

令和 8 年度

医療保険事務講習会

[第 1 回] 令和 8 年 9 月 11 日 (金)

会場：新宿文化センター

[第 2 回] 令和 8 年 9 月 18 日 (金)

会場：全電通労働会館

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 8 年度診療報酬改定における留意点について

[11日] 荘司 輝昭（東京都医師会 医療保険担当理事）

[18日] 藤間 芳郎（東京都医師会 医療保険委員会 委員長）

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. ③ 医療費助成制度

[11日・18日]

濱澤 友江（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. ③ 以外の医療費助成制度

[11日] 小川 マキ（東京都福祉局 生活福祉部医療助成課課長代理（助成担当））

[18日] 安原 じゅん（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））

3. 診療報酬請求書等の留意点について

①. 社会保険関係

[11日・18日]

中山 弘之（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係主査）

②. 国民健康保険関係

[11日・18日]

古谷 修平（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長）

目 次

1. 令和8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 ⑧ 医療費助成制度.....	67
② ⑧ 以外の医療費助成制度	77
3. 診療報酬請求書等の留意点について	
① 社会保険関係	181
② 国民健康保険関係	205

■講演映像、資料の掲載について

講演映像（9月 11 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/41697>)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 8 年度診療報酬改定における留意点について

令和8年度 医療保険事務講習会

令和8年度 診療報酬改定における留意点等について

公益社団法人 東京都医師会

はじめに

令和8年度 診療報酬改定率について

1. 診療報酬 +3.09%

※1 うち、賃上げ分	+1.70%
※2 うち、物価対応分	+0.76%
※3 うち、食費・光熱水費分	+0.09%
※4 うち、令和6年度改定以降の経営環境の悪化を踏まえた緊急対応分	+0.44%
※5 うち、後発医薬品への置換えの進展を踏まえた処方や調剤に係る評価の適正化、実態を踏まえた在宅医療・訪問看護関係の評価の適正化、長期処方・リフィル処方への取組強化等による効率化	▲0.15%
※6 うち、※1～5以外分 各科改定率(医科+0.25% : 歯科+0.31% : 調剤+0.08%)	+0.25% 医療機関の収入?

2. 薬価等 ▲0.87%

薬価	▲0.86%
材料価格	▲0.01%

令和8年度医科診療報酬改定の主なポイント

1. 賃上げや物価への対応 ➢ 賃上げに向けた評価 ・令和8・9年度での各3.2%（看護補助者等は5.7%）の賃上げに向けたベースアップ評価料の見直し（点数の見直し、夜勤手当への充当を可能にする） ➢ 物価動向への対応 ・令和8・9年度の物価上昇に対応する「物価対応料」の創設、入院時の食費・光熱水費基準額の引上げ 等	
2. 急性期・高度急性期入院医療の見直し ➢ 急性期・高度急性期の医療機能に依じた評価の見直し ・急性期病院一般入院基本料の新設、特定機能病院入院基本料の見直し ・急性期総合診療科加算の新設（既存評価を改組し、総合性と手術等の集積性を持つ病院を評価） ・特定集中治療室管理料等の見直し（救急搬送や全身麻酔を実績要件化） ➢ 多職種が病棟で協働する体制の評価	5. 人口の少ない地域・医師偏在対策 ➢ 人口少数地域で医療提供機能確保のための評価の新設 ・医療提供機能連携確保加算の新設（人口少数地域での外来・在宅医療の確保の支援や、緊急入院の受入体制がある病院を評価） ➢ 診療科偏在対策の推進 ・地域医療体制確保加算2の新設（若手医師が減少し、体制確保が必要な診療科の医師を対象として、勤務環境や処遇を改善する取組を評価） ・外科医療確保特別加算の新設（長時間高難度手術の実施体制を整備し、外科医の勤務環境や処遇を改善しつつ手術を行う場合を評価）
3. 包括期・慢性期入院医療の見直し ➢ 「治し、支える医療」の実現に向けた各評価の見直し ・地域包括医療病棟の見直し（高齢者特性に配慮した要件見直しなど） ・回復期リハビリテーション病棟の見直し（実績指数要件の対象拡大など） ・療養病棟入院基本料の医療区分要件の見直し ➢ 質の高い包括期入院医療の評価 ・生活に配慮した支援を強化するための入退院支援加算1の引上げ ・身体的拘束の最小化を組織的に行う際の評価の新設	6. 外来医療の機能分化・強化等 ➢ 外来の機能分化の推進 ・特定機能病院等の外来診療料等の減算に係る逆紹介割合の基準の見直し ・特定機能病院等からの紹介患者の初診に関する加算の新設 ➢ 外来に係る評価の見直し ・生活習慣病管理料の包括範囲や地域包括診療加算等の対象患者の見直し ・時間外対応加算の引上げ、名称変更
4. 業務効率化・負担軽減等に向けた取組み ➢ ICT等の活用による業務効率化・負担軽減 ・見守りや記録等でICTを組織的に活用した際の看護配置基準の柔軟化 ・生成AI等を組織的に活用した際の医師事務作業補助体制加算の柔軟化 ➢ やむを得ない事情で看護要員が不足する場合の取扱いの柔軟化	7. 質の高い在宅医療・訪問看護の推進 ➢ 在宅医療に関する評価の見直し ・地域で在宅医療における積極的役割を担う医療機関の更なる評価 ➢ 訪問看護に関する評価の見直し ・同一建物に居住する利用者の人数等に応じたきめ細かな評価への見直し ・地域と連携した精神科訪問看護体制を評価
8. 重点的な対応が求められる各分野での対応（救急、小児・周産期、精神医療、DX・オンライン診療など） ➢ 救急医療 ・救急外来医療の24時間提供体制の評価の拡充（救急外来医学管理料の新設） ・救急患者連携搬送料について、民間救急等を活用した転院搬送や下り搬送の受入側を評価 ➢ 小児・周産期医療 ・妊産婦にとって安心できる療養環境の確保と妊娠・産後のケアを一貫して行う体制の評価（産科管理加算） ・小児科以外で成人移行医療を実施の際に難病外来指導管理料を算定可 ➢ 精神医療（続き） ・急性期病院精神科入院料の新設（地域ごとの急性期の病院機能を確保する観点から、病院の機能に着目し、体制整備も含めた入院料を新設する。） ・精神科地域密着多機能体制加算の新設（小規模医療機関等で外来医療や障害福祉サービスを一体的に提供する取組を評価） ➢ 医療DX・オンライン診療の評価の見直し ・電子的診療情報連携体制整備加算の新設（医療DXに係る評価を改組） ・D to P with Nでの訪問看護の同時実施可、別途訪問時の評価を新設	

外来（初・再診料の見直し）

初診料の見直し①

初診料①（物質対応）

項目			改定前	R8.6～	R9.6～	見直しの概要等
初診料本体			291点	291点	291点	変更なし
			+	+	+	
物価賃金対応	①外来・在宅物価対応料（新設）		—	2点 （+2点）	4点 （+4点）	・大臣折衝※2 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
	外来・在宅ベースアップ評価料（I）	②令和7年度以前から算定している医療機関の場合	6点	23点 （+17点）	40点 （+34点）	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
		③令和8年度より算定する医療機関の場合	—	17点 （+17点）	34点 （+34点）	・大臣折衝※1 ・令和9年度は令和8年度の2倍の評価
R7年度以前からベースアップ評価料を算定している医療機関の上乗せ分			—	25点	44点	①+②
R8年6月よりベースアップ評価料を算定する医療機関の上乗せ分			—	19点	38点	①+③
						← 合計

再診料の見直し②

再診料②(物質対応)

