
- **別表第七に掲げる別に厚生労働大臣の定める患者。**
- **対象期間中に死亡した者。**
- **末期心不全の患者、呼吸器疾患の終末期患者。**
- **対象期間中に訪問診療を新たに開始した患者又は終了した患者。**

これは在宅患者訪問診療料の適正化を図る見直しで、過剰な往診を防ぐとともに適正な管理指導が求められています。
対象患者については資料をご参照ください。

頻回訪問加算の見直し

➢ 頻回訪問加算について、当該加算を算定してからの期間に応じた評価に見直す。

現行		改定後	
頻回訪問加算	600点/月	頻回訪問加算（初回）	800点/月
		（2回目以降）	300点/月

［算定要件］
以下の状態・疾患の患者に対して、月4回以上の訪問診療を実施した場合に月一回に限り算定する

［対象患者］ **①または②に該当する患者**
①末期の悪性腫瘍の患者
②以下のうち、2つの状態に該当する患者
（「ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態」及び「人工肛門又は人工膀胱を設置している状態」のみの組み合わせは除く）
在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍等患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者、ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態、人工肛門又は人工膀胱を設置している状態

患者の状態に応じた適切な在宅医療の提供の推進②

包括的支援加算の見直し

➢ 在宅医療を行っている患者の状態に応じた評価を更に推進する観点から、包括的支援加算について、要介護度と認知症高齢者の日常生活自立度に関する対象患者の範囲を要介護度三以上と認知症高齢者の日常生活自立度のランクⅢ以上に見直す（障害者支援区分についての変更は無い）とともに、包括的支援加算の対象患者に新たに「麻薬の投薬を受けている状態」を追加する。

・包括的支援加算(在医総管・施設総管)　　150点（月1回）

現行	改定後
[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者 (1) 要介護2以上に相当する患者 (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅡb以上の患者 (3) 月４回以上の訪問看護を受ける患者 (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者 (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者 （新設） (6) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者	[対象患者] 以下のいずれかに該当する患者 (1) 要介護3以上に相当する患者 (2) 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者 (3) 月４回以上の訪問看護を受ける患者 (4) 訪問診療時又は訪問看護時に、注射や処置を行っている患者 (5) 特定施設等の入居者の場合には、医師の指示を受けて、看護師が痰の吸引や経管栄養の管理等の処置を行っている患者 **(6) 麻薬の投薬を受けている患者** (7) 医師の指導管理のもと、家族等が処置を行っている患者等、関係機関等との連携のために特に重点的な支援が必要な患者

「包括的支援加算」（在医総管・施設総管）については、対象患者が要介護２から３に変更、また麻薬の投薬を受けている患者が対象に追加されました。

訪問看護指示書の記載事項及び様式見直し

訪問看護指示書の見直し

➢ 令和６年６月から訪問看護レセプトのオンライン請求が開始されることを踏まえ、より質の高い医療の実現に向けてレセプト情報の利活用を推進する観点から、訪問看護指示書及び精神科訪問看護指示書の記載事項及び様式を見直す。

現行	改定後
【訪問看護指示料】 [算定要件] 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。 なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。	【訪問看護指示料】 [算定要件] 患者の主治医は、指定訪問看護の必要性を認めた場合には、診療に基づき速やかに訪問看護指示書及び特別訪問看護指示書（以下この項において「訪問看護指示書等」という。）を作成すること。当該訪問看護指示書等には、緊急時の連絡先として、診療を行った保険医療機関の電話番号等を必ず記載した上で、訪問看護ステーション等に交付すること。**また、当該訪問看護指示書等には、原則として主たる傷病名の傷病名コードを記載すること。** なお、訪問看護指示書等は、特に患者の求めに応じて、患者又はその家族等を介して訪問看護ステーション等に交付できるものであること。

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書　（抜粋）

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)

訪　問　看　護　指　示　書
在宅患者訪問点滴注射指示書　（抜粋）

主たる傷病名	(1)	(2)	(3)
傷病名コード			

精神科訪問看護指示料についても同様

令和６年度診療報酬改定

８. 重点的分野における対応

（１）救急医療

（２）小児医療及び周産期医療

（３）がん医療及び緩和ケア

（４）認知症

（５）精神医療

（６）難病患者に対する医療

令和６年度診療報酬改定　Ⅲ－４－２　小児医療、周産期医療の充実－②等

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

小児特定疾患カウンセリング料の見直し

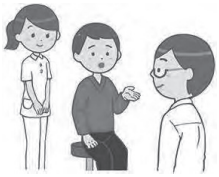
➢　発達障害等、児童思春小児特定疾患カウンセリング料期の精神疾患の支援を充実する観点から、**小児特定疾患カウンセリング料について要件及び評価を見直す**とともに、**発達障害等を有する小児患者に対する情報通信機器を用いた医学管理について、新たな評価を行う。**

現行

【小児特定疾患カウンセリング料】
イ 医師による場合
(1) 月の１回目　500点
(2) 月の２回目　400点

ロ 公認心理師による場合　200点

[算定要件]（抜粋）
○２年を限度として月２回に限り算定する。



改定後

【小児特定疾患カウンセリング料】
イ 医師による場合
(1) 初回　**800点**
(2) 初回のカウンセリングを行った日後**１年以内の期間**に行った場合
① 月の１回目 600点　**② 月の２回目 500点**
(3) 初回のカウンセリングを行った日から起算して**２年以内の期間**に行った場合((2)の場合を除く。)
① 月の１回目 500点　**② 月の２回目 400点**
(4) 初回のカウンセリングを行った日から起算して**４年以内の期間**に行った場合((2)及び(3)の場合を除く。)　**400点**

ロ 公認心理師による場合　200点

[算定要件]（抜粋）
(1) 初回のカウンセリングを行った日から起算して、**２年以内の期間においては月２回に限り、２年を超える期間においては、４年を限度として、月１回に限り**、算定する。
(2) 小児特定疾患カウンセリング料イの(1)、(2)、(3)又は(4)を算定すべき医学管理を**情報通信機器を用いて行った場合は、イの(1)、(2)の①若しくは②、(3)の①若しくは②又は　(4)の所定点数に代えて、それぞれ696点、522点若しくは435点、435点若しくは348点又は 348点を算定する。**

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

小児抗菌薬適正使用支援加算の見直し

➢ 小児の外来診療における抗菌薬の適正使用を推進する観点から、小児抗菌薬適正使用支援加算の対象疾患について見直す。

現行	改定後
【小児抗菌薬適正使用支援加算】 ［算定要件］（抜粋） 急性気道感染症又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。	【小児抗菌薬適正使用支援加算】 ［算定要件］（抜粋） 急性気道感染症、**急性中耳炎、急性副鼻腔炎**又は急性下痢症により受診した患者であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しないものに対して、療養上必要な指導及び検査結果の説明を行い、文書により説明内容を提供した場合は、小児抗菌薬適正使用支援加算として、月１回に限り80点を所定点数に加算する。

（参考）耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算（令和４年度診療報酬改定において新設）

耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算　　80点

[算定要件]（概要）
急性気道感染症、急性中耳炎又は急性副鼻腔炎により受診した６歳未満の乳幼児に対して、耳鼻咽喉科処置を行った場合であって、診察の結果、抗菌薬の投与の必要性が認められないため抗菌薬を使用しない場合において、療養上必要な指導等を行い、文書により説明内容を提供した場合は、所定点数に加算する。

令和６年度診療報酬改定

11.個別改定事項（Ⅱ）

長期収載品の保険給付の在り方の見直し

医療保険財政の中で、イノベーションを推進する観点から、長期収載品について、保険給付の在り方の見直しを行うこととし、選定療養の仕組みを導入する。※準先発品を含む。

保険給付と選定療養の適用場面

- 長期収載品の使用について、**①銘柄名処方の場合であって、患者希望により長期収載品を処方・調剤した場合**や、**②一般名処方の場合**は、**選定療養の対象とする**。
- ただし、**①医療上の必要性があると認められる場合**（例：医療上の必要性により医師が銘柄名処方（後発品への変更不可）をした場合）や、**②薬局に後発医薬品の在庫が無い場合など、後発医薬品を提供することが困難な場合**については、選定療養とはせず、引き続き、**保険給付の対象とする**。

選定療養の対象品目の範囲

- 後発医薬品上市後、徐々に後発品に置換えが進むという実態を踏まえ、

① 長期収載品の薬価ルールにおいては後発品上市後５年から段階的に薬価を引き下げることとしている。この点を参考に、**後発品上市後５年を経過した長期収載品**については**選定療養の対象（※）とする**。
※ ただし、置換率が極めて低い場合（市場に後発医薬品がほぼ存在しない場合）については、対象外とする。

② また、**後発品上市後５年を経過していなくても、置換率が50%に達している場合**には、後発品の選択が一般的に可能な状態となっていると考えられ、**選定療養の対象とする**。

保険給付と選定療養の負担に係る範囲

- 選定療養の場合には、長期収載品と後発品の価格差を踏まえ、**後発医薬品の最高価格帯との価格差の４分の３までを保険給付の対象とする**。
- **選定療養に係る負担は**、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、**上記価格差の4分の１相当分**とする。

※具体的な対象品目や運用等の詳細については３月中に通知予定

長期収載品の処方等に係る選定療養について

◆「医療上の必要性」

①長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・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。

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、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。

※患者へ選定療養を請求した際は、該当するレセプト電算コードをレセプトへ記載する

請求コード	コメント名称
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
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
820101326	剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断したため
820101320	長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異があるため

長期収載品の選定療養費の計算（イメージ）

XX錠１０ｍｇ（内服薬）、１日２錠 30日分に係る費用（自己負担率が３割の場合）は以下のとおり計算される。
ただし、「厚労省マスタ」における該当行は表のとおりとする。

薬価基準収載医薬品コード	品名	薬価	後発医薬品最高価格	長期収載品と後発医薬品の価格差の４分の１	保険外併用療養費の算出に用いる価格
●●●●	XX錠１０ｍｇ	100.0	49.3	12.68【a】	87.32【b】

A 「特別の料金」に係る費用

1．算定告示に基づき点数に換算
・所定単位（１剤１日分）あたり　12.68 円【a】× ２錠 = 25.36 円 ➡ ３点
・30 日分　３点 × 30 日 = 90 点
2．「特別の料金」に係る費用（※ 課税対象、消費税率 10%）
90 点 × 10（円/点）×（1+0.10）= **990 円**

B 選定療養を除く保険対象となる費用

（注）当該長期収載品に係る分
1．算定告示に基づき薬剤料に係る点数に換算
・所定単位（１剤１日分）あたり　87.32円【b】× ２錠 = 174.64 円 ➡ 17点
・30 日分　17点 × 30 日 = 510 点　※ 保険適用分点数
2．選定療養を除く保険対象となる費用
510 点 × 10（円/点）= **5100 円**

D 保険外併用療養費

B ×（1 − 自己負担率）
5100 円 ×（1 - 0.30）= **3570 円**

C 患者自己負担

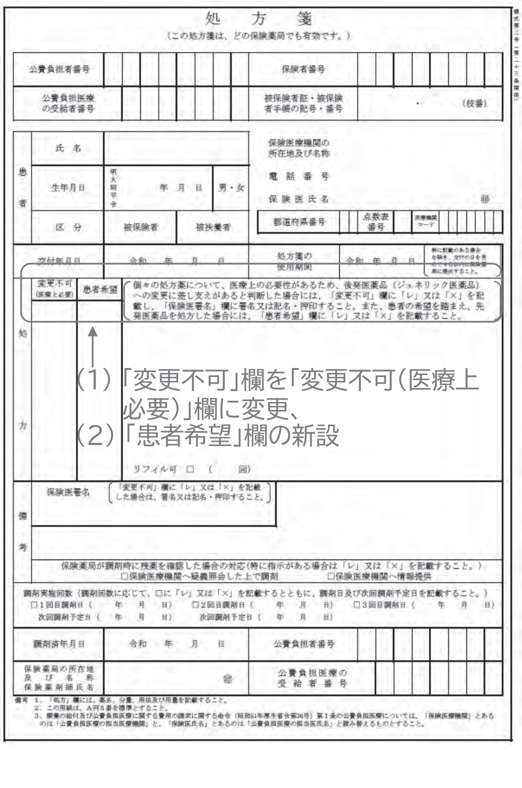
B × 自己負担率
5100 円 × 0.30 = **1530円**

E 患者負担の総額

A + C
990 円 + 1530 円 = **2520円**

【厚生労働省　後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の選定療養について】
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html
※【厚労省マスタ】→上記URLより「対象医薬品リストについて」欄より
ダウンロード可能

処方箋の様式変更



令和6年10月からの長期収載品の選定療養化に伴って処方箋の様式が変更された。

銘柄名で長期収載品を処方する場合で、医師が医療上の必要性があり、後発医薬品への変更には差し支えがあると判断した際には「変更不可（医療上必要）」欄にチェックまたは×印を品目ごとに記入し、「保険医署名」欄に署名または記名・押印する。

一方、患者の希望で長期収載品を処方する際には、「患者希望」欄にチェックまたは×印を品目ごとに記入することになる。

一般名処方を行う場合、「変更不可（医療上必要）」欄や「患者希望」欄にチェック等をしない。一般名処方の処方箋を薬局に持参した患者が長期収載品を希望した場合は、選定療養の対象になる。

疑義解釈（長期収載品）

Q 使用感など、有効成分等と直接関係のない理由で、長期収載品の医療上の必要性を認めることは可能か。

→基本的には使用感などについては医療上の必要性としては想定していない。なお、医師等が「医療上の必要性」に該当すると判断し、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であれば、保険給付となる。

Q 院内処方用の処方箋がない医療機関において「医療上の必要性」により長期収載品を院内処方して保険給付する場合、単に医師等がその旨の判断をすれば足りるのか。あるいは「医療上の必要性」について、何らかの記録の作成・保存が必要なのか。

→診療報酬請求書等の「摘要」欄に理由を選択して記載すること。

Q 院内採用品に後発医薬品がない場合は、「後発医薬品を提供することが困難な場合」に該当すると考えて保険給付してよいか。

→患者が後発医薬品を選択することが出来ないため、従来通りの保険給付として差し支えない。なお、後発医薬品の使用促進は重要であり、外来後発医薬品使用体制加算等を設けているところ、後発医薬品も院内処方できるようにすることが望ましい。

Q 在宅医療において、在宅自己注射を処方した場合も対象となるか。

→そのとおり。

疑義解釈（長期収載品）

Q 長期収載品の選定療養について、入院は対象外とされているが、入院期間中であって、退院間際に処方するいわゆる「退院時処方」については、選定療養の対象となるのか。

→留意事項通知において「退院時の投薬については、服用の日の如何にかかわらず入院患者に対する投薬として扱う」とされているところであり、入院と同様に取り扱う。

Q 医療保険に加入している患者であって、かつ、国の公費負担医療制度により一部負担金が助成等されている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

→今般、対象外の者は設けておらず、国の公費負担医療制度の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。

Q 医療保険に加入している患者であって、かつ、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療の対象となっている患者が長期収載品を希望した場合について、長期収載品の選定療養の対象としているか。

→今般、対象外の者は設けておらず、こども医療費助成等のいわゆる地方単独の公費負担医療が対象となっている患者が長期収載品を希望した場合についても、他の患者と同様に、長期収載品の選定療養の対象となる。なお、医療上必要があると認められる場合に該当する場合は、従来通りの保険給付として差し支えない。

疑義解釈（長期収載品）

Q　令和6年10 月1日前に処方された長期収載品であって、保険薬局に10月1日以降に処方箋が持ち込まれた場合は制度施行前の取扱いとなるのか。

→そのとおり。

Q　令和6年10 月1日前に処方された長期収載品であって、保険薬局に10月1日以降に2回目以降の調剤のためにリフィル処方箋や分割指示のある処方箋が持ち込まれた場合は制度施行前の取扱いとなるのか。

→そのとおり。

Q　「後発医薬品のある先発医薬品の処方等又は調剤に係る費用徴収その他必要な事項を当該保険医療機関及び当該保険薬局内の見やすい場所に掲示しなければならないものとする。」とされているが、掲示内容について参考にするものはあるか。

→院内及びウェブサイトに掲示する内容については、以下のURLに示すポスターを参考にされたい。

【厚生労働省　後発医薬品のある先発医薬品（長期収載品）の選定療養について】
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

疑義解釈（長期収載品）

Q　生活保護受給者である患者が長期収載品を希望した場合は、どのように取り扱うのか。

→生活保護受給者である患者が、医療上必要があると認められないにもかかわらず、単にその嗜好から長期収載品の処方等又は調剤を希望する場合は、当該長期収載品は医療扶助の支給対象とはならないため、後発医薬品処方等又は調剤を行うこととなる。なお、長期収載品の処方等を行うことに医療上必要があると認められる場合は、当該長期収載品は医療扶助の支給対象となる。

Q　生活保護受給者である患者が、単にその嗜好から長期収載品を選択した場合、「特別の料金」を徴収するのか。

→生活保護受給者である患者について、医療上の必要性があると認められず、かつ、保険医療機関又は保険薬局において後発医薬品を提供することが可能である場合は、長期収載品を医療扶助又は保険給付の支給対象として処方等又は調剤することはできないため、当該患者が単にその嗜好から長期収載品を希望した場合であっても、後発医薬品を処方等又は調剤することとなる。そのため、「特別の料金」を徴収するケースは生じない。

医薬品の安定供給に資する取組の推進

一般名処方加算の見直し

➢ 一般名処方加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

一般名処方加算１　７点　→　10点　　**一般名処方加算２　５点　→　8点**　　増点

[施設基準]
- 医薬品の供給状況等を踏まえつつ、一般名処方の趣旨を患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

後発医薬品使用体制加算・外来後発医薬品使用体制加算の見直し

➢ 後発医薬品使用体制加算及び外来後発医薬品使用体制加算について、医薬品の供給が不足等した場合における治療計画の見直し等に対応できる体制の整備並びに患者への説明及び院内掲示にかかる要件を設けるとともに、評価を見直す。

後発医薬品使用体制加算１　47点　→　87点　　**後発医薬品使用体制加算２　42点　→　82点**
後発医薬品使用体制加算３　37点　→　77点

[追加の施設基準]
- 医薬品の供給が不足した場合に当該保険医療機関における治療計画等の見直しを行う等、適切に対応する体制を有していること及び当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には入院患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

外来後発医薬品使用体制加算１ 5点　→　８点　　**外来後発医薬品使用体制加算２ 4点　→　7点**
外来後発医薬品使用体制加算３ 2点　→　５点

[追加の施設基準]
- 医薬品の供給が不足した場合に、医薬品の処方等の変更等に関して適切な対応ができる体制が整備されていること及び当該体制に関する事項並びに医薬品の供給状況によって投与する薬剤を変更する可能性があること及び変更する場合には患者に十分に説明することについて、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。

いわゆる同一敷地内薬局に関する評価の見直し

いわゆる同一敷地内薬局を有する医療機関に関する処方箋料の見直し

➢ 1月あたりの処方箋の交付が平均4,000回を超える医療機関が、当該医療機関の交付する処方箋による調剤の割合が９割を超える薬局と不動産取引等の特別な関係を有する場合の処方箋料の評価を見直す。

現行

【処方箋料】

1　向精神薬他剤投与を行った場合	28点
2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	40点
3　１及び２以外の場合	68点

改定後

【処方箋料】　減点
（対象医療機関の場合）

1　向精神薬他剤投与を行った場合	18点
2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	29点
3　１及び２以外の場合	42点

（対象医療機関以外の場合）

1　向精神薬他剤投与を行った場合	20点※
2　１以外の場合の他剤投与又は向精神薬長期処方を行った場合	32点※
3　１及び２以外の場合	60点※

※処方等に係る評価の再編に伴うもの

［対象医療機関］
- 以下の①～③のいずれにも該当する医療機関。

① 直近３月の処方箋を交付した回数が12,000回を超えること。
② 保険薬局(特別調剤基本料Ａを算定しているものに限る)と不動産取引等その他の特別な関係を有している保険医療機関であること。
③ 当該特別な関係を有する薬局の当該保険医療機関に係る処方箋による調剤の割合が９割を超えていること。

令和６年度診療報酬改定　Ⅲ－２　患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価－⑪

医療機関・訪問看護ステーションにおける明細書発行の推進

明細書無料発行の推進

- 現行、明細書の無料発行については、電子レセプト請求（オンライン請求・光ディスク等による請求）が義務付けられている病院、診療所及び薬局については、原則として明細書を発行しなければならないこととされているが、診療所であって、明細書交付が困難であることについて正当な理由※がある場合、当分の間、患者から求められたときに交付することで足りるとされる免除規定があり、また、訪問看護ステーションにおいては、明細書の発行は努力義務とされているところ。

- 現行の取扱いについて、患者から見て分かりやすい医療を実現する観点及び医療DXを推進する観点から以下のとおり見直す。

  ①**診療所（医科・歯科）における明細書無料発行の免除規定について、**診療報酬改定DXにおいて 検討されている標準型レセコンの提供等により、**全ての医療機関において明細書の発行が可能になった時期を目途として廃止する。**

  ②**訪問看護ステーションにおける明細書の発行について、令和６年６月（７月請求分）からオンライン請求が開始されることを踏まえ、現在努力規定となっている明細書の発行について義務化する。**
  なお、訪問看護療養費については、既に交付が義務づけられている領収証においては個別の項目毎の金額等の記載が求められていることに鑑み、**現在の領収証を領収証兼明細書として位置づける。**
  また、領収証兼明細書に変更するシステム改修に必要な期間を考慮し、令和７年５月31日までの経過措置期間を置く。

【※正当な理由】
①一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセコンを使用している場合
②自動入金機の改修が必要な場合

令和６年度診療報酬改定　Ⅲ－９　業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価－②

医療機関・薬局における事務等の簡素化・効率化

事務の簡素化・効率化

- 医療機関等における業務の効率化及び医療従事者の事務負担軽減を推進する観点から、施設基準の届出及びレセプト請求に係る事務等を見直す。

  - ◆ 施設基準の届出の際に添付を求めている保守管理の計画書や研修修了証の写し等について、**添付資料の低減等**を行う。
  - ◆ 施設基準の届出について、１つの施設基準につき複数の届出様式の提出を求めているものの様式の統廃合を行う。
  - ◆ レセプトの摘要欄に記載を求めている事項のうち、レセプトに記載されている情報等から確認できるもの、必要以上の記載項目と考えられるものについて、見直しを行う。

【現行】

記載事項	選択式コード	レセプト表示文言
（月の途中から乳幼児加算を算定しなくなった場合） 月の途中まで乳幼児であった旨記載すること。	820100005	月の途中まで乳幼児
（在宅患者訪問診療料（Ⅰ）又は（Ⅱ）を当該月に算定している場合） 当該往診を行った年月日を記載すること。	850100093	往診を行った年月日；（元号）yy”年“mm”月”dd”日”

⇒

【改定後】

記載不要

- 施設基準の届出について、現在主に紙で届け出ることとされている施設基準について**電子的な届出を可能にする**ことで、医療機関・薬局の届出業務の効率化を行う。

令和６年度診療報酬改定
経過措置

経過措置については、別途、告示、通知及び
「施設基準届出チェックリスト」を参照されたい。

御清聴ありがとうございました！

２．公費負担医療（東京都医療費助成制度等）の取扱い上の留意点について

①．㊎医療費助成制度

マル都等医療費助成制度

※ここでは指定難病（法別54）、小児慢性特定疾病（法別52）の医療費助成制度を含めてマル都等として説明します。

【１】都等医療費助成制度の目的

- 疾病治療の促進や治療研究の推進、患者の医療費負担の軽減など

- 患者などからの申請に基づき、審査を経て、認定された患者に対し、制度ごとに都医療券又は受給者証を交付

（以後は「医療券等」と略して説明します。）

【２】医療券等適用にあたっての注意事項

（１）都医療券等に記載された病名に対する診療であるか

・助成対象範囲は、いわゆる「疾病限定」

・副作用等に対する治療は助成対象外

ただし、ウイルス肝炎治療医療費助成制度では、認定された治療による軽微な副作用が発生し、当該治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療は助成対象

3

【２】医療券等適用にあたっての注意事項

（２）有効期間内に受けた治療であるか

・有効期間外に受けた治療は助成対象外
※有効期間は医療券等に記載されています。

・有効期間外の公費併用レセプト請求への対応

→医療機関へ過誤通知「公費負担医療費の請求・支払について」を送付し、当該レセプトの取下げと、公費をはずした保険単独レセプトでの再請求をお願いしています。

※「公費負担医療費の請求・支払について」という通知が届いた場合は上記対応をよろしくお願いします。

4

【２】医療券等適用にあたっての注意事項

（３） 医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療制度）または介護保険法が適用されているか

・保険外の負担や自費診療は助成対象外

・医療費等として助成する金額は、高額療養費相当額を除いた金額

→医療保険の自己負担限度額を超えた公費併用レセプトが提出された場合は、医療機関へ過誤通知「公費負担医療費の請求・支払について」を送付し、当該レセプトの取下げと特記事項欄を訂正しての再請求をお願いしています。

5

【２】医療券等適用にあたっての注意事項

（４）患者一部負担額の算定

・制度により患者一部負担額のないものと、限度額を設定しているものがある。所定の負担額を算定する。
※限度額は医療券等に記載

・難病、小児慢性及び肝炎の自己負担額は合算
→各医療機関における入院・外来・調剤等を合算し、月額自己負担限度額まで算定する。

⇒管理票で確認し、既に月額自己負担限度額に達していれば負担なし。
※ 限度額に達したあとも、管理票には記載が必要
（医療費総額のみ記載・押印し、その他の欄は斜線を引く。）

6

【２】受給者証等適用にあたっての注意事項

（５）有効期間の開始日が月の途中からとなる受給者証の取扱い

ア　外来の場合

・有効期間の開始日以降が助成対象

イ　入院の場合

・診療月内における有効期限の開始日以降の診療報酬点数に保険負担割合を乗じて求めた額が助成対象

※特殊医療（人工透析を必要とする腎不全）の留意点

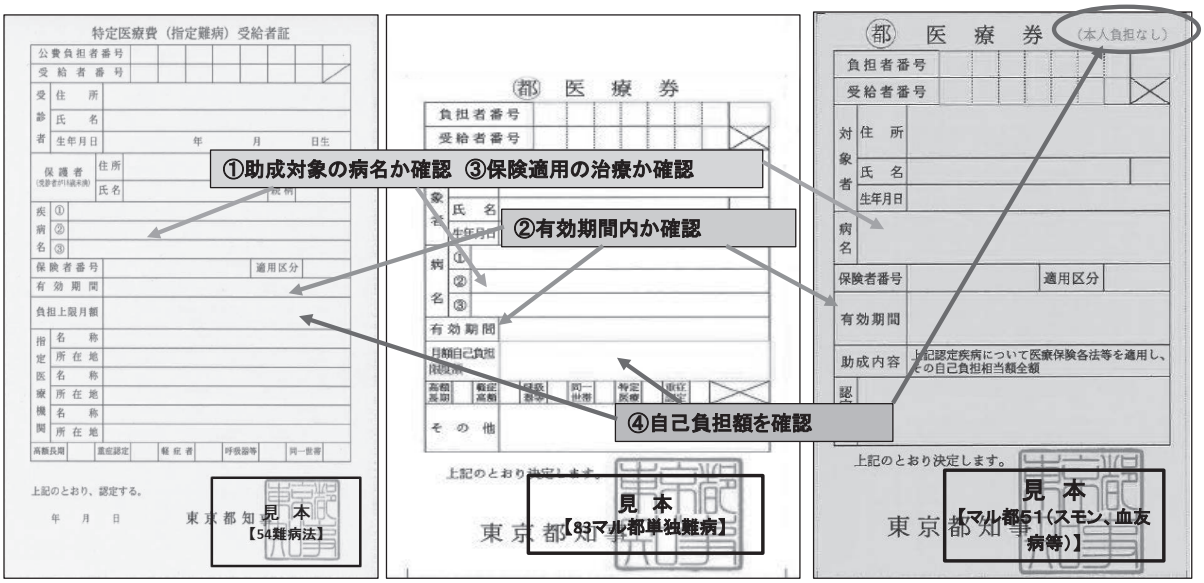
～特定疾病療養受療証（いわゆるマル長）の適用後の助成額の考え方～

<外来>認定日以降の実負担額を支給

（有効期間内のマル長の自己負担残額のみ助成）

<入院>1万円を限度に認定日以降の点数から換算して支給

医療券等の例と注意事項（まとめ）



【３】医療費の助成方法

(1)　現物給付

窓口での医療券等の提示で、患者一部負担額を軽減し、公費分を都へ請求する。

【請求方法】

①公費併用レセプト

②東京都負担医療費請求書等（10名連記式）

→保険単独レセプト＋公費分を所定用紙で都へ請求

※医療機関の窓口で(都)医療券を適用するには、東京都医師会、東京都歯科医師会、東京都薬剤師会に御加入になっているか、東京都と個別に契約していただく必要があります。（法別52、54の受給者証の方については契約は必要ありませんが、各制度の指定医療機関の指定を受ける必要があります。）

---

①公費併用レセプト記載上の注意事項（その１）

- **難病（法別54）及び小児慢性疾患（法別52）は、受給者証等に記載されている適用区分を確認し、レセプトの特記事項欄を正しく記載してください。**

- 受給者証等の適用区分が空欄の場合

〔69歳以下の方の場合〕

特記事項欄は空欄、摘要欄等に「区分不明のため」と記載。

〔70歳以上の方の場合〕

負担割合が1割又は2割の場合　⇒　負担区分の取扱は「エ」（Ⅲ）。

負担割合が3割の場合　⇒　負担区分の取扱は「ア」（Ⅵ）。

ただし、限度額適用認定証の提示があった場合は、限度額適用認定証の区分どおり記入。

①公費併用レセプト記載上の注意事項（その２）

- 医療券の認定条件欄に「特定疾病療養受療証も合わせて提示してください」と表示されているものは、必ず特定疾病療養受療証も確認し、特記事項欄に「02長」又は「16長2」と記載してください。

【対象】

人工透析を必要とする腎不全の医療券（負担者番号：82138009）を持つすべての方及び先天性血液凝固因子欠乏症等の医療券（負担者番号：51137016）をお持ちの一部の方

11

---

②東京都負担医療費請求書等（10名連記式）の対象

- 他道府県の国保・後期高齢と㊟医療券の負担者番号が「82・83・87」で始まるものとの併用
- 他の医療費助成制度の一部負担額を㊟医療券の負担者番号が「82・83・87」で始まるもので請求する場合（社保は併用レセプトで請求可）
- 介護保険と㊟医療券の負担者番号が「83」で始まるものとの併用

※負担者番号「38・51・52・54」は併用レセプトで請求が可能です。

12

【３】医療費の助成方法

（２）現金給付

窓口で医療券等が適用ができない場合に
ご本人が直接請求して返金を受ける方法

→「医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書」による還付申請

※申請には医療機関による証明（公費対象の診療の証明）が必要になります。領収書のみでは受け付けていません。ご協力よろしくお願いします。

13

※現金給付の対象

①受給者証等に記載された有効期間の開始日から
受給者証等が交付されるまでの間に支払った医療費

②東京都と契約していない医療機関等で支払った医療費

③ 医療保険の変更等により月額自己負担限度額が減額された受給者証等の交付を受けていたものが、減額後の受給者証等の交付を受けるまでの間に、旧受給者証等により患者一部負担金として支払った医療費

【還付請求に係る提出書類】
①・②⇒医療費支給申請書に医療機関の証明を受けて申請
③　⇒申請書に管理票のコピーと領収書の原本を添付
（医療機関の証明は不要）

14

※医療費支給申請書記載上の注意事項

- 有効期間外であるものは証明しない
- 助成対象の診療分のみ証明する
- 自己負担限度額を超えない場合は、患者の了承を得た上で証明する
- 医療機関コード、担当者名及び所属を必ず記入する

15

【４】公費負担医療費の優先適用

（１）各種医療保険が優先適用され、
その自己負担額を対象に助成

（２）二つ以上の公費負担の医療券等が
提示された場合

【複数公費の場合】
国制度（法律）＞ 都 ＞ 障・親・乳・子・青

２．公費負担医療（東京都医療費助成制度等）の取扱い上の留意点について

②．㊎以外の医療費助成制度

② 公費負担医療の取扱い上の留意点について（マル都以外）

東京都福祉局
生活福祉部医療助成課

㊟ 心身障害者医療費助成制度（マル障）

㊦ ひとり親家庭等医療費助成制度（マル親）

㊧ 乳幼児医療費助成制度（マル乳）

㊨ 義務教育就学児医療費助成制度（マル子）

㊩ 高校生等医療費助成制度（マル青）

■〈助成対象〉
- ➢ **医療に関する給付が行われた場合の医療費**
  ⇒医療保険の自己負担分を助成する。
- ➢上記4制度のうち、複数の制度の要件を満たす者であっても、**重複して受給者証を保持することはできない**（いずれかひとつ）。

■〈制度の実施主体〉
- ➢ マル障：東京都 ／ マル親乳子青：区市町村

（法別80）心身障害者医療費助成制度（マル障）

テキスト（P．80～）

【対象者】

・身体障害者手帳１級、２級（内部障害は３級まで）
・愛の手帳１度・２度
・精神障害者保健福祉手帳１級　※平成31年1月診療分から適用開始

➢対象除外

・生活保護受給者
・重度障害者になった年齢が65歳以上の方
・重度障害者になった年齢が65歳未満でも、65歳に達する日の前日までに申請しなかった方　など

【実施主体】

東京都
（受給者証の交付等の事務は区市町村窓口）

精神障害者の受給者証取扱いの留意事項

１　マル障の一斉更新時期（毎年９月）とは異なる有効期限の受給者証がある。

窓口で必ず、受給者証有効期限の確認をお願いいたします

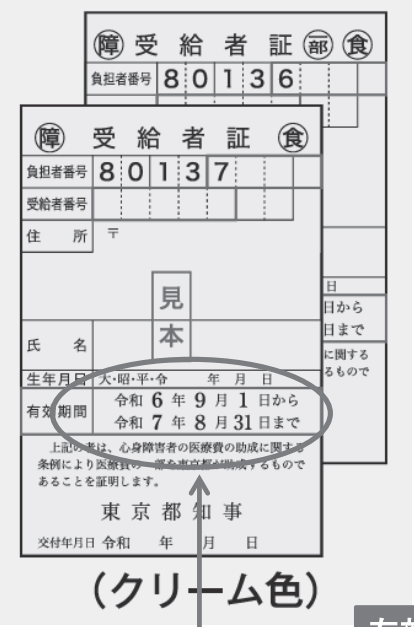
２　自立支援医療（精神通院医療）等、他公費と併用する場合

高額療養費の受給を受ける場合や、**他公費（自立支援医療（更生医療、精神通院医療等）等）をお持ちの場合は、それらを先に適用していただき、適用後なお自己負担分がある場合に、マル障の助成対象となります。**

他公費併用の場合は、他公費を優先適用

受給者証（心身障害者医療費助成制度）

➢9月1日更新（所得による更新）



負担者番号		80136＊＊＊	80137＊＊＊
一部負担金	負担割合	1割負担	一部負担なし
	負担上限額	・外来18,000円（年間上限 144,000円） ・入院57,600円（多数回 44,400円）	

※一部負担の有無は、負担者番号を確認してください。

➢年間上限・多数回該当となった場合は、「高額医療費」として、受給者本人に後で支給する仕組み。

➢医療機関窓口においては、上表の上限額（外来18,000円、入院57,600円）まで徴収してください。

有効期間を確認！
★精神手帳所持者の場合は、有効期限が一律ではない（各月の末日付）ので、必ず確認してください。

（法別81）ひとり親家庭等医療費助成制度（マル親）

テキスト（P. 89～）

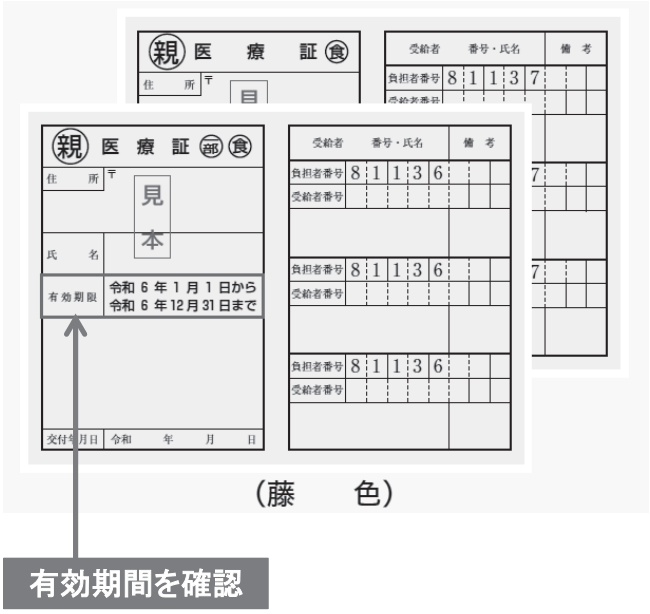
【対象者】
- ひとり親家庭等の母又は父
- 両親がいない児童などを養育している養育者
- ひとり親家庭等の児童又は養育者に養育されている児童

（18歳に達した年度の末日までの者（障害がある場合は20歳未満））

【対象除外】 （抄）
- 生活保護受給者
- 児童福祉施設等に措置により入所している者 ほか

【実施主体】
区市町村

医療証 （ひとり親家庭等医療費助成）



負担者番号	81136＊＊＊	81137＊＊＊
負担割合	1割負担	一部負担なし
負担上限額	・外来18,000円（年間上限 144,000円） ・入院57,600円（多数回 44,400円）	

➢年間上限・多数回該当となった場合は、「高額医療費」として、受給者本人に後で支給する仕組み。

➢医療機関窓口においては、上表の上限額（外来18,000円、入院57,600円）まで徴収してください。

■ 医療証は、1年交代で 「藤色」⇔「桃色」を使用
■ 医療証は、原則、世帯証として交付される（例外あり）

7

（法別88）乳幼児医療費助成制度（マル乳）

テキスト（P．97～）

【対象者】

義務教育就学前までの乳幼児を育てている保護者
（6歳に達する日以後の最初の3月31日の間にある乳幼児）

【対象除外】 （抜粋）

・生活保護を受けている者（乳幼児）
・児童福祉施設等に措置により入所している乳幼児 ほか

【実施主体】 区市町村

医療証（乳幼児医療費助成制度）

★毎年10月1日更新

■ 医療証は1年交代で、
「淡い緑」⇔「淡いオレンジ」を使用

負担者番号一覧はテキスト(P.101～)

負担者番号
88132＊＊＊ 88138＊＊＊
一部負担なし

（法別88）義務教育就学児医療費助成制度（マル子）

テキスト(P. 104～)

【対象者】

小学1年生から中学3年生までの義務教育就学期にある児童を養育している者

【対象除外】 （抜粋）

・生活保護受給者

・児童福祉施設等に措置により入所している 等

【実施主体】 区市町村

【助成範囲】

一部負担の徴収方法については、テキストP.108

診療種別＼負担者番号	88131＊＊＊ 88134＊＊＊	88135＊＊＊ 88137＊＊＊
入院 調剤 訪問看護	一部負担金なし　※入院時食事療養標準負担額は自己負担です。	
通院 （施術を含む）	1回につき200円（上限） **（徴収方法）** ◆1日のうちに同一医療機関に2回通院した場合でも1回分だけ徴収。	一部負担金なし

10

（法別89）高校生等医療費助成制度（マル青）

テキスト（P. 112～）

【対象者】

15歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある高校生等（高校に在学していない者含む）を養育している者

【対象除外】 （抜粋）

・生活保護受給者

・児童福祉施設等に措置により入所している 等

【実施主体】 区市町村

一部負担の徴収方法については、テキストP.116

【助成範囲】 **※負担者番号がマル乳・マル子（法別88）とは異なります。**

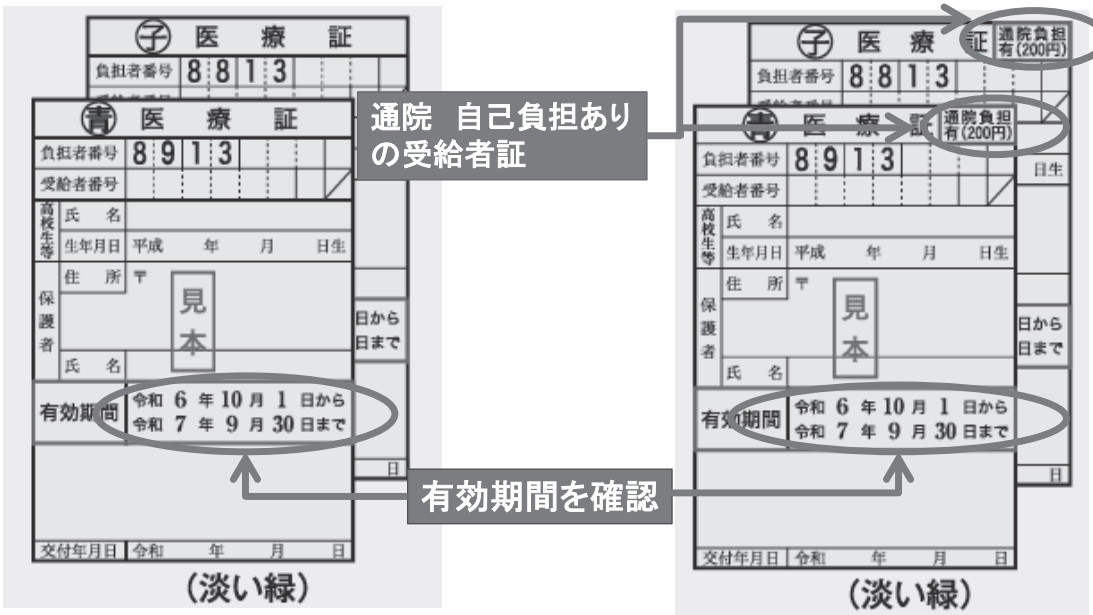
診療種別＼負担者番号	89131＊＊＊ 89134＊＊＊	89135＊＊＊ 89137＊＊＊
入院 調剤 訪問看護	一部負担金なし　※入院時食事療養標準負担額は自己負担です。	
通院 （施術を含む）	1回につき200円（上限） **（徴収方法）** ㋮義務教育就学児医療費助成と同じ方法です。 ◆1日のうちに同一医療機関に2回通院した場合でも1回分だけ徴収。	一部負担金なし

11

医療証 （義務教育就学児・高校生等医療費助成制度）

★毎年10月1日更新

※医療証の右上に「通院負担有200円」とある場合は、通院について自己負担があります。



■ 医療証は1年交代で、「淡い緑」⇔「淡いオレンジ」を使用

受給者が都内国保・都内後期高齢の被保険者、社保の被保険者・被扶養者の場合

★　保険給付分と助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

注　意

●**都外国保の方**
（他道府県の市町村国保及び国保組合）
●**都外後期高齢者医療の方**
（他道府県の広域連合）

併用レセプトでの請求はできません

・この場合は、窓口では助成制度を適用せず、医療保険の自己負担額を徴収してください。
・保険分のみをレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱いとなります

難病(54)・小慢(52)と マル障(80)・マル親(81)(一部負担有)の3併について

難病助成・小慢で一部負担額が発生する場合に、マル障・マル親が助成し、総点数の１割（ただし、当該受診の難病助成・小慢上限まで)が窓口での自己負担となります。
受診ごと難病助成・小慢の一部負担額まで１割を徴収し、難病助成・小慢の一部負担額が発生しない場合は徴収しません（累計での徴収はしません）。

■医療保険一部負担３割、難病助成・小慢上限額 5,000 円、マル障・親一部負担１割の場合
難病助成・小慢の一部負担額をマル障・マル親が助成（総点数の１割(当該受診の難病・小慢上限まで)は自己負担）

診療	総点数	医療保険		難病助成・小慢		マル障課税・マル親課税		
		保険給付	一部負担	助成	一部負担	助成	一部負担	考え方
１日目	2,200 点	15,400 円	6,600 円	2,200 円	4,400 円	2,200 円	2,200 円	１割負担
２日目	1,000 点	7,000 円	3,000 円	2,400 円	600 円	0 円	600 円	1割のうち難病上限まで
３日目	2,000 点	14,000 円	6,000 円	6,000 円	0 円	0 円	0 円	
４日目	5,000 点	35,000 円	15,000 円	15,000 円	0 円	0 円	0 円	
合　計	10,200 点	71,400 円	30,600 円	25,600 円	5,000 円	2,200 円	2,800 円	

【公費適用の順番】
①主保険(国保・社保)
↓
②難病等(54・52)
※54・52の負担上限まで
↓
③マル障・親
(80・81)
※80・81の一部負担ありの場合は、当該診療の『総点数の1割分は患者負担』となる。

難病助成・小慢自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

【難病・小慢の自己負担上限管理票の記入】
・②難病・小慢を適用した結果の一部負担までを記入する。
・実際は難病の次にマル障等を適用して、本人負担額はさらに低いものだったとしても、これは管理票の対象外（別制度）のものなので、管理票には記入しない。

小慢(52)と
マル子(88)・マル青(89)(一部負担有)の3併について

○マル子・マル青は、小慢等の一部負担金が発生した受診に限り、通院一部負担金を徴収する。ただし、その額は、当該受診ごとの小慢等の一部負担金までとする。

(例) 小慢、自己負担上限額 5,000 円 (一般所得Ⅰ)

診療	点数 (保険/52/88or89)	第1公費 小慢(52) 一部負担金	第2公費 マル子(88131,88134) マル青(89131,89134) 一部負担金	マル子(88131,88134) マル青(89131,89134) 一部負担金(通院1回200円)徴収方法
1日目	1,200 点	2,400 円	200 円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(200円徴収2,200円助成)
2日目	1,250 点	2,500 円	200 円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(200 円徴収 2,300 円助成)
3日目	2,000 点	100 円	100 円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(100 円徴収・助成額なし)
4日目	1,000 点	0 円	0 円	当該受診の小慢一部負担金が発生していないためマル子・マル青負担金・助成額なし
合 計	5,450 点	①5,000 円	②500 円	

自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

マル子・マル青助成＝①5,000 円－②500 円＝4,500 円(自己負担 500 円)

【公費適用の順番】
①主保険(国保・社保)
↓
②小慢(52)
※52の負担上限まで
↓
③マル子・青
(88・89)
※88・89の一部負担有の場合は、当該診療の『小慢一部負担金を限度に、200円分(上限)は患者負担』となる。

【難病・小慢の自己負担上限管理票の記入】
・②小慢を適用した結果の一部負担までを記入する。
・実際は小慢の次にマル子・青を適用して、本人負担額はさらに低いものだったとしても、これは管理票の対象外(別制度)のものなので、管理票には記入しない。

＜お願い＞

★ 診療等の際には、受給者証・医療証の有効期間等を必ずご確認ください。

制度	更新月
(80) マル障	9月
(88) マル乳・マル子	10月
(89) マル青	
(81) マル親	1月

◇ ホームページのご案内

■ 東京都福祉局トップ
⇒ 分野別のご案内 ⇒『 生活の福祉 』 ⇒『 医療助成 』

■ 検索サイト 東京都 医療助成 で検索

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/index.html

16

１３	㊟心身障害者医療費助成制度		
法別番号	８０	区　　分	心身障害者（児）医療（㊟）
取扱医療機関等	契約医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	以下のいずれにも該当する方 (1)　身体障害者手帳１級・２級（内部障害については３級まで）、愛の手帳１度・２度又は精神障害者保健福祉手帳１級を持っている方 (2)　一定所得額以下の方 (3)　医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方 ただし、生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者、一部の施設入所者、重度障害者になった年齢が満65歳以上の方、満65歳以上で新規に申請する方、後期高齢者医療の被保険者（住民税非課税者を除く。）を除く。		
申請の手続	本人の住所地（都内区市町村から介護給付費が支給されている施設入所者は介護給付費の給付元。都又は児童相談所設置市から障害児入所給付費が支給されている施設入所児は保護者住所地）の区市町村の担当課に申請する。		
認定期間	原則として、申請日の属する月の初日からその日以降の直近の８月31日まで。 更新の場合は９月１日から翌年の８月31日まで。ただし、精神障害者は、当該期間中に精神障害者保健福祉手帳の有効期限が到来する場合は、当該手帳の有効期限満了の日まで。		
公費負担額	医療保険の自己負担額から高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に準じた一部負担金（１割負担、月額上限入院 57,600円（多数回該当 44,400円）、外来 18,000円（年間上限 144,000円））を控除した額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない（住民税非課税者は、医療保険の自己負担額から入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を控除した額を助成する。）。 **→　認定された方は、** (1)　下記(2)以外の方は、高確法に準じた一部負担金及び入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。 (2)　住民税非課税者は、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	心身障害者の医療費の助成に関する条例		
問合せ先	［申請窓口］ 各区市町村心身障害者医療担当課 ［施策関係］ 福祉局生活福祉部医療助成課助成担当　(5320)4571		

1. 概要

心身障害者（児）の保健の向上と福祉の増進を図ることを目的として、東京都が医療費の一部を助成する制度で、昭和49年7月1日から実施している。（注）「障」と書いて「マルショウ」と略称する。

2. 認定期間

ア　受給者証の有効期間は、9月1日から翌年の8月31日までの1年間であり、毎年9月1日に更新する。

イ　精神障害者保健福祉手帳による受給者は、アの期間内に手帳の有効期日が到来する場合には、当該手帳の有効期限までが認定期間となる。

3. 受給者証

4. 医療機関での取扱い

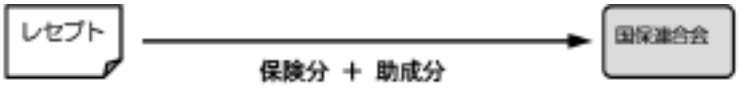
(1) 受給資格の確認及び請求

医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」の提示を受け、受給資格を確認する。（両証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いは行わない。）

患者から障の一部負担金（ 5. 参照）を徴収のうえ、助成額を審査支払機関に請求する。

(2) 対象者が都内国民健康保険または都内後期高齢者（食の表示のある受給者証のみ）の被保険者の場合（都外国保、都外後期高齢の場合は、下記注意のとおり）

医療機関は、保険給付分・障助成分とも診療報酬明細書（公費併用レセプト）を使用し国保連合会へ請求する。東京都は、国保連合会を通し医療機関に障助成分を支払う。



保険給付分と助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

注意　都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）都外後期高齢者医療（他道府県の広域連合）の場合

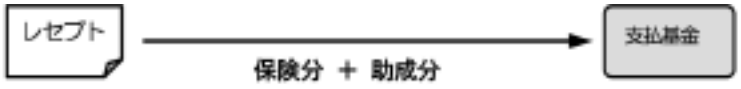
都外国保・都外後期高齢の場合は併用レセプトでの請求はできません。

この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。

保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

(3) 対象者が社保の被保険者又は被扶養者の場合

医療機関は、保険給付分・障助成分とも診療報酬明細書（公費併用レセプト）を使用し支払基金へ請求する。東京都は、支払基金を通し医療機関に障助成分を支払う。



保険給付分と助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

(4) 対象者が、他の公費負担医療制度（自立支援医療等）に該当し一部負担金が㊕制度の一部負担金より高額の場合

自立支援医療等の一部負担金が㊕制度の一部負担金より高額の場合には、その差額分について㊕制度で助成を行う。医療機関は、３者併用（保険＋自立支援医療等＋㊕）の診療報酬明細書を作成し請求する。

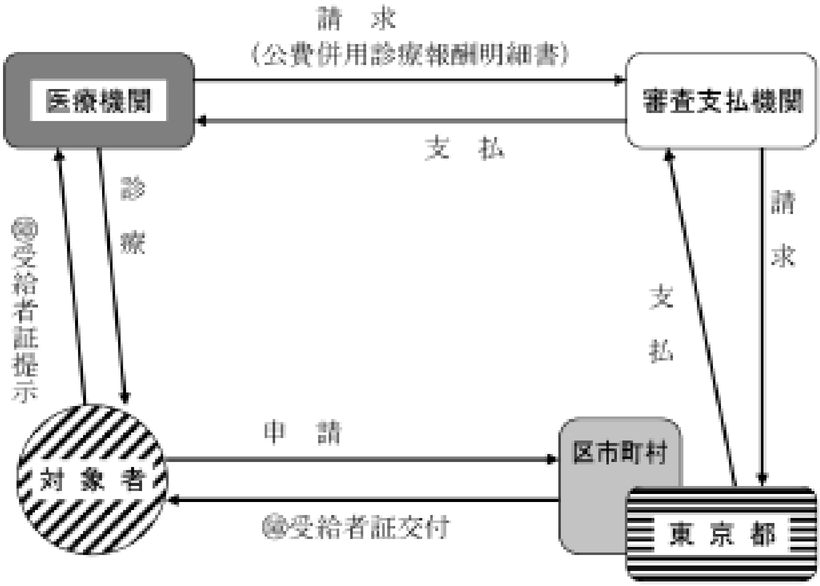
(5) 高額療養費の現物給付がある場合
（入院等で、窓口において限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示され、高額療養費を現物給付する場合）

医療機関は、診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。P.287 以降を参照してください。

(6) 対象者が受給者証を提示しなかった場合や保険が現金給付となる場合

対象者が医療機関の窓口で医療費を支払った後、区市町村に医療助成費支給申請書を提出し、現金給付を受ける。

(7) ㊕心身障害者医療助成費の支払チャート（現物給付分）



5. 一部負担金

(1)「㊀、㊎の表示のある受給者証（負担者番号 80136・・・）」（前年度の住民税が課税世帯）

外来は、１割負担とし１か月 18,000 円（※１）（年間上限 144,000 円※2）を上限とする。入院は、１か月 57,600 円（多数回該当 44,400 円※3）を上限とする。医療機関の窓口では、医療機関ごとに、レセプト単位で上限額までを徴収する。（一部負担金の合計が月の上限を超える場合、６．の高額医療費として対象者に支給される。）

なお、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、助成対象外。

※１　令和元年８月診療分より 18,000 円。令和元年７月診療分までは１か月 14,000 円上限となる。

※２　外来療養にかかる年間上限：１年間の外来療養にかかる一部負担額（月の高額医療費が支給されている場合は、支給後の額）の合計が、年間上限額（144,000 円）を超えた場合は、超過した分を年間の高額医療費として支給。年間上限額の算定期間は、８月１日から翌年の７月 31 日までの期間について行う。

※３　多数回該当：月の高額医療費の支給対象となった回数が、対象となる療養を受けた月以前の 12 か月間に３回以上ある場合は、４回目以降は上限額が軽減され、44,400 円を超える金額を月の高額医療費として支給する。

注意　多数回該当及び外来療養に係る年間上限額の扱いについて
マル障制度は、医療機関窓口負担額が負担上限額を超えた場合、その超えた金額を「高額医療費（6.参照)」として、受給者本人に支給する仕組み。多数回該当及び外来療養に係る年間上限額は、この仕組みにより都から受給者本人に高額医療費として支給する。
従って、医療機関窓口においては、外来 18,000 円、入院 57,600 円まで徴収してください。

(2)「㊎の表示のある受給者証（負担者番号 80137・・・）」（前年度の住民税が非課税世帯）

入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額のみ負担。

6. 高額医療費

対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合及び同一の世帯に属する複数の㊕対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合、その超えた金額を「高額医療費」として区市町村から対象者に支給する。

「外来のみの場合」…18,000 円を超えた金額及び年間上限額 144,000 円を超えた金額を支給する。

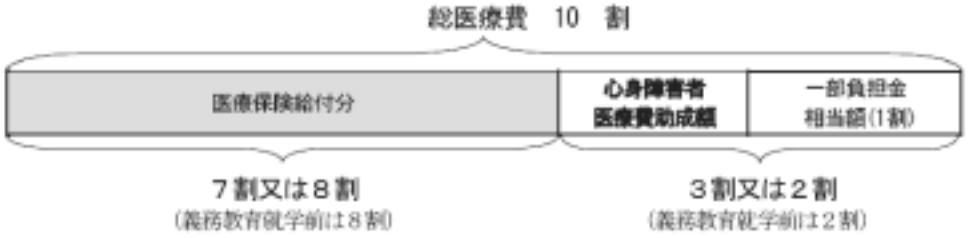
「入院がある場合や他の受給者との合算がある場合」…57,600 円（多数回該当の場合は 44,400 円）を超えた金額を支給する。

7. 助成額

健康保険各法の規定による医療の給付が行われた場合の医療費のうち、対象者が負担する額から㊁制度の一部負担金を控除した額。入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない。（以下　例１～例９参照）

例１　住民税課税者（高齢受給者証所持者を除く。）

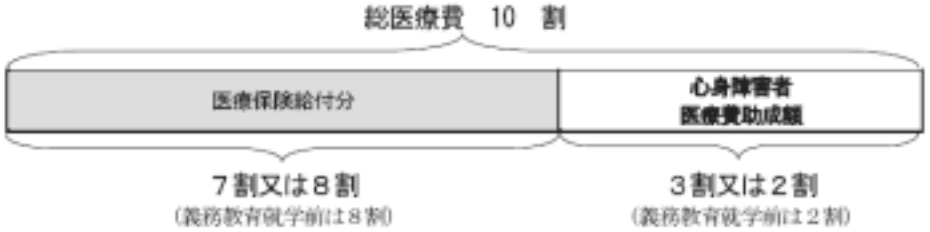
【入院外】



【入院】

例２　住民税非課税者（高齢受給者証所持者及び後期高齢者医療の被保険者を除く。）

【入院外】

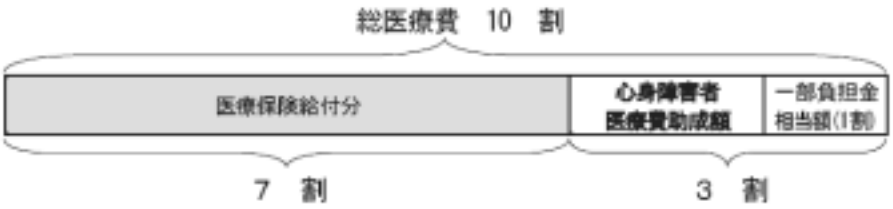


【入院】

【公費負担医療の手引より抜粋】

例３　高齢受給者証（現役並み所得者）所持者（70 歳以上 75 歳未満）の住民税課税者

【入院外】

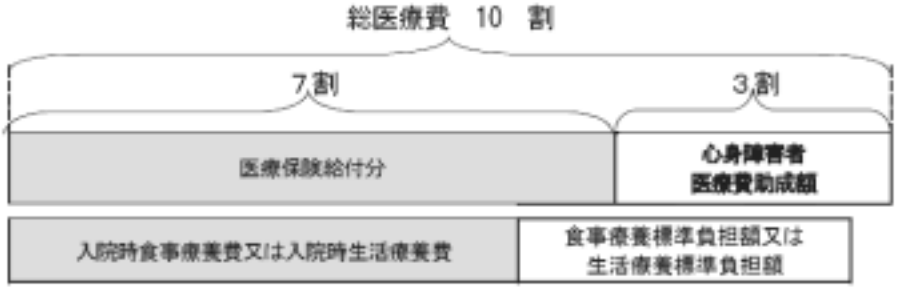


【入院】

例４　高齢受給者証（現役並み所得者）所持者（70 歳以上 75 歳未満）の住民税非課税者

【入院外】

【入院】

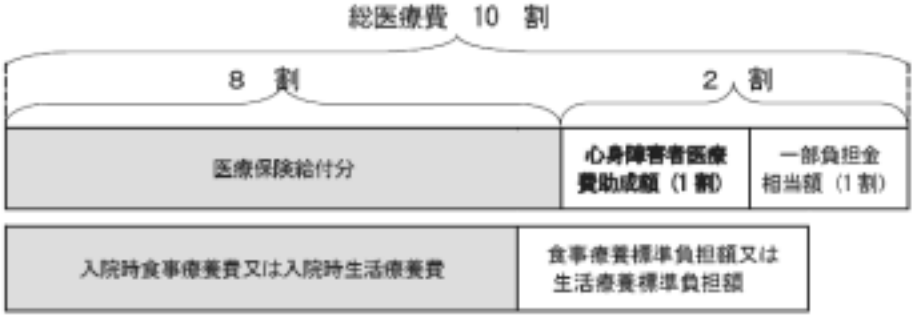


【公費負担医療の手引より抜粋】

例５　高齢受給者証（現役並み所得者除く）所持者（70 歳以上 75 歳未満）の住民税課税者

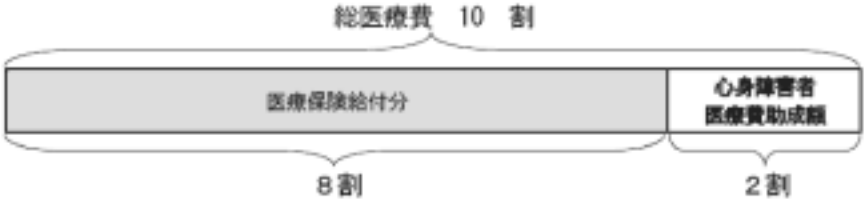
【入院外】

【入院】



例６　高齢受給者証（現役並み所得除く）所持者（70 歳以上 75 歳未満）の住民税非課税者

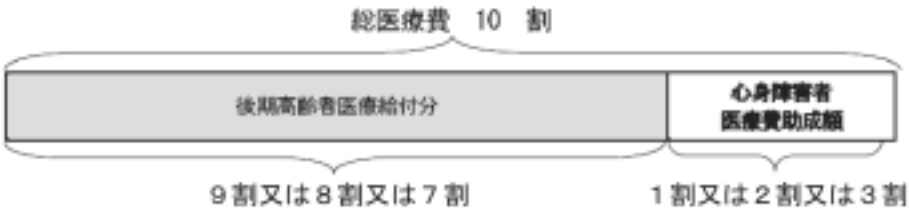
【入院外】



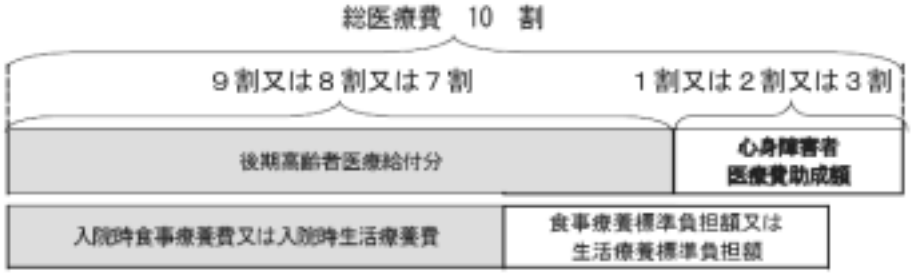
【入院】

例７　後期高齢者医療の被保険者（住民税非課税者）

【入院外】

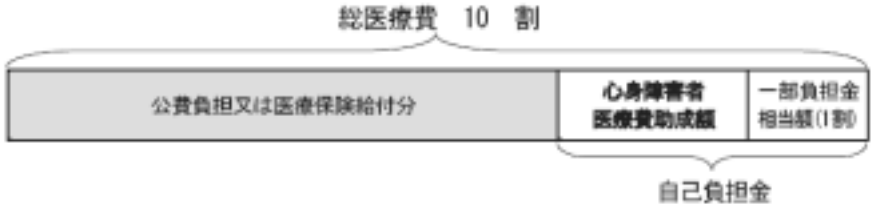


【入院】



例８　自己負担金がある公費負担医療適用者の住民税課税者

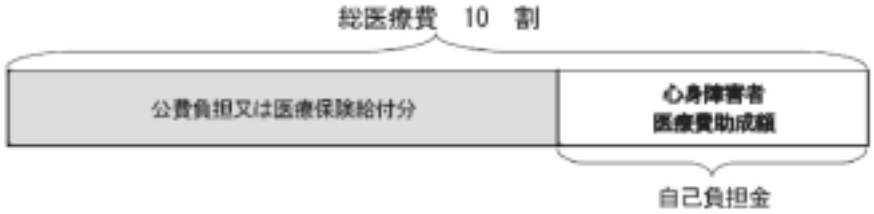
【入院外】



【入院】

例９　自己負担金がある公費負担医療適用者の住民税非課税者

【入院外】



【入院】

※　高額療養費の支給または付加給付がある場合には、実質の保険給付割合は例１～例９の率と異なる。

8. 他の医療制度との関係

㊍制度は、医療保険各法の支給があった場合について、その一部負担金から㊍制度の一部負担金を控除した額を助成する制度である。

東京都の条例に基づく制度であるので、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、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、障害者総合支援法等の法律に基づく給付及び難病医療等の疾病限定的な他公費制度による給付を優先させる。

国制度（法律）＞ ㊎ ＞ ㊍「80」、㊐「81」、㊑・㊒「88」、㊓「89」

※ ㊍・㊐・㊑・㊒・㊓は、併用して使用できない。（いずれか一制度の受給者証等を発行）

問合せ先　東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 助成担当 ☎5320-4571

１４	㊊ひとり親家庭等医療費助成制度		
法別番号	８１	区　分	ひとり親家庭等医療（㊊）
取扱医療機関等	契約医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	以下のいずれにも該当する方 １　次のいずれかに該当する方 (1)　ひとり親家庭の父又は母及び児童 (2)　養育者及び養育者が養育するひとり親家庭等の定義に掲げる児童 （児童とは、満 18 歳に達した年度の末日（障害のある場合は 20 歳未満）までの方をいう。） ２　一定所得額以下の方 ３　医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方。ただし、生活保護を受けている方、施設等に措置により入所している方等を除く。		
申請の手続	対象者の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認定期間	申請のあった日から、その日以降の直近の 12 月 31 日まで。更新の場合は 1 月 1 日から 12 月 31 日まで。ただし、18 歳児については終期が 3 月 31 日（児童に障害がある場合には 20 歳の誕生日の前日）となる。		
公費負担額	医療保険の自己負担額から高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に準じた一部負担金（1 割負担、月額上限入院 57,600 円（多数回該当 44,400 円）、外来 18,000 円（年間上限 144,000 円））を控除した額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない（住民税非課税世帯は、医療保険の自己負担額から入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を控除した額を助成する。）。 **→　認定された方は、** (1)　下記(2)以外の方は、高確法に準じた一部負担金及び入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。 (2)　住民税非課税世帯は、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定するひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例等		
問合せ先	［認定・給付関係］ 各区市町村ひとり親家庭等医療担当課 ［施策関係・制度運用］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当　(5320)4282		

【公費負担医療の手引より抜粋】

1. 概要

ひとり親家庭等の保健の向上と福祉の増進を図るため、都内の各区市町村が、ひとり親家庭等に対して医療費の一部を助成する制度で、平成２年４月から実施されている。(注)「(親)」と書いて「マルオヤ」と略称する。

2. 認定期間

(親)医療証の有効期間は、各年の１月１日から 12 月 31 日までの１年間であり、その更新月日は、各年の１月１日である。

なお、ひとり親家庭等の一部の者が年の途中で資格が消滅する場合は、資格が消滅する者の備考欄に「○月○日まで有効」と表示されている。

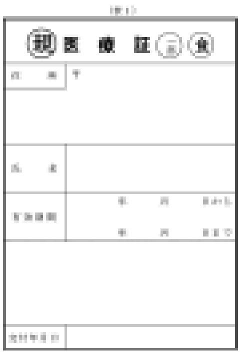
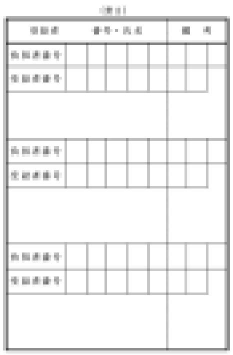
3. 医療証

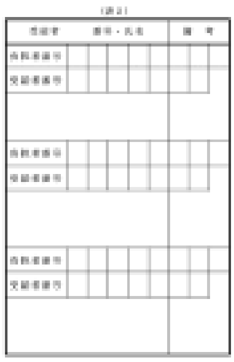
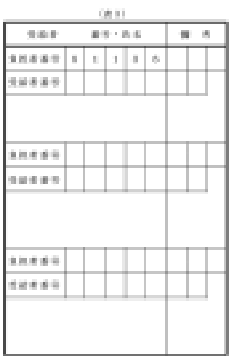
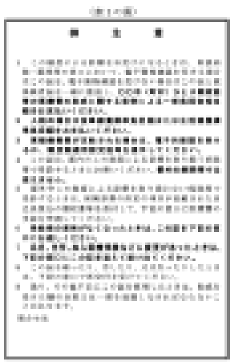
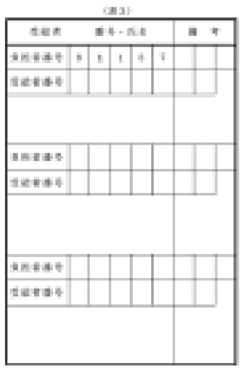
医療費の助成を受けようとするひとり親等は、その家庭に属する対象者について、住所地の区市町村長に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「(親)医療証」の交付を受ける。

様式は(一部)(食)表示証（一般世帯）と(食)表示証（住民税非課税世帯）の２種類である。

(親)医療証は世帯証であり、個人証の(障)心身障害者医療費助成制度、(乳)乳幼児医療費助成制度とは、異なっている。

なお、後期高齢者医療制度の被保険者又は高齢受給者（前期高齢者）に該当する者（住民税非課税世帯、２割証・３割証の場合にのみ(親)が適用）については、備考欄に[後期高齢適用者]・[高齢受給者]と表示されている。

4. 公費負担

(1) 現物給付

対象者は、健康保険証と㊊医療証を医療機関の窓口に提出する。医療機関の窓口では、患者負担分（㊊制度の一部負担金・入院時食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額）がある場合は、これを徴収する。助成する医療費は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。

(2) 現金給付

対象者が、受診の際に医療機関の窓口へ㊊医療証を提示しなかったとき、保険の療養費が支給されるとき及び都外の国保加入者・都外後期高齢加入者の場合は、対象者が一旦医療機関の窓口で自己負担分を支払い、後日区市町村に申請（保険給付決定通知書、領収書提出）のうえ、現金給付を受ける。この事業の実施主体は、都内の各区市町村である。

5. 医療機関での取扱い

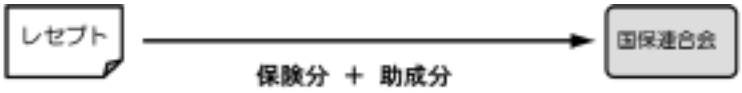
(1) 受給資格の確認

医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」（電子資格確認を受ける場合は「受給者証」）の提示を受け、受給資格を確認する。証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いは行わない。

(2) 対象者が都内国民健康保険または都内後期高齢者の被保険者の場合（都外国保、都外後期高齢の場合は、下記注意のとおり）

医療機関は、保険分、㊊制度助成分とも、診療報酬明細書（公費併用レセプト）を使用して、都内国保または都内後期高齢の場合は国保連合会へ請求する。

※　月の途中で資格の取得または消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。



保険給付分と助成分を１枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

注意　都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）都外後期高齢者医療（他道府県の広域連合）の場合

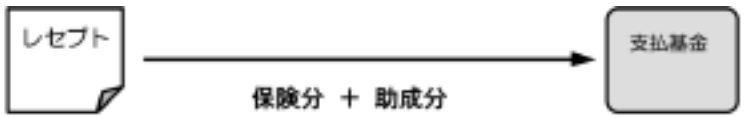
都外国保・都外後期高齢の場合は併用レセプトでの請求はできません。

この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

(3) 対象者が社保の被保険者又は被扶養者の場合

医療機関は、保険分、㊊制度助成分とも、診療報酬明細書（公費併用レセプト）を使用して、支払基金へ請求する。

※　月の途中で資格の取得または消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。



保険給付分と助成分を１枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

(4) 対象者が、他の公費負担医療制度に該当し、かつ㊊制度の助成がある場合

医療機関は、保険分、他の公費負担医療分、㊊制度助成分とも診療報酬明細書（公費３者併用レセプト）を使用し、都内国保及び都内後期高齢者分は国保連合会へ、社保分は支払基金へ請求する。

(5) 高額療養費の現物給付がある場合

入院等で、窓口において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が提示され、高額療養費を現物給付する場合には、診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

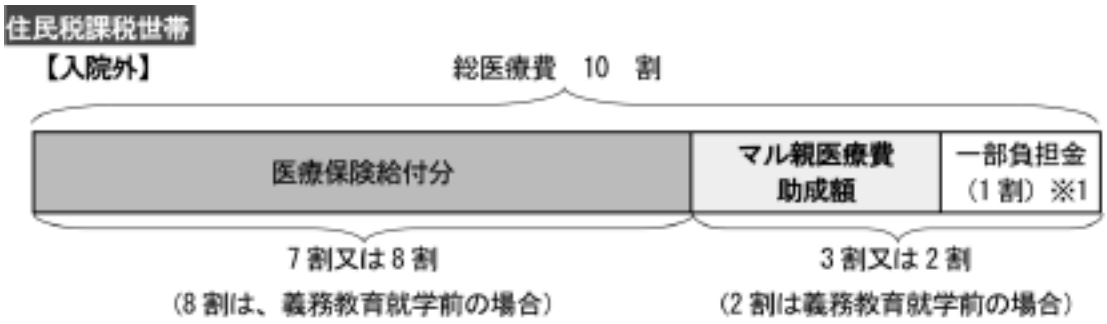
6. 助成額（一部負担金）

区市町村は、国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額から、㊊制度の一部負担金を控除した額を助成する（住民税非課税世帯は、一部負担金はない）。

(1)「㊀、食の表示のある医療証（負担者番号 81136〇〇〇）」（前年度の住民税が課税世帯）

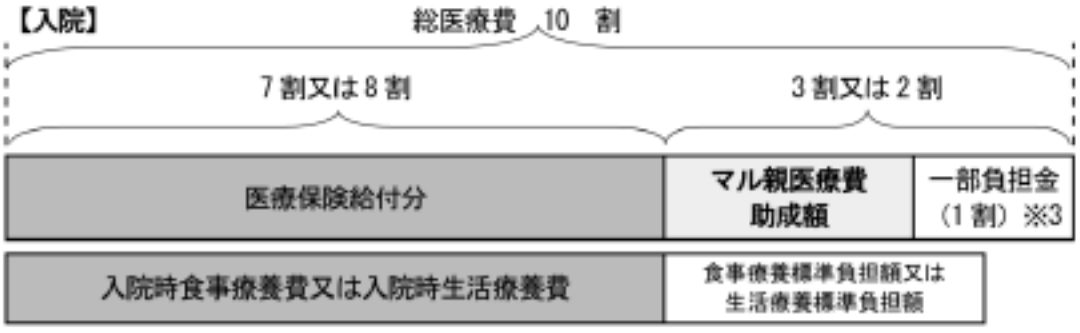
外来は、１割負担とし１か月 18,000 円（※１）（年間上限 144,000 円※２）を上限とする。入院は、１か月 57,600 円（多数回該当　44,400 円※３）を上限とする。医療機関の窓口では、医療機関ごとに、レセプト単位で上限額までを徴収する。（一部負担金の合計が月の上限を超える場合、対象者からの申請により、下記（３）の高額医療費として、対象者に支給される）

なお、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、助成対象外。



※１　入院外は１か月 18,000 円を上限とする。（令和元年８月診療分より。令和元年７月診療分までは１か月 14,000 円上限。また、年間上限 144,000 円※2）

※2　外来療養にかかる年間上限:
1年間の外来療養にかかる一部負担額(月の高額医療費が支給されている場合は、支給後の額)の合計が、年間上限額(144,000 円)を超えた場合は、超過した分を年間の高額医療費として支給。年間上限額の算定期間は、8月1日から翌年の7月31日までの期間について行う。



※3　入院は、１か月 57,600 円（多数回該当　44,400 円※4）を上限とする。
なお、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、助成対象外。
所得状況等に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

※4　多数回該当:
月の高額医療費の支給対象となった回数が、対象となる療養を受けた月以前の12か月間に3回以上ある場合は、4回目以降は上限額が軽減され、44,400 円を超える金額を月の高額医療費として支給する。

注意　多数回該当及び外来療養に係る年間上限額の扱いについて
多数回該当及び外来療養に係る年間上限額は、対象者本人からの申請により、区市町村から本人に高額医療費として支給する。

(2)「食の表示のある受給者証（負担者番号 81137〇〇〇）」（前年度の住民税が非課税世帯）

入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額のみ負担。

(3) 高額医療費

対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合及び同一の世帯に属する複数の親対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合、対象者からの申請により、その超えた金額を「高額医療費」として区市町村から対象者に支給する。

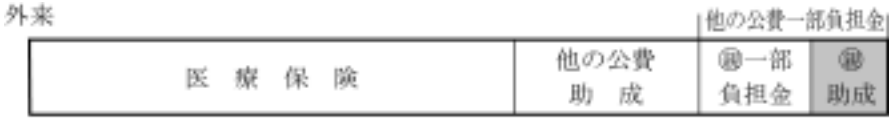
「外来のみの場合」…18,000 円を超えた金額及び年間上限額 144,000 円を超えた金額を支給する。

「入院がある場合や他の受給者との合算がある場合」…57,600 円（多数回該当の場合は 44,400 円）を超えた金額を支給する。

7. 他の医療制度との関係

親制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等法に基づく公費負担医療制度の給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない。（他の公費負担医療制度の給付を優先する）また、都公費負担医療制度と親制度の関係も同様に都公費負担医療制度を優先する。生活保護法による被保護者は親制度の対象とならない。

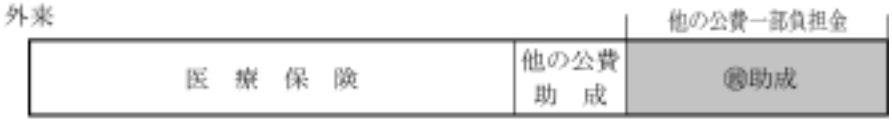
(1)「一部、食表示証（一般世帯）の場合」負担者番号 81136〇〇〇



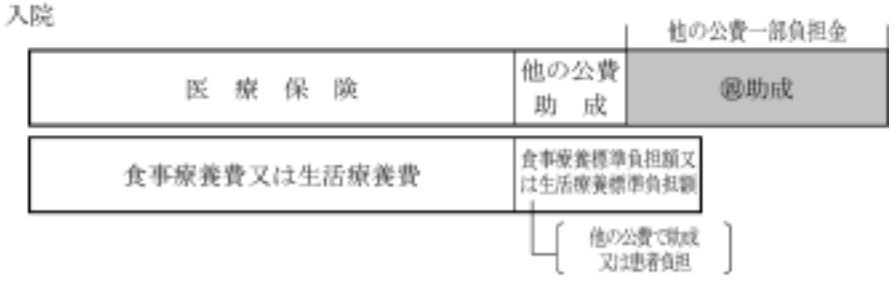
※ 他の公費負担医療制度の一部負担金 － 親一部負担金（患者負担） ＝ 親で助成

※ 他の公費負担医療制度の一部負担金 － 親一部負担金（患者負担） ＝ 親で助成

(2)「食表示証（住民税非課税世帯）の場合」負担者番号 81137〇〇〇



※ 他の公費負担医療の一部負担金を親で助成



※ 他の公費負担医療の一部負担金を親で助成

ひとり親家庭医療費助成制度　区市町村担当課・負担者番号一覧

2023 年 10 月 1 日現在

区市町村	担当部課・電話番号	(一部)(食) 負担者番号								(食) 負担者番号							
		法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
千代田区	子ども部子育て推進課手当・医療係 03（5211）4230	8	1	1	3	6	0	1	2	8	1	1	3	7	0	1	0
中央区	福祉保健部子育て支援課子育て支援係 03（6264）8403	8	1	1	3	6	0	2	0	8	1	1	3	7	0	2	8
港区	子ども家庭支援部子ども若者支援課 子ども給付係 03（3578）2430	8	1	1	3	6	0	3	8	8	1	1	3	7	0	3	6
新宿区	子ども家庭部子ども家庭課育成支援係 03（5273）4558	8	1	1	3	6	0	4	6	8	1	1	3	7	0	4	4
文京区	子ども家庭部子育て支援課児童給付係 03（5803）1701	8	1	1	3	6	0	5	3	8	1	1	3	7	0	5	1
台東区	区民部子育て・若者支援課給付担当 03（5246）1232	8	1	1	3	6	0	6	1	8	1	1	3	7	0	6	9
墨田区	子ども・子育て支援部子育て支援課児童手当・医療助成係 03（5608）1439	8	1	1	3	6	0	7	9	8	1	1	3	7	0	7	7
江東区	こども未来部こども家庭支援課給付係 03（3647）4754	8	1	1	3	6	0	8	7	8	1	1	3	7	0	8	5
品川区	子ども未来部子育て応援課手当医療助成担当 03（5742）9174	8	1	1	3	6	0	9	5	8	1	1	3	7	0	9	3
目黒区	子育て支援部子育て支援課手当・医療係 03（5722）9645	8	1	1	3	6	1	0	3	8	1	1	3	7	1	0	1
大田区	こども家庭部子育て支援課児童育成係 03（5744）1274	8	1	1	3	6	1	1	1	8	1	1	3	7	1	1	9
世田谷区	各総合支所子ども家庭支援課子ども家庭支援センター 世田谷 03（5432）2311、北沢 03（6804）7526 玉川 03（3702）1792、砧 03（3482）1344 烏山 03（3326）9864	8	1	1	3	6	1	2	9	8	1	1	3	7	1	2	7
渋谷区	子ども家庭部子ども青少年課子育て給付係 03（3463）2558	8	1	1	3	6	1	3	7	8	1	1	3	7	1	3	5
中野区	子ども教育部子育て支援課子ども医療費助成係 03（3228）3253	8	1	1	3	6	1	4	5	8	1	1	3	7	1	4	3
杉並区	子ども家庭部管理課子ども医療・手当係 03（5307）0785	8	1	1	3	6	1	5	2	8	1	1	3	7	1	5	0
豊島区	子ども家庭部子育て支援課児童給付グループ 03（3981）1417	8	1	1	3	6	1	6	0	8	1	1	3	7	1	6	8
北区	子ども未来部子ども未来課子育て給付係 03（3908）9096	8	1	1	3	6	1	7	8	8	1	1	3	7	1	7	6
荒川区	子ども家庭部子育て支援課子育て給付係 03（3802）4832	8	1	1	3	6	1	8	6	8	1	1	3	7	1	8	4
板橋区	子ども家庭部子育て支援課子どもの手当医療係 03（3579）2374	8	1	1	3	6	1	9	4	8	1	1	3	7	1	9	2
練馬区	こども家庭部子育て支援課児童手当係 03（5984）5824	8	1	1	3	6	2	0	2	8	1	1	3	7	2	0	0
足立区	福祉部親子支援課親子支援係 03（3880）5883	8	1	1	3	6	2	1	0	8	1	1	3	7	2	1	8
葛飾区	子育て支援部子育て応援課児童手当係 03（5654）8298	8	1	1	3	6	2	2	8	8	1	1	3	7	2	2	6
江戸川区	子ども家庭部児童家庭課援護係 03（5662）1259	8	1	1	3	6	2	3	6	8	1	1	3	7	2	3	4
八王子市	子ども家庭部子育て支援課 042（620）7368	8	1	1	3	6	2	4	4	8	1	1	3	7	2	4	2
立川市	子ども家庭部子育て推進課手当・医療費給付係 042（528）4798	8	1	1	3	6	2	5	1	8	1	1	3	7	2	5	9

区市町村	担当部課・電話番号	(一部)(食) 負担者番号								(食) 負担者番号							
		法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
武蔵野市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当医療係 0422（60）1963	8	1	1	3	6	2	6	9	8	1	1	3	7	2	6	7
三鷹市	子ども政策部子育て支援課手当・医療係 0422（29）9675	8	1	1	3	6	2	7	7	8	1	1	3	7	2	7	5
青梅市	こども家庭部こども育成課手当・医療係 0428（22）1111　内 2138.2139	8	1	1	3	6	2	8	5	8	1	1	3	7	2	8	3
府中市	子ども家庭部子育て応援課育成係 042（335）4100	8	1	1	3	6	2	9	3	8	1	1	3	7	2	9	1
昭島市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当・医療助成係 042（544）4193	8	1	1	3	6	3	0	1	8	1	1	3	7	3	0	9
調布市	子ども生活部子ども家庭課家庭福祉係 042（481）7093	8	1	1	3	6	3	1	9	8	1	1	3	7	3	1	7
町田市	子ども生活部子ども総務課手当・医療費助成係 042（724）2143	8	1	1	3	6	3	2	7	8	1	1	3	7	3	2	5
小金井市	子ども家庭部子育て支援課手当助成係 042（387）9839	8	1	1	3	6	3	3	5	8	1	1	3	7	3	3	3
小平市	子ども家庭部子育て支援課手当助成担当 042（346）9544	8	1	1	3	6	3	4	3	8	1	1	3	7	3	4	1
日野市	子ども部子育て課助成係 042（514）8598	8	1	1	3	6	3	5	0	8	1	1	3	7	3	5	8
東村山市	子ども家庭部子ども保健給付課手当係 042（393）5111　内 2103	8	1	1	3	6	3	6	8	8	1	1	3	7	3	6	6
国分寺市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当助成係 042（325）0111　内 378	8	1	1	3	6	3	7	6	8	1	1	3	7	3	7	4
国立市	子ども家庭部子育て支援課子育て支援係 042（576）2111　内 156	8	1	1	3	6	3	8	4	8	1	1	3	7	3	8	2
福生市	子ども家庭部子ども育成課手当助成係 042（551）1737	8	1	1	3	6	4	1	8	8	1	1	3	7	4	1	6
狛江市	子ども家庭部子ども政策課手当助成係 （直通）03（3430）1277	8	1	1	3	6	4	2	6	8	1	1	3	7	4	2	4
東大和市	子ども未来部子育て支援課手当・助成係 042（563）2111　内 1763	8	1	1	3	6	4	3	4	8	1	1	3	7	4	3	2
清瀬市	福祉・子ども部子育て支援課子育て支援係 042（497）2088	8	1	1	3	6	4	4	2	8	1	1	3	7	4	4	0
東久留米市	子ども家庭部児童青少年課助成支援係 042（470）7736	8	1	1	3	6	4	5	9	8	1	1	3	7	4	5	7
武蔵村山市	子ども家庭部子ども青少年課手当・青少年係 042（565）1111　内 186	8	1	1	3	6	4	6	7	8	1	1	3	7	4	6	5
多摩市	子ども青少年部子育て支援課手当・医療・相談担当 042（338）6851	8	1	1	3	6	4	7	5	8	1	1	3	7	4	7	3
稲城市	子ども福祉部子育て支援課手当助成係 042（378）2111　内 238	8	1	1	3	6	4	8	3	8	1	1	3	7	4	8	1
羽村市	子ども家庭部子育て相談課手当・助成係 042（555）1111　内線 236	8	1	1	3	6	5	0	9	8	1	1	3	7	5	0	7
あきる野市	子ども家庭部子ども政策課子ども政策係 042（518）7854	8	1	1	3	6	4	9	1	8	1	1	3	7	4	9	9
西東京市	子育て支援部子育て支援課手当助成係 042（460）9840	8	1	1	3	6	3	9	2	8	1	1	3	7	3	9	0
瑞穂町	福祉部子育て応援課子育て支援係 042（557）7624	8	1	1	3	6	5	1	7	8	1	1	3	7	5	1	5
日の出町	子育て福祉課子育て支援係 042（588）4113	8	1	1	3	6	5	2	5	8	1	1	3	7	5	2	3
檜原村	福祉けんこう課福祉係 042（598）3121　内 111	8	1	1	3	6	5	4	1	8	1	1	3	7	5	4	9

区市町村	担当部課・電話番号	(一部)(食) 負担者番号								(食) 負担者番号							
		法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
奥多摩町	福祉保健課子育て推進係 0428（85）2611	8	1	1	3	6	5	5	8	8	1	1	3	7	5	5	6
大島町	福祉けんこう課子育て応援係 04992（2）1471	8	1	1	3	6	5	6	6	8	1	1	3	7	5	6	4
利島村	住民課 04992（9）0013	8	1	1	3	6	5	7	4	8	1	1	3	7	5	7	2
新島村	民生課福祉介護係 04992（5）0243	8	1	1	3	6	5	8	2	8	1	1	3	7	5	8	0
神津島村	福祉課福祉係 04992（8）0011　内 37	8	1	1	3	6	5	9	0	8	1	1	3	7	5	9	8
三宅村	福祉健康課福祉係 04994（5）0902	8	1	1	3	6	6	0	8	8	1	1	3	7	6	0	6
御蔵島村	総務課民生係 04994（8）2121	8	1	1	3	6	6	1	6	8	1	1	3	7	6	1	4
八丈町	福祉健康課厚生係 04996（2）5570	8	1	1	3	6	6	2	4	8	1	1	3	7	6	2	2
青ヶ島村	総務課 04996（9）0111　内 206	8	1	1	3	6	6	3	2	8	1	1	3	7	6	3	0
小笠原村	村民課住民係 04998（2）3113	8	1	1	3	6	6	4	0	8	1	1	3	7	6	4	8

問合せ先　東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

１５	㊐乳幼児医療費助成制度		
法別番号	８８	区　分	乳幼児医療（㊐）
取扱医療機関等	契約医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	義務教育就学前の乳幼児（6 歳に達する日以降の最初の 3 月 31 日までの間にある者）を養育している方であって、以下のいずれにも該当する方 (1)　一定所得額以下の方（詳細は各区市町村へ問合せ） (2)　当該乳幼児について、医療保険等各法により医療に関する給付を受けていること。なお、当該乳幼児が生活保護を受けている場合、施設等に措置により入所している場合等を除く。		
申請の手続	乳幼児の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認定期間	申請のあった日から、その日以降の直近の 9 月 30 日まで。更新の場合は 10 月 1 日から翌年の 9 月 30 日まで。ただし、6 歳児については、終期が 3 月 31 日となる。		
公費負担額	医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額を控除した額）を助成する。 →　**認定された方は、**入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定する乳幼児の医療費の助成に関する条例等		
問合せ先	［認定・給付関係］ 各区市町村乳幼児医療担当課 ［施策関係・制度運用］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当　(5320)4282		

1. 概要

都内の各区市町村が、乳幼児の健やかな育成と子育て支援を図るため、乳幼児を育てている保護者に対して、乳幼児に係る医療費の一部を助成する制度で、平成６年１月から実施されている。(注)「㊐」と書いて「マルニュウ」と略称する。

2. 認定期間

㊐医療証の有効期間は、各年の 10 月１日から翌年の９月 30 日までの１年間であり、その更新月日は、各年の 10 月１日である。ただし、この制度の対象となる乳幼児の年齢が６歳に達する日以後の最初の３月 31 日までとなっているので、医療証の赤枠で囲ってある有効期間に注意すること。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとする者は、住所地の区市町村長に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「㊱医療証」の交付を受ける。㊱医療証は、個人証となっている。

法別番号は、「88」である。都道府県番号は、「13」である。実施機関番号は、「８〇〇」及び「２〇〇」である。

実施機関番号は、都基準に基づく事業と区市町村単独事業を区別するために、２つ設定しているが、医療機関窓口における取扱は同じである。

（区市町村別の負担者番号はＰ.168 参照）。

㊱ 医 療 証

4. 公費負担

（1）現物給付

対象者は、健康保険証と㊱医療証を医療機関の窓口に提出する。医療機関の窓口では、入院の場合は食事療養標準負担額のみ徴収する。助成する医療費は、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて、医療機関に支払う。

（2）現金給付

対象者が、受診の際の医療機関の窓口へ㊱医療証を提出しなかったときや保険の療養費が支給されたとき、都外の国保加入者のときは、区市町村が対象者の申請（保険給付決定通知書、領収書）などに基づき、直接対象者に支払う。この事業を実施しているのは、都内の各区市町村である。

5. 医療機関での取扱い

（1）受給資格の確認

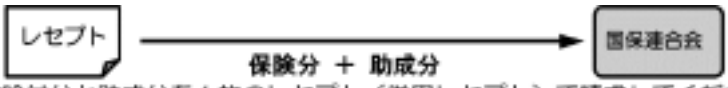
医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」（電子資格確認を受ける場合は「受給者証」）の提示を受け、受給資格を確認する。証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いは行わない。

（2）対象乳幼児が都内国民健康保険の被保険者または社会保険の被扶養者の場合

医療機関は、保険分、㊱制度助成分とも、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

（注）月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。この㊱制度助成分について、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