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
外来管理加算	52点	52点	変更なし
時間外対応加算(名称変更と増点) 加算1 加算2 加算3 加算4	5点 4点 3点 1点	7点 5点 4点 2点	名称を 時間外対応加算から、 時間外対応体制加算に変更し、評価を引き上げる
地域包括診療加算 認知症地域包括診療加算 (評価体系の変更、対象患者の追加、加算 の新設等)	28点/21点 38点/31点	28点/21点 38点/31点	- 対象患者に、脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全又は慢性腎臓病のいずれかの疾患を有しており、かつ、介護給付又は予防給付を受けている要介護被保険者等である患者等を追加する。 - 簡素化の観点から、認知症地域包括診療加算及び認知症地域包括診療料について、地域包括診療加算及び地域包括診療料と統合した評価体系に見直す。 - 残薬対策として、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件とする。 - 外来データ提出加算を新設する。
医療情報取得加算(廃止)	1点	—	電子的診療情報連携体制整備加算へ統合
電子的診療情報連携体制整備加算(新設)	—	2点	これまでの医療DX推進体制整備加算や、医療情報取得加算を本点数に統合

外来(ベースアップ評価料)

賃上げに向けた評価の見直しのポイント

① ベースアップ評価料の評価体系の変更

- 外来・在宅ベースアップ評価料について、継続的に賃上げを実施している保険医療機関とそれ以外の保険医療機関において異なる評価を行う。
- 全てのベースアップ評価料について、令和8年度及び令和9年度において段階的な評価とする。

② ベースアップ評価料の対象の拡大

- 入院医療、外来医療及び在宅医療等の医療提供体制を支える、保険医療機関等に勤務する幅広い職員の人材確保及び確実な賃上げを実施する観点から、ベースアップ評価料の対象となる職員を拡大する。
- 事務職員、40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師も対象とする。（経営者、役員等は除く。）

今回改定の概要（外来・在宅ベースアップ評価料 I）

令和8年度から賃上げを行う医療機関

	令和8年度	令和9年度
初診時	17点	34点
再診時	4点	8点

R 8 改定
ベースアップ評価料①

R 8 改定
ベースアップ評価料②
(①の2倍)

初・再診料

令和8年度

初・再診料

令和9年度

令和7年度以前から 継続して賃上げを行っている医療機関

	令和8年度	令和9年度
初診時	23点(6+17点)	40点(6+34点)
再診時	6点(2+4点)	10点(2+8点)

R 8 改定
ベースアップ評価料①

R 8 改定
ベースアップ評価料②
(①の2倍)

R6改定
ベースアップ評価料
相当分

R6改定
ベースアップ評価料
相当分

初・再診料

令和8年度

初・再診料

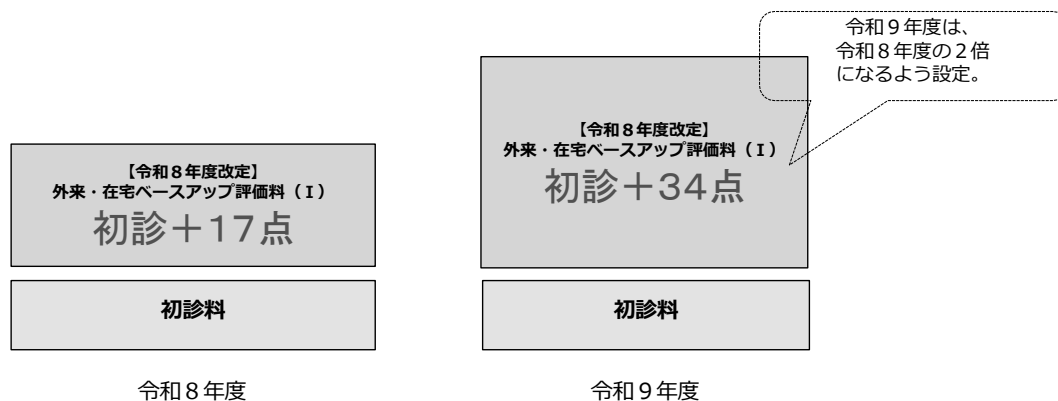
令和9年度

(参考) R 6 改定の外来
ベースアップ評価料 (I)

初診時	6点
再診時	2点

賃上げに係る評価【外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ】のイメージ①

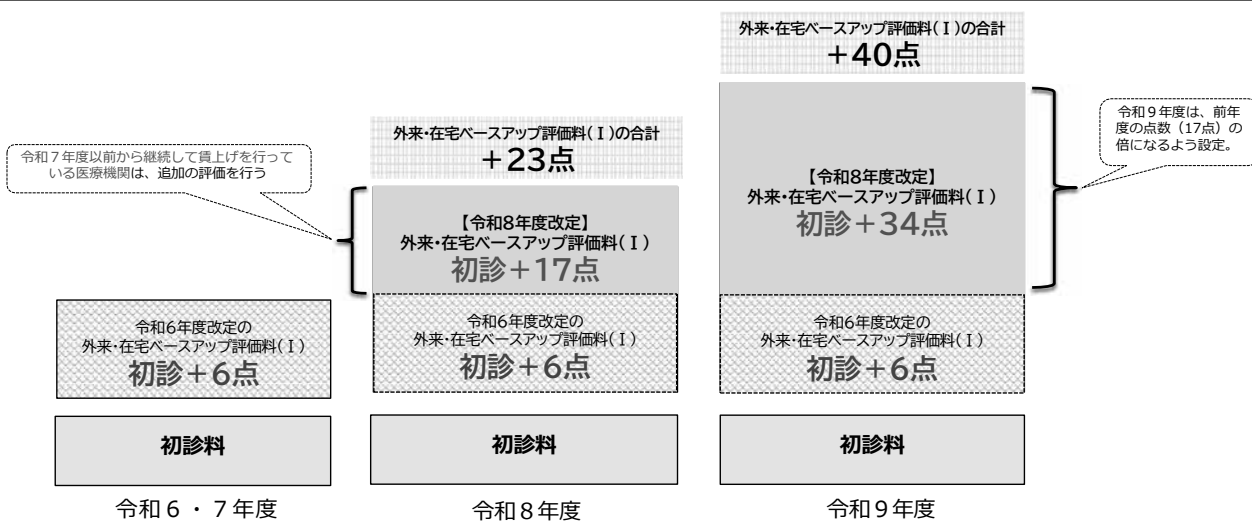
令和7年度以前にベースアップ評価料を算定しておらず、
令和8年度から新たにベースアップ評価料を算定して賃上げを行う医療機関の場合



【再診の場合】外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
令和8年度＋4点 令和9年度＋8点 を算定

賃上げに係る評価【外来・在宅ベースアップ評価料Ⅰ】のイメージ②

令和7年度以前からベースアップ評価料を算定している医療機関（＝継続的に賃上げを行っている医療機関）の場合



【再診の場合】外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）
令和6・7年度＋2点 令和8年度＋6点（2点＋4点） 令和9年度＋10点（2点＋8点） を算定

継続的に賃上げを実施する保険医療機関とは？

- ① 令和7年度以前からベースアップ評価料を届け出ている保険医療機関
令和8年3月31日時点で評価料を算定していること（疑義解釈その1）

あるいは、

- ② ①に該当せず、令和8年度にはじめてベースアップ評価料の届出を行う保険医療機関であっても、ベースアップ評価料を算定する月の対象職員の基本給等を合計し、その額を令和6年3月時点と比較した場合に、5.5%（看護補助者、事務職員については8%）に相当する水準以上のベースアップ等を行った保険医療機関

※令和9年度から届け出る場合であれば、令和6年3月時点と比較した場合に、8.7%（看護補助者、事務職員については13.7%）に相当する水準以上のベア等を行った保険医療機関であればよい

令和7年度以前から
継続して賃上げを行っている医療機関

	令和8年度	令和9年度
初診時	23点(6+17)	40点(6+34)
再診時	6点(2+4)	10点(2+8)