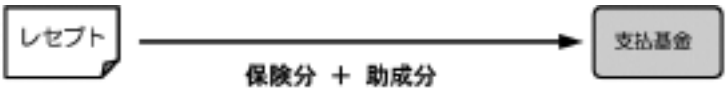
国民健康保険の場合



保険給付分と助成分を１枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

注意　都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）
都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。
この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

社会保険の場合



保険給付分と助成分を１枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

（3）対象乳幼児が他の公費負担医療等に該当し、かつ㊨制度の助成がある場合

保険分、㊨制度助成分及び他の公費負担医療分は、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、国保の場合、国保連合会へ、社保の場合、支払基金へ請求する。

（4）高額療養費の現物給付がある場合

診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

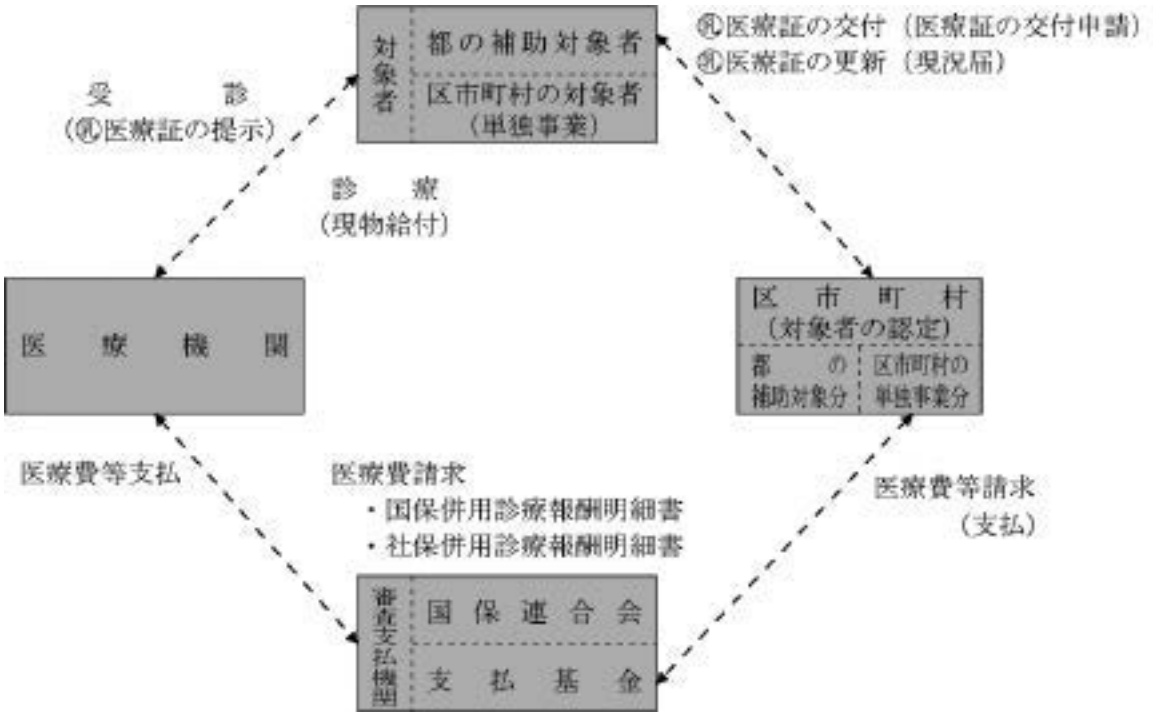
6. 助成額

区市町村は、国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成する。ただし入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外来	医療保険　８割	㊨助成　２割
入院	医療保険　８割	㊨助成　２割
	食事療養費	食事療養標準負担額 患者負担　1食460円

※　入院時食事療養標準負担額は、所得状況等に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

「乳幼児医療費助成制度・医療費助成の請求支払のしくみ」（現物給付分）

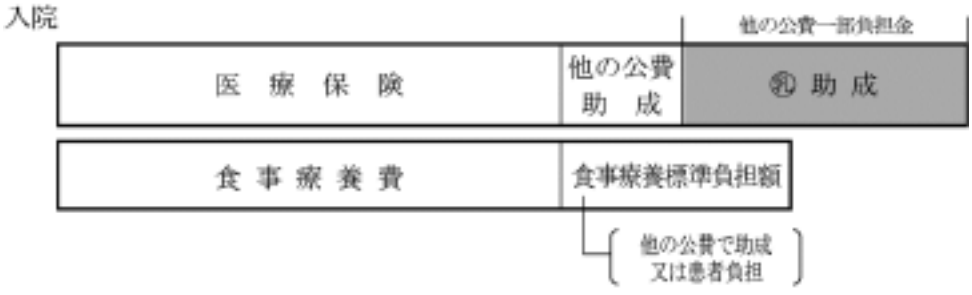


7. 他の公費負担医療制度との関係

㊨制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等法に基づく公費負担医療制度の給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない（他の公費負担医療制度の給付を優先する）。適用関係は下記の図のとおり。

また、㊟公費負担医療制度と㊨制度の関係も同様に㊟公費負担医療制度を優先し、生活保護法による被保護者は㊨制度の対象とならない。

※　他の公費負担医療の一部負担金を㊨で助成



※　他の公費負担医療の一部負担金を㊨で助成

8. ㊦医療費助成制度との関係について

6歳に達した日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間は、義務教育就学児医療費助成（㊦制度）の対象となる。㊨制度と㊦制度は負担者番号が異なるため、「診療報酬明細書」作成の際は特に注意すること。

※　義務教育就学児医療費助成制度の詳細は（P.171～参照）。

乳幼児医療費助成制度　区市町村担当課・負担者番号一覧

2023 年 10 月 1 日現在

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号								負担者番号							
		法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
千代田区	子ども部子育て推進課手当・医療係 03（5211）4230	8	8	1	3	2	0	1	4								
中央区	福祉保健部子育て支援課子育て支援係 03（6264）8403	8	8	1	3	2	0	2	2								
港区	子ども家庭支援部子ども若者支援課子ども給付係 03（3578）2430	8	8	1	3	2	0	3	0								
新宿区	子ども家庭部子ども家庭課子ども医療・手当係 03（5273）4546	8	8	1	3	2	0	4	8								
文京区	子ども家庭部子育て支援課児童給付係 03（5803）1701	8	8	1	3	2	0	5	5								
台東区	区民部子育て・若者支援課給付担当 03（5246）1232	8	8	1	3	2	0	6	3								
墨田区	子ども・子育て支援部子育て支援課児童手当・医療助成係 03（5608）1439	8	8	1	3	2	0	7	1								
江東区	こども未来部こども家庭支援課給付係 03（3647）4754	8	8	1	3	2	0	8	9								
品川区	子ども未来部子育て応援課手当医療助成担当 03（5742）9174	8	8	1	3	2	0	9	7								
目黒区	子育て支援部子育て支援課手当・医療係 03（5722）9864	8	8	1	3	2	1	0	5								
大田区	こども家庭部子育て支援課こども医療係 03（5744）1275	8	8	1	3	2	1	1	3								
世田谷区	子ども・若者部子ども家庭課子ども医療・手当担当 03（5432）2309	8	8	1	3	2	1	2	1								
渋谷区	子ども家庭部子ども青少年課子育て給付係 03（3463）2558	8	8	1	3	2	1	3	9								
中野区	子ども教育部子育て支援課子ども医療助成係 03（3228）3253	8	8	1	3	2	1	4	7								
杉並区	子ども家庭部管理課子ども医療・手当係 03（5307）0785	8	8	1	3	2	1	5	4								
豊島区	子ども家庭部子育て支援課児童給付グループ 03（3981）1417	8	8	1	3	2	1	6	2								
北区	子ども未来部子ども未来課子育て給付係 03（3908）9096	8	8	1	3	2	1	7	0								
荒川区	子ども家庭部子育て支援課子育て給付係 03（3802）4832	8	8	1	3	2	1	8	8								
板橋区	子ども家庭部子育て支援課子どもの手当医療係 03（3579）2374	8	8	1	3	2	1	9	6								
練馬区	こども家庭部子育て支援課児童手当係 03（5984）5824	8	8	1	3	2	2	0	4								
足立区	福祉部親子支援課子ども医療費給付係 03（3880）5923	8	8	1	3	2	2	1	2								
葛飾区	子育て支援部子育て応援課児童手当係 03（5654）8294	8	8	1	3	2	2	2	0								
江戸川区	子ども家庭部児童家庭課医療費助成係 03（5662）8578	8	8	1	3	2	2	3	8								
八王子市	子ども家庭部子育て支援課 042（620）7368	8	8	1	3	8	2	4	3	8	8	1	3	2	2	4	6
立川市	子ども家庭部子育て推進課手当・医療費給付係 042（528）4816	8	8	1	3	8	2	5	0	8	8	1	3	2	2	5	3
武蔵野市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当医療係 0422（60）1963	8	8	1	3	8	2	6	8	8	8	1	3	2	2	6	1

【公費負担医療の手引より抜粋】

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号								負担者番号							
		法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
三鷹市	子ども政策部子育て支援課手当・医療係 0422（29）9675	8	8	1	3	8	2	7	6	8	8	1	3	2	2	7	9
青梅市	こども家庭部こども育成課手当・医療係 0428（22）1111　内 2139	8	8	1	3	8	2	8	4	8	8	1	3	2	2	8	7
府中市	子ども家庭部子育て応援課育成係 042（335）4100	8	8	1	3	8	2	9	2	8	8	1	3	2	2	9	5
昭島市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当・医療助成係 042（544）4193	8	8	1	3	8	3	0	0	8	8	1	3	2	3	0	3
調布市	子ども生活部子ども家庭課家庭福祉係 042（481）7093	8	8	1	3	8	3	1	8	8	8	1	3	2	3	1	1
町田市	子ども生活部子ども総務課手当・医療費助成係 042（724）2139	8	8	1	3	8	3	2	6	8	8	1	3	2	3	2	9
小金井市	子ども家庭部子育て支援課手当助成係 042（387）9839	8	8	1	3	8	3	3	4	8	8	1	3	2	3	3	7
小平市	子ども家庭部子育て支援課手当助成担当 042（346）9544	8	8	1	3	8	3	4	2	8	8	1	3	2	3	4	5
日野市	子ども部子育て課助成係 042（514）8598	8	8	1	3	8	3	5	9	8	8	1	3	2	3	5	2
東村山市	子ども家庭部子ども保健・給付課手当係 042（393）5111　内 3652	8	8	1	3	8	3	6	7	8	8	1	3	2	3	6	0
国分寺市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当助成係 042（325）0111　内 378	8	8	1	3	8	3	7	5	8	8	1	3	2	3	7	8
国立市	子ども家庭部子育て支援課子育て支援係 042（576）2111　内 156	8	8	1	3	8	3	8	3	8	8	1	3	2	3	8	6
福生市	子ども家庭部子ども育成課手当助成係 042（551）1737	8	8	1	3	8	4	1	7	8	8	1	3	2	4	1	0
狛江市	子ども家庭部子ども政策課手当助成係 03（3430）1277	8	8	1	3	8	4	2	5	8	8	1	3	2	4	2	8
東大和市	子ども未来部子育て支援課手当・助成係 042（563）2111　内 1761	8	8	1	3	8	4	3	3	8	8	1	3	2	4	3	6
清瀬市	福祉・子ども部子育て支援課子育て支援係 042（497）2088	8	8	1	3	8	4	4	1	8	8	1	3	2	4	4	4
東久留米市	子ども家庭部児童青少年課助成支援係 042（470）7736	8	8	1	3	8	4	5	8	8	8	1	3	2	4	5	1
武蔵村山市	子ども家庭部子ども青少年課手当・青少年係 042（565）1111　内 185	8	8	1	3	8	4	6	6	8	8	1	3	2	4	6	9
多摩市	子ども青少年部子育て支援課手当・医療・相談担当 042（338）6851	8	8	1	3	8	4	7	4	8	8	1	3	2	4	7	7
稲城市	子ども福祉部子育て支援課手当助成係 042（378）2111　内 232	8	8	1	3	8	4	8	2	8	8	1	3	2	4	8	5
羽村市	子ども家庭部子育て相談課手当・助成係 042（555）1111　内 237	8	8	1	3	8	5	0	8	8	8	1	3	2	5	0	1
あきる野市	子ども家庭部子ども政策課子ども政策係 042（518）7854	8	8	1	3	8	4	9	0	8	8	1	3	2	4	9	3
西東京市	子育て支援部子育て支援課手当助成係 042（460）9840	8	8	1	3	8	3	9	1	8	8	1	3	2	3	9	4
瑞穂町	福祉部子育て応援課子育て支援係 042（557）7624	8	8	1	3	8	5	1	6	8	8	1	3	2	5	1	9
日の出町	子育て福祉課子育て支援係 042（588）4113	8	8	1	3	8	5	2	4	8	8	1	3	2	5	2	7
檜原村	福祉けんこう課福祉係 042（598）3121　内 111	8	8	1	3	8	5	4	0	8	8	1	3	2	5	4	3
奥多摩町	福祉保健課子育て推進係 0428（85）2611	8	8	1	3	8	5	5	7	8	8	1	3	2	5	5	0

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号								負担者番号							
		法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
大 島 町	福祉けんこう課子育て応援係 04992（2）1471	8	8	1	3	8	5	6	5	8	8	1	3	2	5	6	8
利 島 村	住民課 04992（9）0013	8	8	1	3	8	5	7	3	8	8	1	3	2	5	7	6
新 島 村	民生課福祉介護係 04992（5）0243	8	8	1	3	8	5	8	1	8	8	1	3	2	5	8	4
神津島村	福祉課福祉係 04992（8）0011　内 37	8	8	1	3	8	5	9	9	8	8	1	3	2	5	9	2
三 宅 村	福祉健康課福祉係 04994（5）0902	8	8	1	3	8	6	0	7	8	8	1	3	2	6	0	0
御蔵島村	総務課民生係 04994（8）2121	8	8	1	3	8	6	1	5	8	8	1	3	2	6	1	8
八 丈 町	福祉健康課厚生係 04996（2）5570	8	8	1	3	8	6	2	3	8	8	1	3	2	6	2	6
青ヶ島村	総務課 04996（9）0111　内 206	8	8	1	3	8	6	3	1								
小笠原村	村民課住民係 04998（2）3113	8	8	1	3	8	6	4	9	8	8	1	3	2	6	4	2

問合せ先　東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

１６	㊐義務教育就学児医療費助成制度		
法別番号	８８	区　　分	義務教育就学児医療（㊐）
取扱医療機関等	契約医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	義務教育就学期にある児童（6 歳に達する日の翌日以後の最初の 4 月 1 日から 15 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者）を養育している方であって、以下のいずれにも該当する方 (1)　一定所得以下の方（詳細は各区市町村へ問合せ） (2)　当該児童について、医療保険等各法により医療に関する給付を受けていること。なお、当該児童が生活保護を受けている場合、施設に措置により入所している場合等を除く。		
申請の手続	児童の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認定期間	申請のあった日から、その日以降の直近の 9 月 30 日まで。更新の場合は、10 月 1 日から翌年 9 月 30 日まで。ただし、6 歳児については、始期が 4 月 1 日となり（6 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までは乳幼児医療）、15 歳児については、終期が 3 月 31 日となる。		
公費負担額	各区市町村で下記の(1)又は(2)を実施している。詳細は、各区市町村へ問合せ (1)　入院については、医療保険の自己負担額を助成し、通院（調剤及び訪問看護を除く。）については、自己負担額から一部負担金等相当額（通院 1 回につき 200 円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 **→　認定された方は、** 通院時の一部負担金等相当額（通院 1 回につき 200 円（上限額））と入院時の食事療養標準負担額を負担する。 (2)　医療保険の自己負担額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 **→　認定された方は、** 入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定する義務教育就学児の医療費の助成に関する条例等		
問合せ先	［認定・給付関係］ 各区市町村義務教育就学児医療担当課 ［施策関係・制度運用］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当　（5320）4282		

1. 概要

都内の各区市町村が、児童の保健の向上と健全な育成を図るため、児童を養育している保護者に対して、児童に係る医療費の一部を助成する制度で、平成 19 年 10 月から実施されている。(注)「㋮」と書いて「マルコ」と略称する。

2. 認定期間

㋮医療証の有効期間は、各年 10 月 1 日から翌年の 9 月 30 日までの 1 年間であり、その更新月日は、各年 10 月 1 日である。ただし、6 歳児については、3 月 31 日までは㋰であり、4 月 1 日から㋮に切替わるため、4 月 1 日から 9 月 30 日までとなる。また、この制度の対象となる児童の年齢が、15 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者となっているので、医療証の赤枠で囲んである有効期間に特に注意すること。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとする者は、住所地の区市町村に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「㋮医療証」の交付を受ける。㋮医療証は、個人証となっている。㋮医療証の様式は、「通院負担有（200 円)」の表示証と、表示がない証の 2 種類あり、区市町村によって異なる。

(1) 通院負担「有」の場合

㋮医療証の右上に赤枠で囲まれた「通院負担有（200 円)」の表示がある。本人負担は、通院（調剤及び訪問看護を除く。以下同じ）については、「一部負担金（通院 1 回につき 200 円（上限額)）の徴収に係る留意事項」(P. 175～参照)。入院については、本人負担はない。

㋮ 医 療 証

通院負担有(200円)

負担者番号 8 3 1 5

受給者番号

児童 氏名

児童 生年月日 年 月 日生

保護者 住所 〒

保護者 氏名

有効期間 年 月 日から 年 月 日まで

上記の者は、東京都○○市（町村）義務教育就学児医療費の助成に関する条例により医療費の一部を○○市（町村）が助成するものであることを証明する。

東京都○○市（町村）長

○ ○ ○ ○

交付年月日 年 月 日

（2）本人負担「無」の場合

本人負担がないため、㊦医療証には本人負担に関する表示がない。

負担者番号

	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
通院負担「有」	8	8	1	3	1			
	8	8	1	3	4			
本人負担「無」	8	8	1	3	5			
	8	8	1	3	7			

㊧制度と同様の番号

※ 通院負担「有」の場合と本人負担「無」の場合各々複数の負担者番号がある。これは、都基準に基づく事業と区市町村単独事業を区別するために設定しているが、医療機関窓口における取扱は同じである。

4. 医療機関での取扱い

（1）対象児童が都内国民健康保険の被保険者または社会保険の被扶養者の場合

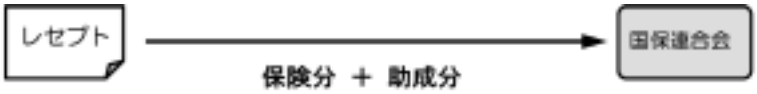
①対象者が、健康保険証と㊦医療証を医療機関の窓口に提出した場合

医療機関の窓口では、㊦制度の通院一部負担金及び入院の場合の食事療養標準負担額を徴収する。（㊦制度本人負担「無」の者については、入院時食事療養標準負担額のみ徴収）

医療機関は、保険分及び㊦制度助成分とも、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。助成する医療費は、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

（注）月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。

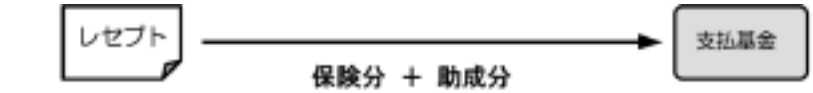
国民健康保険の場合



保険給付分と助成分を１枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

注意 都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）の場合
都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。
この場合は、**窓口では助成制度を適用せず**医療保険の自己負担額を徴収してください。
保険分のみレセプト請求し、助成分は**本人が区市町村から現金償還**を受ける取扱となります。

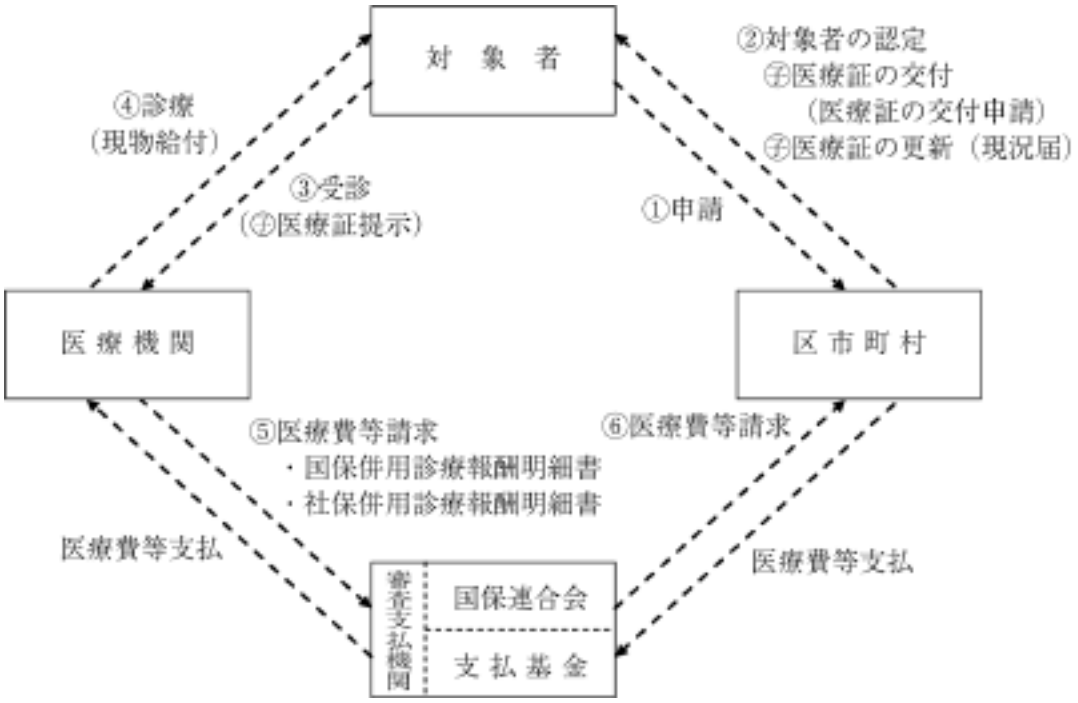
社会保険の場合



保険給付分と助成分を１枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

②対象者が、受診の際に医療機関の窓口へ㋮医療証を提示しなかった場合や、保険の療養費が支給された場合、都外の国保加入者の場合

対象者の申請（保険給付決定通知書、領収書）に基づき、区市町村が直接対象者に支払う。



（2）対象児童が他の公費負担医療等に該当し、かつ㋮制度の助成がある場合

保険分、㋮制度助成分及び他の公費負担医療分については、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

（3）高額療養費の現物給付がある場合

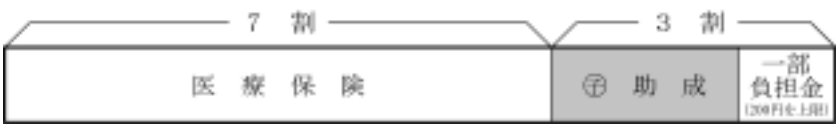
診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

5. 公費負担額･助成額

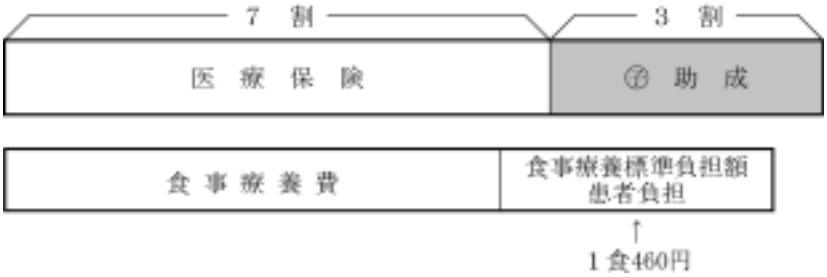
（1）通院負担「有」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、入院については当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成し、通院については㋮制度の一部負担金（市町村により、通院１回につき 200 円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外 来



入　院



※　入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

(2) 一部負担金（通院１回につき 200 円（上限額））の徴収に係る留意事項

①医療保険上の自己負担額（３割相当額）が 200 円に満たない場合

医療保険上の自己負担額が 200 円に満たない場合は、その満たない額を徴収する。

例えば、医療保険上の自己負担額（３割相当額）が 183 円であれば、10 円未満の端数を四捨五入し、180 円を徴収する。ただし、診療報酬明細書の一部負担金額の欄には、183 円（10 円未満の端数を四捨五入する前の金額（１円単位））と記載する。

②１日のうちに同一医療機関に２回通院した場合

２回通院した場合でも１回分だけ徴収する。診療報酬明細書の診療実日数の記載においては、同一医療機関に同一日に２回通院した場合でも、「１日」として記載することとなっている。本制度における「１回」と診療報酬明細書の「１日」は同義であるため、本制度においても診療報酬明細書に合わせ、１回分だけ徴収する。

また、同日中に２回通院して最初の１回目で 200 円に満たない場合（例えば 180 円）、２回目の来院時には、１回目の自己負担額と 200 円までの差額（20 円）は徴収しない。

③１日のうちに別の医療機関を受診した場合

医療機関ごとに一部負担金を徴収する。ただし、調剤薬局は、一部負担金を徴収しない。

④１日のうちに同一医療機関の複数科を受診した場合

200 円（上限額）を徴収し、診療科ごとには一部負担金を徴収しない。

⑤補装具（治療用装具）の場合

医師が疾病又は負傷の治療遂行上必要と判断し、医療保険を適用して補装具を購入する場合には、一部負担金は徴収しない。

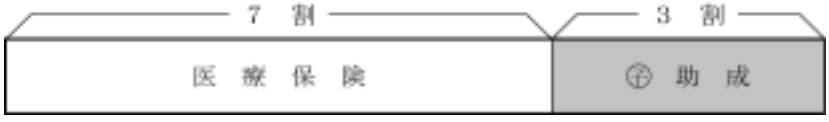
⑥診察と別の日に行う検査のみの場合

診療実日数にカウントしない検査のみの来院は、一部負担金は徴収しない。

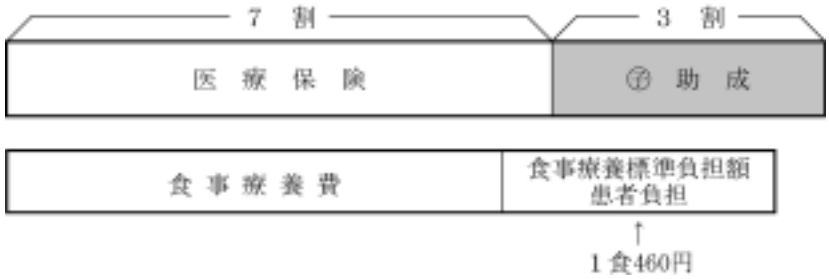
(3) 本人負担「無」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外　来



入　院



※　入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

6. 他の医療制度との関係

㊖制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等他の法令によって医療に関する給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない（他の公費負担医療制度の給付を優先する。）。

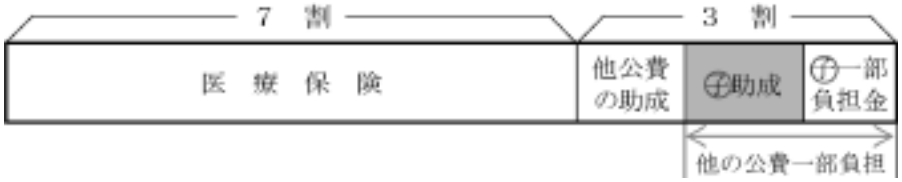
法に基づく公費負担医療制度との関係では、法に基づく給付が行われた結果、対象者に一部負担金が生じた場合、その一部負担金が㊖制度での一部負担金より高額の場合には、その差額を㊖制度で助成する。

また、㊐公費負担医療制度と㊖制度の関係も、同様に㊐公費負担医療制度を優先する。

生活保護法による被保護者は㊖制度の対象とならない。適用関係は下記の図のとおりである。

外　来「通院負担「有」の場合」＊㊖制度一部負担金＝通院１回につき 200 円（上限額）

●他公費一部負担金 ＞ ㊖制度一部負担金 → 差額を㊖で助成



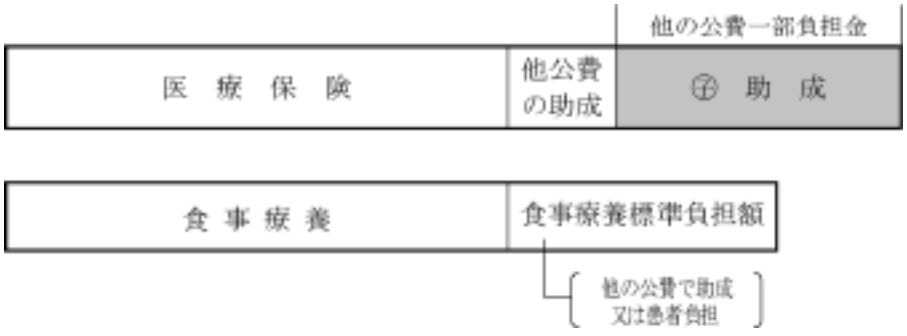
●他公費一部負担金 ＜ ㊖制度一部負担金 → ㊖助成なし

「本人負担「無」の場合」

・他公費一部負担金を㊖で助成

入　院

通院負担「有」の場合
本人負担「無」の場合
} 共通



※　他の公費負担医療の一部負担金を㊖で助成

7. ㊒医療費助成制度との関係について

令和５年４月から高校生等医療費助成制度が開始した。これにより、15 歳に達した日以後の最初の４月１日から 18 歳に達する日以後の最初の３月 31 日までの間は、高校生等医療費助成（㊒制度）の対象となる。㊖制度と㊒制度は負担者番号が異なるため、「診療報酬明細書」作成の際は特に注意すること。

※　高校生等医療費助成制度の詳細は（P. 179～参照）。

義務教育就学児医療費助成制度 負担者番号一覧

2023年10月1日現在

※ 各区市町村の担当課及び連絡先は、乳幼児医療費助成制度と同様（P.168～参照）。

区市町村	事業内容	所得制限有:○	負担者番号																	
			法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号		
千代田区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	0	1	7										
中央区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	0	2	5										
港　区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	0	3	3										
新宿区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	0	4	1										
文京区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	0	5	8										
台東区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	0	6	6										
墨田区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	0	7	4										
江東区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	0	8	2										
品川区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	0	9	0										
目黒区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	0	8										
大田区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	1	6										
世田谷区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	2	4										
渋谷区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	3	2										
中野区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	4	0										
杉並区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	5	7										
豊島区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	6	5										
北　区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	7	3										
荒川区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	8	1										
板橋区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	1	9	9										
練馬区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	2	0	7										
足立区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	2	1	5										
葛飾区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	2	2	3										
江戸川区	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	5	2	3	1										
八王子市	入院・通院中学校卒業まで　入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	2	4	8	8	8	1	3	4	2	4	2		
立川市	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	7	2	5	2	8	8	1	3	5	2	5	6		
武蔵野市	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	7	2	6	0	8	8	1	3	5	2	6	4		
三鷹市	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	7	2	7	8	8	8	1	3	5	2	7	2		
青梅市	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	7	2	8	6	8	8	1	3	5	2	8	0		
府中市	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	7	2	9	4	8	8	1	3	5	2	9	8		
昭島市	入院・通院中学校卒業まで　入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	3	0	5	8	8	1	3	4	3	0	9		
調布市	入院・通院中学校卒業まで　自己負担なし		8	8	1	3	7	3	1	0	8	8	1	3	5	3	1	4		
町田市	入院・通院中学校卒業まで　入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	3	2	1	8	8	1	3	4	3	2	5		
小金井市	入院・通院中学校卒業まで　入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	3	3	9	8	8	1	3	4	3	3	3		
小平市	入院・通院中学校卒業まで　入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	3	4	7	8	8	1	3	4	3	4	1		
日野市	入院・通院中学校卒業まで　入院 自己負担なし		8	8	1	3	7	3	5	1	8	8	1	3	5	3	5	5		
東村山市	入院・通院中学校卒業まで　入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	3	6	2										

区市町村	事業内容		所得制限有:○	負担者番号															
				法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
国分寺市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	3	7	0	8	8	1	3	4	3	7	4
国立市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	3	8	8	8	8	1	3	4	3	8	2
福生市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	4	1	2	8	8	1	3	4	4	1	6
狛江市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	4	2	0	8	8	1	3	4	4	2	4
東大和市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	4	3	8								
清瀬市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	4	4	6								
東久留米市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	4	5	3								
武蔵村山市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	4	6	1	8	8	1	3	4	4	6	5
多摩市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	4	7	9	8	8	1	3	4	4	7	3
稲城市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	4	8	7								
羽村市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	5	0	3	8	8	1	3	4	5	0	7
あきる野市	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	4	9	2	8	8	1	3	5	4	9	6
西東京市	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	3	9	6	8	8	1	3	4	3	9	0
瑞穂町	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	5	1	8	8	8	1	3	5	5	1	2
日の出町	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	5	2	6	8	8	1	3	5	5	2	0
檜原村	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	5	4	2	8	8	1	3	5	5	4	6
奥多摩町	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	5	5	9	8	8	1	3	5	5	5	3
大島町	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	5	6	7	8	8	1	3	5	5	6	1
利島村	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	5	7	5	8	8	1	3	5	5	7	9
新島村	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	5	8	3	8	8	1	3	5	5	8	7
神津島村	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	5	9	1	8	8	1	3	5	5	9	5
三宅村	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	6	0	9	8	8	1	3	5	6	0	3
御蔵島村	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	6	1	7	8	8	1	3	5	6	1	1
八丈町	入院・通院中学校卒業まで	自己負担なし		8	8	1	3	7	6	2	5	8	8	1	3	5	6	2	9
青ヶ島村	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	6	3	6								
小笠原村	入院・通院中学校卒業まで	入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	6	4	4	8	8	1	3	4	6	4	8

問合せ先　東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

１７	㊐高校生等医療費助成制度		
法別番号	８９	区　　分	高校生等医療（㊐）
取扱医療機関等	契約医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	高校生等（15 歳に達する日の翌日以後の最初の 4 月 1 日から 18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者。高校在学中か否かを問わない。）を養育している方であって、以下のいずれにも該当する方。 (1)　一定所得以下の方（詳細は各区市町村へ問合せ） (2)　当該高校生等について、医療保険等各法により医療に関する給付を受けていること。なお、当該高校生等が生活保護を受けている場合、施設に措置により入所している場合等を除く。 なお、高校生等が誰からも監護されておらず区市町村が必要と認める場合は、当該高校生等本人が対象者となることがある。		
申請の手続	高校生等の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認定期間	申請のあった日から、その日以降の直近の 9 月 30 日まで。更新の場合は、10 月 1 日から翌年 9 月 30 日まで。ただし、15 歳児については、始期が 4 月 1 日となり（15 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までは義務教育就学児医療）、18 歳児については、終期が 3 月 31 日となる。		
公費負担額	各区市町村で下記の(1)又は(2)を実施している。詳細は、各区市町村へ問合せ (1)　入院については、医療保険の自己負担額を助成し、通院（調剤及び訪問看護を除く。）については、自己負担額から一部負担金等相当額（通院 1 回につき 200 円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 **→　認定された方は、** 通院時の一部負担金等相当額（通院 1 回につき 200 円（上限額））と入院時の食事療養標準負担額を負担する。 (2)　医療保険の自己負担額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 **→　認定された方は、** 入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定する高校生等の医療費の助成に関する条例等		
問合せ先	［認定・給付関係］ 各区市町村高校生等医療担当課 ［施策関係・制度運用］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当　（5320）4282		

1. 概要

都内の各区市町村が、高校生等の保健の向上と健全な育成を図るため、高校生等を養育している保護者に対して、高校生等に係る医療費の一部を助成する制度である。　（注）「㊑」と書いて「マルアオ」と略称する。

2. 認定期間

㊑医療証の有効期間は、各年 10 月 1 日から翌年の 9 月 30 日までの 1 年間であり、その更新月日は、各年 10 月 1 日である。ただし、15 歳児については、3 月 31 日までは㊐であり、4 月 1 日から㊑に切替わるため、4 月 1 日から 9 月 30 日までとなる。また、この制度の対象となる高校生等の年齢が、18 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者となっているので、医療証の赤枠で囲んである有効期間に特に注意すること。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとする者は、住所地の区市町村に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「㊑医療証」の交付を受ける。㊑医療証は、個人証となっている。㊑医療証の様式は、「通院負担有（200 円）」の表示証と、表示がない証の 2 種類あり、区市町村によって異なる。

(1) 通院負担「有」の場合

㊑医療証の右上に赤枠で囲まれた「通院負担有（200 円）」の表示がある。

本人負担は、通院（調剤及び訪問看護を除く。以下同じ）については、「一部負担金（通院 1 回につき 200 円（上限額））の徴収に係る留意事項」(P. 182 参照)。入院については、本人負担はない。

(2) 本人負担「無」の場合

本人負担がないため、㊑医療証には本人負担に関する表示がない。

負担者番号

	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
通院負担「有」	8	9	1	3	1			
	8	9	1	3	4			
本人負担「無」	8	9	1	3	5			
	8	9	1	3	7			

※　通院負担「有」の場合と本人負担「無」の場合各々複数の負担者番号がある。これは、都基準に基づく事業と区市町村単独事業を区別するために設定しているが、医療機関窓口における取扱いは同じである。

4. 医療機関での取扱い

（1）対象高校生等が都内国民健康保険の被保険者または社会保険の被扶養者の場合

①対象者が、健康保険証と㊐医療証を医療機関の窓口に提出した場合

（入院で医療費が高額な場合は、限度額適用認定証も提示）

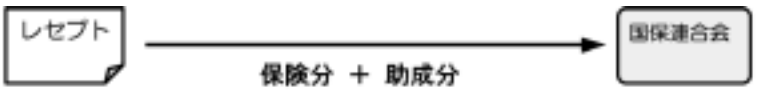
医療機関の窓口では、㊐制度の通院一部負担金及び入院の場合の食事療養標準負担額を徴収する。（㊐制度本人負担「無」の者については、入院時食事療養標準負担額のみ徴収）

医療機関は、保険分及び㊐制度助成分ともに、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

助成する医療費は、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

（注）月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。

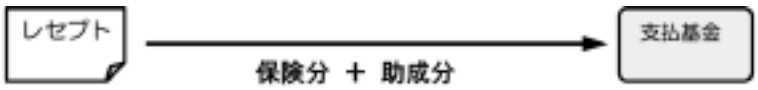
国民健康保険の場合



保険給付分と助成分を１枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

注意　都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）の場合
都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。
この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。
保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱いとなります。

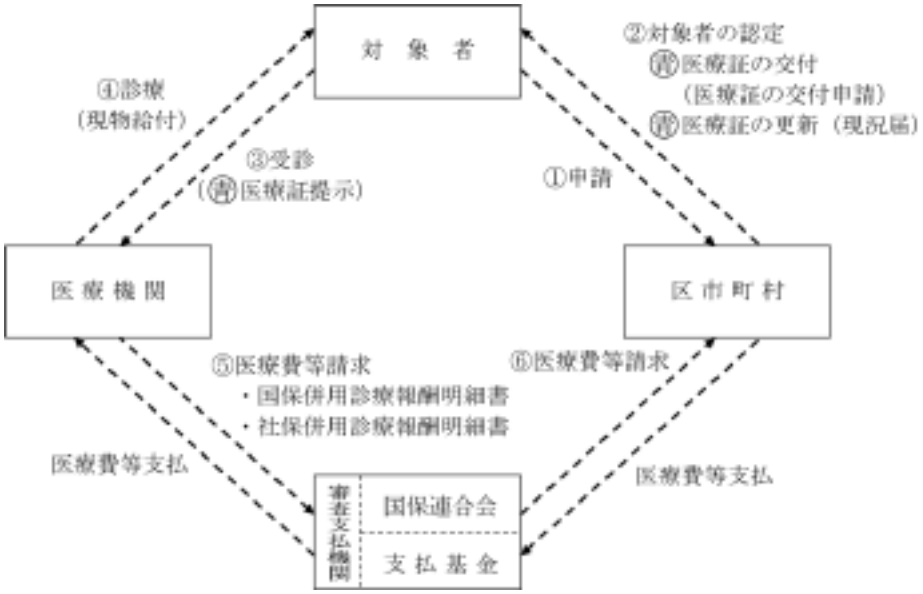
社会保険の場合



保険給付分と助成分を１枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

②対象者が、受診の際に医療機関の窓口へ㊒医療証を提示しなかった場合や、保険の療養費が支給された場合、都外の国保加入者の場合

対象者の申請（保険給付決定通知書、領収書）に基づき、区市町村が直接対象者に支払う。



（2）対象高校生等が他の公費負担医療等に該当し、かつ㊒制度の助成がある場合

保険分、㊒制度助成分及び他の公費負担医療分については、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

（3）高額療養費の現物給付がある場合

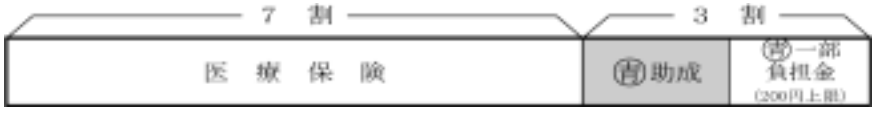
診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

5. 公費負担額・助成額

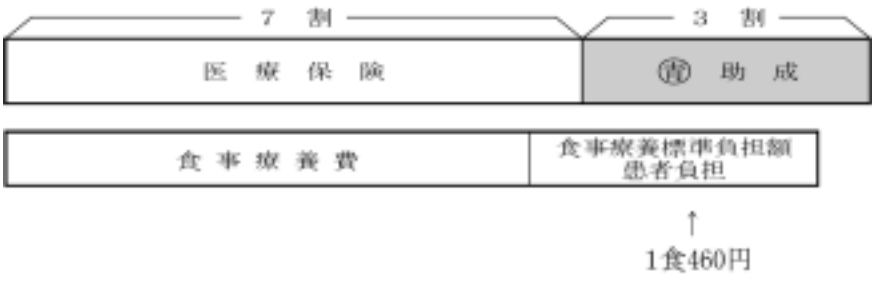
（1）通院負担「有」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、入院については当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成し、通院については㊒制度の一部負担金（通院 1 回につき 200 円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外　来



入　院　「高額療養費が現物給付されない場合」　（例）医療費が高額療養算定基準額以下の場合



※　入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

(2) 一部負担金（通院１回につき 200 円（上限額））の徴収に係る留意事項

①医療保険上の自己負担額（３割相当額）が 200 円に満たない場合

医療保険上の自己負担額が 200 円に満たない場合は、その満たない額を徴収する。

例えば、医療保険上の自己負担額（３割相当額）が 183 円であれば、10 円未満の端数を四捨五入し、180 円を徴収する。ただし、診療報酬明細書の一部負担金額の欄には、183 円（10 円未満の端数を四捨五入する前の金額（１円単位））と記載する。

②１日のうちに同一医療機関に２回通院した場合

２回通院した場合でも１回分だけ徴収する。診療報酬明細書の診療実日数の記載においては、同一医療機関に同一日に２回通院した場合でも、「１日」として記載することとなっている。本制度における「１回」と診療報酬明細書の「１日」は同義であるため、本制度においても診療報酬明細書に合わせ、１回分だけ徴収する。

また、同日中に２回通院して最初の１回目で 200 円に満たない場合（例えば 180 円）、２回目の来院時には、１回目の自己負担額と 200 円までの差額（20 円）は徴収しない。

③１日のうちに別の医療機関を受診した場合

医療機関ごとに一部負担金を徴収する。ただし、調剤薬局は、一部負担金を徴収しない。

④１日のうちに同一医療機関の複数科を受診した場合

200 円（上限額）を徴収し、診療科ごとには一部負担金を徴収しない。

⑤補装具（治療用装具）の場合

医師が疾病又は負傷の治療遂行上必要と判断し、医療保険を適用して補装具を購入する場合には、一部負担金は徴収しない。

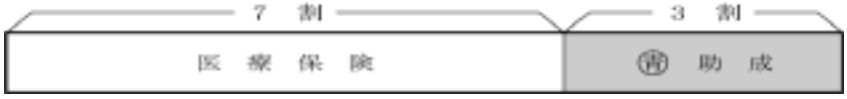
⑥診察と別の日に行う検査のみの場合

診療実日数にカウントしない検査のみの来院は、一部負担金は徴収しない。

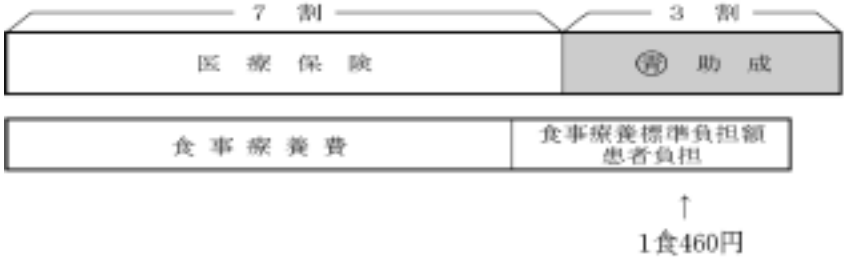
(3) 本人負担「無」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外　来



入　院



※　入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

6. 他の医療制度との関係

㊐制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等他の法令によって医療に関する給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない（他の公費負担医療制度の給付を優先する）。

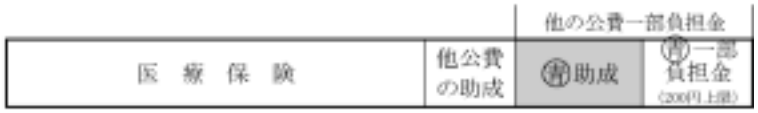
法に基づく公費負担医療制度との関係では、法に基づく給付が行われた結果、対象者に一部負担金が生じた場合、その一部負担金が㊐制度での一部負担金より高額の場合には、その差額を㊐制度で助成する。