- ②については令和8年5月末までにベースアップ評価料の算定を届出を行い、賃金改善中間報告書において水準以上の賃上げが確認できれば算定できる

外来ベースアップ評価料（I）に関する主な変更点①

現行	改定後
【賃上げの目標】 令和6年度に2.5%、令和7年度に2.0%、計4.5%の賃上げを目指す	【賃上げの目標】 令和8年度に3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）、令和9年度にさらに3.2%（看護補助者・事務職員は5.7%）の賃上げを目指す
【対象となる職員】 主として医療に従事する職員（医師、歯科医師、専ら事務作業を行う事務職員等を除く。） 例）薬剤師・看護師・看護補助者 等	【対象となる職員】 当該保険医療機関に勤務する職員（40歳以上の医師・歯科医師・薬局薬剤師、業務委託により勤務する者を除く。経営者、法人役員を含まない。） 例）左記の対象職員に加え、 40歳未満の医師・歯科医師・薬局薬剤師、事務職員 等

派遣元と相談・協力して当該保険医療機関に勤務する職員と同程度以上の賃金改善を行った場合は対象職員に派遣職員を含めることが可能。（疑義解釈その1）

外来ベースアップ評価料（Ⅰ）に関する主な変更点②（手続き）

現行	改定後
【届出時の提出書類】 保険医療機関に勤務する職員の賃金の改善に係る計画(賃金改善計画書)を作成し、新規届出時及び毎年6月において地方厚生(支)局に届出を行う	【届出時の提出書類】 各評価料に必要な情報(対象職員・評価区分の算出)のみを入力する届出書添付書類の作成・提出のみ (賃金改善計画書は作成不要)
【実績等の報告】 毎年8月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告	【実績等の報告】 - 毎年8月に、当該年度における賃金改善の状況を評価するために「賃金改善中間報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告 - 算定した年度の翌年の8月に、前年度における賃金改善の取組状況を評価するために「賃金改善実績報告書」を作成し、地方厚生(支)局長に報告
【同一法人内の複数医療機関の通算】 (新設)	【同一法人内の複数医療機関の通算】 同一の給与体系に基づく保険医療機関を複数有している法人においては、法人内の複数保険医療機関を通算して、区分計算に必要な「賃金改善算定基礎額」の算出や実績報告時に提出する「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」の作成が可能とする

令和8年度診療報酬改定 I-2-1 医療従事者の処遇改善-①

ベースアップ評価料に関する手続きの概要

ベースアップ評価料を届け出る場合に必要な手続きの流れ

- 令和8年度にベースアップ評価料による賃金改善を行う場合には、算定を開始する前月までに届出を行う。
- 算定する年度の8月に賃金改善中間報告書、翌年度の8月に賃金改善実績報告書を提出する必要がある。



- 届出書、賃金改善中間報告書、賃金改善実績報告書に記載を要する主な事項は次の通り。
- 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）のみを届け出る場合は、申請時点では、評価料の対象職員のみが分かれば申請が可能。
 - 外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）、入院ベースアップ評価料を届け出る場合であっても、申請時点では「月額賃金総額」や「延べ入院患者数」等が分かれば申請できる。（今改定から、申請時点での「賃金改善計画書」の添付は不要）
- ※ただし、外来ベースアップ評価料（Ⅰ）を令和8年度から継続して算定する場合には、令和9年度の届出書の提出は不要。

届出書	中間報告書	報告書
○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ） ・対象職員数 ○外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ） ・入院ベースアップ評価料 ・初再診料等の算定回数、延べ入院患者数 ・<u>月額賃金総額</u> ・<u>対象職員数</u>	・ベースアップ評価料の算定収入額 ・対象職種ごとの常勤換算数 ・<u>基本給等総額（給与改善前・後）</u> ・賞与の月数の変化 ※対象職種を指定して報告： 医師、歯科医師、看護職員、看護補助者・事務職員	・ベースアップ評価料の算定収入額 ・対象職種ごとの常勤換算数 ・<u>基本給等総額（給与改善前・後）</u> ・賞与の月数の変化 ※対象職員の合計及び、一部の対象職種の内訳について報告

- 算定期間内に、区分計算時に必要な項目の大きな変動（対象職員数の1割以上の変動、3月ごとのベースアップ評価額の算定回数の1割以上の変動）があり、再計算をした場合に区分の変化がある場合には、区分変更の届出が必要。

ベースアップ評価料 詳細な情報について



▼ 本文へ ▶ お問い合わせ窓口 ▶ よくある御質問 ▶ サイトマップ ▶ 国民参加の場

Google カスタム検索

Q 検索

テーマ別に探す

報道・広報

政策について

厚生労働省について

統計情報・白書

所管の法令等

申請・募集・情報公開

ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療 > 医療保険 > 令和8年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について

令和8年度診療報酬改定におけるベースアップ評価料等について

「令和8年度診療報酬改定における賃上げ」に係る医療機関・訪問看護ステーション・保険薬局向け特設ページです。

【重要】

- ・令和8年度診療報酬改定前の届出様式
- ・令和7年度算定分の実績報告書の提出

これらの様式や通知については、

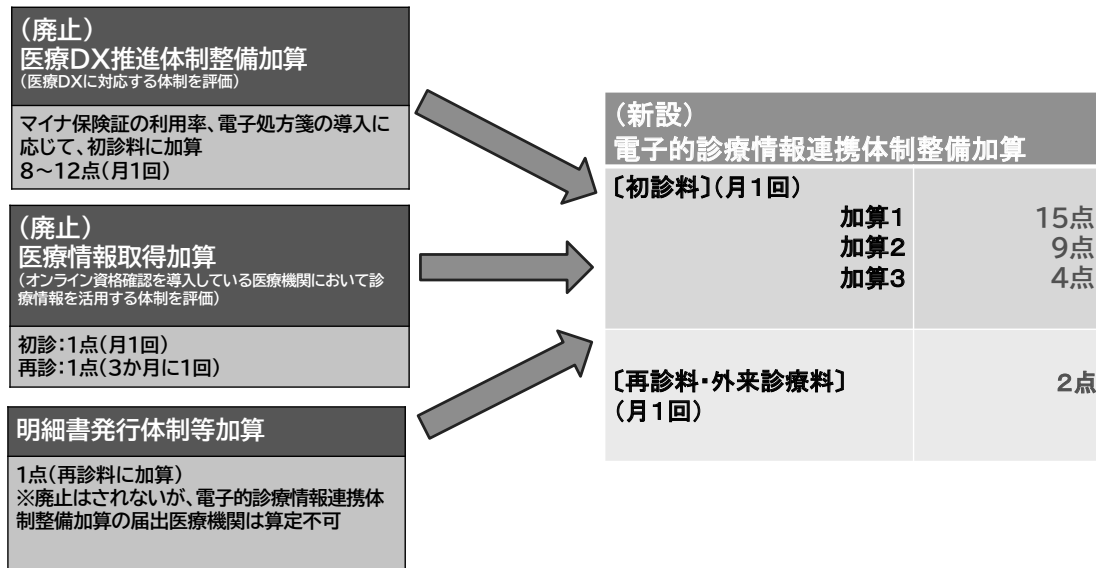
届け出る様式が異なりますので [こちら](#)（9. 令和8年度診療報酬改定前のベースアップ評価料届出様式について／10. 令和7年度実績報告書の提出について）をご確認ください。

ベースアップ評価料に関しては、厚生労働省HPに特設ページが設けられています。

届出様式や報告書のデータ、記載方法等が掲載されていますので、必ずご確認ください。

外来(電子的診療情報連携体制整備加算)

電子的診療情報連携体制整備加算の新設 (医療DX推進体制整備加算等の見直し)



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
→ レセプトをオンライン請求していること
- (2) 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している
→ 明細書の無償交付していること
- (3) 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下オンライン資格確認)を行う体制が整備されている。なお、オンライン資格確認の導入に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトにおいて、運用開始日の登録を行う。
→ オンライン資格確認ができること
- (4) 電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースのマイナ保険証利用率(同月におけるマイナ保険証利用者数を同月の患者数で除した割合)が30%以上である。
→ 社会保険診療報酬支払基金から毎月報告される利用率が30%以上である
※「医療機関等向け総合ポータルサイト」からも確認可能
- (5) (4)について、電子的診療情報連携体制整備加算を算定する月の3月前のレセプト件数ベースのマイナ保険証利用率に代えて、その前月又は前々月のレセプト件数ベースマイナ保険証利用率を用いることができる。



施設基準

- (6)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体制を有している
- (7)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に掲示している。
- ア 医師等が診療を実施する診察室等において、オンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して診療を実施している医療機関である。
 - イ マイナ保険証を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関である。
 - ウ 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している。
- 要件を満たす掲示物は厚生労働省のホームページからダウンロード可能
【厚生労働省】https://www.mhlw.go.jp/stf/index_16745.html
- (8)(7)の掲示事項について、原則としてウェブサイトに掲載している。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではない。
- (9)電子処方箋を発行する体制 又は 調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有している。
- 具体的な内容は次ページ以降に記載してる疑義解釈を参照



施設基準

- (10)以下の アからウの全て 又は エを満たす電子カルテを有している。
- ア 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」(以下単に「安全管理ガイドライン」という。)に準拠した体制である。
- ガイドラインは厚生労働省のホームページからダウンロード可能
【厚生労働省】
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000516275_00006.html
- イ 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している。
- 具体的な内容は次ページ以降に記載してる疑義解釈を参照
- ウ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している。
- 具体的な内容は次ページ以降に記載してる疑義解釈を参照
- エ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である。
- 現在、厚生労働省が認証制度を検討中のため、該当するものは示されていない。
(※次ページ以降に記載してる疑義解釈を参照)



施設基準

- (11)アを満たす又はイ及びウを満たす。
ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有している。
→実証事業に参加している医療機関を除き、現時点でサービスが開始されていないため満たせない
- イ 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークであって、以下の(イ)から(ハ)の全てを満たすものを活用する体制を有している。
(イ)当該ネットワークに参加している保険医療機関の数が10以上であり、そのうち診療情報を開示している病院の数が2以上である。
(ロ)登録患者数が1000人以上であること又は新規登録患者数が年間100人以上である。
(ハ)当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表している。
- ウ 以下の(イ)及び(ロ)を満たす。
(イ)診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を届け出ている。
(ロ)当該ネットワークに参加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保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している。



届出様式

- ▶ 初・再診料に係る加算の場合
→「別添7」及び「様式1の6」を提出
※次ページ以降で手順を説明します
- ▶ 入院基本料に係る加算の場合
→「別添7」及び「様式18の4」を提出
- ▼ 届出様式のダウンロードは以下から可能
【関東信越厚生局「令和8年度診療報酬改定について」】
https://kouseikyoku.mhlw.go.jp/kantoshinetsu/iryo_shido/r08kaitei_00001.html
- ▼ 届出期間・届出先
関東信越厚生局 東京事務所に提出
【郵送先】〒163-1111 東京都新宿区西新宿6丁目22-1
新宿スクエアタワー11階



届出手順(「別添7」記入例 初・再診料用)

別添 7

基本診療料の施設基準等に係る届出書

保険医療機関コード 又は保険薬局コード	9999999 (7桁)	届 出 書 号	
------------------------	--------------	---------	--

連絡先 担当者氏名： 電 話 番 号： 東京太郎 03-1234-5678	
--	--

〔 電 子 的 診 療 情 報 連 携 体 制 整 備 加 算 〕 の 施 設 基 準 に 係 る 届 出

☐ 当該届出を行う前6月間において当該届出に係る事項に關し、不正又は不当な届出（法令の規定に基づくものに限る。）を行ったことがないこと。

☐ 当該届出を行う前6月間において、療養施設及び薬局規則並びに療育基準に基づき厚生労働大臣の定める指示事項等第三に規定する基準に違反したことがなく、かつ既に違反していないこと。

☐ 当該届出を行う前6月間において、健康保険法78条第1項及び高齢者の医療の確保に関する法律第72条第1項の規定に基づく検査等の結果、診療内容又は診療報酬の請求に關し、不正又は不当な行為が認められたことがないこと。

☐ 当該届出を行う時点において、厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院患者の本料の算定方法に規定する入院患者数の基準に該当する保険医療機関又は医師等の員数の基準に該当する保険医療機関でないこと。

標記について、上記基準のすべてに適合しているので、別添の様式を添えて届出します。

令和 8 年 ● 月 ● 日

東京都千代田区神田駿河台2-5
 東京都医師会診療所
 開設者名 東京 太郎

関東信越厚生局長 殿

備考 1 [] 欄には、該当する施設基準の名称を記入すること。

2 □には、適合する場合「是」を記入すること。

3 届出書は、1通提出のこと。

赤字部分を
記入すること

全てに「✓」を記入する



届出手順(初・再診料用「様式1の6」記入例①)

模式 1 の 6

電子的診療情報連携体制整備加算及び電子的歯科診療情報連携体制整備加算（初・再診料）
の施設基準に係る届出書送付書類

[illegible]

加算3(4点)の場合
→項目番号の1、2(緑枠)
のみ記入

加算2(9点)の場合
→項目番号の1、2(緑枠)
及び、3～5(青枠)の
いずれか1つを記入

加算1(15点)の場合
→項目番号の1~5
(緑枠+青枠)を全て記入

※次ページ以降に記入例を示します



届出手順(初・再診料用「様式1の6」記入例②)

項目	記入欄	
1. 届出区分 (該当区分に○をつけること)	加算1 加算2 加算3	届出する区分を選択
ア 電子的診療情報連携体制整備加算	加算1	
イ 電子的歯科診療情報連携体制整備加算	加算2	
2. 診療体制等の要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	☐ 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 ☐ 算定した診療報酬の区分・項目の名称及びその点数又は金額を記載した詳細な明細書を患者に無料で交付している ☐ 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認(以下オンライン資格確認)を行う体制が整備されている ☐ 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している ☐ 医療DX推進の体制に関する事項及び情報の取得・活用等についてのウェブサイトへの掲載を行っている ☐ 診療報酬明細書の無料交付について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している ☐ 診療報酬明細書の無料交付についてのウェブサイトへの掲載を行っている	オンラインでのレセプト請求 明細書の無料交付の実施 オンライン資格確認の体制 院内掲示の実施 自院ウェブサイトへの掲載 ※自院でホームページ等を有しない場合には「✓」不要
3. 電子処方箋に係る要件 (該当するすべての口に「✓」を記入すること。)	☐ 「電子処方箋管理サービスの運用について」に基づく電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制が整備されている	電子処方箋の発行体制、または、電子処方箋管理サービスへの登録体制

加算1～3 全てで必須

該当するものに「✓」を記入する

加算1,2 で必要

届出手順(初・再診料用「様式1の6」記入例③)