また、㊜公費負担医療制度と㊐制度の関係も同様に㊜公費負担医療制度を優先する。

生活保護法による被保護者は㊐制度の対象とならない。適用関係は下記の図のとおりである。

外　来　「通院負担「有」の場合」＊㊐制度一部負担金＝通院1回につき200円（上限額）

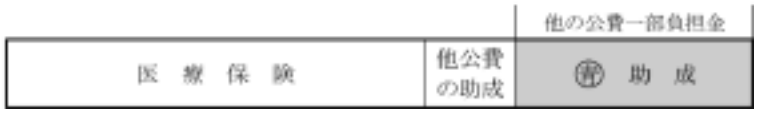
●他公費一部負担金＞㊐制度一部負担金　→　差額を㊐で助成



●他公費一部負担金＜㊐制度一部負担金　→　㊐助成なし

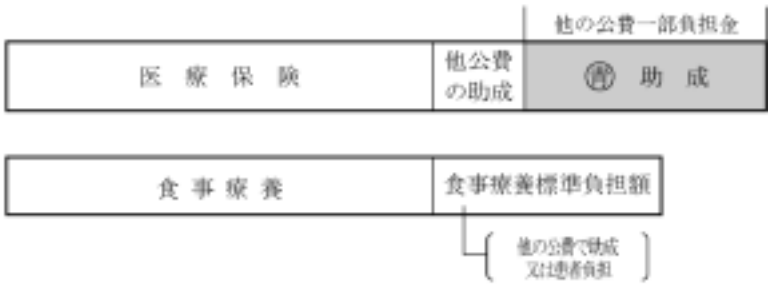
「本人負担「無」の場合」

・他公費一部負担金を㊐で助成



入　院

通院負担「有」の場合
本人負担「無」の場合　} 共通



※　他の公費負担医療の一部負担金を㊐で助成

高校生等医療費助成制度　負担者番号一覧

2023年10月1日現在

※　各区市町村の担当課及び連絡先は、乳幼児医療費助成制度と同様（P.168～参照）。

区市町村	事業内容	所得制限有:○	負担者番号																	
			法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
千代田区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	0	1	6								
中央区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	0	2	4								
港　区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	0	3	2								
新宿区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	0	4	0								
文京区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	0	5	7								
台東区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	0	6	5								
墨田区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	0	7	3								
江東区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	0	8	1								
品川区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	0	9	9								
目黒区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	1	0	7								
大田区	入院・通院18歳年度末まで　自己負担なし		8	9	1	3	5	1	1	5								

【公費負担医療の手引より抜粋】

区市町村	事業内容		所得制限有:○	負担者番号																	
				法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号		
世田谷区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	1	2	3										
渋谷区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	1	3	1										
中野区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	1	4	9										
杉並区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	1	5	6										
豊島区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	1	6	4										
北　区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	1	7	2										
荒川区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	1	8	0										
板橋区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	1	9	8										
練馬区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	2	0	6										
足立区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	2	1	4										
葛飾区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	2	2	2										
江戸川区	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	5	2	3	0										
八王子市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	2	4	7										
立川市	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	2	5	1	8	9	1	3	5	2	5	5		
武蔵野市	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	2	6	9	8	9	1	3	5	2	6	3		
三鷹市	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	2	7	7	8	9	1	3	5	2	7	1		
青梅市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	2	8	8										
府中市	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	2	9	3	8	9	1	3	5	2	9	7		
昭島市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	0	4	8	9	1	3	4	3	0	8		
調布市	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	3	1	9	8	9	1	3	5	3	1	3		
町田市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	3	2	0										
小金井市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	3	8	8	9	1	3	4	3	3	2		
小平市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	3	4	6										
日野市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし		8	9	1	3	7	3	5	0	8	9	1	3	5	3	5	4		
東村山市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	3	6	1										
国分寺市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	7	9	8	9	1	3	4	3	7	3		
国立市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	8	7	8	9	1	3	4	3	8	1		
福生市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	4	1	1	8	9	1	3	4	4	1	5		
狛江市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	2	9										
東大和市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	3	7										

区市町村	事業内容		所得制限有:○	負担者番号																	
				法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号		
清瀬市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	4	5										
東久留米市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	5	2										
武蔵村山市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	6	0										
多摩市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	4	7	8	8	9	1	3	4	4	7	2		
稲城市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	8	6										
羽村市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	5	0	2										
あきる野市	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	4	9	1	8	9	1	3	5	4	9	5		
西東京市	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	9	5	8	9	1	3	4	3	9	9		
瑞穂町	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	5	1	0	8	9	1	3	4	5	1	4		
日の出町	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	5	2	5	8	9	1	3	5	5	2	9		
檜原村	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	5	4	1	8	9	1	3	5	5	4	5		
奥多摩町	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	5	5	8	8	9	1	3	5	5	5	2		
大島町	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	5	6	6	8	9	1	3	5	5	6	0		
利島村	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	5	7	4	8	9	1	3	5	5	7	8		
新島村	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	5	8	2	8	9	1	3	5	5	8	6		
神津島村	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	5	9	0	8	9	1	3	5	5	9	4		
三宅村	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	6	0	8	8	9	1	3	5	6	0	2		
御蔵島村	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	6	1	6	8	9	1	3	5	6	1	0		
八丈町	入院・通院 18 歳年度末まで	自己負担なし		8	9	1	3	7	6	2	4	8	9	1	3	5	6	2	8		
青ヶ島村	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	6	3	5										
小笠原村	入院・通院 18 歳年度末まで	入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	6	4	3	8	9	1	3	4	6	4	7		

問合せ先　東京都福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療助成担当　☎5320-4282

１８	㊎医療費助成制度
法別番号	**51**（難病医療（国の研究事業対象疾病。以下「国疾病」）） （特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）） **38**（Ｂ型・Ｃ型ウイルス肝炎治療）、**38**（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業） **82**（特殊医療（人工透析））、**82**（小児精神病）、**82**（被爆者の子に対する医療） **82**（大気汚染関連疾病） **83**（難病医療（都単独医療費助成対象疾病。以下「都疾病」）） **87**（妊娠高血圧症候群等）

法別番号	５１	区　分	**難病等** **（国の研究事業対象疾病　㊎）**
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	スモン、劇症肝炎、重症急性膵炎、先天性血液凝固因子欠乏症等		
対象者	上記疾病にり患しており、医療保険等各法又は介護保険法により医療又は介護に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 ※１　劇症肝炎、重症急性膵炎については、平成２６年１２月３１日までに助成を受けていた方が平成２７年１月１日から継続して助成を受ける場合（更新を含む。）に限り対象となる。 ※２　小児慢性特定疾病に該当する疾病については、満１８歳未満の方は小児慢性特定疾病医療費助成に申請すること。		
申請の手続	申請書に、臨床調査個人票（対象疾病によっては所定の診断書）、個人番号に係る調書、住民票、健康保険証の写し、保険者からの情報提供にかかる同意書（※）及び健康保険上の所得区分を確認する書類（※）を添付して患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 ※１　先天性血液凝固因子欠乏症等については、（※）の書類は不要 ※２　先天性血液凝固因子欠乏症等のうち第Ⅷ・第Ⅸ因子欠乏症及び血液凝固因子製剤の投与に起因するHIV感染症については併せて特定疾病療養受療証の写しを添付する。		
認定期間	スモン：申請日から原則として申請日以降の直近の９月３０日まで 劇症肝炎、重症急性膵炎：６か月間 先天性血液凝固因子欠乏症等：申請日から申請日の属する年度の３月３１日まで		
公費負担額	１　認定を受けた疾病に係る医療に要する費用について、各種医療保険等を適用後の自己負担額 ２　認定を受けた疾病に係る介護保険法による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養		

	管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスに要する費用について、介護保険適用後の自己負担額
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
問合せ先	［認定関係］ 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当　(5320)4472 ［制度関係］ 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当　(5320)4471 ［給付関係］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）　(5320)4454

法別番号	３８	区　　分	Ｂ型・Ｃ型ウイルス肝炎治療（㊎）
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	Ｂ型ウイルス肝炎又はＣ型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病、Ｃ型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療を要する場合の当該疾病及びＢ型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病		
対象者	以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 (1) 上記疾病に該当する方 (2) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方		
申請の手続	以下の書類を患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 (1) 申請書 (2) 東京都が指定する肝臓専門医療機関が記載した所定の診断書 ※１　インターフェロンフリー治療（再治療）の申請については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が診断書を作成する場合を除き、当該医師の意見書の添付が必要となる。 ※２　核酸アナログ製剤治療（更新）の申請については、検査内容及び受けている治療内容が分かる資料等の提出をもって代えられる場合がある。 (3) 住民票（世帯全員分が記載されたもの） (4) 健康保険証の写し (5) 高齢受給者証の交付を受けている方は、受給者証の写し (6) 区市町村民税の課税状況が確認できる書類（世帯全員分）		
認定期間	別表５（P190）参照		
公費負担額	１　住民税非課税世帯の方（H階層） 認定疾患に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を除く。）を助成する。 ２　上記１以外の方（Ａ・Ｄ階層） 認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額から月額患者一部負担額（別表６（P190）のとおり）を控除した額を助成する。 **→　認定された方は、** (1) 住民税非課税世帯の方（H階層）は、入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を負担する。 (2) 上記（1）以外の方（Ａ・Ｄ階層）は、月額患者一部負担額及び入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則		
問合せ先	［認定関係］ 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当　(5320)4472 ［制度関係］ 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策推進担当　(5320)4476 ［給付関係］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）　(5320)4454		

法別番号３８　　（別表５）

【認定期間】

原則として、申請書を受理した日の属する月の初日から起算して下記期間を経過する日まで

治　療　法	認定期間
Ｂ型ウイルス肝炎若しくはＣ型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療又はＢ型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療	１年
Ｃ型ウイルス肝炎に対して行われるペグインターフェロン及びリバビリン併用治療又はインターフェロンフリー治療（ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法、ソホスブビル・リバビリン併用療法（セログループ（ジェノタイプ）１・２以外)、前治療歴を有するＣ型慢性肝炎・Ｃ型代償性肝硬変に対するソホスブビル/ベルパタスビル配合錠（リバビリン製剤（レベトールに限る）の併用あり）による治療）	７か月
Ｃ型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療（オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン（レベトールカプセル 200 ㎎に限る。）併用療法）	５か月
Ｃ型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療（ソホスブビル・リバビリン併用療法（セログループ（ジェノタイプ）２)、レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療、エルバスビル及びグラゾプレビル併用療法、ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠による治療、Ｃ型代償性肝硬変に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療（セログループ（ジェノタイプ）１又はセログループ（ジェノタイプ）２)、Ｃ型慢性肝炎・Ｃ型代償性肝硬変に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療（セログループ（ジェノタイプ）１・２以外)、Ｃ型慢性肝炎・Ｃ型代償性肝硬変・Ｃ型非代償性肝硬変に対するソホスブビル/ベルパタスビル配合錠による治療（リバビリン製剤の併用なし)）	４か月
Ｃ型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療（Ｃ型慢性肝炎に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療（セログループ（ジェノタイプ）１又はセログループ（ジェノタイプ）２)）※Ｃ型慢性肝炎に対する前治療歴に応じて４か月とすることができる。	３か月

月額患者一部負担額（月額）　　（別表６）

階層区分	同一世帯に属する方全員の区市町村民税（所得割）の課税年額の合計額（※但し、Ｈは所得割及び均等割の合計）	月額患者一部負担額（ただし、食事療養・生活療養標準負担額は含まない。）
Ｈ	区市町村民税非課税世帯（※）の方	なし
Ａ	235,000 円未満（Ｈを除く。）	１万円
Ｄ	235,000 円以上	２万円

※「区市町村民税非課税世帯」とは、患者の属する住民票上の世帯全員が、区市町村民税（所得割・均等割とも）非課税である場合をいう。

<table>
<tr><td>法別番号</td><td>３８</td><td>区　分</td><td>肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（㊎）</td></tr>
<tr><td>取扱医療機関等</td><td colspan="3">肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関</td></tr>
<tr><td>疾病等の範囲</td><td colspan="3">Ｂ型肝炎ウイルス若しくはＣ型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変</td></tr>
<tr><td>対象者</td><td colspan="3">以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。
(1) 上記疾病に該当し治療を受けている方
(2) 世帯年収が概ね３７０万円未満の方
(3) 肝がん・重度肝硬変での入院又は肝がんの通院治療（「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」に限る。）で申請月の前の１１か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が２か月以上ある方
(4) 肝がん・重度肝硬変の治療研究への協力に同意している方
(5) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方</td></tr>
<tr><td>申請の手続</td><td colspan="3">以下の書類を患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。
(1) 申請書
(2) 臨床調査個人票及び同意書（臨床調査個人票は指定医療機関が作成したもの）
(3) 医療記録票の写し（肝がん・重度肝硬変での入院又は肝がんでの通院治療で、申請月の前の１１か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が２か月以上あることが分かるもの）
(4) 医療証明書の写し並びに領収書及び診療明細書（指定医療機関以外の保険医療機関や保険薬局で医療を受けた場合）
(5) 住民票
(6) 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の写し等
(7) 保険者からの情報提供に係る同意書（必要な場合のみ）
(8) 区市町村民税課税（非課税）証明書（必要な場合のみ）</td></tr>
<tr><td>認定期間</td><td colspan="3">原則として、申請書を受理した日の属する月の初日から起算して１年を経過する日まで</td></tr>
<tr><td>公費負担額</td><td colspan="3">Ｂ型・Ｃ型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の入院医療又は肝がんの通院治療にかかる保険診療の自己負担額から、以下の階層区分に応じた自己負担月額を除いた額。ただし、過去１２月以内に保険医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療で高額療養費の算定基準額を超えた月が既に２月以上あり、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）を受けた月のみが助成対象。なお、健康保険から支給される高額療養費、入院時の食事療養標準負担額及び入院時の生活療養標準負担額は助成対象外
<table>
<tr><th colspan="3">階層区分</th><th>自己負担月額</th></tr>
<tr><td rowspan="2">H</td><td>７０歳未満</td><td>限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「オ」の方</td><td rowspan="2">なし</td></tr>
<tr><td>７０歳以上</td><td>限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方</td></tr>
<tr><td rowspan="3">A</td><td>７０歳未満</td><td>限度額適用認定証の適用区分が「エ」の方</td><td rowspan="3">保険者ごとに月額１万円
（ただし、入院関係医療は、同一の指定医療機関及び保険者ごとに月額１万円）</td></tr>
<tr><td>７０歳以上
７５歳未満</td><td>高齢受給者証の自己負担割合が「２割」の方（限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方を除く。）</td></tr>
<tr><td>７５歳以上</td><td>後期高齢者医療被保険者証の自己負担金の割合が「１割」又は「２割」の方
（限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方を除く。）</td></tr>
</table></td></tr>
<tr><td>根拠法令等</td><td colspan="3">東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則</td></tr>
<tr><td>問合せ先</td><td colspan="3">［認定関係］
保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当　(5320)4472
［制度関係］
保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策推進担当　(5320)4476
［給付関係］
福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）　(5320)4454</td></tr>
</table>

法別番号	８２	区　分	難病等 （人工透析を要する腎不全　㊎）
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	人工透析を要する腎不全		
対象者	上記疾病にり患しており、医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。		
申請の手続	申請書に、個人番号に係る調書、住民票、健康保険証の写し及び特定疾病療養受療証の写しを添付して患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。		
認定期間	申請日から原則として申請日以降の直近の９月３０日まで		
公費負担額	認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等適用後の自己負担額（１万円までを限度とし、入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を除く。） ※介護保険法による介護については本制度の対象外		
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則		
問合せ先	［認定関係］ 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当　(5320)4472 ［制度関係］ 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当　(5320)4471 ［給付関係］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）　(5320)4454		

法別番号	８２	区　分	精神医療　小児精神病（㊎）
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	精神障害で入院医療を要する疾病及び精神障害に付随する軽易な傷病 （付随する軽易な傷病とは、入院医療を担当する精神病室の医療担当者において行いうる医療をいう。）		
対象者	１　以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。 (1)　現に上記の疾病に該当し、精神科病院又は精神科病床に入院している方 (2)　満 18 歳未満の方 (3)　医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方 ２　認定患者であって、満 18 歳に達した時点で引き続き入院医療を受ける場合は、満 20 歳未満とする。		
申請の手続	申請書に診断書、住民票、健康保険証の写しを添付して、患者の住所地を管轄する区市町村長を経て知事に申請する。		
認定期間	申請書を受理した日の属する月の初日から、助成開始日から起算して 1 年を経過する日まで。ただし、起算日から 1 年以内に満 18 歳（対象年齢延長の扱いを受けている方にあっては、満 20 歳）に達する方については、誕生日の属する月の末日まで （認定期間を残して退院したときは、退院と同時に認定期間は終了する。）		
公費負担額	医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額を除く。）を助成する。		

	→ **認定された方は、**入院時の食事療養標準負担額を負担する。
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
問合せ先	［認定関係］ 福祉局中部総合精神保健福祉センター事務室精神障害者保健福祉手帳担当 (3302)7739〈直通〉 ［給付関係］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当(マル都担当) (5320)4454

法別番号	**８２**	**区　分**	**被爆者の子に対する医療（㊎）**
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	1　造血機能障害 2　肝臓機能障害 3　細胞増殖機能障害 4　内分泌腺機能障害 5　脳血管障害 6　循環器機能障害 7　腎臓機能障害 8　水晶体混濁による視機能障害 9　呼吸器機能障害 10　運動器機能障害 11　潰瘍による消化器機能障害 〈除外疾病〉 (1)感染症疾病 (2)寄生虫病 (3)中毒又は事故による疾病 (4)原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである疾病		
対象者	以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。 (1)　被爆者の実子であり、健康診断受診票の交付を受けた方 (2)　上記の障害を伴う疾病にかかり、6か月以上の医療を必要とする方 (3)　医療保険各法により医療に関する給付を受けている方		
申請の手続	申請書に診断書（医療費助成用）、健康診断受診票の写し及び健康保険証の写しを添付して、知事に申請する。		
認定期間	申請書を受理した日の属する月の初日から起算して2年間（平成25年度より認定期間1年から 2 年に変更）を限度とする。ただし、健康診断受診票を交付されていることを前提とする。		
公費負担額	認定疾病（その続発症を含む。）にかかる医療に関する給付について、各種医療保険等を適用した後の自己負担額（入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。）を助成する。 → **認定された方は、**入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を負担する。		

根拠法令等	東京都原子爆弾被爆者等の援護に関する条例
問合せ先	［認定関係］ 保健医療局保健政策部疾病対策課被爆者援護担当　(5320)4473 ［給付関係］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当(マル都担当)(5320)4454

法別番号	**８２**	**区　　分**	**大気汚染関連疾病（㊎）**
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関等 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	以下のいずれかに該当する方 (1)　気管支ぜん息 (2)　慢性気管支炎 (3)　ぜん息性気管支炎 (4)　肺気しゅ (5)　(1)～(4)の続発症		
対象者	以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。 (1)　現に上記の疾病にかかっている方 (2)　18 歳未満の方（18 歳の誕生日が属する月の末日までにある方を含む。） ※生年月日が平成９年４月１日以前の被認定者は、更新申請のみ可能。 (3)　東京都の区域内に引き続き１年(３歳に満たない方は６か月)以上住所を有する方 (4)　喫煙していない方 (5)　医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方		
申請の手続	認定申請書に主治医診療報告書、住民票の写し、健康保険証等の写し（疾病等の範囲の(1)以外に該当する方は、申請時に胸部エックス線フィルム（直接撮影に限る。）の提出も必要。）を添付して、患者の住所地が市町村（保健所政令市を除く。）の場合は市町村長を経由して管轄する保健所長に、区の場合は区長又は保健所長に、保健所政令市の場合は保健所長に申請する。		
認定期間	(1)　新規申請の場合は、申請を受理した日から起算して２年を経過した日以降の直近の誕生日の属する月の末日まで (2)　更新申請の場合は、前回の認定の有効期間の満了日の翌日から２年間 ただし、(1)及び(2)に定める期間中に 18 歳に達する場合は、その誕生日の属する月の末日までを限度とする。		
公費負担額	認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額を除く。）を助成する。 ※生年月日が平成９年４月１日以前で有効な医療券を持っている方に対しては、月額 6,000 円を超える部分（入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除く。）を助成する。		

根拠法令等	大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例
問 合 せ 先	［認定関係］ 東京都（区市）大気汚染障害者認定審査会設置保健所（３０か所） ［施策関係］ 保健医療局健康安全部環境保健衛生課環境保健担当　(5320)4491 ［給付関係］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）　(5320)4454

法別番号	５４・８３	区　分	難病等 ５４（指定難病）・８３（都単独疾病　都）
取扱医療機関等	５４：指定医療機関 ８３：契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	別表３（P116）のとおり		
対象者	５４：別表３のⅠの疾病に該当する方であって、①厚生労働大臣の定める症状の程度に該当する方又は②申請日の属する月の１２月前までの間で当該疾病に係る医療に要した費用の額が３３，３３０円を超えた月数が３月以上ある方 ８３：別表３のⅡの疾病に該当する方であって、①知事の定める基準に該当する方又は②申請日の属する月の１２月前までの間で当該疾病に係る医療に要した費用の額が３３，３３０円を超えた月数が３月以上ある方 ※８３については、上記に加え、医療保険等各法又は介護保険法により医療又は介護に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 なお、８３の対象疾病のうち、小児慢性特定疾病に該当するものについては、満１８歳未満の方は小児慢性特定疾病医療費助成に申請すること。		
申請の手続	申請書に、臨床調査個人票（５４については都道府県が指定した医師が作成したもの）、個人番号に係る調書、住民票、申請者等の健康保険証の写し、申請者等の課税状況を証明する書類、保険者からの情報提供に係る同意書その他必要な書類を添付して患者の方の住所地（※）を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 ※５４については、患者の方が満１８歳未満の場合は、当該患者の保護者の住所地		
認定期間	［認定期間の変更］ 令和５年１０月１日から指定医が「重症度分類を満たしていることを診断した日（開始日）」等まで遡って医療費助成を開始することが可能。 ５４：開始日から、原則として申請日から１年を経過する日の属する月の末日まで ８３：開始日から、原則として申請日以降の直近の７月３１日まで なお、遡り等の詳細については下記のＵＲＬ参照 https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/nanbyo/portal/seido/maedaoshi.html		
公費負担額	１　月ごとの、認定を受けた疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る診療、調剤、居宅における療養上の管理及び看護に要した費用の額について、各種医療保険等適用後の自己負担額（当該額が当該医療費総額の３割の方は、当該医療費総額の２割）から負担上限月額（月額自己負担限度額）を控除した額。ただし、原則として入院時の食事療養標準負担額及び入院時の生活療養標準負担額は公費負担の対象外 ２　月ごとの、認定を受けた疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスに要した費用の額について、介護保険適用後の自己負担額（当該額が当該介護費総額の３割の方は、当該介護費総額の２割）から負担上限月額（月額自己負担限度額）を控除した額 ※１　５４については、都道府県等が指定した医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所又は介護予防訪問看護事業所）により行われたものに限る。 ※２　負担上限月額（月額自己負担限度額）については別表４（P118）のとおり		
根拠法令等	難病の患者に対する医療等に関する法律、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則		

問合せ先	［認定関係］ 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当　(5320)4472 ［制度関係］ 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当　(5320)4471 ［給付関係］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）　(5320)4454

法別番号	８７	**区　　分**	**妊娠高血圧症候群等（㊎、㊐）**
取扱医療機関等	契約医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	妊娠により入院医療を必要とする疾病及びその続発症 (1)　妊娠高血圧症候群及びその関連疾患 (2)　糖尿病及び妊娠糖尿病 (3)　貧血 (4)　産科出血 (5)　心疾患		
対象者	以下のいずれにも該当する方。ただし、生活保護受給者、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。 (1)　上記の疾病に該当する方 (2)　前年分の総所得税額が 30,000 円以下の世帯に属する方又は入院見込期間が 26 日以上の方 (3)　医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方		
申請の手続	申請書に診断書、住民票、保険証の写し、世帯調書及び各種所得税額等証明書を添付し、患者の住所地を管轄する保健所を経由して知事、区長又は保健所政令市長に申請する。		
認定期間	診断書における入院見込期間		
公費負担額	認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額を除く。）を助成する。 →　**認定された方は、**入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	（都の制度）　東京都妊娠高血圧症候群等に係る医療費助成実施要綱 （区及び保健所政令市の制度）　区及び保健所政令市が制定する医療費助成実施要綱		
問合せ先	**都内市町村の区域内** ［認定関係］ 福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当(5320)4375 ［給付関係］ 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）(5320)4454 **特別区（23 区）及び保健所政令市の区域内** 各区市役所保健衛生主管課		

※Ｑ＆Ａ　は 225 ページに記載

1. 概要

（別表７）(P.220～参照）の対象者に対して、医療費を助成することにより、その医療の確立と普及を図り、併せて患者の医療費及び一部の介護サービスにかかる費用の負担を軽減する。介護サービス費の一部も助成対象となるものとして、

㊟医療費助成では次のものが該当する。難病医療（国疾病）［負担者番号 51136018］、特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）［負担者番号 51137016］、難病医療（都疾病）［負担者番号 83136010］

＜＜肝がん・重度肝硬変医療（法別番号 38）＞＞

令和３年４月分より肝がんの外来医療に係る医療費の一部も助成対象になった。

制度の概要は、Ｂ型・Ｃ型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変と診断されている方の入院治療や通院治療に係る医療費の一部を助成する制度。

肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療（「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」による通院治療に限る。）に係る医療費で、高額療養費算定基準額を超えた月が助成対象月を含め過去１年間で３月以上ある場合、肝がん指定医療機関で受けた３月目以降の医療費について、患者の自己負担額が１万円*となるよう助成する。

＊ 住民税非課税世帯の場合は自己負担額なし

【㊟医療費助成制度の根拠規定】

ア　東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
イ　難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則
ウ　大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例
エ　東京都原子爆弾被爆者等の援護に関する条例
オ　東京都妊娠高血圧症候群等に係る医療費助成実施要綱
カ　児童福祉法施行細則

2. 医療証及び患者一部負担額

被交付証	法別番号及び負担者番号		医療費助成の種類	医療券の色	患者一部負担額	医療保険の適用			介護保険の適用
						入院	外来・調剤	訪問看護	
受給者証	54	54136015	難病医療（指定難病）	うすｵﾚﾝｼﾞ色	患者一部負担額表（P. 118）参照	○	○	○	○
		54136023	難病医療（指定難病・生活保護受給者）	うすｵﾚﾝｼﾞ色	なし（入院時食事・生活療養標準負担額を含めて助成）	○	○	○	○
	52	52138013	小児慢性特定疾病	うすｵﾚﾝｼﾞ色	患者一部負担額表（P. 76）参照	○	○	○	×
		52137015	小児慢性特定疾病（生活保護法の被保護世帯又は血友病等患者等）	うすｵﾚﾝｼﾞ色		○	○	○	×
医療券	51	51136018	難病医療（国の研究事業対象疾病）	もも色	なし（入院時食事・生活療養標準負担額を含めて助成）	○	○	○	○
		51137016	特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）	もも色		○	○	○	○
	83	83136010	難病医療（都疾病）	しろ色	患者一部負担額表（P. 201）参照	○	○	○	○
	82	82138009	特殊医療（人工透析を必要とする腎不全）※１	クリーム色	特定疾病療養受療証を適用した入院・外来ごとに一医療機関あたり月額１万円を超える額及び入院時の食事・生活療養標準負担額	○	○	○	×
		82134008	小児精神病	クリーム色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	×	×	×
		82134008	被爆者の子に対する医療	クリーム色		○	○	○	×
		82137001	大気汚染関連疾病	みどり色		○	○	○	×
		82137555	大気汚染関連疾病　※２	みどり色		○	○	○	×
		82137530	大気汚染関連疾病　※８	もも色 ※９	月額６千円及び入院時食事・生活療養標準負担額 ※10	○	○	○	×
		82137670	大気汚染関連疾病　※８	もも色 ※９	月額６千円及び入院時食事・生活療養標準負担額 ※10	○	○	○	×

被交付証	法別番号及び負担者番号		医療費助成の種類	医療券の色	患者一部負担額	医療保険の適用			介護保険の適用
						入院	外来・調剤	訪問看護	
	38	38136016	B型・C型ウイルス肝炎治療	やまぶき色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	○	×	×
		38136016	B型・C型ウイルス肝炎治療	ラベンダー色	患者一部負担額表 別表６（P. 190）参照	○	○	×	×
		38136024	肝がん・重度肝硬変医療　※５	もえぎ色	入院時食事・生活療養標準負担額	○ ※６	○	×	×
		38136024	肝がん・重度肝硬変医療　※５	あじさい色	患者一部負担額表 P. 191 参照	○ ※６	○	×	×
	87	87136008	妊娠高血圧症候群等　※３	クリーム色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	×	×	×
患者票※４	93	93137008	結核一般医療（法別番号 10）	しろ色	なし	× ※７	○	×	×
受給者証		93133007	自立支援医療（精神通院医療）（法別番号 21）（社保・後期高齢者）	しろ色	なし	×	○	○	×
		93132009	自立支援医療（精神通院医療）（法別番号 21）（国保）	しろ色	なし	×	○	○	×

※１　［負担者番号　82138009］（人工透析を必要とする腎不全）が適用できる訪問看護は、在宅自己連続携行式腹膜灌流に関する訪問看護に限定

※２　平成 20 年８月１日以降の新規認定分

※３　八王子市及び町田市を除く都内市町村

※４　結核一般医療での［負担者番号 93137008］は、社会保険の加入者（被扶養者含む。以下同じ）、国保組合の加入者及び後期高齢の加入者の住民税非課税者に、精神通院医療での［負担者番号 93137007］は社会保険加入者、後期高齢の加入者又は国保組合の住民税非課税者に振り出す。

※５　平成 30 年 12 月１日から制度開始

※６　助成要件：肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療（「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」による通院治療に限る。）に係る医療費で、助成該当月を含む過去１年間に３か月以上、対象医療費の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えており、３月目が指定医療機関で受けた医療であること。
（本治療については、診断の基準や治療方法等について、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いについて」等で定められているため参照すること。）

※７　外科的手術に伴う処置・入院等について適用となる場合有り。

※８　生年月日が平成９年４月１日以前で医療費助成を受けている者を対象（平成 30 年４月１日から）

※９　平成 30 年４月１日以降の医療券

※10　平成 30 年４月１日以降の患者一部負担額

※11　法別番号「54」は、難病の患者に対する医療等に関する法律、法別番号「52」は、児童福祉法を根拠とする制度であり、㊎医療費助成制度外の制度だが有用な情報のため、本欄に併記。

難病等（都単独疾病）（負担者番号８３１３６０１０）の患者の

一部負担額の限度額表（月額）（単位：円）

階層区分	階層区分の基準		負担上限月額（月額自己負担限度額）		
			本則（８３１３６０１０）		
			一　般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
低所得Ⅰ	区市町村民税非課税世帯	本人年収～80万円	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収80万円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	区市町村民税課税7.1万円未満		10,000	5,000	
一般所得Ⅱ	区市町村民税課税7.1万円以上25.1万円未満		20,000	10,000	
上位所得	区市町村民税課税25.1万円以上		30,000	20,000	

※１　階層区分は、患者の加入する医療保険上の世帯の被保険者の区市町村民税の課税額（非課税の場合は患者本人も含む）により算定する。

※２　複数の医療機関で支払った医療費及び介護サービス費の額を合算する。※薬局での保険調剤、医療保険の訪問看護及び介護保険の訪問看護サービスを含む。

※３　「高額かつ長期」とは、医療費助成の認定後、認定を受けた疾病に係る月ごとの医療又は介護に要した費用の総額が50,000円を超えた月が６回以上ある者（別途申請手続が必要）

※４　「人工呼吸器等装着者」とは、人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする方であって、認定を受けた疾病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要があり、かつ、日常生活動作が著しく制限されている方（別途申請手続が必要）

※５　認定を受けた患者の方の加入する医療保険上の世帯に、難病医療（指定難病）(54) を受けている方又は小児慢性特定疾病医療費助成（52）を受けている方がいる場合（認定を受けた患者が小児慢性特定疾病医療費助成を受けている場合を含む)、認定を受けた患者の方の「83」の月額自己負担限度額は０円となる。また、医療保険上の世帯に他の難病医療（都疾病）(83) の認定を受けている方がいる場合、それぞれの月額自己負担限度額に応じて、当該額が按分される。

3. 給付内容

認定された疾病にかかる医療費について、医療保険各法を適用し、その患者負担額を対象者に助成する。

(1) ㊎医療費助成の対象

次のアからウまでの要件をすべて満たす場合に、患者負担額や利用者負担額を助成する。

ア　㊎医療券等に記載された疾病を治療するために受ける診療、調剤、訪問看護であること。

イ　㊎医療券等の有効期間内に行われる治療であること。

ウ　医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療制度）または介護保険法が適用されること。
（制度ごとの保険適用区分はP.199～200参照）
ただし、他の法令等により、患者の自己負担額が生じない場合を除きます。
医療券等の種類によって医療費助成の内容は異なります。各制度については「公費負担医療費制度の所轄一覧」の所管部署にお問い合わせください。

(2) ㊎医療費助成の対象とならないもの（例示）

- ㊎医療券等に記載された病名以外の病気やけがの治療
- 差額ベッド代、個室料、移送費、交通費、鍼、灸、あん摩、マッサージ
- 補装具の作成費用
- 申請のための診断書料、医療費支給申請に必要な療養証明等の証明書料
- 訪問介護（ヘルパーの派遣）などの福祉サービス

(3) 医療券等適用にあたっての注意事項

①㊎医療券等に記載されている病名に対する診療であるか。

ア　㊎医療券等に記載された病名以外の病気やけがの治療は助成対象外です。

イ　副作用等に対する治療は助成対象外です。

ただし、負担者番号 38136016 のウイルス肝炎治療医療費助成制度では、核酸アナログ製剤治療、インターフェロンフリー治療又はインターフェロン治療による軽微な副作用が発生し、当該治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療については、助成の対象となります。

②㊎医療券等の有効期間内に受けた治療であるか。

ア　㊎医療券等の有効期間外に受けた治療は助成対象外です。

イ　㊎医療券等の有効期間は通常１年または６か月です。更新は自動的にはできませんので、患者本人又は代理の方が更新手続をする必要があります。

なお、「大気汚染関連疾病」は、概ね２年間、「被爆者の子に対する医療」は２年間です。

③医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療制度）または介護保険法が適用されているか。

ア　保険外の負担や自費診療は助成対象外です。

イ　医療保険等適用後の患者負担額が高額療養費の自己負担限度額を超えている場合についての、医療費助成する金額は、高額療養費相当額を除いた金額となります。また、介護保険法に係る助成については、負担者番号「51」「54」「83」のみです。

④患者一部負担の算定

ひと月の各医療機関における入院・外来・調剤等を合算し、月額自己負担限度額まで算定します。

⑤有効期限の開始日が月の途中からとなる㊎医療券等の取り扱い

ア　外来の場合

・有効期限の開始日以降のものを助成の対象とし、開始日より前に行われた外来医療は、助成の対象としません。

〔特定疾病療養受療証の適用が認定条件となっている疾病の場合〕

・自己負担限度額が月額１万円又は２万円となる制度ですが、東京都が助成する額は月額１万円が上限です。

・助成する額は、有効期限の開始日より前において、どれくらい自己負担をしたかによります。

つまり、自己負担限度額が１万円の場合、有効期限の開始日より前に、8,000 円の自己負担をしている場合は、助成できる外来診療は、残りの 2,000 円分となり、既に１万円に達している場合は、高額療養費に該当するため助成はありません。

イ　入院の場合

・診療月内における有効期限の開始日以降の診療報酬点数に保険の自己負担割合を乗じて求めた額とします。

特定疾病療養受療証の適用が認定条件になっている疾病の場合でも同じ取扱いとし、自己負担額の１万円を限度に助成の対象とします。これは、外来の場合と取扱いが異なりますので、留意してください。

⑥月額自己負担限度額が変更となるケース

ア　階層区分が変わった場合

イ　認定を受けた後、１年のうちに特定医療費の総額が月額 50,000 円を超える月が６月以上ある場合（負担者番号「54」及び「83」）。

そのため、医療機関の窓口等では、必ず㊎医療券等の確認をお願いします。

(4) 歯科医療機関

東京都と契約を締結している医療機関及び難病法並びに児童福祉法の規程により都道府県の指定を受けた医療機関（以下、「指定医療機関」という。）であれば、医療機関に併設されている歯科でも㊎医療券等を扱うことができます。

ただし、医療費助成は、㊎医療券等に記載された病名に限られるため、歯科医療機関における取扱いは、ベーチェット病やシェーグレン症候群などの患者に対する歯科治療など、限られた疾病のものとなります。㊎医療券等に記載された病名による歯科治療の適否については、所管課（疾病対策課）にお尋ねください。

(5) 医療保険における請求

①　東京都と契約した医療機関等に患者が㊎医療券等を提示すれば、患者は助成対象となる医療費等の医療機関窓口での支払いを要しません。契約医療機関等が、国保連合会又は支払基金を通じて医療費等を東京都に請求します。

【医療機関払いの方法】

○　併用レセプト

都内の契約医療機関及び指定医療機関においては、医療券番号や負担金額等をレセプトに記入し、国保連合会・支払基金に請求します。助成対象医療費は、国保連合会・支払基金から支払われる保険分の医療費と併せて支払います。

○　「東京都負担医療費請求書」等（10名連記式）

都内の契約医療機関においては、次の公費対象医療費及び介護サービス費は「㊕東京都負担医療費請求書」等（10名連記式）で東京都へ直接、請求してください（併用レセプトでは取扱えませんので御注意ください。）。

・他道府県の国保・後期高齢と公費負担者番号が「82・83・87」で始まるものとの併用
・他の医療費助成制度の一部負担額を公費負担者番号が「82・83・87」で始まるもので請求する場合（国保及び後期高齢に限る。社保は併用レセプトで請求可）
・介護保険と公費負担者番号が「83」で始まるものとの併用

請求書には必ずレセプトの【写し】を添付し、医療機関名欄には担当者名及び連絡先を記入してください。この請求書についての問い合わせは、東京都福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（℡03-5320-4454）までお願いします。

②　法別番号「51」では、入院時の食事・生活療養標準負担額を含めて助成します。

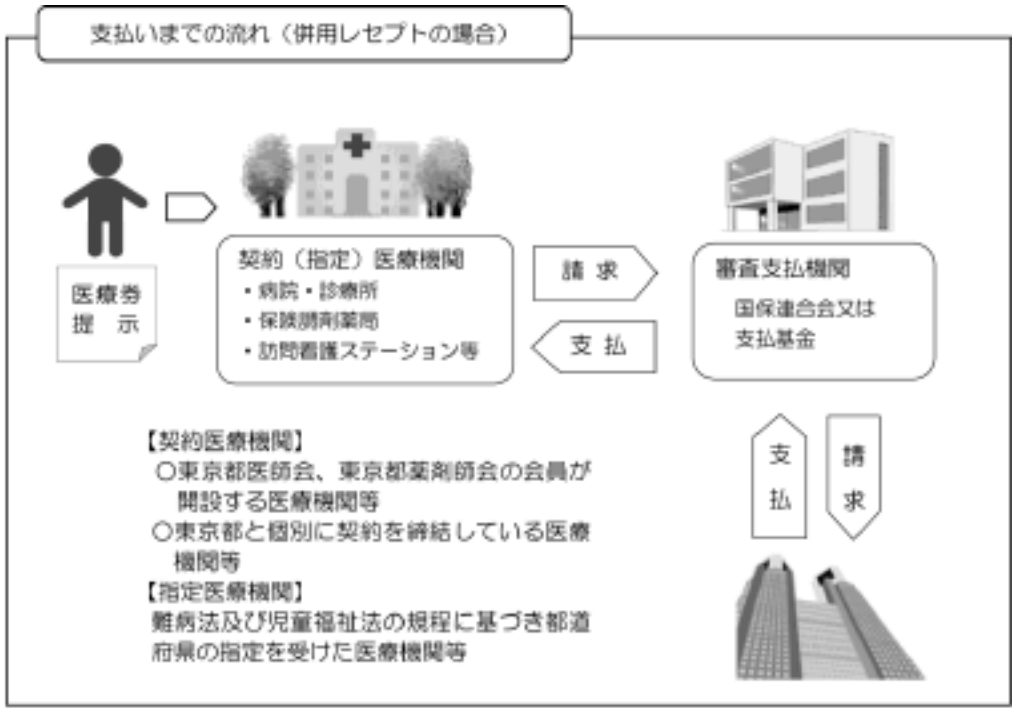
③　負担者番号「93133007」は精神通院医療の公費負担医療費の患者負担分について助成します。（公営国保の加入者の住民税非課税者で区市町村から国保受給者証（精神通院）負担者番号「93132009」の交付を受けた者には、精神医療給付金が公営国保から給付されます）

法別番号「93」は、精神通院医療「21」を適用した医療費の患者負担分について助成します。後期高齢者医療加入者においては、精神通院医療「21」を適用した医療費について、㊖分優先でその一部負担金を対象に患者負担分を助成します。（ただし、18,000円（平成30年８月１日以降）を限度とします。また、低所得Ⅰ・Ⅱの方は、8,000円を限度とします）

法別番号「93」は、結核一般医療「10」を適用した医療費の患者負担５％部分について助成します。

④　小児精神病「負担者番号 82134008」、妊娠高血圧症候群等「負担者番号 87136008」は、当該疾病に係る入院医療費のみを対象者に助成します。

【公費負担医療の手引より抜粋】



〔例〕

【特定疾病療養受療証について】

人工透析を必要とする腎不全（負担者番号：82138009）の医療券を持つ全ての方及び先天性血液凝固因子欠乏症等（負担者番号：51137016）の医療券を持つ一部の方は、制度上「特定疾病療養受療証」の取得及び提示が前提となっているため、医療券と「特定疾病療養受療証」は一緒に提示を受けてください（医療券の認定条件欄にもその旨の記載があります。）。

・特定疾病療養受療証は保険者が発行し、医療保険の高額療養費支給の特例として、人工透析を必要とする腎不全（負担者番号：82138009）の医療券を持つ全ての方及び先天性血液凝固因子欠乏症等（負担者番号：51137016）の医療券を持つ一部の方は、医療機関ごと、入院・外来ごとに、それぞれの医療費の自己負担限度額が、10,000 円（上位所得以外）又は 20,000 円（上位所得）となるものです。

これらの受給者で医療券を適用する場合は、必ず「特定疾病療養受療証」を確認してください（医療券の認定条件欄に、その旨の記載があります。）。

・東京都では、上位以外、上位所得者のいずれの患者に対しても、入院外来別に月額 10,000 円まで助成します。上位所得者の負担額が 10,000 円を超えた場合には、10,001 円から 20,000 円までは自己負担となります。この自己負担は助成されませんので、「㊐医療費支給申請書兼口座振替依頼書」の医療機関等証明欄は証明しないでください。

・患者の医療保険の変更があった場合は、特定疾病療養受療証も新しい保険者に申請する必要があります。

※　特定疾病療養受療証がない場合は、医療費助成を受けられません。

(6) 介護保険における請求

介護保険適用の訪問看護などの介護サービスを受ける場合（負担者番号 5413**** ・ 5113**** ・ 8313****）

㊎医療券等に記載されている疾病に対して受ける訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護療養施設サービス（介護療養型医療施設における入院）又は介護医療院サービスは、助成の対象となります。

難病医療（国疾病）及び特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）「法別番号 51」並びに難病医療（都疾病）「法別番号 83」では、認定された疾病に係る介護保険適用の訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導又は介護医療院サービスにおける利用者負担額を対象者に助成します。

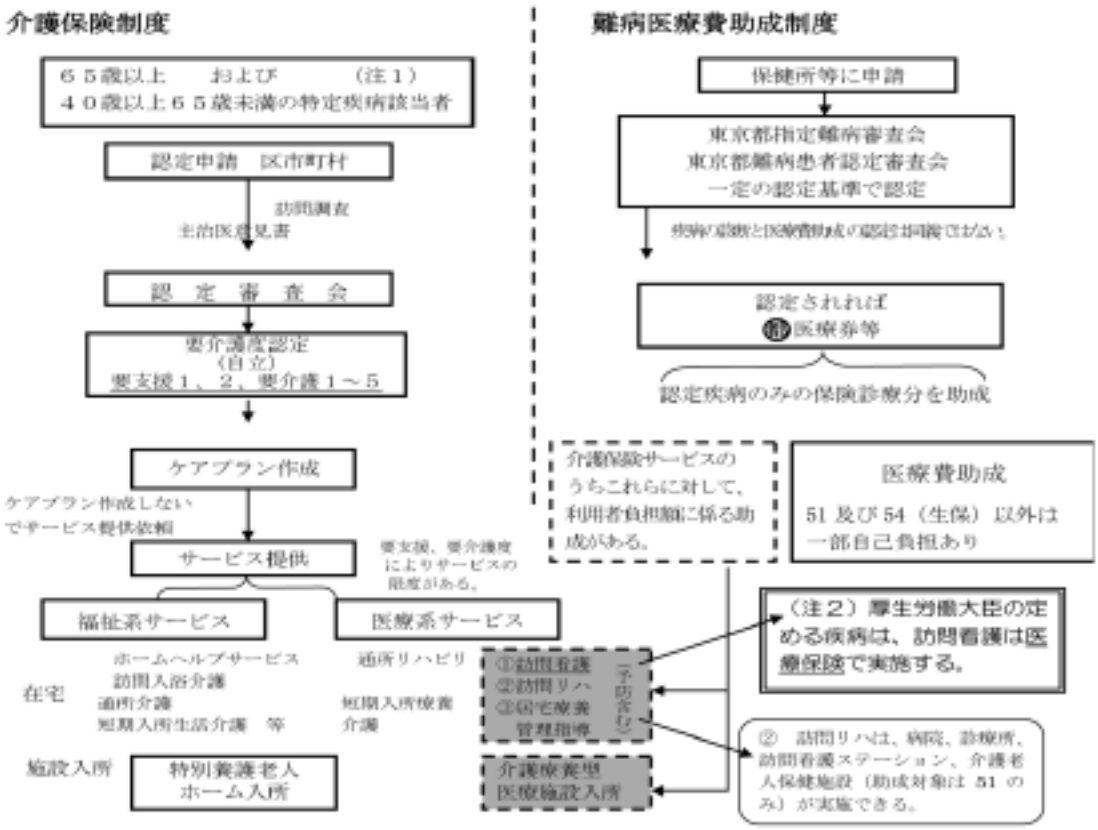
㊎医療費助成では下記のものが該当します。

・難病医療（国疾病）（負担者番号 51136018）
・特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）（負担者番号 51137016）
・難病医療（都疾病）（負担者番号 83136010）