加算1,2 で必要	※項目4は、「上から3つの項目を全て満たす」又は「4つ目の項目を満たす」のどちらかでOK	上から3つの項目(経過措置があるため実質、上の2つ)に「✓」すれば良い。	☐ 厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した体制が整備されている ☐ 電子処方箋サービスとの接続インターフェースを有している ☐ 電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有している ☐ 厚生労働省が認証する電子カルテ製品である	届出時点で満たしていなくても、当面の間、基準を満たすものとして届出が可能(「✓」不要) ※電子カルテ情報共有サービスの運用が開始したら、速やかに導入するよう努めること
加算1,2 で必要	※項目5は、「ア」、もしくは「イ」の記載が必要	5. 電子カルテ情報共有サービス等に係る要件 ア 国等が提供する電子カルテ情報共有サービス(該当する場合、口に「✓」を記入すること。) イ 地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク	☐ 国等が提供する電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制が整備されている	現時点ではサービスが開始されていないため「✓」できない。 ※令和8年度冬に提供開始予定
		ネットワーク名 東京総合医療ネットワーク ネットワークを運営する事務局名 運営協議会事務局 ネットワークを運営する事務局所在地 東京都千代田区神田駿河台2-5 登録患者数 約14,000人 年間新規登録患者数 ※記載不要 年間新規登録患者数 開始年月(和暦で記載すること) 令和8 年 4 月 年間新規登録患者数 終了年月(和暦で記載すること) 令和9 年 3 月 ネットワークの運営主体による連携医療機関及び登録患者数のウェブサイトでの公表	☐ 有 ☐ 無	東京総合医療ネットワークに参加しており、「イ」に該当する場合の記入例
		ウ 診療情報提供料(Ⅰ)の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報提供料の施設基準の届出	☐ 有 ☐ 無	「有」を選択する
		エ ネットワークに係る表示事項(該当する場合、口に「✓」を記入すること。) ☐ ネットワークへの参加及び共有実績のある保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示している		院内掲示を行う

電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q1 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」とされているが、地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークに係る要件を満たす場合について、どのように考えればよいか。

→ 電子的診療情報連携体制整備加算 1 に関する施設基準のうち、(11) のイ及びウを満たす場合には、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」を満たすものとみなす。

＜解説＞ 加算1の施設基準(11)「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること」については、電子カルテ情報共有サービスを使用していない場合であっても、【基準に合致する地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有・閲覧できるネットワークに参加している】及び【検査・画像情報提供加算、または電子的診療情報評価料の施設基準を届け出た上で必要な情報を院内掲示する】を満たす場合は、要件を満たすものとみなされます。



《抜粋》令和8年4月1日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その2）

電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q2 電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制とは具体的にどのような体制を指すか。

→ 院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていることを指し、院内処方を行う場合には、原則として、医療機関内で調剤した薬剤の情報を電子処方箋管理サービスに登録を行っていることを指す。

Q3 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。」とあるが、具体的には何を指すか。

→ 電子処方箋の運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子処方箋対応施設として公表されている状態を指す。なお、運用開始日の登録に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトから運用開始日入力を行うこと。



《抜粋》令和8年4月21日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その4）

電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q4 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「電子カルテ情報共有サービスとの接続インターフェースを有していること。」とあるが、具体的には何を指すか。

→ 電子カルテ情報共有サービスの運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子カルテ情報共有サービス対応施設として公表されている状態を指す。なお、運用開始日の登録に際しては、医療機関等向け総合ポータルサイトに示されている方法で入力を行うこと。

※ 現在、ポータルサイトでの入力機能及び厚生労働省ウェブサイトにおける公表ページは準備中のため、準備が整い次第、詳細については両サイトで公表予定。

Q5 「A001」再診料の注19 及び「A002」外来診療料の注10 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算について、「A000」初診料の注16 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算を算定した月に、再診を行った場合について、算定できるか。また、「A001」再診料の注19 及び「A002」外来診療料の注10 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算を算定した月に、他の疾患で初診を行った場合について、「A000」初診料の注16 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算を算定できるか。

→ いずれも算定不可。

《抜粋》令和8年4月21日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その4）



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q6 「A001」再診料の注19及び「A002」外来診療料の注10に規定する電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準について、「A000」初診料の注16 に規定する電子的診療情報連携体制整備加算の届出を行っている場合に追加で届出は必要か。

→ 不要。

《抜粋》令和8年5月8日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その5）

Q7 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「厚生労働省が認証する電子カルテ製品であること。」とあるが、どのような製品が当該要件を満たすか。

→ 現在、厚生労働省において、同省が公表している標準仕様に準拠している電子カルテ製品の認証制度を検討中。厚生労働省医政局における議論がとりまとめ次第、追ってお示しする予定。

<補足> 令和8年9月に認証制度の要綱が公開され、システムベンダの申請・審査が開始される。認証を受けた製品の提供が開始されるのは2027年4月以降の予定。

《抜粋》令和8年5月22日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その6）



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q8 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークであって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。」とあるが、「診療情報を共有又は閲覧できる」とは、当該保険医療機関が患者の情報を他の保険医療機関に共有する場合又は他の保険医療機関の患者の情報を閲覧する場合のいずれの場合も該当するという理解でよいのか。

→ そのとおり。

Q9 「A000」電子的診療情報連携体制整備の施設基準において、「当該ネットワークの運営主体が連携している医療機関名及び登録患者数をウェブサイトで公表していること。」とあるが、

- ① ウェブサイトの更新頻度の目安はあるか。
- ② 様式1の6において、当該ネットワークの登録患者数及び年間新規登録患者数について、いつ時点の数値を記載するのか。

→ ①少なくとも年に1回以上更新することとし、1年以上更新されていない場合には速やかな更新を行うこと。
②登録患者数及び年間新規登録患者数はウェブサイト公表されている数値を記載することとし、届出の1年以内での数値を記載すること。

《抜粋》令和8年5月22日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その6）



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q10 電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。」とされているが、電子処方箋の機能が拡張された場合について、どのように考えればよいのか。

→ 現時点では、令和5年1月26日から稼働した基本機能（電子処方箋の発行・応需（処方・調剤情報の登録を含む。）、処方・調剤情報の閲覧、重複投与・併用禁忌のチェック）に対応した電子処方箋を発行できる体制を有していればよい。

《抜粋》令和8年5月22日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その6）

Q11 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワークであって、以下の（イ）から（ハ）の全てを満たすものを活用する体制を有していること。」とあるが、具体的にどの程度活用していればよいのか

→ 当該保険医療機関を受診するいずれかの患者について、少なくとも概ね2月に1回以上は診療情報の閲覧又は共有を行うこと。ただし、当該ネットワークに加入した月からその3月後まではこの限りでない。

（例：令和8年7月に加入した場合、令和8年7月から10月まで。なお、令和8年5月31日までに加入していた保険医療機関については令和8年6月1日から9月30日までとする。）

《抜粋》令和8年5月29日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その7）



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q12 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「当該ネットワークに参加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保険医療機関の名称について、当該保険医療機関の見やすい場所に掲示していること。」とあるが、当該保険医療機関の掲示すべき保険医療機関の名称は代表的な保険医療機関のみでよいのか、全ての保険医療機関を掲示する必要があるのか。

→ 当該保険医療機関が診療情報を共有又は閲覧している実績のある全ての保険医療機関の名称を掲載すること。なお、当該他の保険医療機関の名称は、概ね3月に1回、定期的に更新すること。ただし、Q11のただし書に該当する場合には、他の保険医療機関との共有実績ができた段階で速やかに掲載することとして差し支えない。

Q13 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準に「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制」とあるが、当該保険医療機関の全ての医師が電子処方箋システムを利用できる体制が必要となるか。

→ 原則として、当該保険医療機関において処方を行う医師全員が電子処方箋を発行できること。ただし、当面の間、当該保険医療機関において2名以上（常勤医師が1名の場合は1名以上）の常勤医師が電子処方箋を発行できればよい。なお、処方を行う医師であって、電子処方箋を発行できない者は引換番号付き紙処方箋を処方すること。

《抜粋》令和8年5月29日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その7）



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q14 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準において、「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク」とあるが、医療関係職種及び介護関係職種等がICTを用いて記録された情報を共有できるサービスにより、チャットやメーリングリストを用いて診療情報を共有する場合は当該要件を満たすか。

→ 当該要件を満たすには、診療情報提供料（I）の検査・画像情報提供加算又は電子的診療情報評価料の施設基準を満たすネットワークであって、診療情報を提供する保険医療機関が電子カルテ情報を共有し、参加している保険医療機関が随時閲覧できるものであることが必要となる。したがって、単に医療関係職種等がチャット等により日々の報告や上記の一部の情報を共有するためのネットワークでは、当該要件は満たさない。