難病医療「83」には、患者一部負担額があります。難病医療費の自己負担額の累積額（月額）が「一部負担額の限度額表（月額）」に定める額に達するまで徴収します。（P. 201 参照）

【公費負担医療の手引より抜粋】

介護保険制度と難病医療費助成制度



（注１）介護保険４０歳以上６５歳未満第２号被保険者の特定疾病該当者
（特定疾病のうち下線は特定疾患治療研究事業（難病医療費助成対象）９疾病（うち都単１疾病））
①初老期の認知症（うちクロイツフェルト・ヤコブ病）　②脳血管疾患　③筋萎縮性側索硬化症　④進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症・パーキンソン病　⑤脊髄小脳変性症　⑥多系統萎縮症　⑦糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症　⑧閉塞性動脈硬化症　⑨慢性閉塞性肺疾患（うちびまん性汎細気管支炎）　⑩両側の膝関節又は股関節の著しい変形を伴う変形性関節症　⑪関節リウマチ（うち悪性関節リウマチ）　⑫後縦靱帯骨化症　⑬脊柱管狭窄症（うち広範脊柱管狭窄症）⑭骨折を伴う骨粗鬆症　⑮早老症　⑯がん（回復の見込みがない状態）

（注２）訪問看護を医療保険で実施する疾病
（難病医療費助成対象疾病は下線の１６疾病（うち都単１疾病））
①末期の悪性腫瘍　②多発性硬化症　③重症筋無力症　④スモン　⑤筋萎縮性側索硬化症　⑥脊髄小脳変性症　⑦ハンチントン病　⑧進行性筋ジストロフィー　⑨パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ３以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)）⑩多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリーブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）⑪プリオン病　⑫亜急性硬化性全脳炎　⑬ライソゾーム病　⑭副腎白質ジストロフィー　⑮脊髄性筋萎縮症　⑯球脊髄性筋萎縮症　⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎　⑱後天性免疫不全症候群　⑲頸髄損傷　⑳人工呼吸器を装着している状態（鼻マスク式によるものを含む）

これらの疾病等は、訪問看護は医療保険に報酬を請求する。１日２回以上訪問看護を実施した場合も、「難病等複数回訪問加算」請求できる。

4. 他の医療制度との関係

各種医療保険が優先適用され、その自己負担額を対象に助成する。(都)医療券（P.227～参照）とその他との２種類以上の医療費助成等の併用がある場合、(都)医療費助成との関係における優先順位は下記のとおり取り扱います。

※マル障・マル親・マル乳・マル子については、併用して使用することはできません。医療証（受給者証）を発行する際には、いずれか一制度の医療証を発行しています。重複して所持している場合などは、証を発行している区市町村へお問い合せください。

[基本ルール]　　国制度(法律)＞ (都) ＞［ (障) ・ (親) ・ (乳) ・ (子) ・ (青) ］

[個別パターン1]　　結核「10」・「93」＞ 精神「21」・「93」
（(都)「93」については、結核「10」の医療における5%又は精神「21」の医療における10%の自己負担分を助成する）

[個別パターン2]　　医療保険 ＞ (長)特定疾病療養受療証 ＞ 自立支援医療「15」・「16」
＞小児慢性特定疾病「52」 ＞ (都)「82」

[個別パターン3]　　医療保険 ＞ (長)特定疾病療養受療証 ＞ 小児慢性特定疾病「52」
＞難病医療「54」 ＞ 難病医療「51」・ (都)「83」 ＞ (都)「82」

5. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

①(都)医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

医療保険証又は介護保険証とともに(都)医療券及び自己負担上限（限度）額管理票（難病医療「83」、Ｂ型・Ｃ型ウイルス肝炎治療「38」、大気汚染関連疾病「82」に限る。）の提出を求め、(都)医療券の負担者番号、受給者番号、認定疾病・病名、有効期間、認定条件等を確認する。(都)医療券に自己負担限度額が記載されている場合は、限度額まで徴収する。自己負担上限（限度）額管理票を提出された場合は、自己負担額等を記入する。

②精神通院医療

精神通院医療の自立支援医療受給者証に法別番号「93」から始まる番号が振り出されているか確認する。
精神通院医療（法別番号 21）（負担者番号 93133007）
社保加入者、後期高齢者医療加入者及び国民健康保険組合加入者の住民税非課税者に振り出す。
※　区市町村国保の方は、受給者証と併せて公費負担医療費の患者負担分の給付対象者（住民税非課税者等に限る）には精神「国保受給者証（精神通院）（負担番号 93132009）」が交付される。）

③結核一般医療

結核一般医療の患者票に法別番号「93」から始まる番号が振り出されているか確認する。
結核一般医療（法別番号 10）（負担者番号 93137008）
社保加入者、国保組合加入者及び後期高齢加入者の住民税非課税者のみに振り出す。（ただし生保が適用される方及び療育給付受給者を除く）
※　区市町村国保の方は、患者票と併せて公費負担医療費の患者負担５％の給付対象者（住民税非課税者等に限る）には結核「結核医療給付金受給者証（負担者番号 93131001）」が交付される。（「１．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」（P.１参照）

(2) 請求方法

①(都)医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

一般処理　保険（後期高齢者医療及び介護保険を含む。以下同じ）分及び(都)医療費助成分を１枚のレセプト（併用レセプト）で請求する。

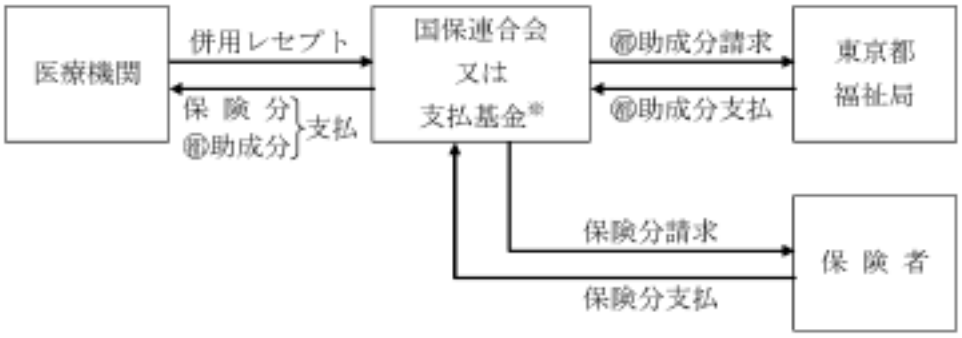
例外処理　以下に掲げる(都)医療費助成分は､例外処理として､保険分とは別に(都)東京都負担医療費請求書等（P.234～参照）により請求する。なお、（ⅰ）の保険分は単独レセプトにより、（ⅱ）（ⅲ）においては保険分と先に適用される公費は併用レセプトにより東京都国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」）へ請求する（国保及び後期高齢者医療に限る。社保は併用レセプトで請求可）。

（ⅰ）他道府県の国保又は後期高齢で法別番号「82」「83」「87」の場合

（ⅱ）自立支援医療「15」「16」、難病医療「51」「54」「83」及び小児慢性特定疾病「52」の患者負担額を法別番号「82」で助成する場合

（ⅲ）自立支援医療「15」「16」、難病医療「51」「54」及び小児慢性特定疾病「52」の患者負担額を難病医療「83」で助成する場合

医療費の請求・支払流れ図



※ 社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター。以下同じ

②精神通院医療

社保分
公費分「21」
㊨医療費助成「93」

㊧分(精神のみ)
公費分「21」
㊨医療費助成分

又は

組合国保分
公費分「21」
㊨医療費助成分

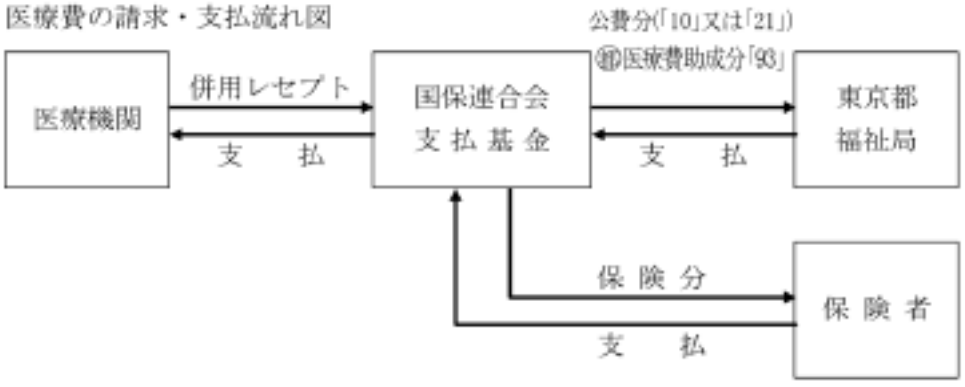
を1枚のレセプトで請求する。

③結核一般医療

社保分
公費分(法別番号「10」)
㊨医療費助成「93」

を1枚のレセプトで請求する。

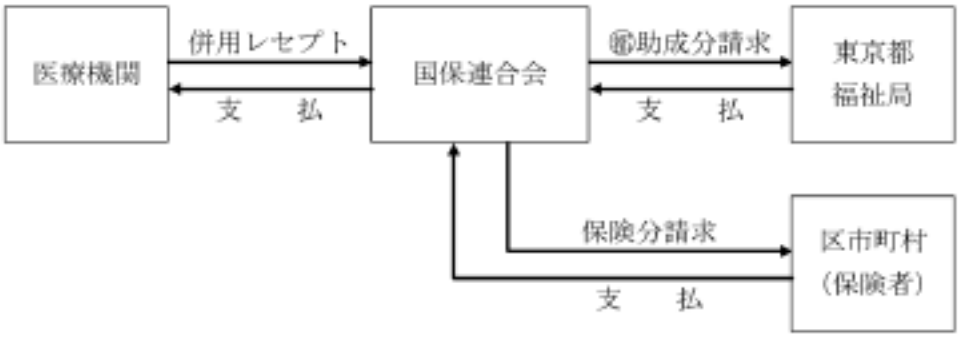
医療費の請求・支払流れ図



④介護保険と併用の場合

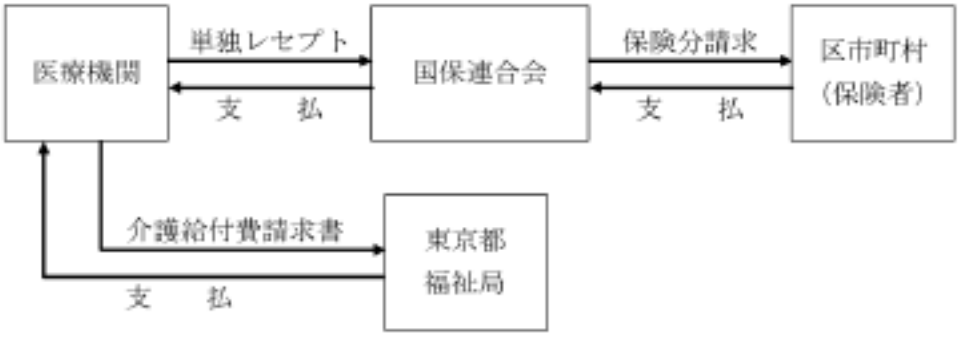
難病医療・特殊医療「51」の場合、介護保険分及び㊜助成分を１枚のレセプトで併せて請求する（介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成 12 年３月厚生省令第 20 号）の例による）。併用レセプトを使用することにより、高額介護サービス費に相当する額 44,400 円を超える利用者負担額は介護保険分及び㊜助成分と併せて支払われる。

介護給付費の請求・支払流れ図（「51」の場合）



難病医療「83」の場合は、㊜助成分は保険分とは別に介護給付費請求書により請求する。（P. 232 参照）

介護給付費の請求・支払流れ図（「83」の場合）



(3) レセプトの記載方法

平成 24 年４月から、外来診療についても高額療養費の現物給付化が行われるようになったことから、レセプトの記載要領も変更され、特記事項欄への記載のほか、高額療養費が現物給付される場合は、保険の（一部）負担金額欄及び摘要欄への記載が必要な場合がありますので御注意ください。本件に関しては、東京都国民健康保険団体連合会や社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センターのホームページに記載上の案内がなされていますので、御参照ください。

①㊜医療費助成（精神退院医療、結核一般医療を除く）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」による。

（ｉ）レセプトの負担者番号・受給者番号欄は、㊜医療券等の番号を記入する。

（ⅱ）難病医療「83」及びＢ型・Ｃ型ウイルス肝炎（課税）「38」では、療養の給付欄の公費の項に外来における「一部負担金額」の項又は入院における「負担金額」の項に㊜医療費助成の患者一部負担額を記入する。

（ⅲ）㊜医療費助成の対象医療とそれ以外の医療が併せて行われる場合は、療養の給付欄の公費の項に㊜医療費助成分の保険点数、次いで療養の給付に応じて一部負担金額、食事・生活療養費の請求額並びに標準負担額を記入する。

（ⅳ）難病医療「51」については、医療券の適用区分に応じた特記事項欄等の記載が必要となる。

（ⅴ）高額療養費に該当する場合は、その限度額から自己負担額を控除した額が㊜医療助成額となる。併用レセプトを使用することにより、高額療養費等に相当する額は、保険者より保険分と併せて支払われる。

難病医療「51」の㊜医療券については、㊜医療券の適用区分欄に記載された記号により、特記事項欄等に所得区分を記載する。また、指定難病「54」及び小児慢性特定疾病「52」も同じ取扱いとなる。

（下表参照）

医療券の適用区分	レセプトの特記事項		
			多数回該当
ア	２６区ア		３１多ア
イ	２７区イ		３２多イ
ウ	２８区ウ		３３多ウ
エ	２９区エ		３４多エ
オ	３０区オ		
Ⅵ	２６区ア		３１多ア
Ⅴ	２７区イ		３２多イ
Ⅳ	２８区ウ		３３多ウ
Ⅲ（前期高齢）	２９区エ		３４多エ
Ⅲ（後期高齢２割）	４１区カ		４３多カ
Ⅲ（後期高齢１割）	４２区キ		４４多キ
Ⅱ	３０区オ	摘要欄　低所得Ⅱ	
Ⅰ		摘要欄　低所得Ⅰ	

※　医療券の適用区分がⅡの場合はレセプトの摘要欄に「低所得Ⅱ」、Ⅰの場合は「低所得Ⅰ」と記入します。
※　70 歳以上の方で、医療券の適用区分が「Ⅱ・Ⅰ」の場合、多数回該当（３４多 オ）の設定はありません。
※　本制度における多数回該当の対象は、**同一医療機関での入院のみ**です（外来、調剤、訪問看護は対象とはなりません。）。
※　保険者からの回答がない場合など、一部の医療券等には適用区分が空欄のものがあります。この場合、**次の場合を除いて**レセプトの特記事項欄への記載は必要ありません。

・後期高齢者医療被保険者証又は高齢受給者証をお持ちの方
（高齢受給者証等の負担割合が１割又は２割の方の場合は、レセプトの特記事項欄に記入する負担区分の取扱いは「エ」、３割の方の場合は「ア」になります。ただし、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の提示がある場合は、その証の適用区分どおりに記載する。）
・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をお持ちの方
（その証の適用区分の記載は下記表の医療券等の適用区分と一致するので、それに該当する記載が必要です。）

（vi）人工透析等の長期療養により「特定疾病療養受療証」の交付を受けている１万円上限の者は、保険分の患者負担相当額が１万円を超える場合は、レセプトの特記事項欄に必ず「02 長」と表示をする。
特定疾病療養受療証の自己負担限度額が２万円の者については、下記のとおり記載する。
（ア）「保険の患者負担額が２万円を超える場合」
レセプトの特記事項欄に「16 長２」と表示し、公費①負担金額欄に「10,000」円と記入する。
（イ）「患者負担額が１万円を超えて２万円未満の場合」
レセプトの特記事項欄の表示は不要。公費①の負担金額欄に患者負担額から１万円を差し引いた額を記載する。
（ウ）「患者負担額が１万円以下の場合」
レセプトの特記事項欄、公費①の負担金額欄への記入は不要。

②精神通院医療

負担者番号・受給者番号欄には、受給者証の番号を記入する。負担者番号は、まず法別番号「21」から始まる番号を上段に優先して記入し、そのすぐ下に法別番号「93」から始まる番号を記入する。受給者番号は、「21」と「93」とでは同一の番号を記入する。療養の給付欄については、法別番号「21」の公費に係る請求点数を記入する。医療保険に係るものと同じ場合は省略してもよい。また、法別番号「93」に係るものは、記入の必要がない。

なお、例外処理として、都外医療機関等における㊘医療費助成分は、例外処理として、保険分及び公費分「21」とは別に㊘東京都負担医療費請求書（精神通院）により請求する。

③結核一般医療

負担者番号・受給者番号欄には、患者票の番号を記入する。負担者番号は、まず法別番号「10」から始まる番号を上段に優先して記入し、そのすぐ下に法別番号「93」から始まる番号を記入する。受給者番号は、「10」と「93」とでは同一の番号を記入する。療養の給付欄については、法別番号「10」の公費に係る請求点数を記入する。医療保険に係るものと同じ場合は省略してもよい。また、法別番号「93」に係るものは、記入の必要がない。

(4) 提出支払

請求種別	提出先	提出期日	支払日
国保及び後期高齢者医療 併用レセプト	東京都国民健康保険団体連合会	診療月の 翌月 10 日	診療月の 翌々月 20 日頃
社保併用レセプト	社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター	診療月の 翌月 10 日	診療月の 翌々月 20 日頃
介護保険併用レセプト 「51」のみ	東京都国民健康保険団体連合会	診療月の 翌月 10 日	
精神通院医療	区市町村国保・後期高齢・組合国保 ⇒ 東京都国民健康保険団体連合会 社保 ⇒ 社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター ※国保の「93」の方は、併用レセプトにより東京都国民健康保険団体連合会へ請求する。	診療月の 翌月 10 日	
結核一般医療	国保 ⇒ 東京都国民健康保険団体連合会 社保 ⇒ 社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター ※国保の「93」の方は、併用レセプトにより東京都国民健康保険団体連合会へ請求する。	診療月の 翌月 10 日	
その他例外処理での ㊎東京都負担医療費請求書等	東京都福祉局生活福祉部医療助成課 〒163-8001 新宿区西新宿二丁目８番１号 電話番号 03（5320）4454	診療月の 翌月 10 日	診療月の 翌々月 10 日頃

※「公費負担医療費の請求・支払について」（様式は P. 212 参照）

これは、各医療機関から請求された公費負担医療費分について、既に東京都から国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金を通じて支払い済みのもののうち、過誤調整などが必要と考えられるものを出力したものです。この通知が届きましたら、まずは医療機関において、理由内容に沿ってレセプト請求内容を確認し、訂正が必要なものについては、レセプトの取下げ及び再請求手続きを行ってください。

過誤処理を防ぐ一番の方法は、医療機関の窓口で㊎医療券等の確認をすることです。

主な過誤理由	
理由コード	内　容　⇒　処理方法
請求金額エラー（高額限度額超）	レセプト特記事項欄の記入誤り（区分相違や空欄）のため、公費助成額に誤りが生じています。 ⇒レセプトの取下げ依頼をお願いします。返戻されたレセプトの特記事項欄に、医療券等の適用区分に合わせた記載等をした上で再請求してください。
認定期間外	請求のあった該当月は認定期間外です。 ⇒患者の公費受給資格がない場合は、レセプトの取下げ依頼をお願いします。返戻されましたら、公費番号を削って再請求してください（他の公費を受給している場合は、その公費番号で再請求してください。）。 （参考）負担者番号 82137001・82137555・82137530・82137670（大気汚染関連疾病）は、認定請求からシステム反映まで時間がかかることがあります。
長期高額疾病請求額エラー	人工透析又は血友病の公費助成限度額（１万円）を超えて公費負担医療費を請求しています。 ⇒レセプトの取下げ依頼をお願いします。患者の特定疾病療養受療証を確認し、返戻されたレセプトの特記事項欄に、「02 長」又は「16 長 2」を記載の上、再請求してください。
受給者該当なし	請求された受給者番号に該当する認定患者はおりません。 ⇒患者の医療券等を確認してください。レセプトを取下げ、正しい受給者番号に修正して再請求してください。

様

公費負担医療費の請求・支払について

令和5年12月12日

日ごろから、東京都が実施する公費負担・医療費助成制度に御協力いただき誠にありがとうございます。
さて、貴機関から御請求いただいた公費負担医療費について、既に都から国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金を通じてお支払い済みのもののうち、右記のとおり誤りがあるとして出力されましたのでお知らせいたします。
つきましては、請求内容を御確認のうえ、レセプト返戻による過誤調整の処理または適切な御請求に、御協力よろしくお願いいたします。

1　レセプト返戻による過誤調整について
重複請求や公費負担者番号、認定期間外等の誤りで、過誤調整のためレセプト返戻を行う場合は、所定の様式でレセプトの取下げ依頼を下記まで御提出ください。御不明な点につきましては、お問い合わせください。

都内の医療機関等
(1)国保分　東京都国民健康保険団体連合会企画事業部管理課過誤調整係
０３－６２３８－０３３０（直通）
(2)社保分　社会保険診療報酬支払基金東京審査委員会事務局
０３－３９８７－６１８１（代表）

都外の医療機関等
(1)国保分　各道府県の国民健康保険団体連合会
(2)社保分　社会保険診療報酬支払基金の各審査委員会事務局

2　医療費請求について
受給者番号の記入ミスや他の医療費助成制度受給等の場合は、各種医療費助成制度の医療券等を確認し、正しく御請求くださるようお願いいたします。

3　受給者の資格について
公費負担者番号、受給者番号及び有効期間等につきましては、下記へお問い合せください。
東京都福祉保生活福祉部医療助成課
医療給付担当（マル都担当）
０３－５３２０－４４５４（ダイヤルイン）

4　その他
レセプト返戻の手続きを行った場合でも、行き違いで本通知が発送されることがあります。また、本通知は診療月毎に作成しており、過去に発送した同一受給者の通知とは診療月等が異なります。御了承願います。

整理番号 26126000018	公費負担者番号　54136013 受給者番号	受給者氏名 生年月日	保険者番号 本人・家族
過誤内容	令和5年　１０月（外）診療分　10,139　点　9,019　円　東		
過誤理由	請求金額エラー（高額限度額超）		
	レセプト特記事項欄の記入誤り（区分相違や空欄）のため、公費支払額に誤りが生じています。		
処理方法	医療券の適用期間欄を確認してください。審査支払機関にレセプトの取下げ依頼をしていただき、レセプトが戻りましたら、適用区分欄に印字されている区分（　　）で算定されるよう、特記事項欄、摘要欄等を訂正して再請求してください。		

整理番号 26126000019	公費負担者番号　82138009 受給者番号	受給者氏名 生年月日	保険者番号 本人・家族
過誤内容	令和5年　１０月（入）診療分　19,163　点　19,160　円　東		
過誤理由	長期高額疾病請求額エラー		
	人工透析の助成限度額１万円を超えて公費負担医療費を請求しています。		
処理方法	審査支払機関にレセプトの取下げ依頼をしていただき、レセプトが戻りましたら特記事項欄に「０２長」を記載し、再請求してください。		
過誤内容			
過誤理由			
処理方法			

6. 医療保険との関係

(1) ㊎医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

各種医療保険が優先適用され、その自己負担額を対象助成とする。

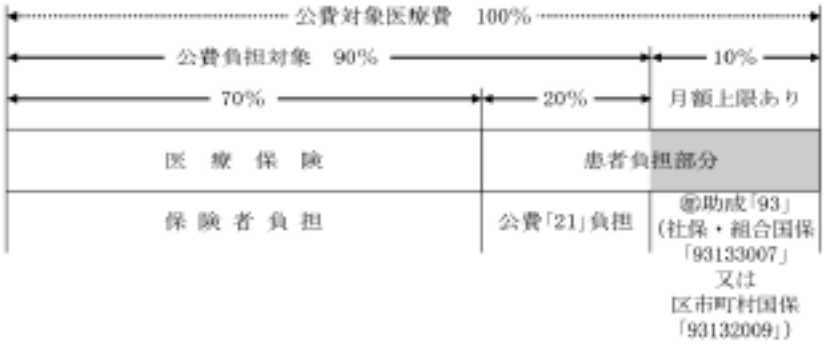
①国保、後期高齢者医療又は社保・外来・患者一部負担額ありの場合

※「83」のみ医療保険適用後の自己負担割合が30%の場合は、医療費助成により自己負担割合が20%となる

②国保、後期高齢者医療又は社保・外来・患者一部負担額なしの場合

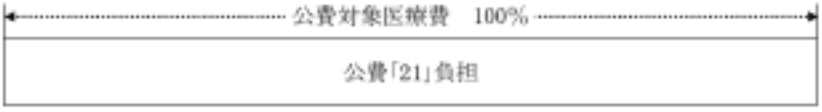
(2) 精神通院医療の場合

(例１)社保及び区市町村国保及び組合国保の場合　⇒　医療保険が優先適用される。



(例２)後期高齢者医療加入者の場合　⇒　㊎分が優先適用される。

(例３)生活保護法(医療扶助)

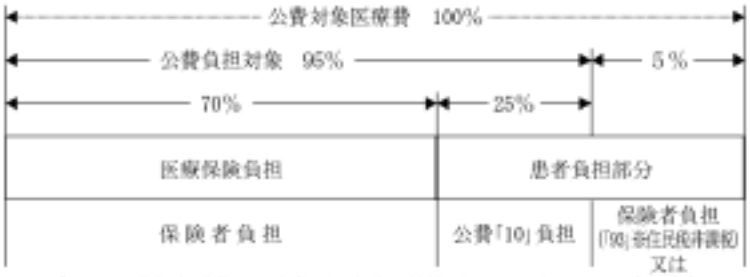


(3) 結核一般医療の場合

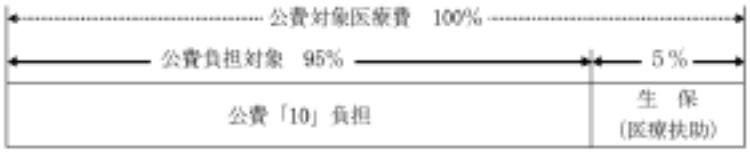
(例１)社保　⇒　医療保険が優先適用される。

(住民税非課税者)

(例２)区市町村国保

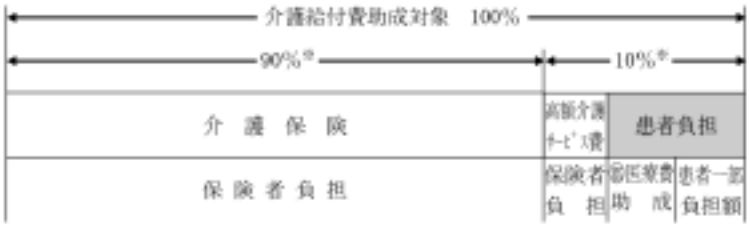


(例３)生活保護法(医療扶助)



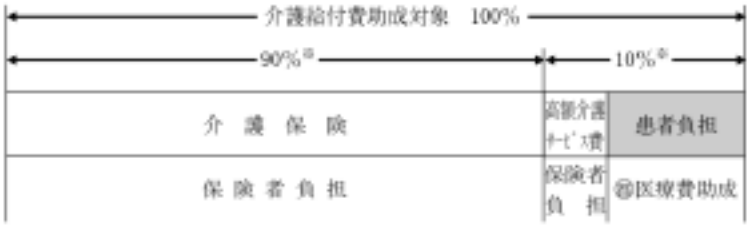
7. 介護保険との関係

(例１)介護保険＋難病医療「83」



※介護保険適用後の自己負担割合が2割となる方（平成27年8月1日以降）
については、保険者と患者との負担割合がそれぞれ80%、20%となる。

(例２)介護保険＋難病等医療「51」



※介護保険適用後の自己負担割合が2割となる方（平成27年8月1日以降）
については、保険者と患者との負担割合がそれぞれ80%、20%となる。

【公費負担医療の手引より抜粋】

8. 請求事例

事例1 「難病医療(都疾病・83136010)により医療費助成を行う場合」

A 病院 外来診療 実日数3日 (患者負担率3割(難病医療費の負担率は2割)

自己負担上限月額 10,000円 難病医療対象分5,500点(総医療費も同点数とする。)

[自己負担上限額管理票の記載内容]

令和５年１月分 自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568

月額自己負担上限額 10,000円

日付	医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印
1月31日	○○○病院	15,000円			印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	徴収印
1月20日	××薬局	印

1日目 医療費総額 15,000円

70%	30%
医療保険 10,500円	患者負担 4,500円
保険者負担	医療費助成 1,500円 / 患者一部負担額 3,000円 ①

2日目 医療費総額 25,000円

70%	30%
医療保険 17,500円	患者負担 7,500円
保険者負担	医療費助成 2,500円 / 患者一部負担額 5,000円 ②

3日目 医療費総額 15,000円

70%	30%
医療保険 10,500円	患者負担 4,500円
保険者負担	㊍ 医療費助成 4,500円

[計算式]

医療保険 38,500円

[5,500点×7割]

難病医療 8,500円

[5,500点×3割－8,000円①+②]

患者負担 8,000円 ①+②

[(5,500点－1,500点)×2割]

3日目の総点数

レセプト記載例

療養の給付	保険	請求 5,500 点	※決定 点		一部負担金 円
	公費①	点	点		円 8,000
	公費②	点	点		円

※ 公費①の欄に、医療費助成分の患者一部負担額を記載する。

事例2　高齢受給者証及び後期高齢者医療
「難病医療(都疾病・83136010)により医療費助成を行う場合」

B　病院　外来診療　実日数3日　(患者負担率2割)

自己負担上限月額　10,000円　難病医療対象分5,500点(総医療費も同点数とする。)

[自己負担上限額管理票の記載内容]

特定医療費(指定難病)

令和５年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	0012568

月額自己負担上限額　10,000円

日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	印
1月20日	○○○病院	20,000円	4,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印
1月31日	○○○病院	15,000円			印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	徴収印
1月20日	××薬局	印

1日目　医療費総額　20,000円

80%	20%
医療保険　16,000円	患者負担　4,000円
保険者負担	患者一部負担額 4,000円　①

2日目　医療費総額　20,000円

80%	20%
医療保険　16,000円	患者負担　4,000円
保険者負担	患者一部負担額 4,000円　②

3日目　医療費総額　15,000円

80%	20%
医療保険　12,000円	患者負担　3,000円
保険者負担	㊞医療費助成　3,000円

[計算式]

医療保険　44,000円
[5,500点×8割]

難病医療　3,000円
[5,500点×2割－8,000円①+②)]

患者負担　8,000円 ①+②
[(5,500点－1,500点)×2割]
3日目の総点数

レセプト記載例

療養の給付	保険	請求　点 5,500	査決定　点		一部負担金　円
	公費①	点	点		円 8,000
	公費②	点	点		円

※　公費①の欄に、㊞医療費助成分の患者一部負担額を記載する。

【公費負担医療の手引より抜粋】

事例3 「難病医療(都疾病・83136010)により医療費助成を行う場合」

C 病院　外来診療　実日数3日 (後期高齢者医療制度患者負担率1割)

自己負担上限月額 5,000円　難病医療対象分4,700点(総医療費も同点数とする。)

[自己負担上限額管理票の記載内容]

特定医療費(指定難病)

令和 5 年 1 月分 自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568

月額自己負担上限額　5,000円

日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	日
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円	日
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円	日
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円	日
1月31日	○○○病院	15,000円			月

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	徴収印
1月20日	××薬局	日

1日目　医療費総額 20,000円

90%	10%
医療保険 18,000円	患者負担 2,000円
保険者負担	患者一部負担額 2,000円 ①

2日目　医療費総額 12,000円

90%	10%
医療保険 10,800円	患者負担 1,200円
保険者負担	患者一部負担額 1,200円 ②

3日目　医療費総額 15,000円

90%	10%
医療保険 13,500円	患者負担 1,500円
保険者負担	月 医療費助成 1,500円

[計算式]

後期高齢者医療制度　42,300円

[4,700点×9割]

難病医療　1,500円

[4,700点×1割－3,200円①+②]

患者負担　3,200円 ①+②

[(4,700点－1,500点)×1割]

3日目の総点数

レセプト記載例

療養の給付	保険	請 求 点 4,700	審査決定 点		一部負担金 円
	公費①	点	点		円 3,200
	公費②	点	点		円

※ 公費①の欄に、医療費助成分の患者一部負担額を記載する。

事例4 「精神通院医療　精神通院医療「21」及び「93」の場合」

実日数1日
総医療費 1,800点　精神医療分 1,200点
精神医療対象外分 600点

精神医療対象分(12,000円)

← 公費負担対象　90% →		← 10% →
← 70% →	← 20% →	月額上限あり
医療保険　8,400円	精神公費 2,400円	患者 1,200円
保険者負担	精神公費負担 法別番号21	㊍助成 法別番号93

精神医療対象外分(6,000円)

← 70% →	← 30% →
医療保険　4,200円	患者負担部分 1,800円
保険者負担	

［レセプト記載例］

市町村	
公費①	21 13 601 5
公費②	93 13 300 7

← 社会保険、後期高齢者医療制度、国保組合
区市町村国保の公費番号　93132009

療養の給付	保険	請　求　点 1,800		一部負担金額　円
	公費 ①	※精神医療対象分の点数を記載 1,200　点	円	※精神医療対象分の㊍助成額を記載 1,200　円
	公費 ②			

※　精神医療対象外分に㊍を適用する場合、社保併用の㊍助成額は別請求となる。

［計算式］
医療保険　　12,600円［1,800点×7割］
精神公費「21」　2,400円［1,200点×9割－1,200点×7割］
㊍助成「93」　1,200円［1,200点×1割］
患者負担　　1,800円［600点×3割］

【公費負担医療の手引より抜粋】

事例5 「精神通院医療 後期高齢者医療と精神通院医療「21」の場合」

精神通院医療「21」は、後期高齢者医療(高齢受給者の場合は医療保険)を優先し、当該医療費の10%(ただし、14,000円(平成29年8月1日以降)を限度とする。また、低所得Ⅰ・Ⅱの方は、8,000円を限度とする。)と精神通院医療の上限額との差額について負担する。精神通院医療の上限額までの部分について「93」が助成する。また、精神通院医療に係る医療とそれ以外の医療が同時に併せて行われる場合のそれ以外の医療については後期高齢者医療における定率負担となる高齢者の医療の確保に関する法律に基づく一部負担金は、まず精神通院医療に係る医療費について、次いで精神通院医療に係る医療費以外について生じるものとして取り扱う。

実日数2日(後期高齢者医療患者負担率1割負担の場合)
総医療費 2,400点　後期高齢単独分 1,000点　精神通院医療分 1,400点

	後期高齢単独分	精神通院医療分	「93」助成分	窓口徴収額
1日目	5,000円	7,000円	700円	500円
2日目	5,000円	7,000円	700円	500円

1日目　後期高齢単独分　5,000円　　精神通院医療分　7,000円

後期高齢	患者	後期高齢	㊙助成
4,500円	500円	6,300円	700円

2日目　後期高齢単独分　5,000円　　精神通院医療分　7,000円

後期高齢	患者	後期高齢	㊙助成
4,500円	500円	6,300円	700円

計　後期高齢単独分　10,000円　精神通院医療分　14,000円

後期高齢	患者	後期高齢	㊙助成
9,000円	1,000円	12,600円	1,400円

〔レセプト記載例〕

市町村	39	13	○○○	○
公費①	21	13	601	5
公費②	93	13	300	7

療養の給付	保険	請求点 2,400		一部負担金額　円
	公費①	1,400		1,400
	公費②			

[計算式]
後期高齢　21,600円〔24,000円×9割〕
㊙助成「93」 1,400円〔14,000円×1割〕　患者負担　1,000円〔10,000円×1割〕

（別表７）

区分	疾病名	対象者
難病等 （国疾病） 法別番号 51	スモン プリオン病（ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る）	東京都の区域内に住所を有する者であって、一又は二に掲げるもの。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 一　疾病名の欄に掲げる疾病にり患している者であって、知事が別に定める基準を満たすもの、ただし、次のいずれかに該当する者を除く。 （イ）母斑症のうち神経皮膚黒色症、ゴーリン症候群（基底細胞母斑症候群）及びフォン・ヒッペル・リンドウ病並びに特発性好酸球増多症候群のうち好酸球増加症、遺伝性 QT 延長症候群、骨髄線維症及び先天性血液凝固因子欠乏症等（第Ⅷ因子欠乏症等を除く）にり患している者であって、児童福祉法第 ６条の２第１項の規定に基づき厚生労働大臣が定める疾病及び同条第２項の規定に基づき当該疾病ごとに厚生労働大臣が定める状態の程度（以下「小児慢性特定疾病及び当該疾病に係る厚生労働大臣が定める状態の程度」という）に該当するもの（当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る） （ロ）先天性血液凝固因子欠乏症等のうち第Ⅷ因子欠乏症等及び人工透析を必要とする腎不全にり患している者であって、特定疾病療養受療証の交付を受けていないもの又は小児慢性特定疾病及び当該疾病に係る厚生労働大臣が定める状態の程度（当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る） 二　同一の月に受けた都単独疾病に係る医療につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例（これによることができないとき、及びこれによることを適当としないときは知事が別に定める算定方法）により算定した当該医療に要した費用の額が 33,330 円を超えた月数が申請日の属する月以前の 12 月以内に既に３月以上である者又はこれに準ずるものとして知事が別に定める者（都単独疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る。）
難病等 （都疾病） 法別番号 83	悪性高血圧 母斑症（指定難病の結節性硬化症、スタージ・ウェーバー症候群及びクリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群 を除く。） 古典的特発性好酸球増多症候群 びまん性汎細気管支炎 遺伝性 QT 延長症候群 網膜脈絡膜萎縮症 原発性骨髄線維症 肝内結石症	
特殊医療 （先天性血液凝固因子欠乏症等） 法別番号 51	先天性血液凝固因子欠乏症等（第Ⅰ因子欠乏症、第Ⅱ因子欠乏症、第Ⅴ因子欠乏症、第Ⅶ因子欠乏症、第Ⅷ因子欠乏症、第Ⅸ因子欠乏症、第Ⅹ因子欠乏症、第ⅩⅠ因子欠乏症、第ⅩⅡ因子欠乏症、第ⅩⅢ因子欠乏症、フォン・ヴィルブランド病及び血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症をいう。）	
特殊医療 （人工透析） 法別番号 82	人工透析を必要とする腎不全	
難病等 （国疾病） 法別番号 51	劇症肝炎 重症急性膵炎	次の一及び二に掲げる者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 一　東京都の区域内に住所を有する者 二　平成 26 年 12 月 31 日において疾病名の欄に掲げる疾病に係る医療費助成を受けていた者であって、引き続き平成 27 年１月１日から当該疾病に係る医療費助成受けている者（更新が続く限り対象）
小児精神病 法別番号 82	精神障害で入院医療を要する疾病及び精神障害に付随する軽易な傷病	以下のいずれにも該当する者 (1) 現に左記の疾病に該当し、精神科病院又は病院の精神病床に入院をしている者 (2) 満 18 歳未満の者 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 (4) 満 18 歳に達した時点で引き続き医療を受ける場合は満 20 歳未満とする。 (5) 認定期間内であっても退院と同時に医療券は失効する。

区分	疾病名	対象者
被爆者の子に対する医療 法別番号 82	(1) ～ (11) の障害を伴う疾病及びその続発症 (1) 造血機能障害 (2) 肝臓機能障害 (3) 細胞増殖機能障害 (4) 内分泌腺機能障害 (5) 脳血管障害 (6) 循環器機能障害 (7) 腎臓機能障害 (8) 水晶体混濁による視機能障害 (9) 呼吸器機能障害 (10) 運動器機能障害 (11) 潰瘍による消化器機能障害 ※医療券に認定疾病名が記載されている。	以下のいずれにも該当する者 (1) 被爆者の実子であり健康診断受診票の交付を受けた者 (2) 左記の障害を伴う疾病にかかり、６か月以上の医療を必要とする者。 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
大気汚染関連疾病 法別番号 82	(1) 気管支ぜん息 (2) 慢性気管支炎 (3) ぜん息性気管支炎 (4) 肺気しゅ (5) (1) ～ (4) の続発症	以下のいずれにも該当する者。 (1) 現に左記の疾病に該当する 18 歳未満の者（生年月日が平成９年４月１日以前の被認定者は更新のみ可能)。 (2) 東京都の区域内に引き続き１年（３歳に満たない乳幼児は６か月）以上住所を有する者。 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 (4) 喫煙していない者
妊娠高血圧症候群等 法別番号 87	妊娠により入院医療を必要とする疾病及びその続発症 (1) 妊娠高血圧症候群及びその関連疾患 (2) 糖尿病及び妊娠糖尿病 (3) 貧血 (4) 産科出血 (5) 心疾患	以下のいずれにも該当する者。 (1) 左記の疾病に該当する者。 (2) 前年分の総所得税額が 30,000 円以下の世帯に属する者又は入院見込期間が 26 日以上の者。ただし、生活保護受給者、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
結核一般医療 法別番号 93	(1) 肺結核 (2) 肺外結核 ※比較的最近、結核に感染したと考えられる方などで、発病の危険が高い方（潜在性結核感染症）も含む	(1) 国の制度：左記の疾病に該当する者。 (2) 都の制度：次のいずれにも該当する者。 ①国の制度による患者票の交付を受けた者。 ②区市町村民税非課税者。ただし、区市町村国民健康保険の被保険者、生活保護受給者及び療育給付受給者を除く。 (注) 区市町村国民健康保険の被保険者（住民税非課税者等）は、国の制度の適用後の残り５％は保険給付される。
精神通院医療 法別番号 93	精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して行われる通院医療	(1) 国の制度：左記の障害により通院医療を必要とする者 (2) 都の制度：次のいずれにも該当する者 ①国の制度による医療受給証の交付を受けた者 ②区市町村民税非課税者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じないもの及び区市町村国民健康保険の被保険者を除く。 (注) 区市町村国民健康保険の被保険者（住民税非課税者等）は、国の制度の適用後の自己負担分は保険給付される。
Ｂ型・Ｃ型ウイルス肝炎 法別番号 38	Ｂ型ウイルス肝炎又はＣ型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病、Ｃ型ウイルス肝炎に対して行	以下のいずれにも該当する者 (1) 東京都の区域内に住所を有する者 (2) 左記の疾病に該当する者 (3) 医療保険各法により医療に関する給付を受けて

区分	疾病名	対象者
	われるインターフェロンフリー治療を要する場合の当該疾病及びＢ型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病	いる者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
Ｂ型肝炎ウイルス若しくはＣ型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変 法別番号 38	Ｂ型肝炎ウイルス若しくはＣ型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変に対して行われる入院治療及び肝がん通院医療（「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」による通院治療に限る。）	以下のいずれにも該当する者 (1) 東京都内に住所がある者 (2) Ｂ型・Ｃ型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変と診断され入院医療を受けている者又はＢ型・Ｃ型肝炎ウイルスによる肝がんと診断され外来医療を受けている者 (3) 年収が概ね 370 万円未満の者（ただし、生活保護受給者は除く。） (4) 保健医療機関における「肝がん・重度肝硬変入院関係医療」又は「肝がん外来関係医療」の自己負担額が高額療養費算定基準を超えた月が、申請月の前の 11 か月以内に２か月以上ある者 (5) 肝がん・重度肝硬変の治療の研究への協力に同意している者

9. 現金給付（償還払い）

(1) 医療費

㊟医療費の受給者が、認定の申請中等で㊟医療券を医療機関の窓口に提示できないときは、医療保険単独の扱いとなるので自己負担分を窓口で徴収する。患者は、医療機関の窓口で支払った金額について、東京都福祉局に支給申請を行い、㊟医療費の償還を受ける。

申請に必要な書類

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」(P. 231 参照)

※「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」内の医療機関等証明欄は、医療機関で記入する。医療機関は、患者に㊟医療券の提示を求め、有効期間及び認定疾病・病名を確認し、レセプトの点数のうち㊟医療費分について記載する。なお、領収書だけでは、診療内容が確認できないので、医療機関等証明欄により、㊟医療費助成対象の医療費であることを証明する必要がある。

・本人払い（償還払い）〈現金給付扱い〉

次の理由により、患者が医療機関等の窓口で支払った認定疾病に対する医療費は、患者本人等が東京都へ所定の申請書で申請することにより、返還を受けることができます。

申請書を東京都が受理してから支払いまでには、概ね２か月、事例によっては３か月の期間を要します。

ア　㊟医療券等に記載された有効期間の開始日から㊟医療券等が交付されるまでの間に支払った医療費

イ　東京都と契約していない医療機関等で支払った医療費

ウ　健康保険の変更等により月額自己負担限度額が減額された㊟医療券等の交付を受けた者が、届出等から減額後の㊟医療券等が交付されるまでの間に、減額前の㊟医療券等により患者一部負担金として支払った医療費

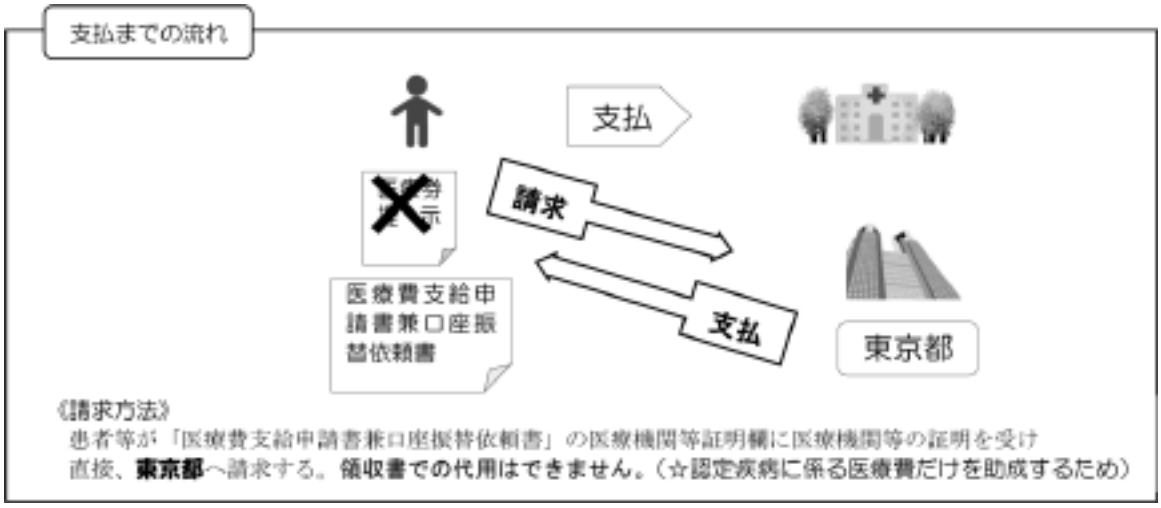
【本人払いの請求方法等】

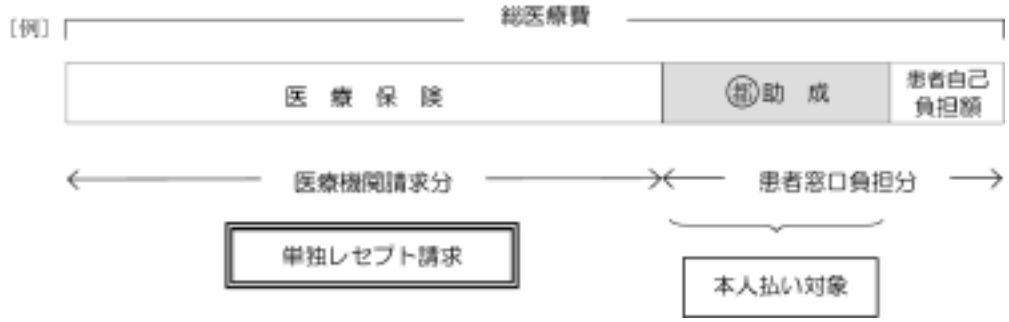
○患者は、『医療費支給申請書兼口座振替依頼書』の**医療機関等証明欄に医療機関等の証明を受け**、直接東京都へ請求します。領収書添付の必要はありません。

○医療費の請求は、認定された疾病のみに対する医療費助成のため、上記ウを除いて領収書では受け付けていません。（上記ウにおいても、領収書で受け付けられるのは、領収額が月額自己負担限度額と同額であるか、医療券等を使用したことが明記されているものに限ります。）

○公費負担者番号が「54」「83」「52」又は「38」の㊟医療券等をお持ちの方において、還付請求する月と同一月で「自己負担上限額管理票」を使用して医療費を支払った場合は、その管理票の写しも添付するようお願いしています（ただし、「38136024（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）」は除く。）。

【公費負担医療の手引より抜粋】





【「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」医療機関等証明欄の記入に際しての留意点】

○証明の際には、必ず㊎医療券等の提示を受け、東京都から医療費助成が受けられることを確認してください。

○有効期間外であるものは証明しないでください。

また、医療機関の受領金額が医療券に記載されている月額自己負担限度額を超えない場合は、患者など申請者の求めに応じ、証明をしてください。

公費負担者番号「５４」「８３」「５２」又は「３８」の患者負担額は、ひと月ごとに自己負担額を管理するため、ひとつの医療機関での支払いが月額自己負担限度額内であったとしても、他の医療機関での支払いを合算した場合に月額自己負担限度額を超え、本人払い（償還払い）が生じる場合があります。

○証明の際は、「医療機関等コード」及び記入担当者の氏名と所属も必ず記入してください。

○都の助成額を既に公費併用レセプトにより請求したものの証明はしないでください。

○医療機関が証明した金額のうち、東京都は高額療養費相当額を控除して支払います。従って、申請書の証明金額の全額が支払われない場合もあります。高額療養費相当額は、患者本人が加入している保険者に請求する必要があります。

○特定疾病療養受療証について

人工透析を必要とする腎不全（負担者番号：82138009）又は先天性血液凝固因子欠乏症等（負担者番号：51137016）のうち病名が「第８因子欠乏症」、「第９因子欠乏症」又は「血友病等」の方は、制度上「特定疾病療養受療証」の取得及び提示が前提となっているため、自己負担限度額が１万円の方は医療機関等証明欄の限度額認定証の提示欄に「長１」と、同２万円の方は「長２」と記載してください。

人工透析により特定疾病療養受療証をお持ちの方で、上位所得者の自己負担限度額は２万円ですが、負担者番号が82138009の医療券の助成の上限は１万円（差額の１万円は、他の公費で助成される場合を除いて患者負担）となります。

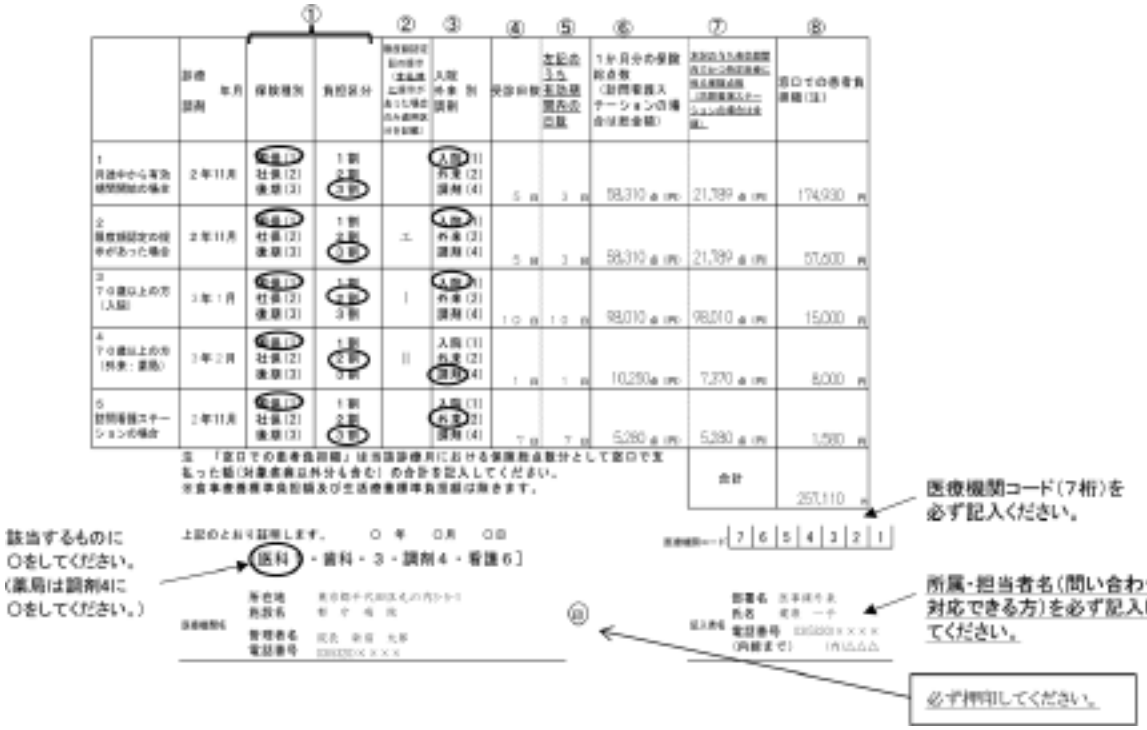
○限度額適用認定証について

医療機関での支払いの際に、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が提示されていた場合は、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の区分に記載の記号を、医療機関等証明欄の限度額認定証の提示欄に記載してください。

なお、この申請書の問い合わせは東京都福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当

（℡０３－５３２０－４４５４）までお願いします。

★「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」医療機関等証明欄の記入の留意事項について



【留意点】レセプト単位で記入してください。記入例①から⑧は以下のとおりお願いします。

① 「保険種別」・「負担区分」は受診時の主保険の情報に○をしてください。

② 「限度額認定証の提示」は支払時に提示があった場合のみ、適用区分を記入してください。
（窓口での患者負担額の根拠として確認させていただきます。証明記入時の受給者証の区分とは一致しない場合があるため、不明な場合は記入しないでください。）

③ 入院、外来、調剤のいずれかに○をしてください。薬局は外来ではなく「調剤」を選択してください。

④ 「受診日数」は受給者証等の有効期間にかかわらず、月の診療日数（レセプトの日数）を記入してください。
※ 薬局では処方せんの受付回数を記入してください。

⑤ 「左記のうち有効期間内の日数」は④受診日数のうち、受給者証の有効期間内の日数を記入してください。
※ 薬局では処方せんの受付回数を記入してください。

⑥ 「１か月分の保険総点数」は当該月の保険総点数※（レセプトの点数）を記入してください。
※ 訪問看護ステーションの場合は、当該月の療養費（円）を記入してください。

⑦ 「左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る保険点数」は受給者証の有効期間内でかつ認定疾病にかかる点数を記入してください。
※ 訪問看護ステーションの場合は、認定疾病のみに係る療養費（円）を記載してください。

⑧ 「窓口での患者負担額」は、⑥で記載の１か月の保険点数に対応する窓口領収額を記入してください。
※ 助成額は⑦の点数から高額療養費等を考慮して都が再計算するため、⑧の金額とは必ずしも一致しません。

（2）介護給付費

介護給付費の利用者負担額を助成する。

申請に必要な書類

「介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書」（P. 232 参照）

※ 介護給付費利用者負担額証明欄は、サービス事業者等で記入する。

・用紙の配付

各区市町村の担当窓口で配布しており、用紙をコピーして使用することも可能。東京都福祉局では公式ホームページに掲載しており、ダウンロードが可能となっている。

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病用）」
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_nanbyo.html
「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（小児慢性特定疾病）
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_5452.html
「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（38・82・87用）
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_maruto8287.html
「介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書」
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_kaigo.html

以下の用紙は、各区市町村の担当窓口での配布はないが、前記用紙と同様に公式ホームページにて掲載しており、ダウンロードが可能となっている。

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病（国疾病）、特殊医療）
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_jusyo.html
「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病/生活保護受給者用）
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_nanbyo_seiho.html
「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（肝がん・重度肝硬変用）
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_kangan.html

【請求先】
東京都福祉局生活福祉部医療助成課
郵便番号 163-8001
東京都新宿区西新宿二丁目８番１号
電話番号 03（5320）4454

10. Q＆A

Q１） 訪問看護や訪問診療の際、出先で毎回金額を請求することができないが、どのように請求したらよいのか。
A１） 訪問診療や訪問看護を実施した月の月末の日付で、月の診療又は訪問看護費用を記載し、請求することが可能。その際、すでに自己負担上限月額まで達していた場合は、上限額を超える分は全て公費に請求することとなり、達していない分については、本人への請求となる。

Q２） Q１の請求を口座引き落としで行っている場合、徴収印は、口座の引き落としを確認してからにしたい。実際にいつの段階で押せばいいのか。診療・訪問した月から１か月又は２か月は遅れてしまうことが考えられる。自己負担上限額管理理票を預かってもよいか。
A２） 自己負担上限額管理票を一つの事業所が預かってしまうと、患者の方が他の医療機関で受診する際に問題となる可能性がある。そのため、あらかじめ患者に関わる医療機関が分かっている場合に、事前に関係機関との協議により、毎月、自己負担上限額を超えることが経験上分かっている医療機関があれば、その機関のみが自己負担上限額管理票に記載し患者の方からの徴収を行うこととし、その他の機関は始めから公費請求を行うこととするなどといった取り決めをしておくことも考えられる。

Q３） 介護保険では、１円単位で請求が出てくるが、自己負担上限額管理票にはどのように記載したらよいのか。
A３） 本人に対する請求を１円単位で行った後、自己負担上限額管理票には、１０円未満を四捨五入した金額を記載することとされている。

Q４） 自己負担上限額に達している等、患者の自己負担が生じない場合も、自己負担上限額管理票に記載する必要があるか。
A４） 自己負担上限額管理票に総医療費の記載が必要であるのは、①高額かつ長期に渡り医療費が必要となる方に対して今後の医療費助成における自己負担上限月額が軽減される根拠となる可能性があることと、②軽症かつ高額の医療費を要することを持って医療費助成の対象となることを証明する根拠となる可能性があることの、二つの理由からである。そのため、患者自己負担額の有無にかかわらず、原則として記入することが望ましい。

①「高額かつ長期」の基準
認定を受けた後の一月の医療費総額（認定を受けた難病に係る 10 割分）が高額（５万円超）である月が ６回以上ある場合

→　患者の方の区市町村民税の課税額等に応じ、自己負担上限月額が下がる場合がある。

②「軽症かつ高額」の基準

一月の医療費総額（認定に関する難病に係る 10 割分）が高額（３３，３３０円超）である月が３回以上ある場合

→　軽快・重症化を繰り返す疾病にり患しているなど更新時に軽快し認定の基準である重症度分類を満たさない場合であっても認定となる。

Ｑ５）　病院・診療所が処方箋を前月の終わりに発行し、その月を超えて保険薬局に処方箋が持ち込まれた場合、自己負担上限額管理票はいつの月に記載すればよいか。

Ａ５）　レセプト請求の月と同じように実際に診察・処方や調剤を行った月に記載してする。具体的には、病院・診療所は、処方箋を発行した月に、保険薬局は、調剤を行った月に記載する。

Ｑ６）　５４の受給者証を提示されたが、自己負担上限額管理票を持ってこなかった患者に対し、どのように取り扱えばよいか。

Ａ６）　患者一部負担割合が３割の方については、医療費総額の２割の額又は受給者証に記載された負担上限月額のうちの低い方の額を領収する。払いすぎた分については、後日、患者から直接東京都福祉局に超過分を請求することになる

Ｑ７）　８３のマル都医療券（難病・都疾病）だけでなく、８０のマル障を持っている患者が受診しているが、８０のマル障のみ適用してよいか。

Ａ７）　８３のマル都医療券（難病・都疾病）と８０のマル障の併用がある場合、優先順位としては、第一公費を８３のマル都医療券（難病・都疾病）、第二公費を８０のマル障とする。

【参考】一部負担金の徴収方法（難病（都疾病）83 とマル障課税者 80136***・マル親課税者 81136***）

難病（都疾病）で一部負担額が発生する場合に、一部負担額から医療費総額の１割（ただし、当該受診の難病（都疾病）の自己負担額まで）を控除した額をマル障・マル親に請求する。

【事例】難病（都疾病）８３１３６０１０　７０歳未満の者（患者負担３割の場合）

○自己負担上限額；低所得Ⅱ（５，０００円）

○一般の健康保険加入者（窓口負担３割 → ２割）

○マル障・マル親の自己負担額：１割

難病（都疾病）の一部負担額をマル障・マル親が助成する。ただし、医療費総額の１割（当該受診の際の難病（都疾病）の自己負担額まで）は自己負担となる。

診療日	医療費総額	医療保険		難病（都疾病）		マル障（課税）・マル親（課税）		
		保険給付	一部負担	助成	一部負担	助成	一部負担	考え方
１日目	22,000	15,400	6,600	2,200	4,400	2,200	2,200	１割負担
２日目	10,000	7,000	3,000	2,400	600	0	600	１割のうち難病上限まで
３日目	20,000	14,000	6,000	6,000	0	0	0	
４日目	50,000	35,000	15,000	15,000	0	0	0	
合　計	102,000	71,400	30,600	25,600	5,000	2,200	2,800	

難病（都疾病）の自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

その他、難病医療費助成制度に関する情報については、東京都福祉局のホームページ「難病ポータルサイト」に掲載されている。

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/nanbyo/portal/index.html

【公費負担医療の手引より抜粋】

第18号様式（第7条関係）

（表）

都　医　療　券

負担者番号

受給者番号

対象者　住所

氏名

生年月日

病名　①

②

③

有効期間

月額自己負担限度額

その他

上記のとおり決定します。

東京都知事　印

この医療券は、次の疾病に利用する。
難病（都疾病）：白色

別紙

年　月分　自己負担限度額管理票

受診者名　受給者番号

自己負担上限月額　円

日付　（指定）医療機関名　高年者（一定レベル未満）（1割負担）　自己負担額・利用者負担額　自己負担額の累積額（月額）　備考(印)

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付　主な医療機関名　印(印)

（日本工業規格A列5番）

都　医　療　券

（本人負担なし）

負担者番号

受給者番号

対象者　住　所

氏　名

生年月日

病名

有効期間

助成内容　上記認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、その自己負担相当額全額

認定条件

上記のとおり決定します。

東京都知事　印

この医療券は、次の疾病に使用する。
難病（患者負担なし）：もも色

第19号様式（第7条関係）

（表）

都　医　療　券

負担者番号

受給者番号

対象者　住　所

氏　名

生年月日

病名

有効期間

助成内容等

上記のとおり決定します。

東京都知事　印

この医療券は、次の疾病に使用する
特殊医療（人工透析）：クリーム色

【公費負担医療の手引より抜粋】

2－②

㊞都 医療券

（本人負担有り）

負担者番号		
受給者番号		
対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	
病名		
有効期間		
助成内容		上記認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、その自己負担相当額の一部
認定条件		

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
B型又はC型ウイルス肝炎（議報）： ラベンダー

㊞都 医療券

（食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担）

負担者番号		
受給者番号		
対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	
病名		
有効期間		
助成内容		上記認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、入院等の食事療養・生活療養標準負担額を除いた自己負担相当額全額
認定条件		

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
B型又はC型ウイルス肝炎（非課税）：やまぶき

第38号様式（第7条関係）

（表）

㊞ 医療券

（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証）
（食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担）

負担者番号				
受給者番号				
対象者	住所			
	氏名			
	生年月日			
保険等	保険者番号		適用区分	
	記号		番号	
有効期間				
自己負担月額		0円 [illegible]		
助成内容		助成条件を満たした場合に限り、肝がん・重度肝硬変[illegible]の費用のうち3月目以降の費用について、自己負担額を全額助成する。		
認定条件		同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関で行われた肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（同一の保険者における自己負担額の高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）のうち、当該医療が行われた月以前の12月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）を受けた月が既に2月以上ある月のもの		

上記のとおり決定します。

東京都知事

（日本産業規格A列5番）

第38号様式の2（第7条関係）

（表）

㊞ 医療券

（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証）
（本人負担有り）

負担者番号				
受給者番号				
対象者	住所			
	氏名			
	生年月日			
保険等	保険者番号		適用区分	
	記号		番号	
有効期間				
自己負担月額		同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関及び保険者ごとに1万円 [illegible]		
助成内容		助成条件を満たした場合に限り、肝がん・重度肝硬変[illegible]の費用のうち3月目以降の費用について、自己負担月額（同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関及び保険者ごとに1万円）となる。		
認定条件		同一の肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関で行われた肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（同一の保険者における自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）のうち、当該医療が行われた月以前の12月以内に、保険医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）を受けた月が既に2月以上ある月のもの		

上記のとおり決定します。

東京都知事

（日本産業規格A列5番）

【公費負担医療の手引より抜粋】

㊞ 医療券

（食事療養標準負担額のみ本人負担）

負担者番号		
受給者番号		
対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	
病名		
有効期間		
助成内容	上記認定疾病について医療保険者法を適用し、入院時の食事療養標準負担額額以内自己負担額を除く。	
認定条件		

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
経過高血圧症候群等：クリーム色
※流産神病：クリーム色

㊞ 医療券

（食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担）

負担者番号	8 2 1 3 7	
受給者番号		
対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	
病名		
有効期間		
助成内容	上記認定疾病について、医療保険者法を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除く。）	
その他		

上記のとおり決定します。

年 月 日

認定権者名 公印

この医療券は、次の疾病に使用する。
大気汚染関連疾病：みどり色

第11号様式

（表 面）

㊞ 医療券

（本人負担有り）

負担者番号	8 2 1 3 7	
受給者番号		
対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	
病名		
有効期間		
月額自己負担限度額	6,000円	
助成内容	上記認定疾病について 医療保険者法を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除く。）のうち月額6,000円を超える額	

上記のとおり決定します。

年 月 日

この医療券は、次の疾病に使用する。（平成20年4月1日から）
大気汚染関連疾病：もも色

第２３号様式（第7条関係）

（表）

㊞ 医療券

（本人負担有り）

負担者番号①		
負担者番号②		
受給者番号		
対象者	住所	
	氏名	
	生年月日	
病名		
有効期間		
月額自己負担限度額	円	
認定条件		

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

大きさ
（縦 １３７ミリメートル
横 ８９ミリメートル）

【公費負担医療の手引より抜粋】

第12号様式（第7条関係）

（表）

医　療　券

（食事療養・生活療養標準負担額のみ本人負担）

公費負担者番号①		
負担者番号②		
受給者番号		
対象者	住　所	
	氏　名	
	生年月日	
病名		
有効期間		
助成内容	上記認定疾病について医療保険各法等を適用し、入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除いた自己負担相当額を助成	
認定条件		

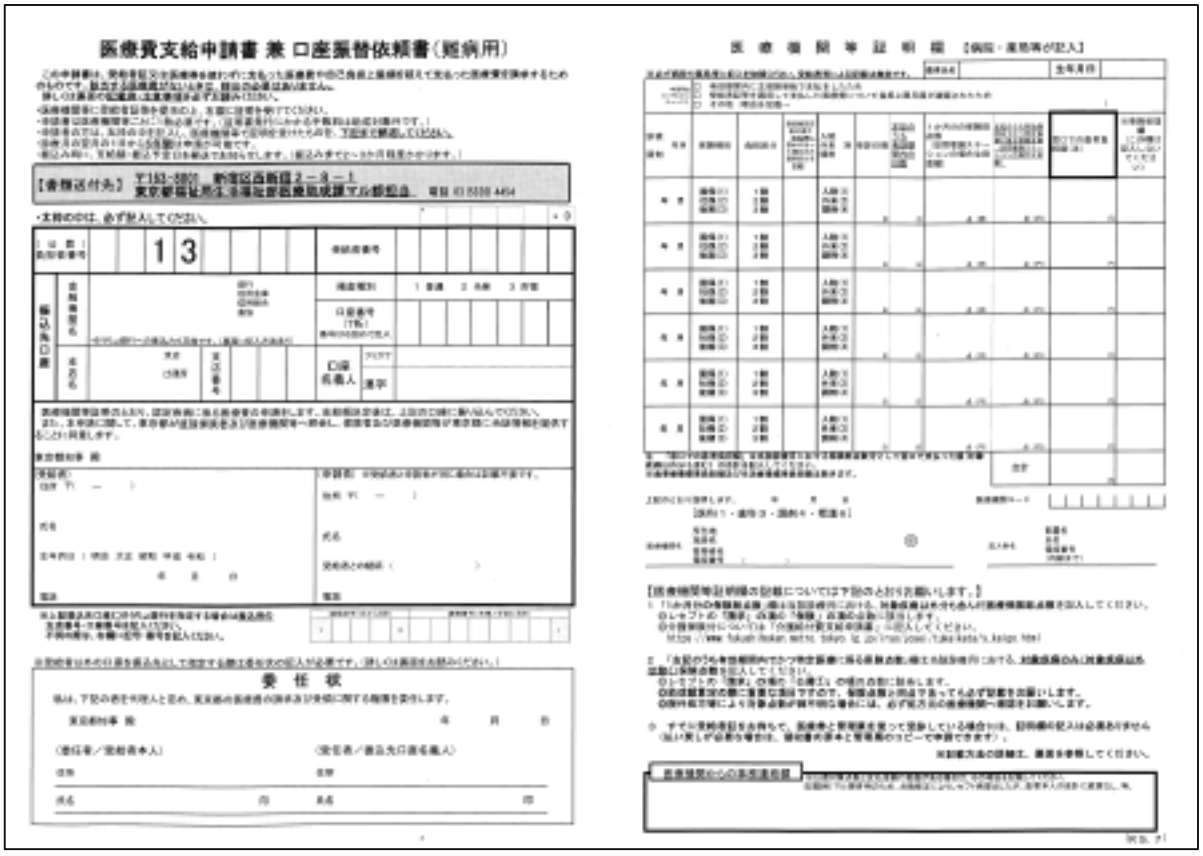
上記のとおり決定します。

東京都知事　印

大きさ [illegible]

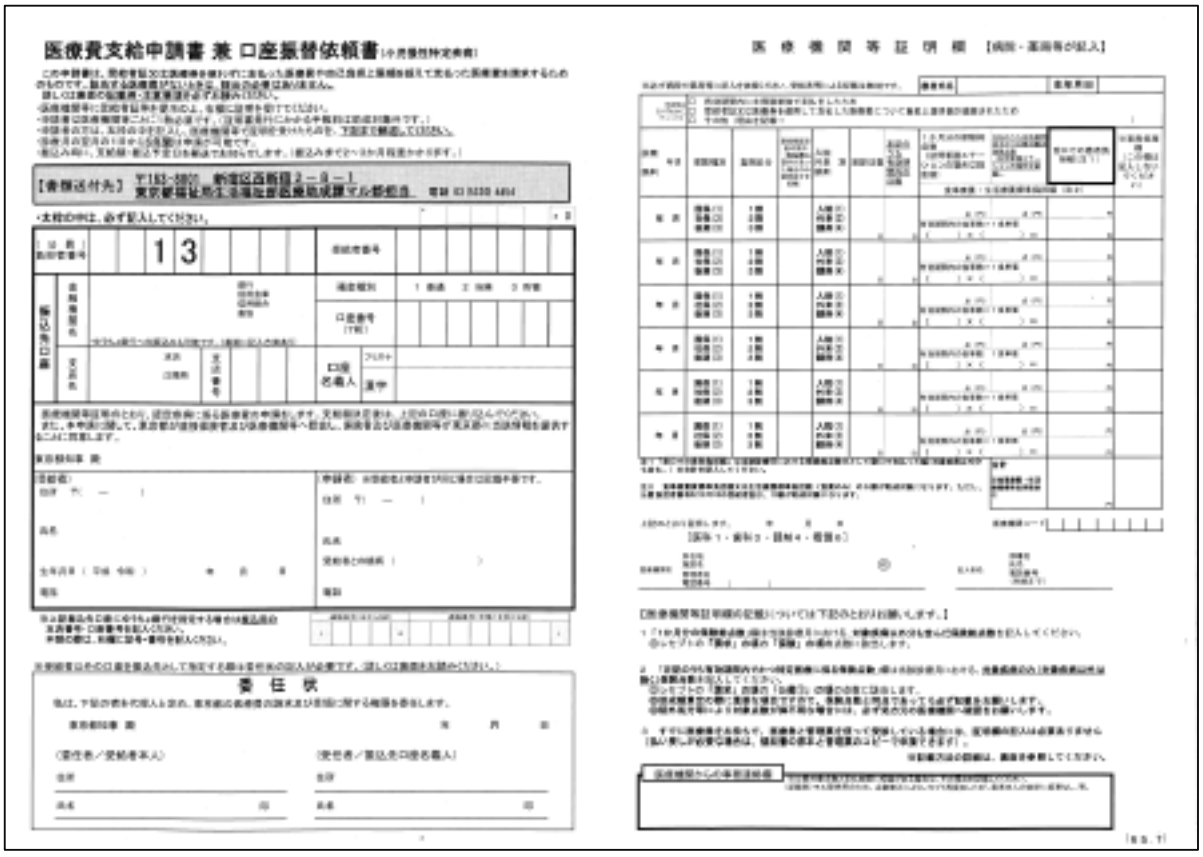
【公費負担医療の手引より抜粋】

【原紙は、Ａ３サイズ】



医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書（難病用）

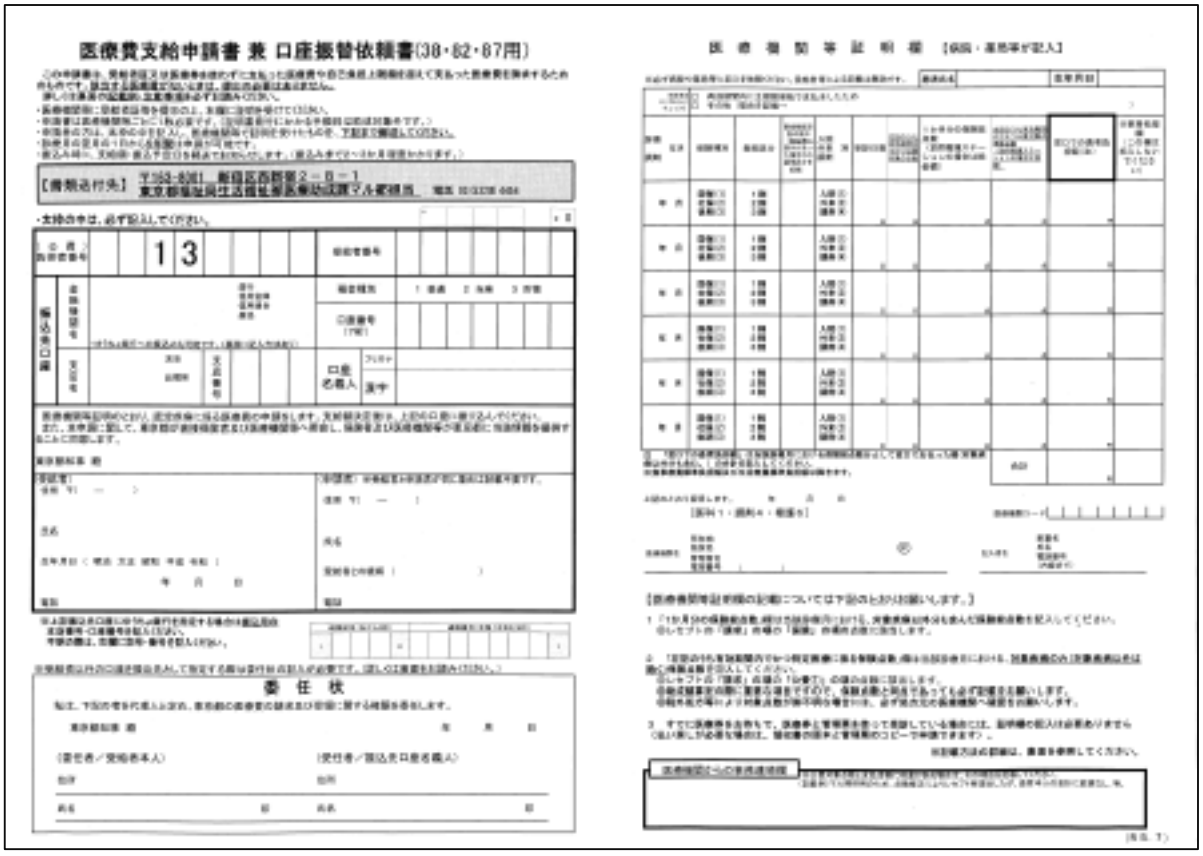
医療機関等証明欄 【病院・薬局等が記入】



医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書（小児慢性特定疾病）

医療機関等証明欄 【病院・薬局等が記入】

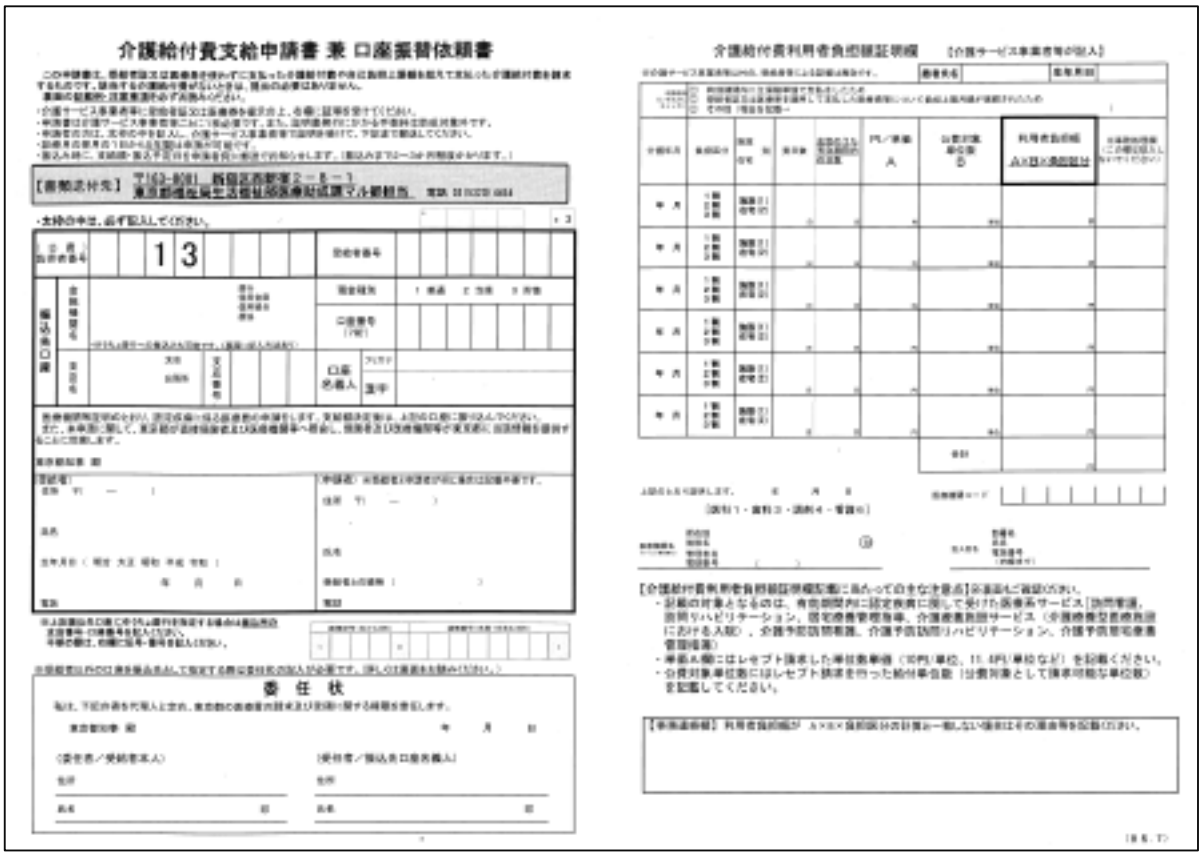
【原紙は、Ａ３サイズ】



医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(38・82・87用)

委任状

医療機関等記明書 【病院・薬局等が記入】

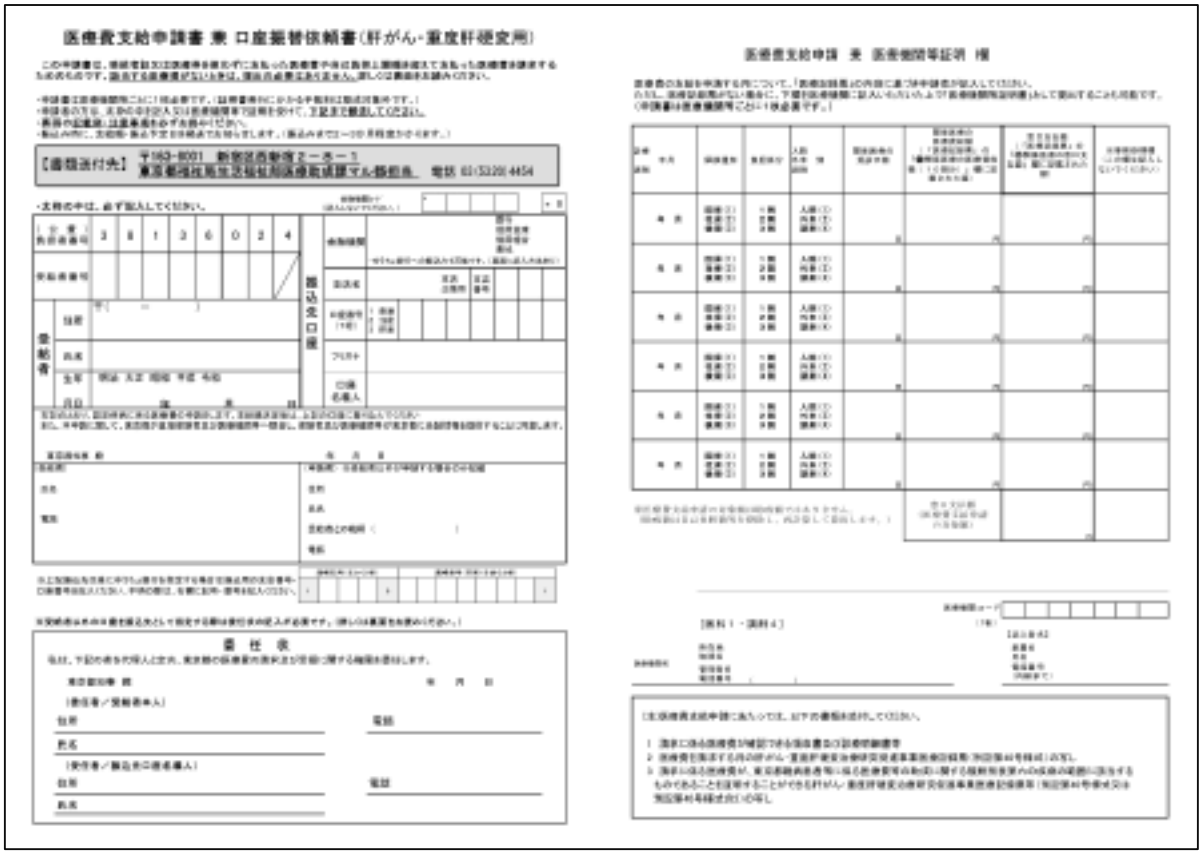


介護給付費支給申請書 兼 口座振替依頼書

委任状

介護給付費利用者負担額証明書 【介護サービス事業者等が記入】

【公費負担医療の手引より抜粋】



医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書（肝がん・重度肝硬変用）

医療費支給申請 兼 医療機関等証明 様

委任 様

医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書（精神通院 月）

療養証明 様

国保受給者証（精神通院）

㊎ 東京都負担医療費請求書10名連記（グリーン）の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

都内医療機関においては、原則、併用レセプトによる請求になります。例外的に以下の場合について「㊎東京都負担医療費請求書」により御請求ください。

区　　分	負担者番号	左の負担者番号について下記の場合
㊎小児精神病	８２１３４００８	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費の自己負担額を「82」に請求する場合※ （国保・後期高齢に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可）
㊎被爆の子に対する医療		
㊎特殊医療（人工透析）	８２１３８００９	
㊎妊娠高血圧症候群等	８７１３６００８	
㊎難病医療等	５１１３６０１８	・第一公費の自己負担額を「51」に請求する場合※ （国保・後期高齢に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可）

※例）　・人工透析に係る医療について、更生医療「15」を適用し、その自己負担額について「82138009」で助成

2. 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

(1) 診療・調剤年月欄は、１枚ごとに記入してください。

(2) 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する７桁の番号を１枚ごとに記入してください。

(3) ㊎負担者番号・受給者番号欄は、１件ごとに㊎医療券等に記載されている番号を記入してください。

(4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は、記入不要です。

(5) 負担割合欄及び入院外来別欄は、１件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。

(6) 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。

(7) 請求額欄上段は、各種健康保険（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（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、又は他の医療費助成を適用した患者自己負担額を記入してください。82138009の医療券は、特定疾病療養受療証（㊍）を適用後の10,000円までが助成対象（特定疾病療養受療証（㊍）の限度額が20,000円の方であっても、**助成額は10,000円まで**）となります。請求額欄には10,000円までを記入してください。請求書の備考欄にも㊍と記入し、保険請求のレセプト特記事項欄にも「02長」又は「16長2」と表示をしてください。

限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、該当する区分に応じた自己負担限度額を請求額欄に記入し、備考欄に適用区分を限度額適用認定証等に記載されているとおり記入してください。

70歳以上で負担割合が１割又は２割（限度額適用認定証等の提示がない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来18,000円、入院57,600円）以下の金額を記入してください。

(8) 公費分点数欄は、㊎医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。

(9) 請求金額は、１円単位までの請求とし、**合計欄は、１枚ごとの合計件数と合計金額を記入**してください。

3. 請求書の提出方法等

(1) 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。

(2) 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp

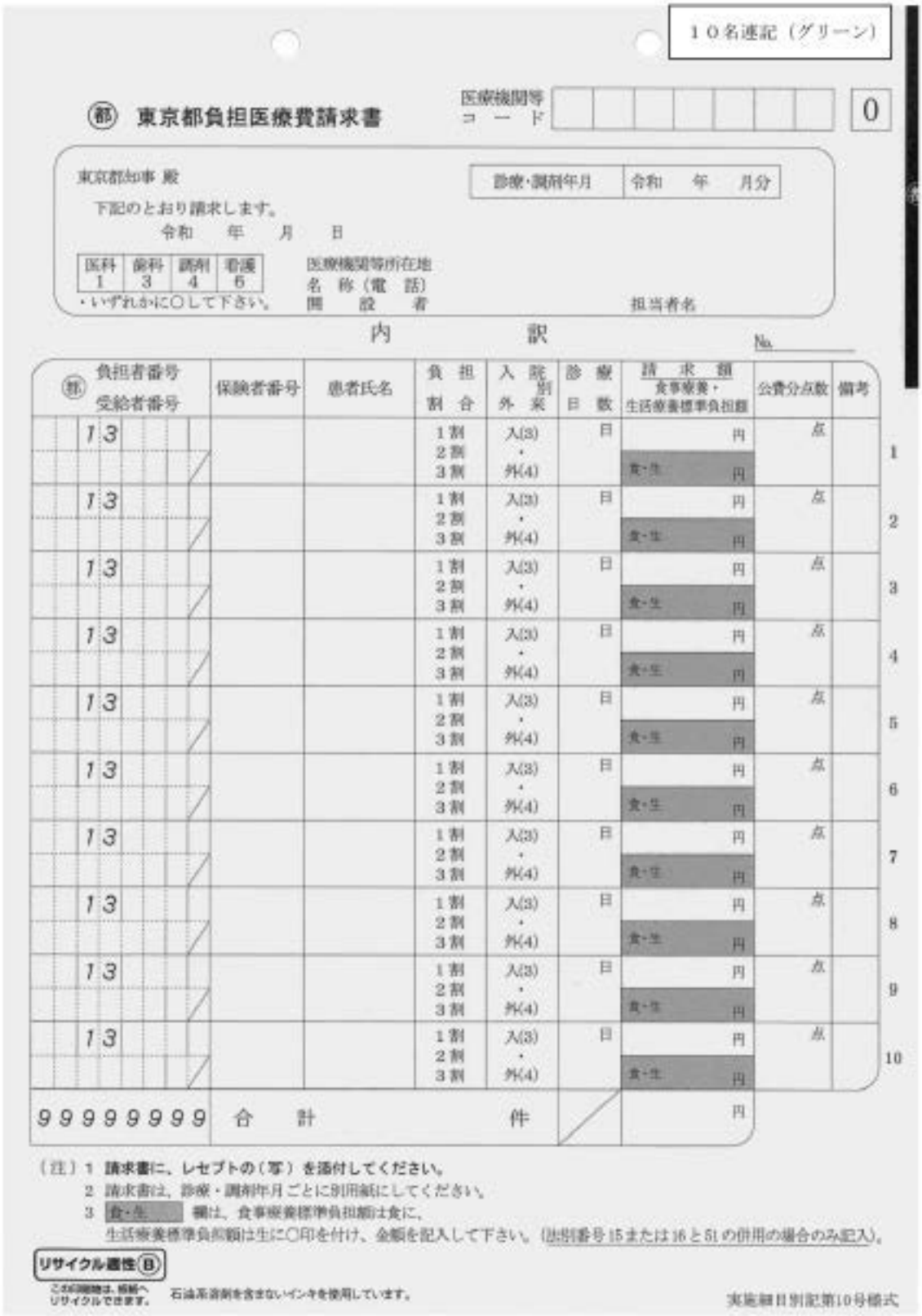
※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html

【公費負担医療の手引より抜粋】

4. 請求書の提出先

〒１６３－８００１　東京都　新宿区　西新宿　二丁目８番１号
東京都　福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療給付担当（マル都）　　℡０３－５３２０－４４５４



１０名連記（グリーン）

都 東京都負担医療費請求書

医療機関等コード　0

東京都知事 殿

診療・調剤年月　令和　年　月分

下記のとおり請求します。
令和　年　月　日

医科	歯科	調剤	看護
1	3	4	5

・いずれかに○して下さい。

医療機関等所在地
名称（電話）
開設者　　担当者名

内訳　　No.