Q15 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準における「電子処方箋を発行する体制又は調剤情報を電子処方箋管理サービスに登録する体制を有していること。」という要件について、「疑義解釈資料の送付について（その7）」（令和8年5月29日事務連絡）別添1の問3において「当面の間、当該保険医療機関において2名以上（常勤医師が1名の場合は1名以上）の常勤医師が電子処方箋を発行できればよい。」とあるが、当該常勤医師が院外処方を行う場合には、常に電子処方箋を発行する必要があるのか。

→ Q2にあるとおり、院外処方を行う場合には、原則として、電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行っていけばよい。

《抜粋》令和8年6月17日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その8）



電子的診療情報連携体制整備加算に関する疑義解釈

Q16 「A000」電子的診療情報連携体制整備加算の施設基準における「アからウの全て又はエを満たす電子カルテを有していること」の「イ 電子処方箋管理サービスとの接続インターフェースを有していること。」という要件について、「疑義解釈資料の送付について（その4）」（令和8年4月21日事務連絡）別添1の問2において、「電子処方箋の運用開始日が登録され、厚生労働省ウェブサイトにおいて電子処方箋対応施設として公表されている状態を指す。」とあるが、電子処方箋システムの導入が完了し、電子署名のためのカードリーダーが必要な場合にはカードリーダーを購入済みの場合であっても、電子処方箋の利用申請は行ったが、HPKIカードの取得待ちで電子処方箋の発行ができない状況でも要件を満たすか

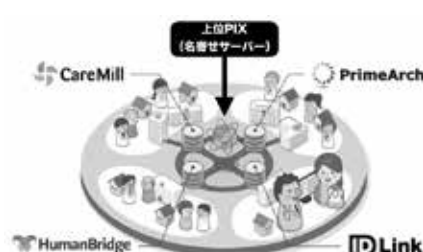
→ 当面の間に限り、HPKIカードの取得待ちの場合であっても当該要件を満たすこととする。ただし、HPKIカードを取得した日以降は、速やかに電子処方箋の運用開始日の登録を行ったうえ、実際に電子処方箋を発行し、又は引換番号が印字された紙の処方箋を発行し処方情報の登録を行う必要があること



【抜粋】令和8年6月17日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その8）

【参考】東京総合医療ネットワークのご案内

東京総合医療ネットワークは、施設基準で求められる「地域の複数の医療機関間で検査結果や画像情報等を含む診療情報を共有又は閲覧できるネットワーク」に該当します。この機会にぜひ参加をご検討ください。



東京総合医療ネットワーク

<https://tousoui.tokyo.med.or.jp/>

運営協議会事務局:03-5217-0896



機能強化加算

機能強化加算について(施設基準の要件追加)

〔点数に変更なし〕

○現行と同様 80点

○新設項目

〔外来医師過多区域に関する対応〕

○改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関は、地域医療への寄与が不十分との位置付けであることを踏まえ、当該医療機関については機能強化加算の対象としない。

〔データ提出加算の届出が望ましい旨の追加〕

○以下に掲げる届出を行っていることが望ましい。

- | | |
|----------------------|---------------------------|
| ① 再診料の外来データ提出加算 | ⑤ 在宅時医学総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ② 地域包括診療料の外来データ提出加算 | ⑥ 施設入居時等医学総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ③ 生活習慣病管理料(Ⅰ)の充実管理加算 | ⑦ 在宅がん医療総合管理料の在宅データ提出加算 |
| ④ 生活習慣病管理料(Ⅱ)の充実管理加算 | |

〔BCPの策定〕

○災害時等の業務継続計画を策定し当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

※令和8年3月31日において現に機能強化加算の届出を行っている保険医療機関については、令和9年5月31日までの間に限りBCPの策定については該当するものとみなす。

外来医師過多区域における新規開業時の届出

医療法の改正に伴い、令和8年4月から施行される「外来医師過多区域」について、対象の候補として外来医師偏在指標等が高い二次医療圏(全国で9か所)が公表された。

東京都における外来医師過多区域(候補)

二次医療圏名	該当区
区中央部	千代田区、中央区、港区、文京区、台東区
区西部	新宿区、中野区、杉並区
区西南部	目黒区、世田谷区、渋谷区
区南部	品川区、大田区
区西北部	豊島区、北区、板橋区、練馬区

※足立区、荒川区、江戸川区、葛飾区、江東区、墨田区と三多摩地域、島しょ部は対象外
 ・各都道府県は候補区域内から「外来医師が特に多い地域」を指定し、区域で新規開業する医師に対して、地域で不足する医療や医師不足地域での医療提供を求めることができる。
 ・新規開業希望者は、開設6か月前までに「地域外来医療の提供に関する意向等」を示した事前届出」を提出することが求められる。



東京都外来医療計画【東京都保健医療局HP】

https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/iryo/iryo_hoken/kanren/gairaikeikaku

外来医師過多区域に関する対応(今回改定について)

<基本的な考え方>

改正医療法に基づき都道府県知事が行う、地域で不足している医療機能等に係る医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以内とされた医療機関については、機能強化加算や地域包括診療加算等の算定等を不可とする

<具体的な内容>

以下の算定・届出を不可とする

- 機能強化加算
- 地域包括診療加算
- 地域包括診療料
- 小児かかりつけ診療料の算定
- 並びに在宅療養支援診療所の届出

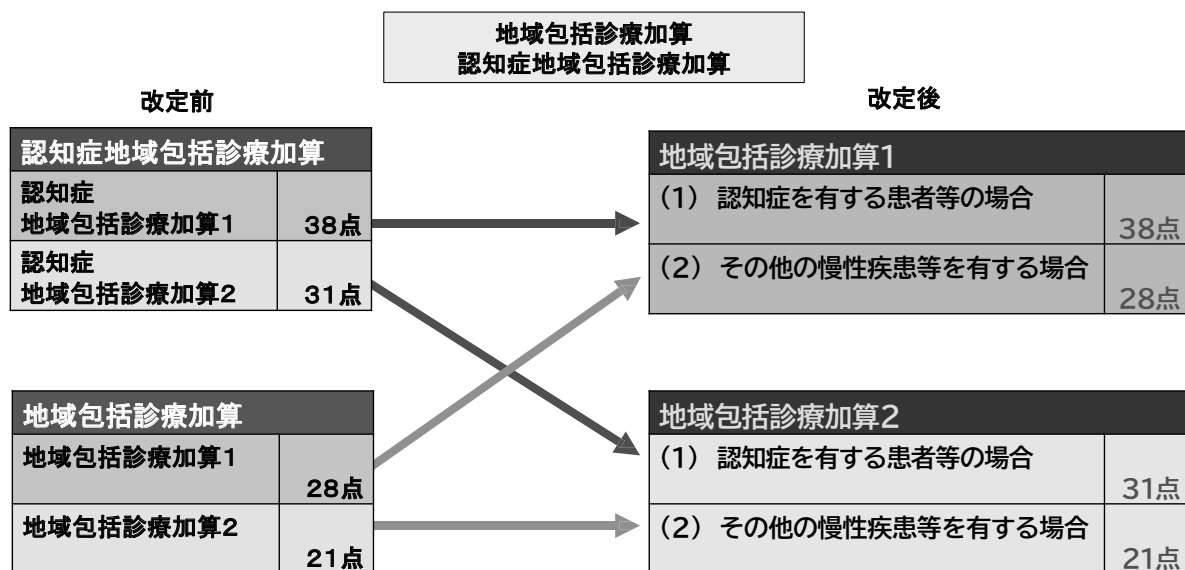
現時点で不足している外来医療機能
 ア夜間や休日等における地域の初期救急医療の提供体制
 イ在宅医療の提供体制
 ウ産業医、学校医、予防接種等の公衆衛生に係る医療提供体制
 エその他の地域医療として対策が必要と考えられる外来医療機能
 厚生労働省ホームページより