都 負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担割合	入院・外来別	診療日数	請求額 食事療養・生活療養標準負担額	公費分点数	備考	
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		1
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		2
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		3
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		4
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		5
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		6
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		7
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		8
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		9
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点		10
99999999	合　計			件		円			

（注）1 請求書に、レセプトの（写）を添付してください。
2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。
3 食・生 欄は、食事療養標準負担額は食に、
生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入して下さい。（法別番号15または16と51の併用の場合のみ記入）。

リサイクル適性Ⓑ
この印刷物は、板紙へリサイクルできます。
石油系溶剤を含まないインキを使用しています。

実施細目別記第10号様式

難病医療費請求書 10 名連記（ブルー）の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

都内医療機関においては、原則、併用レセプトによる請求になります。例外的に以下の場合について「難病医療費請求書」により御請求ください。

区　　分	負 担 者 番 号	左の負担者番号について下記の場合
㊎難病医療（都疾病）	８３１３６０１０	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費の自己負担額を「83」に請求する場合※ （国保・後期高齢に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可）

※　例）難病に係る医療について、更生医療「15」を適用し、その自己負担額について「83136010」又は「83135012」で助成

2. 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

(1) 診療・調剤年月欄は、１枚ごとに記入してください。
(2) 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する７桁の番号を１枚ごとに記入してください。
(3) ㊎負担者番号・受給者番号欄は、１件ごとに㊎医療券に記載されている番号を記入してください。
(4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は、記入不要です。
(5) 負担割合欄及び入院外来別欄は、１件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。※負担割合は各種健康保険の自己負担割合です。
(6) 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
(7) 請求額欄上段は、各種健康保険（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（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、又は他の医療費助成を適用した患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
70 歳以上で負担割合が１割（限度額適用認定証等の提示のない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来 18,000 円、入院 57,600 円）以下の金額を記入してください。
(8) 公費分点数欄は、㊎医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
(9) 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の自己負担額欄と同額）を記入してください。
(10) 限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、備考欄に適用区分（ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅱ・　Ⅰ）を記入してください。
(11) 請求金額は、１円単位までの請求とし、**合計欄は、１枚ごとの合計件数と合計金額を記入**してください。

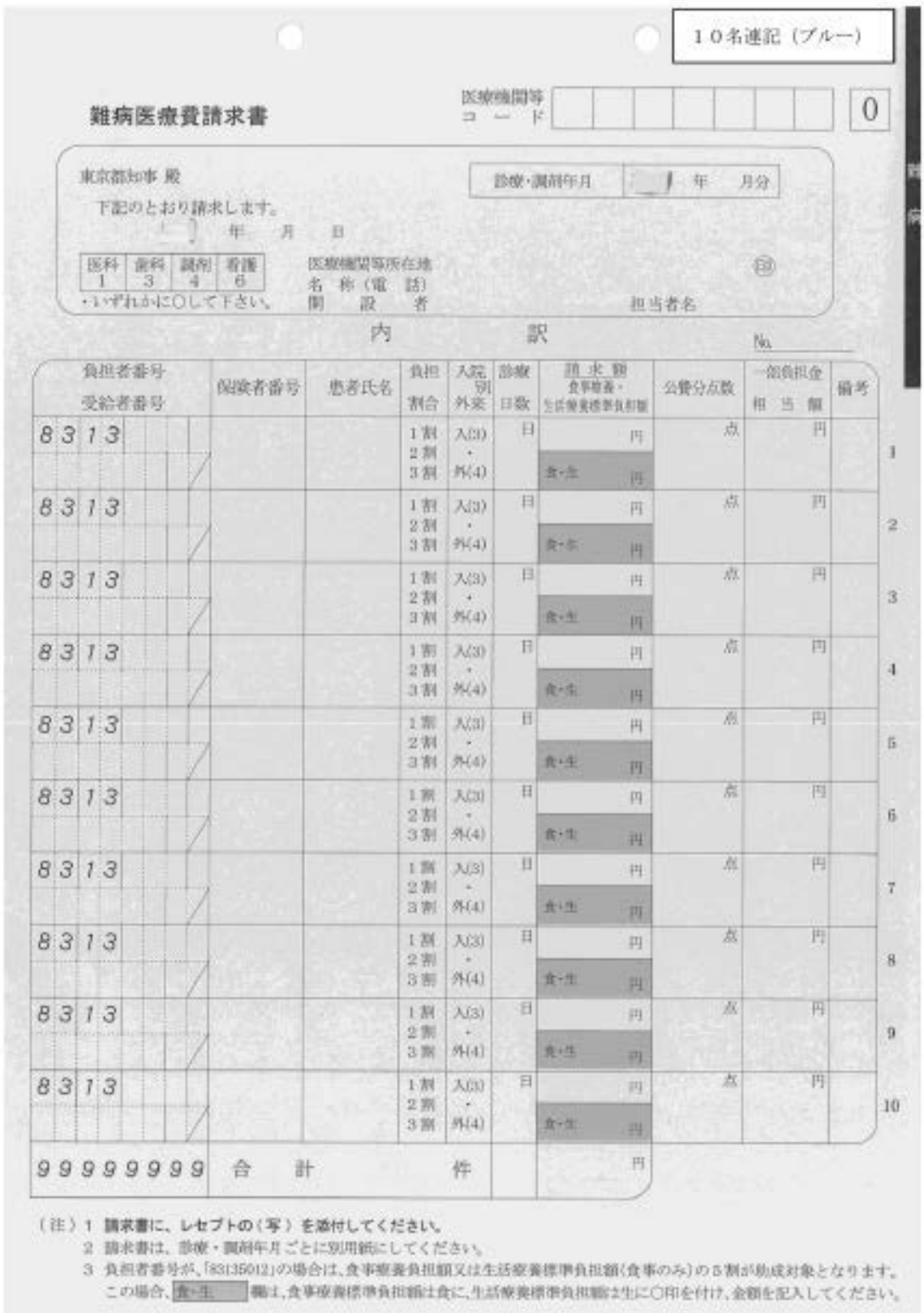
3. 請求書の提出方法等

(1) 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
(2) 診療月の翌月 10 日（10 日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。
【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp
※注文用紙はこちら↓からダウンロードください
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html

4. 請求書の提出先

〒１６３－８００１　東京都　新宿区　西新宿　二丁目８番１号
東京都　福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療給付担当（マル都）　　℡03-5320-4454

【公費負担医療の手引より抜粋】



１０名連記（ブルー）

医療機関等コード　0

難病医療費請求書

東京都知事 殿

診療・調剤年月　　年　月分

下記のとおり請求します。

年　月　日

医科	歯科	調剤	看護
1	3	4	6

・いずれかに○して下さい。

医療機関等所在地
名称（電話）
開設者　　担当者名　　㊞

内訳　　No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担割合	入院・外来別	診療日数	請求額 食事療養・生活療養標準負担額	公費分点数	一部負担金相当額	備考	
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		1
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		2
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		3
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		4
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		5
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		6
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		7
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		8
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		9
8313			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円 食・生 円	点	円		10
99999999	合計			件		円				

（注）1 請求書に、レセプトの（写）を添付してください。
2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。
3 負担者番号が、「83135012」の場合は、食事療養負担額又は生活療養標準負担額（食事のみ）の5割が助成対象となります。
この場合、食・生　欄は、食事療養標準負担額は食に、生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入してください。

大気汚染関連疾病医療費請求書（グレー）10 名連記の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

都内医療機関においては、原則、併用レセプトによる請求になります。例外的に以下の場合について「大気汚染関連疾病医療費請求書」により御請求ください。

区　　分	負担者番号	医療券の色	左の負担者番号について下記の場合
大気汚染関連疾病（自己負担なし）	82137001	みどり色	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費での患者負担分を「82」で助成での併用 （国保に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可）
	82137555	みどり色	
大気汚染関連疾病（自己負担あり）	82137530	もも色	
	82137670	もも色	

2. 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

(1) 診療・調剤年月欄は、１枚ごとに記入してください。
(2) 医療機関コード欄は、レセプトに表記する７桁の番号を１枚ごとに記入してください。
(3) 負担者番号・受給者番号欄は１件ごとに㈱医療券に記載されている番号を記入してください。
(4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は記入不要です。
(5) 負担割合欄及び入院外来別欄は、１件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では。外来を○で囲んでください。
(6) 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
(7)【負担者番号が 82137001 又は 82137555 の場合】
請求額欄は、各種健康保険（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（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、他の医療費助成を適用した患者自己負担額を記入してください。
【負担者番号が 82137530 又は 82137670 の場合】
請求額欄は、各種健康保険（限度額適用認定証等の提示があった場合はそれも含む）、他の医療費助成を適用した患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
70 歳以上で負担割合が１割又は２割（限度額適用認定証等の提示がない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来 18,000 円、入院 57,600 円）以下の金額を記入してください。
【各負担者番号共通】
限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、備考欄に適用区分を記入してください。
(8) 公費分点数欄は、㈱医療券に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
(9) 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担限度額管理票の自己負担額欄と同額）を記入してください。
(10) 請求額は１円単位までの請求とし、**合計欄は１枚ごとの合計件数と合計金額を記入**してください。

3. 請求書の提出方法等

(1) 請求書には必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
(2) 診療月の翌月 10 日（10 日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。
【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp
※注文用紙はこちら↓からダウンロードください
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html

4. 請求書の提出先

〒163-8001　東京都　新宿区　西新宿　二丁目８番１号
東京都　福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療給付担当（マル都）℡03-5320-4454

【公費負担医療の手引より抜粋】

１０名連記（グレー）

大気汚染関連疾病医療費請求書

医療機関等コード　0

東京都知事 殿

診療・調剤年月　年　月分

下記のとおり請求します。

年　月　日

医科 1　調剤 4　・どちらかに○して下さい。

医療機関等所在地
名称（電話）
管理者　担当者名　㊞

内訳　No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担割合	入外	診療日数	請求額	公費分点数	一部負担金相当額	備考	
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		1
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		2
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		3
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		4
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		5
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		6
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		7
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		8
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		9
82137			1割 2割 3割	入(3)・外(4)	日	円	点	円		10
99999999	合計		件			円				

（注）1 請求書に、レセプトの（写）を添付してください。
2 一部負担金相当額の確認のため、自己負担限度額管理票の（写）の提出をお願いすることがあります。
3 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。

介護給付費請求書 10 名連記（イエロー）の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

下記の負担者番号が記載された医療券をお持ちの方の、介護保険の自己負担分については、「介護給付費請求書」により御請求ください。

区　　分	負 担 者 番 号
㊎難病医療（都単）	８３１３６０１０

2. 請求書の書き方

請求書は、介護年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

(1) 介護年月欄は、１枚ごとに記入してください。
(2) 医療機関等コード欄は、各種医療保険のレセプトに表記する７桁の番号を１枚ごとに記入してください。
(3) ㊎負担者番号・受給者番号欄は、１件ごとに㊎医療券に記載されている番号を記入してください。
(4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の被保険者番号は、記入不要です。
(5) 負担割合欄及び施設在宅別欄は、１件ごとに該当するものを○で囲んでください。
(6) 実日数欄は、介護サービスを行った実日数を記入してください。
(7) 単位数単価欄は、該当する介護サービスの単価を記入してください。
(8) 請求額欄は、介護保険の患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
(9) 公費対象単位数欄は、㊎医療券に記載された認定疾病及び有効期間内の単位数を記入してください。
(10) 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の利用者負担額欄と同額）を記入してください。
(11) 請求金額は、１円単位までの請求とし、**合計欄は、１枚ごとの合計件数と合計金額を記入**してください。

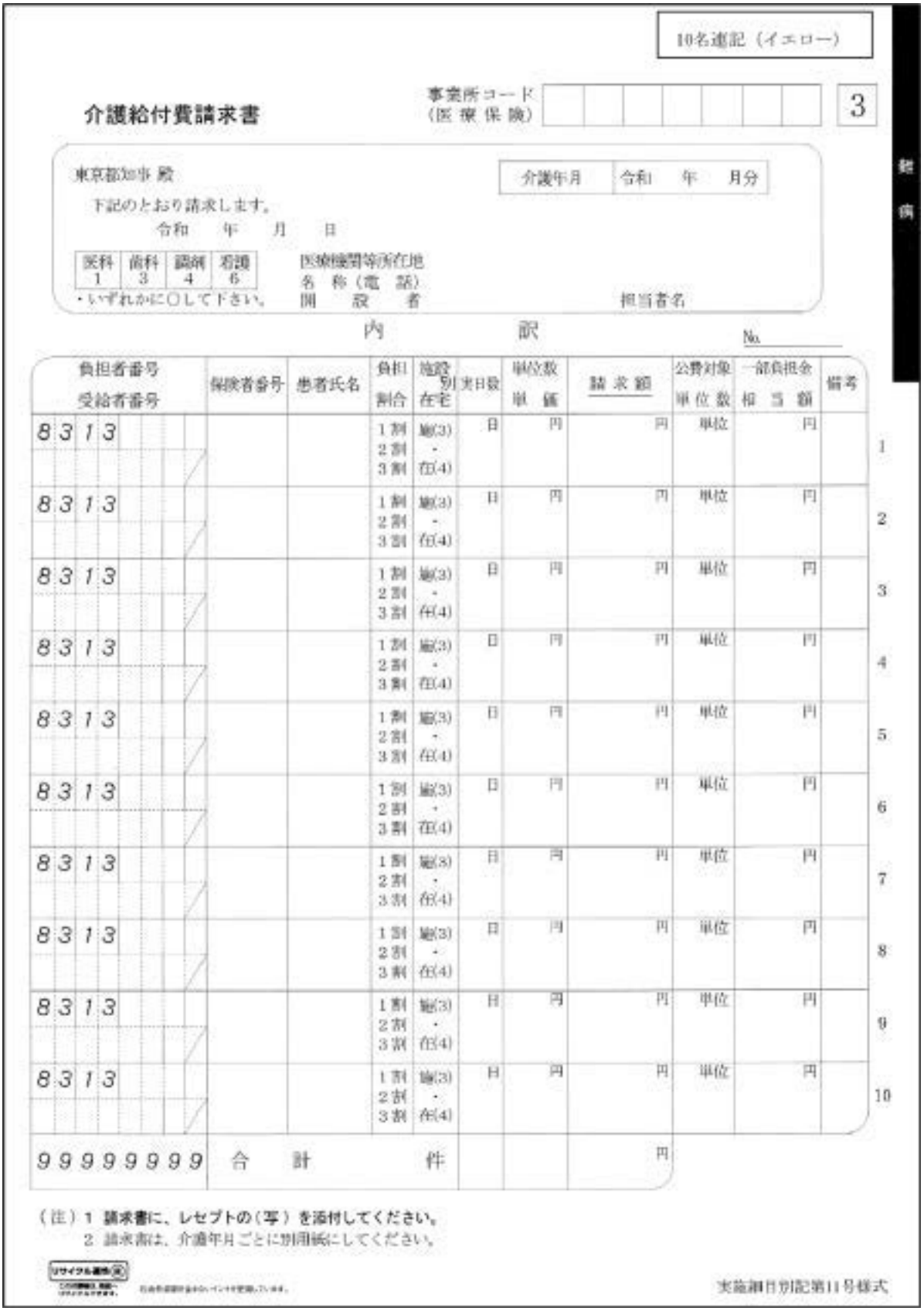
3. 請求書の提出方法等

(1) 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
(2) 診療月の翌月 10 日（10 日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。
【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp
※注文用紙はこちら↓からダウンロードください
https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html

4. 請求書の提出先

〒１６３－８００１　東京都　新宿区　西新宿　二丁目８番１号
東京都　福祉局　生活福祉部　医療助成課　医療給付担当（マル都）　℡03-5320-4454

【公費負担医療の手引より抜粋】



10名連記（イエロー）

介護給付費請求書

事業所コード（医療保険）　3

東京都知事 殿

介護年月　令和　年　月分

下記のとおり請求します。

令和　年　月　日

医科	歯科	調剤	看護
1	3	4	6

・いずれかに○して下さい。

医療機関等所在地
名称（電話）
開設者　　担当者名

内訳　　No.

負担者番号 / 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担割合	施設/在宅	実日数	単位数 単価	請求額	公費対象 単位数	一部負担金 相当額	備考	
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		1
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		2
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		3
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		4
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		5
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		6
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		7
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		8
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		9
8313			1割 2割 3割	施(3) 在(4)	日	円	円	単位	円		10
99999999	合計			件			円				

（注）1 請求書に、レセプトの（写）を添付してください。
2 請求書は、介護年月ごとに別用紙にしてください。

実施細目別記第11号様式

３．診療報酬請求書等の留意点について

①　社会保険関係

重要性分類Ⅲ

令和6年11月7日・15日

オンライン請求について

関東審査事務センター事業管理課

Change,Challenge,Chance
社会保険診療報酬支払基金
Health Insurance Claims Review & Reimbursement Services

次第

1．オンライン請求システム等の概要等
- オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ
- レセプト請求形態別の請求状況（医科のみ）
- オンライン請求の流れ
- オンラインによる請求のメリット
- オンライン請求システムの稼働時間等
- オンライン請求システムにおけるASP機能等
- 「受付・事務点検ASP結果リスト」によるチェック結果の確認
- 受付・事務点検ASPに係るチェックにおけるエラー内容

2．支払関係帳票のオンライン配信について
- オンライン配信の取組
- 医療機関等からの請求形態に応じた変更点
- オンライン配信の対象となる支払関係帳票及び配信日
- 振込額明細等のダウンロード
- 増減点連絡書等のダウンロード
- 支払基金からのご案内及び通知文書（事務連絡）等の確認

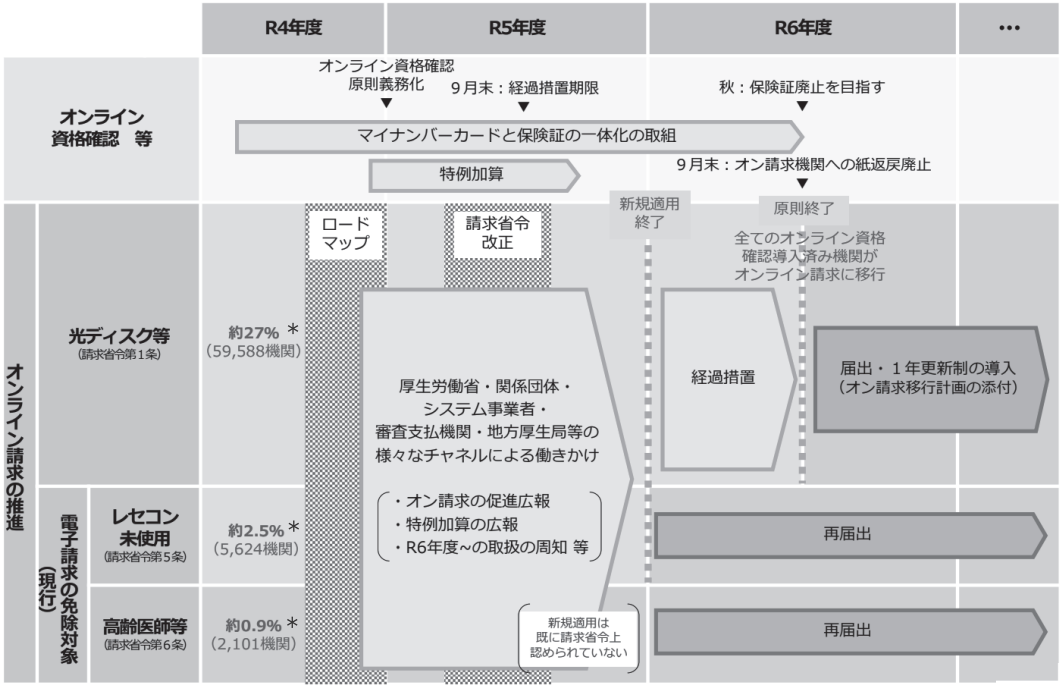
3．返戻再請求のオンライン配信について
- オンラインによる返戻再請求の実施について
- 保険医療機関及び保険薬局における対応
- 返戻レセプトのダウンロード（原審査分）

4．紙の添付資料の電子化について
- 症状詳記の電子レセプト内への記録
- 電子と紙媒体の症状詳記の流れ
- 基本的に電子記録可能となっている添付資料
- 電子記録が必要な添付資料

1. オンライン請求システム等の概要等

オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ

（令和5年3月23日第164回社会保障審議会（医療保険部会「オンライン請求の割合を100%に近づけていくためのロードマップ」 より）



＊ 機関数及び割合につきましては、全国の医療機関数･薬局数（支払基金Ｒ5年1月処理分）となります。

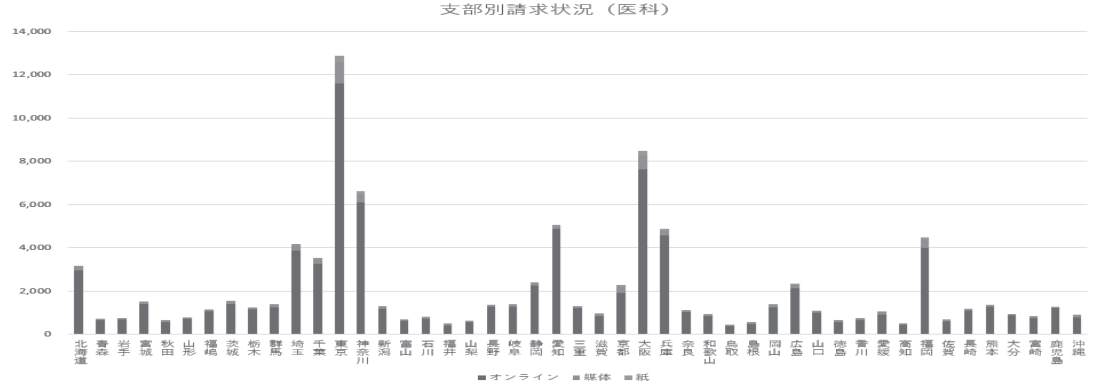
2

1. オンライン請求システム等の概要等

レセプト請求形態別の請求状況（医科のみ）

令和6年7月31日現在

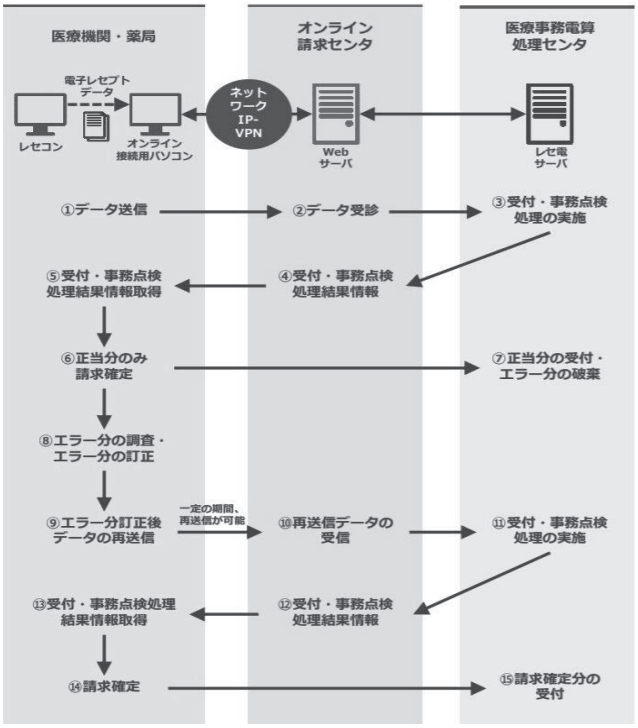
	医療機関総数	オンライン請求		光ディスク等による請求		紙レセプト請求	
		医数	率(%)	医数	率(%)	医数	率(%)
東 京	12,884	11,604	90.1	966	7.5	314	2.4
全 国	94,445	86,419	91.5	6,020	6.4	2,006	2.1



3

1. オンライン請求システム等の概要等

オンライン請求の流れ



○ 医療機関・薬局のレセコンから電子レセプトデータをオンライン請求（送信）用パソコンに取り込み、オンライン請求センタにデータ送信します。

○ 医療事務電算処理センタにおいて、受付・事務点検処理を実施し、医療機関・薬局に処理結果情報を返します。

○ これにより、医療機関・薬局では、**エラーを速やかに訂正し、当月のうちに訂正したレセプトを提出することができる**ようになり、支払基金としても業務処理の効率化が図られます。

1. オンライン請求システム等の概要等

オンラインによる請求のメリット

メリット1　受付時間の延長

毎月休日を含めて、5日から7日は８時から21時まで、8日から10日は8時から24時まで、請求が可能です。

メリット2　ASPサービス

事務的な記録誤り等により返戻となるエラーをチェックできます。
また、当月のうち（12日まで）にエラーを訂正し再提出することができます。

メリット3　振込額明細データ等

原則、請求月の翌月15日以降から3か月間、振込額決定**（支払基金のみ）**、再審査**（支払基金のみ）**、増減点連絡書、返戻内訳及び資格確認結果の情報をデータでダウンロードすることができます。
また、各種情報をデータで管理することができます。

メリット4　セキュリティの強化

暗号化通信を行う上に安全性が確保されたネットワーク回線を使用するため、従来の請求における搬送時の破損や紛失の問題がなくなります。

メリット5　電子レセプトとしての一元管理

電子レセプトの返戻は、オンラインで受け取ることができるため、返戻再請求レセプトも電子レセプトとして一元的な管理が可能となります。

1. オンライン請求システム等の概要等

オンライン請求システムの稼働時間等

項目	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
(1) 診療報酬 等の請求及び受付・事務点 検ＡＳＰ					5日～7日　8：00—21：00 8日～10日　8：00—24：00																										
(2) 受付・事 務点検ＡＳＰ結果の訂正可 能期間					5日～12日　8：00—21：00 （8日～10日　8：00—24：00）																										
(3)確認試験 及び導通試験					5日～月末　8：00—21：00																										
(4) 再審査等 請求期間 (5) 増減点連 絡書データ（ＣＳＶ）ダウ ンロード (6) 返戻レセ プト（返戻ファイル）ダウ ンロード (7) 再審査等 返戻レセプト（返戻ファイ ル）ダウ ンロード (8) 返戻内訳 書データ（ＣＳＶ）ダウン ロード (9) 振込額明 細データ（ＣＳＶ）ダウン ロード ＊更新日15日					5日～月末　8：00—21：00 （8日～10日　8：00—24：00）																										

【補足事項】

○ いずれの日程も、土曜、日曜及び祝日を含みます。

○ 年末年始 は 、システムメンテナンスのため、運用しておりません。

---

1. オンライン請求システム等の概要等

オンライン請求システムにおけるASP機能等

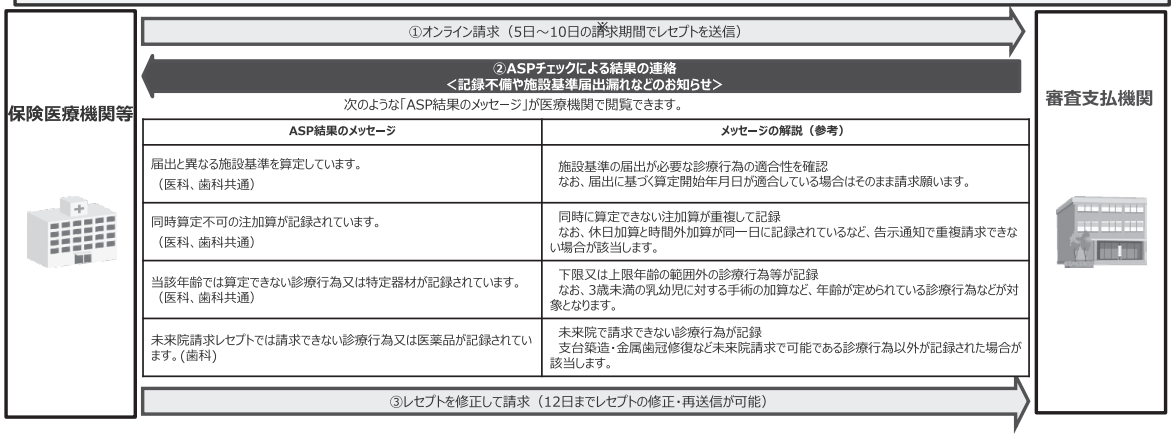
・ ＡＳＰ機能 により請求時の**記録不備などを確認するための返戻が減少し、リアルタイムで修正できるため、当月に請求し直すことが可能**です。

※ ASP機能（受付・事務点検ASP機能）とは、レセプト請求前に簡易なコンピュータチェックを実施できるため、医療機関、薬局で誤り等を修正して請求することが可能となるサービスです。

・ 毎月休日を含めて、**5日から7日は8時から21時まで、8日から10日は8時から24時まで**請求が可能であり、搬送費用等の削減にもなります。

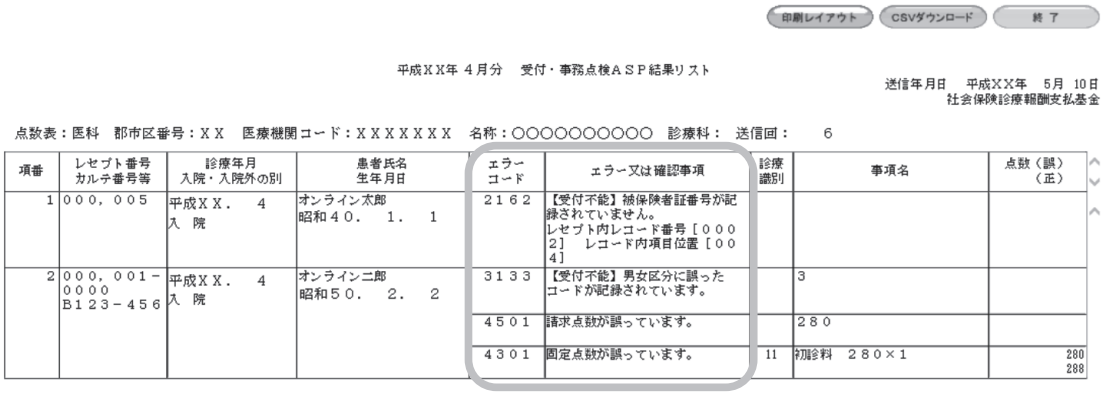
※ 5日～10日に送信し請求確定したレセプトデータのエラー分（「受付不能」および「要確認」）については、修正し、当月12日まで、再度レセプトデータを送信できます。

・ 返戻レセプトについては、**ＣＳＶ形式のデータをレセコンに取り込み、修正して翌月に請求する**ことができます。



1. オンライン請求システム等の概要等

「受付・事務点検ASP結果リスト」によるチェック結果の確認



印刷レイアウト　CSVダウンロード　終 了

平成ＸＸ年 ４月分　受付・事務点検ＡＳＰ結果リスト

送信年月日　平成ＸＸ年　5月 10日
社会保険診療報酬支払基金

点数表：医科　都市区番号：ＸＸ　医療機関コード：ＸＸＸＸＸＸＸ　名称：○○○○○○○○○○　診療科：　送信回：　6

項番	レセプト番号 カルテ番号等	診療年月 入院・入院外の別	患者氏名 生年月日	エラーコード	エラー又は確認事項	診療識別	事項名	点数（誤） （正）
1	000，005	平成ＸＸ．　4 入　院	オンライン太郎 昭和４０．　1．　1	２１６２	【受付不能】被保険者証番号が記録されていません。 レセプト内レコード番号［０００２］　レコード内項目位置［００４］			
2	000，001－0000 B123－456	平成ＸＸ．　4 入　院	オンラインニ郎 昭和５０．　2．　2	３１３３	【受付不能】男女区分に誤ったコードが記録されています。		3	
				４５０１	請求点数が誤っています。		２８０	
				４３０１	固定点数が誤っています。	11	初診料　２８０×１	280 288

令和3年9月から、受付ができない又は返戻となるレセプトは、
「エラー又は確認事項」欄の文頭に【受付不能】を印字しています。

---

1. オンライン請求システム等の概要等

受付・事務点検ASPに係るチェックにおけるエラー内容

1　エラーコード1000番台（L1エラー）は、医療機関単位でエラーとなっているため、再請求が必要なもの

2　エラーコード2000番台（L2エラー）は、レセプト単位でエラーとなっているため、再請求が必要なもの

3　エラーコード4800番台（L48エラー）は、エラーとして連絡しているが、正常分として処理しているので再請求が不要なもの

4　エラーコード3000番台（L3エラー）は、レセプト内でエラーが確認され、要確認となったもの
（返戻となる要確認レセプト）

5　エラーコード4000番台（L4（L48 を除く）エラー）は、レセプト内でエラーが確認され、要確認となったもの
（査定又は返戻若しくは正当となる要確認レセプト）

6　エラーコード7000番台は、レセプト内でエラーが確認され、要確認となったもの
（査定又は返戻若しくは正当となる要確認レセプト）

○ エラーコードの詳しい内容は「受付・事務点検ASPに係るチェック一覧」をご覧ください。

【受付・事務点検ASPに係るチェック一覧　掲載場所】

- 支払基金ホームページ ▶ トップページ ▶ 診療報酬の請求支払 ▶ オンライン請求 ▶ 保険医療機関・保険薬局に係るオンライン請求 ▶ 7.オンライン請求 ▶ 受付・事務点検ASPに係るチェック一覧（医科）
- オンライン請求画面から ▶ マニュアル ▶ その他 ▶ 受付・事務点検ASPに係るチェック一覧（医科）

2. 支払関係帳票のオンライン配信について

オンライン配信の取組

オンライン請求システムを利用されている医療機関等宛てに、紙媒体にて送付している支払関係帳票については、令和6年5月から「オンライン請求システム」で配信しています。

厚生労働省より示された請求命令の一部改正や「オンライン請求の割合を１００%に近づけていくためのロードマップ」等により保険医療機関等の医療保険事務のオンライン化が今後更に促進されていくことを鑑み、オンラインを活用した事務の効率化に資する取組として帳票をオンライン配信します。
　また、オンライン配信により返戻送付物の誤送等による個人情報漏えいの減少にも寄与する取組です。

紙媒体による帳票の送付の取扱い

- 令和6年９月送付分まではオンライン配信に加え、これまでどおり紙媒体での支払関係帳票の送付も継続していましたが、**１０月送付分以降は紙媒体での送付を廃止しています。**
- オンライン配信とならない帳票は、これまでどおり５日頃に発送します。
- オンライン配信に伴い紙媒体にてお届けしていた支払基金からのご案内等の情報については、支払基金ホームページ等で随時お知らせいたします。

---

2. 支払関係帳票のオンライン配信について

医療機関等からの請求形態に応じた変更点

返戻レセプト及び支払関係帳票の送付・配信		
医療機関等からの請求形態	令和6年9月まで	**令和6年10月から**
オンライン請求システムを利用している機関	「紙媒体」で送付 かつ 「オンライン請求システム」により配信	**オンライン請求システムにより配信**
・電子媒体又は紙媒体により請求している機関 ・事務代行者を利用している機関 （返戻レセプトは除く）	「紙媒体」により送付	**紙媒体により送付**

保険医療機関及び保険薬局に対するお知らせ

「支払基金からのご案内」等の支払基金から送付していた連絡文書については、令和6年10月からオンライン請求システム及び支払基金ホームページに掲載し、お知らせいたします。

廃止保険医療機関及び保険薬局に係る対応

【廃止を予定されている保険医療機関並びに保険薬局へのお願い】

○ 廃止に関する届け出は、地方厚生（支）局へ速やかに提出をお願いいたします。
○ 地方厚生（支）局に提出された廃止届を支払基金が受理し、請求月の前月末までに廃止とされた医療機関等には、原則、紙媒体で返戻レセプト及び支払関係帳票を送付します。

2. 支払関係帳票のオンライン配信について

オンライン配信の対象となる支払関係帳票及び配信日

対象帳票	配信日	操作ボタン
❶当座口振込通知書	支払日の翌日※1	振込額明細 ※3
❷電子証明書発行料等領収証書	※2	
❸支払関係帳票	5日	増減点連絡書等

※1　オンライン請求システムのトップ画面の「各種帳票等」から「振込額明細」又は「増減点連絡書等」ボタンにより配信日ごとにダウンロードすることができます。

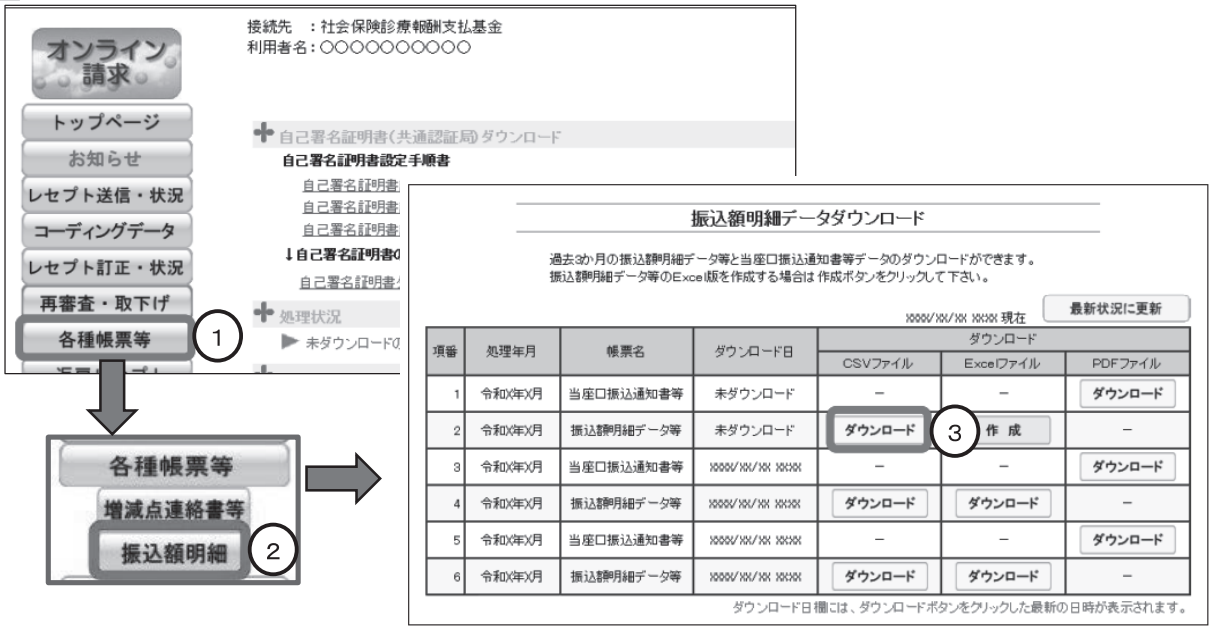
※2　当該発行料等を診療報酬から控除した月の支払日の翌日

※3　振込額明細　　・・・当月と過去2カ月分のダウンロードが可能
増減点連絡書等・・・当月と過去11カ月分のダウンロードが可能

ダウンロード失念防止のためオンライン請求システムにポップアップによる注意喚起を表示
（令和６年１０月以降は紙媒体での支払関係帳票及び返戻レセプトの送付の廃止に伴う対応です。）

2. 支払関係帳票のオンライン配信について

振込額明細等のダウンロード



① 【各種帳票等】をクリックします。（項目リストが出てきます。）
② 【振込額明細】をクリックします。
③ 【ダウンロード】をクリックします。

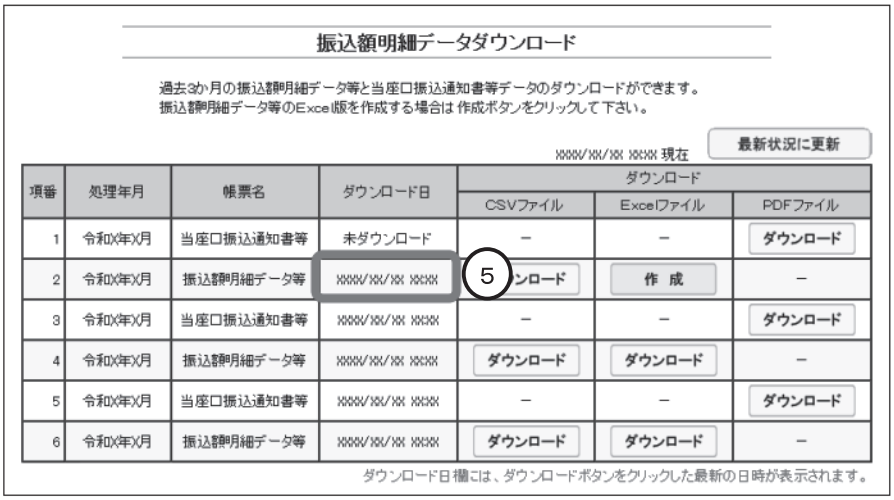
2. 支払関係帳票のオンライン配信について

Microsoft Edge（Chromium）の場合

Internet Explorer の場合

④ 【名前を付けて保存】をします。ダウンロードファイルは任意の場所へ保存が可能です。

2. 支払関係帳票のオンライン配信について



振込額明細データダウンロード

過去3か月の振込額明細データ等と当座口振込通知書等データのダウンロードができます。
振込額明細データ等のExcel版を作成する場合は 作成ボタンをクリックして下さい。

XXXX/XX/XX XXXX 現在　最新状況に更新

項番	処理年月	帳票名	ダウンロード日	ダウンロード		
				CSVファイル	Excelファイル	PDFファイル
1	令和X年X月	当座口振込通知書等	未ダウンロード	－	－	ダウンロード
2	令和X年X月	振込額明細データ等	XXXX/XX/XX XXXX	⑤ ンロード	作 成	－
3	令和X年X月	当座口振込通知書等	XXXX/XX/XX XXXX	－	－	ダウンロード
4	令和X年X月	振込額明細データ等	XXXX/XX/XX XXXX	ダウンロード	ダウンロード	－
5	令和X年X月	当座口振込通知書等	XXXX/XX/XX XXXX	－	－	ダウンロード
6	令和X年X月	振込額明細データ等	XXXX/XX/XX XXXX	ダウンロード	ダウンロード	－

ダウンロード日欄には、ダウンロードボタンをクリックした最新の日時が表示されます。

⑤ ダウンロード完了後はダウンロードの日時が表示されます。

2. 支払関係帳票のオンライン配信について

振込額明細等のファイル一覧

【PDF ファイルの場合】

- 指定したフォルダ
  - 医療機関（薬局、訪問看護ステーション）コードのフォルダ
    - 当座口振込通知書
    - 報酬等支払調書
    - 電子証明書発行料等領収証書

【CSV ファイルの場合】

- 指定したフォルダ
  - 医療機関（薬局、訪問看護ステーション）コードのフォルダ
    - 振込額合計 CSV ファイル
    - 振込額明細 CSV ファイル（電子レセプト分）
    - 振込額明細 CSV ファイル（紙レセプト分）
    - 当座口振込通知書 CSV ファイル
    - 再審査等支払調整額通知票 CSV ファイル
    - 突合点検調整額通知票 CSV ファイル
    - 再審査結果連絡書（原審どおり）CSV ファイル
    - 増減点連絡書 CSV ファイル（電子レセプト分）
    - 増減点連絡書 CSV ファイル（紙レセプト分）
    - 返戻内訳書 CSV ファイル（電子レセプト分）
    - 返戻内訳書 CSV ファイル（紙レセプト分）
    - 枝番特定結果 CSV ファイル
    - 資格確認結果連絡書（原審査）CSV ファイル
    - 資格確認結果連絡書（再審査）CSV ファイル
    - 突合点検結果連絡書 CSV ファイル（電子レセプト分）
    - 突合再審査結果連絡書 CSV ファイル（電子レセプト分）
    - 突合再審査結果連絡書 CSV ファイル（紙レセプト分）
    - 突合点検調整額連絡票 CSV ファイル

「 当座口振込通知書 」等について

当月と過去2か月分の3か月分のダウンロード可能です。
所得税等の申告の際に必要な方は、ダウンロードをお願いします。

2. 支払関係帳票のオンライン配信について

（参考）配信対象　PDFファイル名一覧

配信対象 PDF ファイル一覧（医療機関（医科・DPC））

	名称	機械様式番号	ファイル名*2
1	当座口振込通知書	第８７号のＡ	03_MltgftabbcddddddddYYYYMMhhh.pdf
2	電子証明書発行料等領収証書	第８７号のＤ	04_Mldskrabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
3	報酬等支払調書	第３７０号	05_MlhsstabbcddddddddYYYYMMhhh.pdf
4	返戻内訳書（医科・DPC）（紙レセプト分）	第２０号の２	17_MlhenrabbcddddddddYYYYMMhhh.pdf
5	返戻内訳書（DPC）（電子レセプト分）	第２０号の２	18_RDhenrabbcddddddddYYYYMMhhh.pdf
6	返戻内訳書（医科）（電子レセプト分）	第２０号の２	19_Rlhenrabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
7	再審査等支払調整額通知票（返戻分）（医科・DPC）（紙レセプト分）	第１０１号	22_Mlsastabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
8	再審査等支払調整額通知票（返戻分）（DPC）（電子レセプト分）	第１０１号	23_RDsastabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
9	再審査等支払調整額通知票（補正・査定分）（DPC）（電子レセプト分）	第１０１号	24_RDsastabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
10	通知対象分レセプト（再審査）（DPC）	－	25_RDmrecabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
11	再審査等支払調整額通知票（返戻分）（医科）（電子レセプト分）	第１０１号	26_Rlsastabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
12	再審査等支払調整額通知票（補正・査定分）（医科）（電子レセプト分）	第１０１号	27_Rlsastabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
13	通知対象分レセプト（再審査）（医科）	－	28_Rlmrecabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
14	突合再審査調整額通知票（返戻分）（医科・DPC）（紙レセプト分）	第１２０号の２	34_Mlshstabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
15	突合再審査調整額通知票（返戻分）（DPC）（電子レセプト分）	第１２０号の２	35_RDshstabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
16	突合再審査調整額通知票（補正・査定分）（DPC）（電子レセプト分）	第１２０号の２	36_RDshstabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
17	突合再審査調整額通知票（返戻分）（医科）（電子レセプト分）	第１２０号の２	37_Rlshstabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
18	突合再審査調整額通知票（補正・査定分）（医科）（電子レセプト分）	第１２０号の２	38_Rlshstabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
19	再審査等支払調整額通知票（補正・査定分）（医科・DPC）（紙レセプト分）	第１０１号	43_Mlsastabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
20	突合再審査調整額通知票（補正・査定分）（医科・DPC）（紙レセプト分）	第１２０号の２	44_Mlshstabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
21	CD 受付エラー連絡票（DPC）	－	45_RDcdukabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
22	受付エラー連絡票（DPC）	第５０１号	46_RDuketabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
23	受付エラー連絡票（医科）	第５０１号	47_Rluketabbcddddddddd YYYYMMhhh.pdf
24	資格確認結果連絡書（原審査）（DPC）	第５０２号の１	48_RDskkgabbddddddd YYYYMMhhh.pdf
25	資格確認結果連絡書（原審査）（医科）	第５０２号の１	49_Rlskkgabbddddddd YYYYMMhhh.pdf
26	資格確認結果連絡書（再審査）（DPC）	第５０２号の２	50_RDskksabbddddddd YYYYMMhhh.pdf
27	資格確認結果連絡書（再審査）（医科）	第５０２号の２	51_Rlskksabbddddddd YYYYMMhhh.pdf
28	連絡文書（医科・DPC）	第２０号の３	58_MlrrbsabbcddddddddYYYYMMhhh.pdf
29	増減点連絡書（医科・DPC）（紙レセプト分）	第２０号の１	59_Mlzognabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
30	増減点連絡書（DPC）（電子レセプト分）*1	第２０号の１	60_RDzognabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
31	増減点連絡書（医科）（電子レセプト分）*1	第２０号の１	62_Rlzognabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
32	突合点検結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）（医科）	第１２０号の１	64_Rlttkrabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
33	突合点検調整額通知票（医療機関）（医科・DPC）（紙レセプト分）	第１２０号の５	68_Mlshstabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
34	突合点検調整額連絡票（医療機関）（医科・DPC）（紙レセプト分）	第１２０号の８	69_Mltttrabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
35	再審査結果連絡書（原審どおり）（医科）	第９０８号	70_Mlsakrabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
36	突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）（医科・DPC）（紙レセプト分）	第１２０号の１	74_Mltskrabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
37	突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）（DPC）（電子レセプト分）	第１２０号の１	75_RDtskrabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
38	突合再審査結果連絡書（兼　処方箋内容不一致連絡書）（医科）（電子レセプト分）	第１２０号の１	76_Rltskrabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
39	突合点検調整額通知票（医療機関）（再審査）（医科・DPC）	第１２０号の５	78_Mlshstabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
40	突合点検調整額通知票（医療機関）（DPC）（電子レセプト分）	第１２０号の５	79_RDshstabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
41	突合点検調整額通知票（医療機関）（医科）（電子レセプト分）	第１２０号の５	80_Rlshstabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
42	突合点検調整額連絡票（医療機関）（再審査）（医科・DPC）	第１２０号の８	82_Mltttrabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
43	突合点検調整額連絡票（医療機関）（DPC）（電子レセプト分）	第１２０号の８	83_RDtttrabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf
44	突合点検調整額連絡票（医療機関）（医科）（電子レセプト分）	第１２０号の８	84_Rltttrabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf

*1 増減点連絡書（電子レセプト分）には通知対象分レセプトが含まれます。

「増減点連絡書（医科）（電子レセプト分）」を例にして、ファイル名の構成内容について説明します。

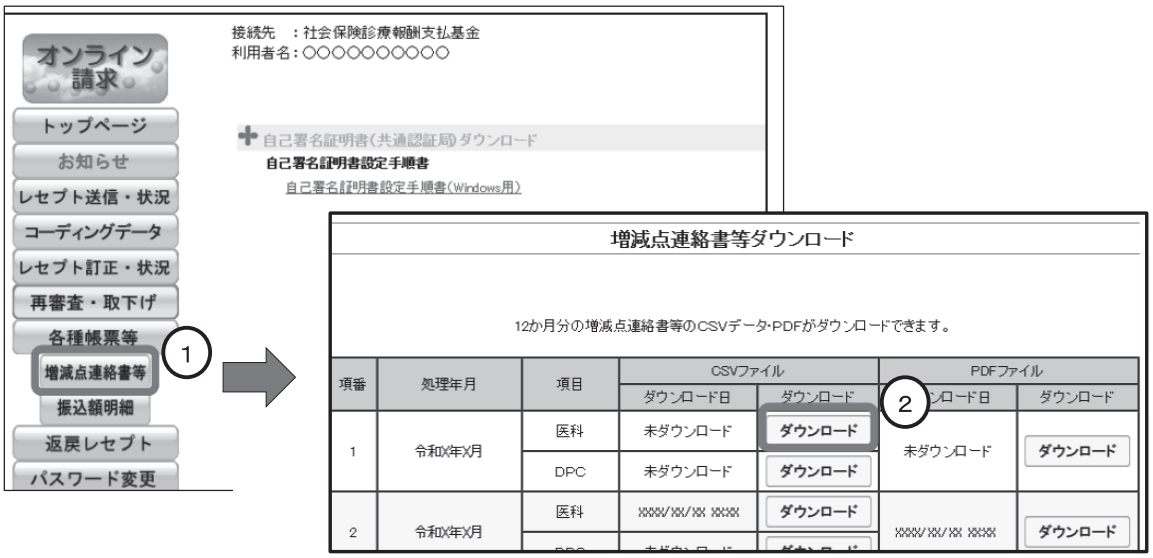
62_Rlzognabbcddddddd YYYYMMhhh.pdf

- 拡張子
- 枝番号
- 処理年月（西暦）
- 医療機関コード
- 点数表区分
- 都道府県番号
- 審査支払機関コード
- 帳票 ID
- サブシステム ID
- 連番

【配信対象PDFファイル一覧 掲載場所】
● オンライン請求画面から ▶ お知らせ ▶ 配信対象PDFファイル一覧（医療機関（医科・DPC）

2. 支払関係帳票のオンライン配信について

増減点連絡書等のダウンロード



振込額明細等をダウンロードの方法と同様です。
① 【各種帳票等】⇒【増減点連絡書等】をクリックします。
② ダウンロードする処理年月の【ダウンロード】ボタンをクリックします。
［名前を付けて保存］画面が表示されるので任意の場所へ保存します。
（ダウンロード後はダウンロード日の日時が表示されます。）

2. 支払関係帳票のオンライン配信について

増減点連絡書等のファイル一覧

【PDF ファイルの場合】

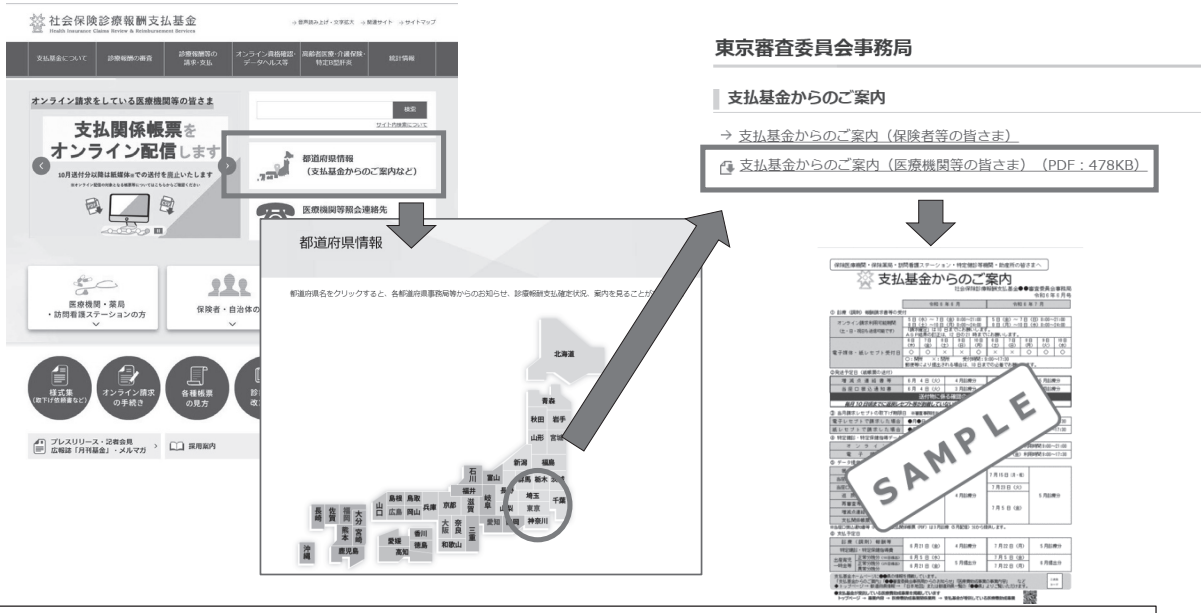
- 指定したフォルダ
  - 医療機関（薬局、訪問看護ステーション）コードのフォルダ
    - 返戻内訳書（電子レセプト分）
    - 返戻内訳書（紙レセプト分）
    - 再審査等支払調整額通知票（電子レセプト分）
    - 再審査等支払調整額通知票（紙レセプト分）
    - 通知対象分レセプト（再審査）
    - 突合再審査調整額通知票（電子レセプト分）
    - 突合再審査調整額通知票（紙レセプト分）
    - 受付エラー連絡票
    - 資格確認結果連絡書（原審査）
    - 資格確認結果連絡書（再審査）
    - 連絡文書
    - 増減点連絡書（電子レセプト分）
    - 増減点連絡書（紙レセプト分）
    - 突合点検結果連絡書
    - 再審査結果連絡書（原審どおり）
    - 突合再審査結果連絡書（電子レセプト分）
    - 突合再審査結果連絡書（紙レセプト分）
    - 突合点検調整額通知票（電子レセプト分）
    - 突合点検調整額通知票（紙レセプト分）
    - 突合点検調整額通知票（再審査）
    - 突合点検調整額連絡票（電子レセプト分）
    - 突合点検調整額連絡票（紙レセプト分）
    - 突合点検調整額連絡票（再審査）

【CSV ファイルの場合】

- 指定したフォルダ
  - 医療機関（薬局、訪問看護ステーション）コードのフォルダ
    - 増減点連絡書 CSV ファイル
    - 突合点検結果連絡書 CSV ファイル
    - 突合再審査結果連絡書（電子レセプト分）CSV ファイル
    - 突合再審査結果連絡書（紙レセプト分）CSV ファイル
    - 返戻内訳書 CSV ファイル
    - 資格確認結果連絡書（原審査）CSV ファイル
    - 資格確認結果連絡書（再審査）CSV ファイル

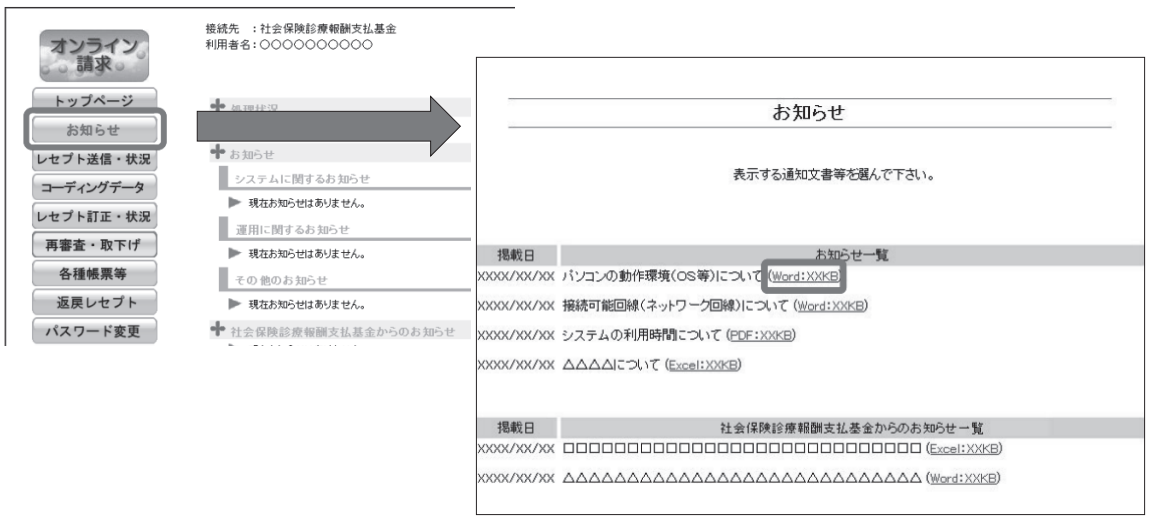
2. 支払関係帳票のオンライン配信について

支払基金からのご案内及び通知文書（事務連絡）等の確認



「支払基金からのご案内」の確認方法
①支払基金のHPを開きます。
②都道府県情報をクリックすると都道府県の地図が出るので「東京」をクリックします。
③「支払基金からのご案内（医療機関等の皆様）をクリックすると表示されます。

2. 支払関係帳票のオンライン配信について



「事務連絡等」の確認方法
①オンライン請求システムを起動します。
②「お知らせ」をクリックすると「お知らせ」画面が表示されますので、表示したい通知文書（事務連絡）等をクリックします。
③通知文書（事務連絡）等が、表示されます。

3. 返戻再請求のオンライン配信について

オンラインによる返戻再請求の実施について

オンライン請求を行う保険医療機関・薬局におかれましては、厚生労働省通知に基づき、毎月のオンライン請求に併せ、**令和５年４月以降に行う返戻再請求も、診療・調剤年月にかかわらず、原則、オンラインにより請求することとされております。**

オンライン請求を行う保険医療機関・薬局に対する返戻レセプトについては、郵送（紙返戻）とオンライン請求システムを介した方法（返戻ファイル）により送付していましたが、**令和６年9月末に、審査支払機関からの紙返戻の送付が終了しています。**

このため、返戻レセプトの再請求については、**令和6年10月以降**、オンライン請求システムからダウンロードした返戻レセプト及び再審査等返戻レセプトによる**オンライン返戻再請求を実施いただく必要があります。**

※ 紙のみで送付される返戻レセプトについては、10月以降も引き続き紙による返戻再請求を行っていただくこととなります。

22

---

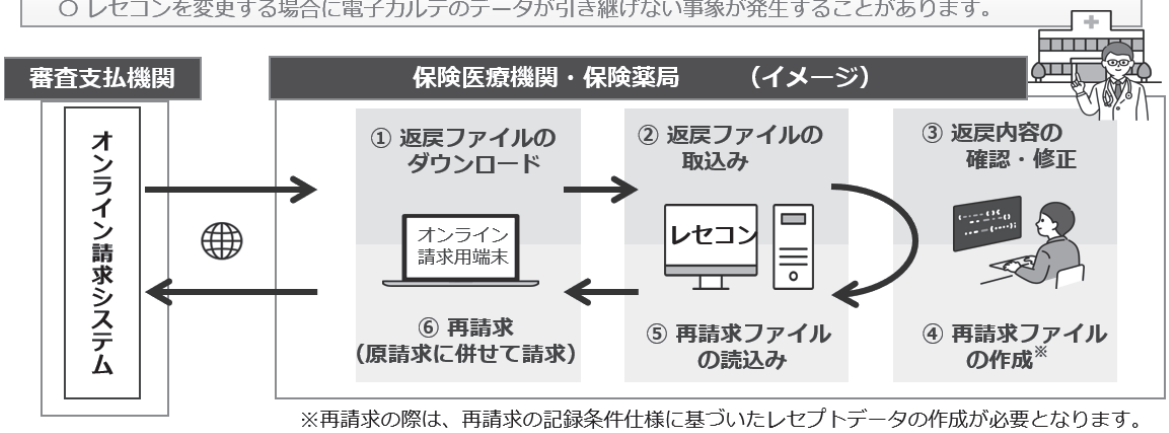
3. 返戻再請求のオンライン配信について

保険医療機関及び保険薬局における対応

▶ 令和６年９月まで返戻レセプト及び支払関係帳票は「紙媒体で送付」かつ「オンライン請求システムで配信」をしておりました。

令和６年10月送付から返戻レセプトの再請求はオンラインで行うこととなります
返戻ファイル（返戻レセプト）は必ずダウンロードするようお願いします

○ レセコンの確認・・・ご使用のレセコンはオンライン返戻再請求に対応していますか？
○ レセコンを変更する場合に電子カルテのデータが引き継げない事象が発生することがあります。

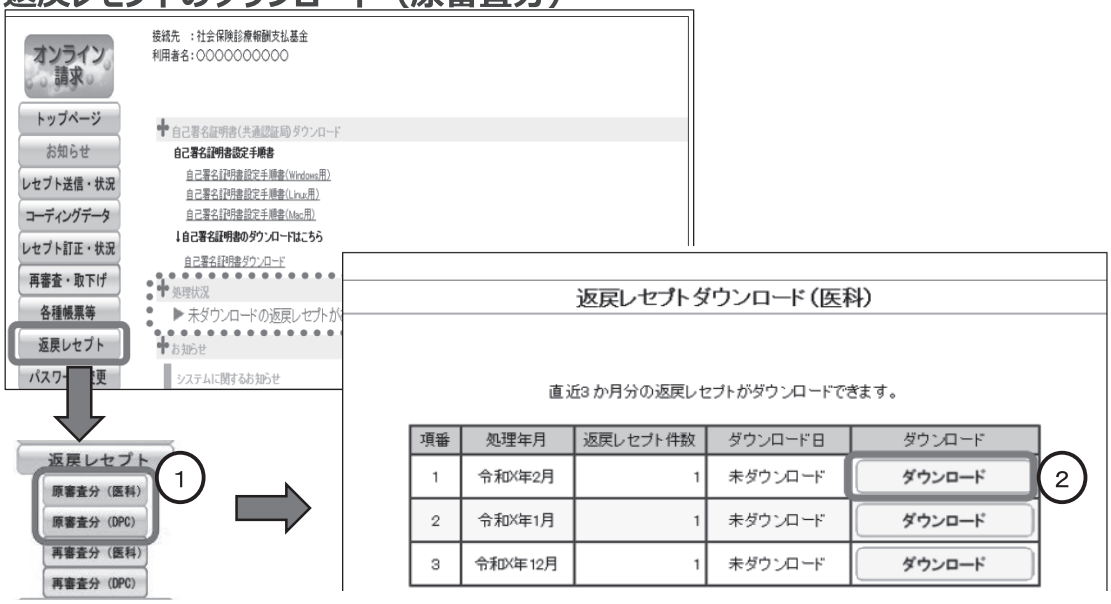


※再請求の際は、再請求の記録条件仕様に基づいたレセプトデータの作成が必要となります。

23

3. 返戻再請求のオンライン配信について

返戻レセプトのダウンロード（原審査分）



① 【返戻レセプト】⇒【原審査分】をクリックします。
② ダウンロードする処理年月の【ダウンロード】ボタンをクリックします。
［名前を付けて保存］画面が表示されるので任意の場所へ保存します。
（ダウンロード後はダウンロード日の年月日時が表示されます。）
（補足）再審査分については、【再審査分】をクリックし⇒【ダウンロード】してください。

4. 紙の添付資料の電子化について

症状詳記の電子レセプト内への記録

令和５年１月２３日付け保連発０１２３第１号厚生労働省保健局医療介護連携政策課長通知において、症状詳記も電子レセプト内で記録することが明確化されました。

（参考）保険医療機関又は保険薬局に係る電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領の新旧対照表

（下線の部分は改正部分）

新	旧
（別添） 電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領 **1　電子情報処理組織による診療（調剤）報酬の請求の届出等** (1)　請求に関する届出 (2)　請求に関する方法 保険医療機関等は、次の方法により請求すること。 ①　診療（調剤）報酬請求書情報（以下「請求書情報」という。）及び診療（調剤）報酬明細書情報（以下「電子レセプト情報」という。）について、厚生労働大臣の定める方式に従って入出力装置から入力して審査支払機関の電子計算機に備えられたファイルに所定の期日までに記録すること（なお、症状詳記情報についても電子レセプト情報に含めて記録すること。）。ただし、電気通信回線に障害が生じたときその他の事情により、電子情報処理組織による請求が特に困難と認められる場合には、後述２（２）または、診療（調剤）報酬請求書及び診療（調剤）報酬明細書により請求すること。	（別添） 電子情報処理組織等を用いた費用の請求に関する取扱要領 **1　電子情報処理組織による診療（調剤）報酬の請求の届出等** (1)　請求に関する届出 (2)　請求に関する方法 保険医療機関等は、次の方法により請求すること。 ①　診療（調剤）報酬請求書情報（以下「請求書情報」という。）及び診療（調剤）報酬明細書情報（以下「電子レセプト情報」という。）について、厚生労働大臣の定める方式に従って入出力装置から入力して審査支払機関の電子計算機に備えられたファイルに所定の期日までに記録すること。ただし、電気通信回線に障害が生じたときその他の事情により、電子情報処理組織による請求が特に困難と認められる場合には、後述２（２）または、診療（調剤）報酬請求書及び診療（調剤）報酬明細書により請求すること。

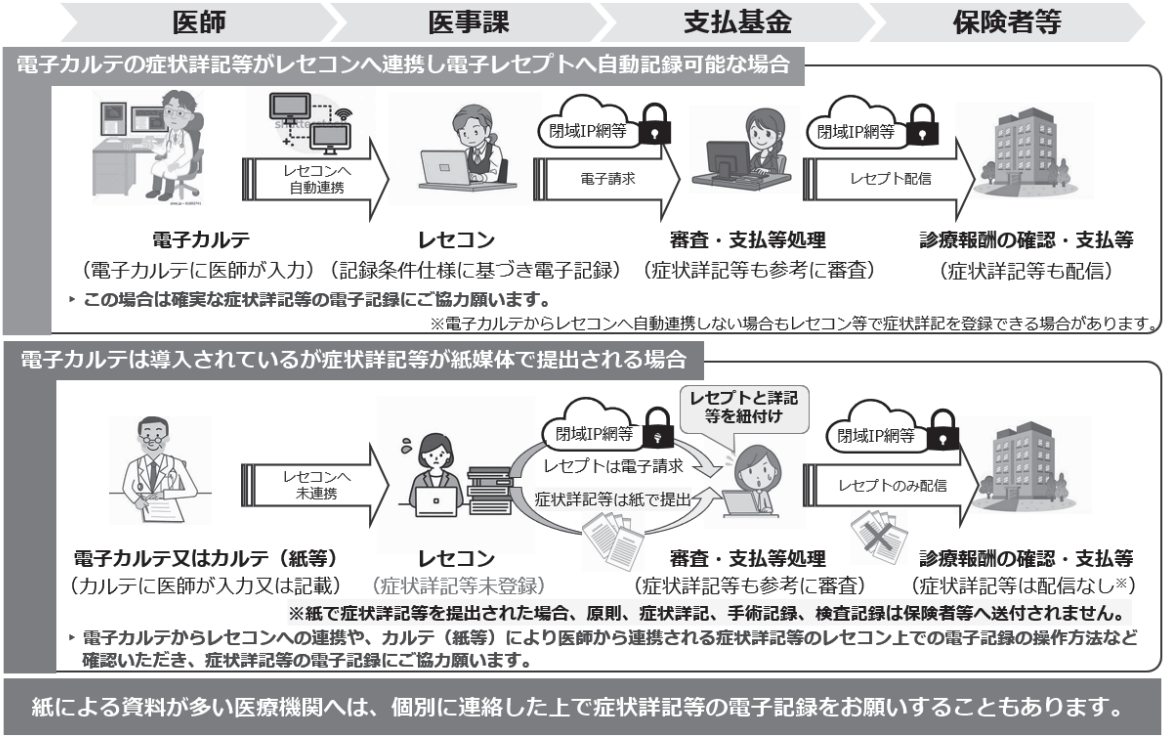
電子記録のメリット

◆ 紙で提出された症状詳記等は、支払基金において審査・支払等処理が終了後に原則、廃棄となりますが、**レセプト内に記録された情報は保険者等に配信されるため、診療内容等がより正確に伝わり保険者等からの再審査請求の減少が期待できます。**

◆ 紙で提出する際の**印刷の手間、支払基金への送付業務が軽減**されます。

4. 紙の添付資料の電子化について

電子と紙媒体の症状詳記の流れ

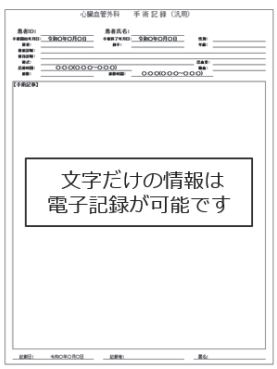


4. 紙の添付資料の電子化について

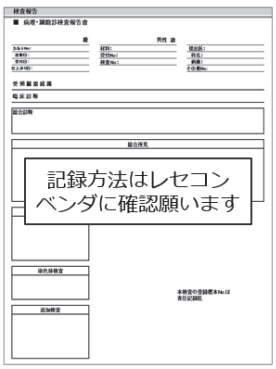
基本的に電子記録可能となっている添付資料

紙で提出している症状詳記や手術記録、検査記録、廃用症候群に係る評価表、治験概要等のうち、取扱要領に基づき、電子記録出来るものについては、電子レセプト内に記録していただきますようお願いいたします。
＊電子記録方法については、レセコンベンダ等へご確認願います。

手術記録

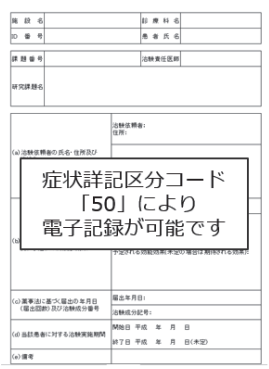


検査記録



廃用症候群に係る評価表

治験概要



4. 紙の添付資料の電子化について

電子記録が必要な添付資料

（令和6年6月診療分以降、症状詳記等が電子的記録となった診療行為）

◆ 令和６年度の記載要領において、従前は「添付する」と定められていた項目の一部が、電子的に**「記載する」と改正**されました。（記載要領において**「記載する」と改正された診療行為は下表のとおり）。**

◆ 当該改正は令和６年６月１日より適用されておりますので、該当する診療行為については紙による提出ではなく**電子記録にご協力願います。**

項番	区分	診療行為 名称等	項番	区分	診療行為 名称等
344	D310の3	小腸内視鏡検査 3 カプセル型内視鏡によるもの	486	K282	水晶体再建術の注の加算
345	D310 注2	小腸内視鏡検査 内視鏡的留置術加算	495	K311	鼓膜穿孔閉鎖術
346	D313の2	大腸内視鏡検査 2 カプセル型内視鏡によるもの	495	K598 K599 K599-3	両心室ペースメーカー移植術 植込型除細動器移植術 両室ペーシング機能付き植込型除細動器移植術
347	D313 注3	大腸内視鏡検査 バルーン内視鏡加算	503	K695	肝切除術
438	J007-2	硬膜外自家血注入	504	K695-2	腹腔鏡下肝切除術
465	J118-4	歩行運動処置（ロボットスーツによるもの）	505	K721 注2 K721-3 注 K721-4 注	内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 内視鏡的結腸異物摘出術 バルーン内視鏡加算 早期悪性腫瘍大腸粘膜下層剥離術 バルーン内視鏡加算
483	K172の2	脳動静脈奇形摘出術	537	-	特定保険医療材料※
484	K268	緑内障手術 6　水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	543	L008-2 注2	体温維持療法の体温維持迅速導入加算

※ 「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」(令和6年3月5日保医発0305第8号)により、**複数の項で「記載する」に改正されています。**

（例）気管支手術用力テーテルの算定に当たっては、当該材料を使用した患者について、診療報酬明細書に症状詳記を**記載すること**。

◆ このほか **「医療観察診療報酬明細書等の記載要領」では「支払基金に提出する」の記載が削除され紙資料の提出が不要**となっています。ただし、医療観察精神科電気痙攣療法については「診療録の写しを別途提出すること」と定められています。

28

最後に

ご清聴ありがとうございました。

お問い合わせ等がありましたら、ホームページより担当者へ連絡をお願いします。

【検索方法】
社会保険診療報酬支払基金のホームページ ⇒ 医療機関等照会連絡先 ⇒ 検索フォーム

「 県番号 」 、「 医科 」 、「 医療機関等コード 」を入力をし、「 検索ボタン 」をクリックしてください。

29

３．診療報酬請求書等の留意点について

②　国民健康保険関係

令和６年度　医療保険事務講習会

診療報酬請求書等の提出上の留意点について
＜国民健康保険関係＞

東京都国民健康保険団体連合会

オンライン請求について

＜オンラインによる請求への移行のお願い＞

令和5年12月26日付保発1226第4号厚生労働省保険局長通知「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の一部改正に伴う実施上の留意事項について」において示されているとおり、オンライン請求が基本的な請求方法となります。

保険医療機関・保険薬局でオンラインでの請求を開始する際申請が必要となります。
オンライン請求の届出については、「医療機関等向け総合ポータルサイト」より申請してください。
（国保・社保共通）

※医療機関等向けポータルサイトから申請する場合は、国保及び社保への届出書類の提出は不要です。
※ポータルサイトの操作方法等はポータルサイトに記載の問合せ先までお問合せください。

【お問い合わせ先】
≪オンライン請求の届出に関すること≫　システム管理部　システム管理課　レセプト電算係　　03-6238-0456（直通）

オンライン請求について

＜オンラインによる請求への移行のお願い＞（参考）

厚生労働省保険局「【既にオンライン資格確認を導入し、現在光ディスク等による請求を行っている医療機関・薬局向け】オンライン請求への移行に向けて」より抜粋

1-1. 医療機関・薬局におけるオンライン請求のメリット

■ 光ディスク等による請求とオンライン請求では、受付時間やセキュリティ等の特徴が異なります。

■ オンライン請求へ移行していただくことで、医療機関・薬局におけるレセプト請求事務の効率化や作業負担の軽減が見込まれます。

各請求形態の特徴

	光ディスク等による請求	オンライン請求
受付時間	• 土・日・祝は受付不可（10日が土・日・祝の場合は受付可能） • 原則、診療翌月 10日17時30分まで	• **土・日・祝も受付可能** • 診療翌月 5~7日は8時～21時まで、8~10日は8時～24時まで
返戻の負荷	• 事務的な誤りがあったレセプトは返戻され、次月以降に再請求	• 受付・事務点検ASPの利用によるレセプトデータの事前チェックが可能 • **エラー箇所は請求月の12日までに修正し、再提出**することが可能
セキュリティ	• 電子レセプトが記録された電子媒体を審査支払機関に搬送（窓口に持参または郵送）しているため、搬送時における破損や紛失、提出（郵送）先誤りなどの問題が発生	• 暗号化通信、セキュリティを確保したネットワーク回線を使用するため、**安全な請求**が可能 • システム上で請求先のチェックが行われるため、提出先誤りは発生しない
その他	• 電子媒体への書き込み、郵送作業に時間や人手がかかる • 振込額は支払月の翌月上旬に到着する当座口振込通知書・診療報酬振込額決定通知書で確認 • 各帳票を紙で保管する必要がある	• 請求に要する時間や人手が光ディスク等と比較して少ない • 帳票類をオンライン請求システム上で確認することが可能 • **各種情報をデータで管理・保存**することにより、保管場所の確保が不要となる

【お問い合わせ先】
≪オンライン請求の届出に関すること≫ システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456（直通）

オンライン請求について

＜オンライン請求に関する情報＞

保険医療機関・薬局のオンライン請求に関する仕様（記録条件仕様やマスター覧、受付・事務点検ASPに係るチェック一覧）は「診療報酬情報提供サービス」に掲載されております。

また、オンライン請求システムのマニュアル内に「受付・事務点検ASPに係るチェック一覧」や「操作手順書」及び「医療機関再審査等請求ファイル作成ツール」等が格納されておりますので、ご参照いただきますようお願いいたします。

＜オンライン請求に関する問合せについて＞

- 本会ホームページに掲載しております問合せ先をご参照ください。
- オンライン請求時のASPチェック結果についてのお問合せは「受付・事務点検ASPに係るチェック一覧」に記載のエラー原因をご確認の上、ホームページ掲載の問合せ先までお問合せください。
- 返戻レセプト及び各種帳票についてのお問合せの際は「（再審査等の）種類」により担当部署が異なります。また、確認する上で「処理年月」が重要となります。
  ダウンロード時のメニューを確認の上、ホームページ掲載の問合せ先までお問合せください。
- 返戻レセプトの修正方法等、お使いのレセコンに関するお問合せはお使いのレセコン事業者へお願いいたします。

【お問い合わせ先】
≪オンライン請求システムの操作方法に関すること≫ システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456（直通）

オンライン請求について

＜オンライン請求を行う保険医療機関・薬局における返戻レセプト等について＞

本会からお送りする返戻レセプト・各種帳票は「紙媒体での送付」と「オンライン請求システムによるデータ配信」を併せて行っておりましたが、令和5年12月26日付保発1226第4号厚生労働省保険局長通知「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の一部改正に伴う実施上の留意事項について」において示されているとおり、令和6年9月末に紙媒体の送付が廃止されたことに伴い、令和6年9月審査（10月発送分）から紙媒体でお送りしておりません。

請求状態と紙送付の関係は下表をご覧ください。

保険医療機関等	国保連合会	
請求状態	返戻レセプト	還元帳票
令和□年○月請求	令和□年○月請求＋1月	令和□年○月請求＋1月
オンラインでの請求	返戻レセプトについて、紙媒体での送付はありません。 ※書面審査となった返戻レセプトは紙媒体で送付します。	各種帳票について、紙媒体での送付はありません。
オンラインでの請求なし （電子媒体・紙での請求）	返戻レセプトについて、紙媒体で送付します。	各種帳票について、紙媒体で送付します。 ※オンライン請求の届出を行っている保険医療機関等についてはオンラインでの配信と重複する場合がございます。
オンライン＋電子媒体での請求あり	返戻レセプトについて、紙媒体での送付はありません。 ※書面審査となった返戻レセプトは紙媒体で送付します。	各種帳票について、紙媒体での送付はありません。
オンライン＋紙での請求あり	返戻レセプトについて、紙媒体での送付はありません。 ※書面審査および紙請求で返戻となったレセプトは紙媒体で送付します。	各種帳票について、紙媒体での送付はありません。

【お問い合わせ先】
≪オンライン請求システムの操作方法に関すること≫ システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456（直通）

オンライン請求について

＜オンライン請求システムからのダウンロード可能期間等について＞

返戻レセプト及び各種帳票のダウンロード可能期間はメニューにより異なります。
ダウンロード可能期間を過ぎるとオンライン請求システムからの取得はできなくなります。
特に返戻レセプトにつきましては本会で再発行することはできかねますので、取得漏れ等がないようご対応願います。

オンライン請求システムメニュー名	ダウンロード可能期間
増減点連絡書	12か月
返戻内訳書	12か月
資格確認結果連絡書	12か月
振込額	3か月
原審査分（返戻レセプト）	3か月
再審査分（返戻レセプト）	3か月

その他、オンライン請求システムによるデータ配信対象帳票等は本会ホームページをご確認ください。

【お問い合わせ先】
≪オンライン請求システムの操作方法に関すること≫ システム管理部 システム管理課 レセプト電算係 03-6238-0456（直通）

電子レセプトに記録可能な紙添付資料の電子化について

電子レセプトに記録できる症状詳記等の情報は以下のとおりです。

（1） 症状詳記（患者の臨床症状、診療行為の必要性等）
（2） 治験概要
（3） 疾患別リハビリテーションに係る治療継続の理由等
（4） 廃用症候群に係る評価表　別紙様式22

これら電子レセプトに記録できる情報を未だ紙媒体で提出されている保険医療機関につきましては電子化へ移行願います。
また、その他に紙媒体の資料として、「検査データ」「画像プリント」等が多く見受けられます。これらにつきましては、その詳細を症状詳記として記録することで提出は不要となります。
なお、審査の都合上、資料等が必要になった場合は、本会から改めて提出依頼の連絡をいたしますので、ご協力をお願いいたします。

【お問い合わせ先】
審査第1部　審査課　医科係　03-6238-0259

電子レセプト請求に係る入力誤り等にご注意願います

特に以下の点についてご注意いただき、入力誤り等のないよう請求願います。

（1） 診療行為・医薬品・特定保険医療材料に係る算定日情報については、入力誤りがないようご注意願います。
（2） 記載要領及び記録条件仕様上、摘要欄にコメントコード等の入力が必要な診療行為等については入力漏れのないようご注意願います。
（3） 診療行為に係る加算の入力については、加算と関連する診療行為と同一点数内になるよう入力願います。
（4） DPCレセプトで総括レセプトが存在する場合の症状詳記については、該当するレセプトにそれぞれ入力願います。

特に入力誤りが多い事例 【特定疾患処方管理加算】

【誤】

	区分番号	診療行為名称	点数	請求コード
20　投薬	F100-00	処方料（その他）	42点	120001210
	F400-00	特定疾患処方管理加算（処方箋料）	56点	120005710

【正】

	区分番号	診療行為名称	点数	請求コード
20　投薬	F100-00	処方料（その他）	42点	120001210
	F100-00	特定疾患処方管理加算（処方料）	56点	120005610

【誤】

	区分番号	診療行為名称	点数	請求コード
80その他	F400-00	処方箋料（リフィル以外・その他）	60点	120002910
	F100-00	特定疾患処方管理加算（処方料）	56点	120005610

【正】

	区分番号	診療行為名称	点数	請求コード
80その他	F400-00	処方箋料（リフィル以外・その他）	60点	120002910
	F400-00	特定疾患処方管理加算（処方箋料）	56点	120005710

【お問い合わせ先】
《記載内容に関すること》
審査第1部審査共助管理課
審査情報係
03-6238-0273（直通）

「特記事項」欄について

電子レセプト請求の「特記事項」欄については、記録条件仕様によりコードを入力することになっております。特に以下の事項については入力漏れが多く見受けられますのでご注意願います。
※詳しくは記載要領及び記録条件仕様を参照願います。

特記07 ： 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
特記08 ： 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
特記09 ： 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
特記10 ： 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
特記11 ： 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に規定する治験に係る診療報酬の請求である場合
特記12 ： 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に係る診療報酬の請求である場合

【お問い合わせ先】
《記載内容に関すること》 審査第1部審査共助管理課審査情報係 03-6238-0273（直通）

レセプト請求時の留意事項①

悪性腫瘍確定後の腫瘍マーカー検査 ≪減点又は返戻の対象≫

悪性腫瘍の診断が確定し、計画的な治療管理を開始した場合、当該治療管理中に行った腫瘍マーカーの検査の費用は、特定疾患治療管理料の悪性腫瘍特異物質治療管理料に含まれ、腫瘍マーカーは、原則として、特定疾患治療管理料の悪性腫瘍特異物質治療管理と同一月に 併せて算定ができません。

ただし、悪性腫瘍の診断が確定した場合であっても、次に掲げる場合においては、別に算定できます。

ア 急性及び慢性膵炎の診断及び経過観察のためにエラスターゼ1を行った場合
イ 肝硬変、HBs抗原陽性の慢性肝炎又はHCV抗体陽性の慢性肝炎の患者について、αーフェトプロテイン（AFP）、PIVKAーⅡ半定量又はPIVKAーⅡ定量を行った場合（月1回に限る）
ウ 子宮内膜症の診断又は治療効果判定を目的としてCA125又はCA602を行った場合（診断又は治療前及び治療後の各1回に限る）
エ 家族性大腸腺腫症の患者に対して癌胎児性抗原（CEA）を行った場合

【お問い合わせ先】
審査第1部審査共助管理課・審査共助進行課 03-6238-0011（大代表）電話交換手に所在地（〇〇区、〇〇市等）をお伝えください

レセプト請求時の留意事項②

「摘要」欄に係る記載要領及び電子レセプトに係る記録条件仕様について

電子レセプトによる請求の場合、該当するコードを選択する診療行為等がありますので、記載要領通知　別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（医科）」、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）」、別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等の一覧（検査値）」を参照のうえ、ご請求いただきますようお願いいたします。

レセプト請求時の留意事項③

傷病名及び修飾語コードの入力について 【お願い】

電子レセプト請求の傷病名コードについては、記録条件仕様により「傷病名に対応する7桁の傷病名コードを記録する。」とされております。今一度、以下の内容の請求データをご確認願います。

（1）「未コード化傷病名コード：0000999」ではなく、傷病名及び修飾語コードを入力願います。

（2） 傷病名欄の1行に複数の未コード化傷病名の入力はご遠慮願います。

（3） 主傷病については、主傷病コードを入力願います。

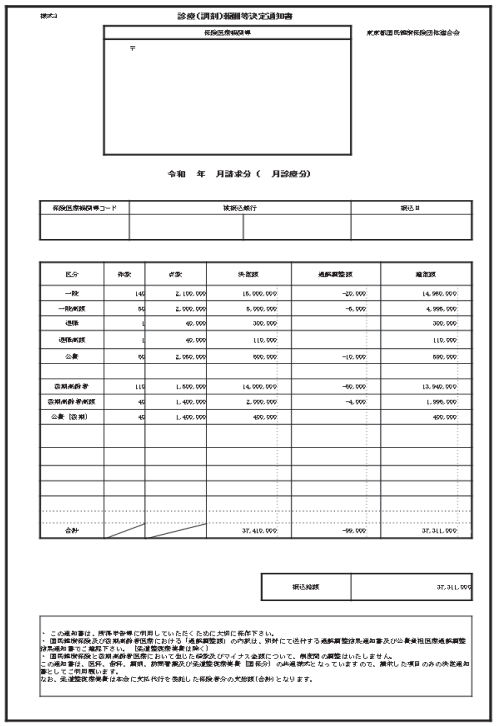
（4） 傷病名に部位・左右・急性・慢性等の修飾語コードを入力願います。

※特に整形外科・耳鼻咽喉科・眼科的疾患

【お問い合わせ先】
《記載内容に関すること》 審査第１部審査共助管理課審査情報係　03-6238-0273（直通）

3-②

診療（調剤）報酬等の「支払日」及び「決定通知書のデータ配信」について



診療（調剤）報酬等決定通知書

令和　年　月請求分（　月診療分）

◆支払日は**原則20日**となります。
なお、支払日が土・日・祝日にあたる場合は、翌営業日となります。

◆決定通知書のデータ配信について

- オンラインで請求を行う保険医療機関等について、**令和6年9月請求分より、紙媒体での送付が廃止**され、**オンライン請求システム上でのみ配信**します（支払月の15日）。
- 毎年2月に、前年の年間支払合計額を記載した決定通知書をデータ配信します。
- 各データの**ダウンロード可能期間は、各月15日～翌々月の末日までです。**申告等でご利用 が必要な場合は、期間中に必ずダウンロードして下さい。

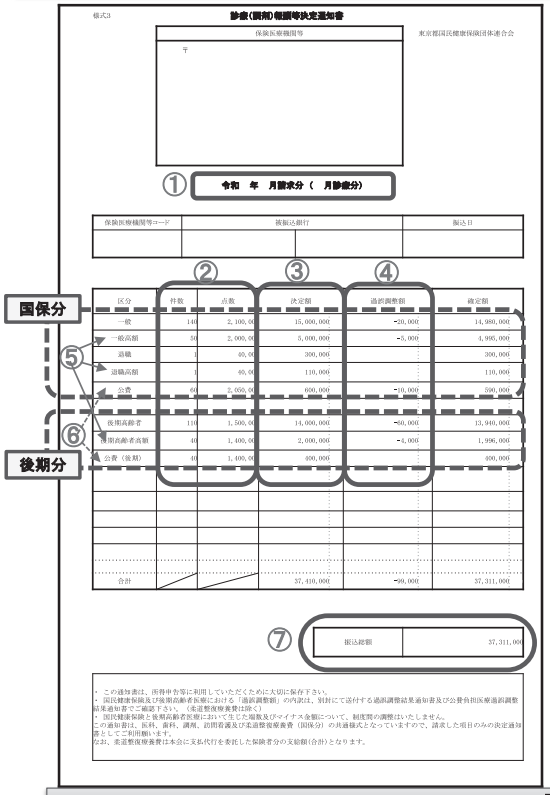
※諸事情によりオンライン請求を行わない保険医療機関等については、引き続き紙媒体で、支払日の3営業日前を目途に発送を行います。

◆詳しい日程については、本会ホームページをご参照ください。

https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp
掲載場所：ホーム ＞ 保険医療機関等・柔整施術所の皆様 ＞ 5-1 診療（調剤）報酬等の支払日について

【お問い合わせ先】
企画事業部　管理課　支払係
03-6238-0327

「診療（調剤）報酬等決定通知書」について



①「請求年月」と「診療月」
請求年月ごとの通知となります。月遅れ分も併せてご請求いただいた場合は当該分も含まれています。

②「件数、点数」
当該請求年月の審査結果の件数と点数です。なお、**過誤調整によって増減が生じた場合は当該分も含まれます。**

③「決定額」
ご請求いただいたレセプトを審査した結果の金額です。

④「過誤調整額」
過去にご請求・お支払済みのレセプトについて、返戻や増減が発生した場合に生じます。これに伴い、件数と点数も増減されています。
過誤調整額の内容については、オンライン請求システム上で配信される「過誤調整結果通知書」をご参照下さい。
※諸事情によりオンライン請求を行わない保険医療機関等については、当該決定通知書が届いた翌月の初めに、紙媒体で「過誤調整結果通知書」を発送します。

⑤「一般高額」「退職高額」「後期高齢者高額」
被保険者の所得に応じて、自己負担限度額を控除して支給される金額です。「件数」と「点数」は再掲です。

⑥「公費」「公費（後期）」
国や東京都等の公費分です。「件数」と「点数」は再掲です。

⑦「振込総額」
国保分及び後期分の合算額で振り込まれます。**通帳記帳等をされましたら、当該決定通知書の振込総額と照らし合わせてご確認ください。**
なお、振込総額が空欄の場合、本会へ返還していただく金額が発生しておりますので、翌月以降のお支払額から調整させていただきます。

【留意事項】
国保分と後期分の請求がある場合、上段に国保分が表記されます。
※後期分のみの請求の場合は、上段に後期分が表記されます。
国保分と後期分のそれぞれの確定額の合計において、いずれかにマイナスが生じた場合には、2ページに分割（国保分・後期分）して作成されます。

【お問い合わせ先】
企画事業部　管理課　支払係　03-6238-0327

「再審査・取下げ依頼」について

「再審査・取下げ依頼」は、以下の事例が対象です。
・一次審査の結果に対する再審査依頼
・突合審査及び再審査の結果に対する再審査依頼
・貴院の請求誤り等での取下げ依頼

「再審査・取下げ依頼」は、以下のどちらかの方法で依頼願います。
※オンライン請求を行っている保険医療機関等は、オンライン請求システムを利用した依頼にご協力をお願いします。

◆**オンライン請求**による依頼

・**前月までに請求・決定**されたレセプト
（当月請求したレセプトについては、従来どおり**紙の依頼書**でご提出ください）

・申し出可能期間：**毎月5日～月末まで**（オンライン請求システム利用可能期間内）

※再審査・取下げ依頼の操作手順については、オンライン請求システム内に掲載している以下のマニュアルをご参照ください。

・操作手順：操作手順書＜医療機関・薬局用＞医療機関再審査等請求ファイル作成ツール

◆**紙媒体**による依頼

「再審査・取下げ依頼書」は、対象となるレセプト1件ごとに作成し、国保連合会に提出してください。
なお、再請求のレセプトには再審査・取下げ依頼書を添付する必要はありません。
※依頼書はホームページからダウンロード【『「再審査・取下げ依頼書」（Word73KB）』参照】できます。
※記載要領はホームページをご参照ください。
https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp
HOME＞保険医療機関等・柔整施術所の皆様＞診療（調剤）報酬明細書等再審査・取下げ依頼関係はこちら＞

【お問い合わせ先】
≪再審査依頼に関すること≫　審査第1部審査共助管理課・審査共助進行課　03-6238-0011（大代表）電話交換手に所在地（○○区、○○市等）をお伝えください
≪取下げ依頼に関すること≫　審査第2部進行調整課過誤調整係　03-6238-0330（直通）
≪オンライン請求システムの操作方法に関すること≫　システム管理部システム管理課レセプト電算係　03-6238-0456（直通）

■ご質問について

本日の講習内容についてのご質問は、Google フォームにて実施いたします。以下の QR コードを読み込むことでアクセスできますので、ご質問がある場合は、11 月 29 日(金)までに入力をお願いいたします。

なお、ご質問については関係各所に確認を行い、回答可能なものにつきましては後日、東京都医師会ホームページに(https://www.tokyo.med.or.jp/35222)に掲載予定です。個別回答はいたしませんので、あらかじめご了承ください。

【令和 6 年度　医療保険事務講習会　質問】

令和 6 年度　医療保険事務講習会テキスト

［編集］　公益社団法人 東京都医師会
東京都保健医療局
社会保険診療報酬支払基金 関東審査事務センター
東京都国民健康保険団体連合会

［発行］　公益社団法人 東京都医師会
〒101－8328
東京都千代田神田駿河台 2－5
電話番号　03（3294）8821（代表）

無断転用・転載を禁じます