外来医師過多区域における新規開業希望者への地域で不足している医療機能の提供等の要請等のフローイメージ

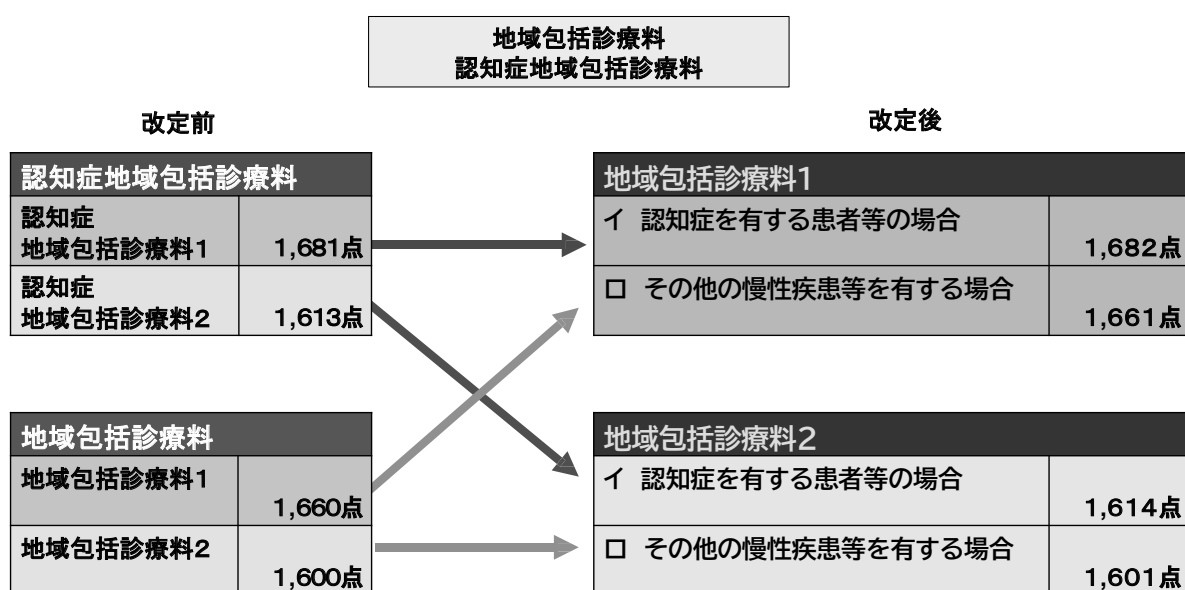


地域包括診療診療料・地域包括診療加算

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(今回改定のイメージ ①)



地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(今回改定のイメージ ②)



地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(対象患者の拡大 ①)

※地域包括診療料及び認知症地域包括診療料についても同様

介護給付とは要介護の人
予防給付とは要支援の人

改定前

認知症地域包括診療加算 (①～③のすべてを満たす者)

- ① 認知症を有するもの
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類超のいずれの投薬も受けていない



改定後

地域包括診療加算 (1) 認知症を有する患者等の場合 (①～③のすべてを満たす者)

- ① 認知症を有するもの又は介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類超のいずれの投薬も受けていない

改定前

地域包括診療加算

- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていない)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者



改定後

地域包括診療加算 (2) その他の慢性疾患等を有する場合

- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていない)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者
- 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病のいずれかの疾患を有し、かつ、介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(対象患者の拡大 ②)

対象患者拡大の例

高血圧症を有する要支援の患者さんの場合

改定前

地域包括診療加算(28点/21点)

- × 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていない)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者



改定後

地域包括診療加算 (2) その他の慢性疾患等を有する場合(28点/21点)

- × ● 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病(慢性維持透析を行っていない)、認知症のうち2以上の疾患を有する患者
- ● 脂質異常症、高血圧症、糖尿病、慢性心不全、慢性腎臓病のいずれかの疾患を有し、かつ、介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等

改定前

認知症地域包括診療加算(38点/31点) (①～③のすべてを満たす者)

- × ① 認知症を有するもの
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類超のいずれの投薬も受けていない



改定後

地域包括診療加算 (1) 認知症を有する患者等の場合(38点/31点) (①～③のすべてを満たす者)

- ① 認知症を有するもの又は介護給付若しくは予防給付を受けている要介護被保険者等
- ② 認知症以外の1以上の疾病(疑いを除く)を有する
- ③ 1処方につき5種類超の内服薬又は1処方につき抗うつ薬、抗精神病薬、抗不安薬及び睡眠薬を合わせて3種類超のいずれの投薬も受けていない

地域包括診療加算、認知症地域包括診療加算等の見直し(その他)

① 連携薬局要件の緩和

院外処方を行う場合は、24時間対応できる体制を整えている薬局と連携している必要があるが、当該医療機関の特性に応じて、緊急時に処方が必要となる解熱鎮痛消炎剤、血圧降下剤、気管支拡張剤等の薬剤について、院内処方が可能な体制が整備されている保険医療機関であれば、連携薬局については、24時間対応の体制が整備されていなくてもよいものとする

② 望ましい要件の追加

地域包括診療加算・診療料について、担当医が、地域包括支援センター等と連携し、認知症患者の診断後支援に係る取組について、患者又はその家族に対して案内を行うことが望ましい旨が明記された

③ 薬剤適正使用連携加算(3月に1回 30点)の対象患者拡大

地域包括診療料・加算等の算定患者が他の保険医療機関に入院、あるいは介護老人保健施設に入所した場合に入院・入所先と連携し、薬剤の種類数が減少した場合の評価である「薬剤適正使用連携加算」について他の保険医療機関の外来を継続的に受診している患者についても算定可能とする

④ データ提出加算(月1回 10点)の新設

地域包括診療加算及び地域包括診療料について、保険医療機関が診療報酬の請求状況、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の評価が新設された

⑤ 残薬対策の追加

- ・ 診療の際、患者における残薬を確認した上で、状況に応じて、適切な服薬管理を行うことを要件とする
- ・ 算定患者への処方薬を把握し管理する手段の一つとして、電子処方箋システムの活用が含まれることを明確化する

⑥ 医療資源の少ない地域における医師配置要件の緩和

医療資源の少ない地域においては、常勤換算2名以上の医師配置要件を、1.4人以上に緩和する

生活習慣病管理料

生活習慣病関連の評価の見直し①

生活習慣病関連の評価

項目	改定前	改定後	見直しの概要等
生活習慣病管理料(Ⅰ) ・脂質異常症 ・高血圧症 ・糖尿病 眼科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設) 歯科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設)	610点 660点 760点 — —	610点 660点 760点 60点 60点	原則として、必要な血液検査等を少なくとも6か月に1回行う 《疑義解釈その1》 他の医療機関で実施した特定健康診査や健康診断等で血液検査等を受けている患者の場合、参照した検査結果を診療録に記載することでも要件を満たす
生活習慣病管理料(Ⅱ) 眼科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設) 歯科医療機関連携強化加算(糖尿病患者)(新設)	333点 — —	333点 60点 60点	生活習慣病とは関係のない各種管理料等は、管理料(Ⅱ)の包括範囲から除外する (悪性腫瘍特異物質治療管理料、地域連携夜間・休日診療料、傷病手当金意見書交付料等)

その他、生活習慣病管理料(Ⅰ)および(Ⅱ)に共通する見直し

- ✓ 療養計画書への患者署名を不要にする
- ✓ 糖尿病を主病とする患者について、糖尿病の薬剤以外の薬剤については、在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする

生活習慣病関連の評価の見直し②

生活習慣病管理料(Ⅱ)の包括範囲から除外される医学管理

※下線部は今回追加されたもの

区分番号B001の2に掲げる特定薬剤治療管理料
 区分番号B001の3に掲げる悪性腫瘍特異物質治療管理料
 区分番号B001の9に掲げる外来栄養食事指導料
 区分番号B001の11に掲げる集団栄養食事指導料
 区分番号B001の14に掲げる高度難聴指導管理料
 区分番号B001の16に掲げる喘息治療管理料
 区分番号B001の20に掲げる糖尿病合併症管理料
 区分番号B001の22に掲げるがん性疼痛緩和指導管理料
 区分番号B001の23に掲げるがん患者指導管理料
 区分番号B001の24に掲げる外来緩和ケア管理料
 区分番号B001の26に掲げる植込型輸液ポンプ持続注入療法指導管理料
 区分番号B001の27に掲げる糖尿病透析予防指導管理料
 区分番号B001の29に掲げる乳腺炎重症化予防ケア・指導料
 区分番号B001の34に掲げる二次性骨折予防継続管理料
 区分番号B001の36に掲げる下肢創傷処置管理料
 区分番号B001の37に掲げる慢性腎臓病透析予防指導管理料
 区分番号B001-2-4に掲げる地域連携夜間・休日診療料
 区分番号B001-2-6に掲げる救急外来医学管理料
 区分番号B001-2-8に掲げる外来放射線照射診療料

区分番号B001-2-12に掲げる外来腫瘍化学療法診療料
 区分番号B001-3-2に掲げるニコチン依存症管理料
 区分番号B001-9に掲げる療養・就労両立支援指導
 区分番号B005-6に掲げるがん治療連携計画策定料
 区分番号B005-6-2に掲げるがん治療連携指導料
 区分番号B005-7に掲げる認知症専門診断管理料
 区分番号B005-7-3に掲げる認知症サポート指導料
 区分番号B005-8に掲げる肝炎インターフェロン治療計画料
 区分番号B005-14に掲げるプログラム医療機器等指導管理料
 区分番号B006に掲げる救急救命管理料
 区分番号B009に掲げる診療情報提供料(Ⅰ)
 区分番号B009-2に掲げる電子的診療情報評価料
 区分番号B010に掲げる診療情報提供料(Ⅱ)
 区分番号B010-2に掲げる診療情報連携共有料
 区分番号B011に掲げる連携強化診療情報提供料
 区分番号B011-3に掲げる薬剤情報提供料
 区分番号B012に掲げる傷病手当金意見書交付料
 区分番号B013に掲げる療養費同意書交付料

生活習慣病関連の評価の見直し③

眼科医療機関連携強化加算／歯科医療機関連携強化加算の新設

- 生活習慣病管理料（Ⅰ）及び（Ⅱ）について、糖尿病の重症化予防を推進する観点から、眼科又は歯科を標榜する他の医療機関との連携を行う場合の評価を新設する。

（新）眼科医療機関連携強化加算 60点

〔算定要件〕

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、糖尿病合併症の予防、診断又は治療を目的とする眼科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が眼科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、眼科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

（新）歯科医療機関連携強化加算 60点

〔算定要件〕

糖尿病を主病とする患者に対して、診療に基づき、歯周病の予防、診断又は治療を目的とする歯科診療の必要を認め、患者の同意を得て、患者が歯科を標榜する他の保険医療機関への受診を行うに当たり必要な連携を行った場合は、歯科医療機関連携強化加算として、患者1人につき年1回に限り所定点数に60点を加算する。

生活習慣病管理料に関する疑義解釈

- Q1 生活習慣病管理料（Ⅱ）に新設された、眼科医療機関連携強化加算と歯科医療機関連携強化加算について、当該加算の対象となる眼科や歯科への紹介に当たって、診療情報提供料（Ⅰ）を併せて算定することは可能か。
また、これらの算定が同月であっても算定可能か。

→ 算定可能。

なお、この場合、診療情報提供料（Ⅰ）は、眼科又は歯科を標榜する他の保険医療機関に対して、診療状況を示す文書を添えて患者の情報提供を行った場合に算定し、眼科医療機関連携強化加算及び歯科医療機関連携強化加算は、次回診療時に、当該他の保険医療機関への受診状況について確認した場合に算定することとなる。

また、同一患者につき、眼科医療機関への紹介及び歯科医療機関への紹介を行った場合には、同一月内であっても、それぞれの加算を算定して差し支えない。なお、当該眼科及び歯科が同一の保険医療機関において標榜されている場合であっても、それぞれ算定可能である。



生活習慣病関連の評価の見直し④

在宅自己注射指導管理料の見直し

改定前

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

糖尿病を主病とする場合にあっては、
区分番号C101に掲げる在宅自己注射
指導管理料を算定しているときは、
算定できない。



改定後

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

糖尿病を主病とする場合にあっては、別に厚生労働
大臣が定める薬剤(インスリン製剤等)を投与している
場合であって、区分番号C101に掲げる在宅自己注射
指導管理料を算定しているときは、算定できない。

糖尿病の患者であっても、インスリン製剤など糖尿病の薬剤(※)以外の薬剤であれば、在宅自己注射指導管理料の算定を可能とする

※インスリン製剤、グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト、インスリン・グルカゴン様ペプチド-1受容体アゴニスト配合剤

生活習慣病関連の評価の見直し⑤

充実管理加算の新設（外来データ加算の代わり）

※現行の外来データ提出加算について、提出を求めるデータの簡素化等を踏まえ、評価及び評価体系を見直す

改定前

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

外来データ提出加算 50点



改定後

生活習慣病管理料(Ⅰ)
生活習慣病管理料(Ⅱ)

充実管理加算

脂質異常症	高血圧症	糖尿病
加算1 30点	加算1 30点	加算1 30点
加算2 20点	加算2 20点	加算2 20点
加算3 10点	加算3 10点	加算3 10点

各疾患の指標

脂質異常症	糖尿病	高血圧
- 継続して投薬による脂質異常症の治療管理を行う患者のうち、集計期間中に脂質異常症に係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 - 継続受診を行う患者の割合	- 集計期間中に、HbA1cに係る検査を実施又は特定健康診査を受診した患者の割合 - 集計期間中に、眼科医療機関連携強化加算又は歯科医療機関連携強化加算を算定した患者の割合 - 継続受診を行う患者の割合	継続受診を行う患者の割合

※ 各指標の上下限値の処理・標準化を行った上で実績値を算出する

外来様式1の見直し

- 外来様式1の見直し
- 医療機関の業務負担の軽減の観点から、調査項目の簡素化を行うとともに、データに基づく適切な評価を推進する観点から、調査項目の新設を行う。

削除する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

身長	脳卒中の初発の種類(既往含む)
体重	脳卒中の初発以外の発症(診断)年月
入院の有無	慢性腎臓病の診断年月
入院時のICD10コード	高尿酸血症の有無
脂質異常症-診断年月	高尿酸血症の診断年月
リスク分類・LDLコレステロール	尿酸値
糖尿病-診断年月	高血圧症-診断年月
血糖コントロール(HbA1c)	血圧分類
慢性合併症:網膜症	リスク層
慢性合併症:腎症	収縮期血圧
慢性合併症:神経障害	拡張期血圧
急性大動脈解離の有無(初発)	喫煙区分
急性大動脈解離の初発の発症年月	1日の喫煙本数
急性冠症候群の初発の種類(既往含む)	喫煙年数
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種類(既往含む)

在宅データ提出加算

NRS
ブリストルスケール
褥瘡の状態
がん-ステージ分類
TNM分類

新設する項目

外来データ提出加算・充実管理加算

認知症の有無	特定健康診査の受診の有無
介護保険制度における主治医意見書の作成の有無	特定健康診査の受診日

在宅データ提出加算

別表第8の3に掲げる患者の状態

(参考) 新規に届出を行う場合のスケジュール①

令和8年10月からデータの提出を開始する場合のスケジュール

	令和8年6月 ～7月	8月	9月	10月	令和8年11月 ～令和9年9月	令和9年10月 ～令和10年3月	令和10年4月 ～
令和8年5月20日までに様式7の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値及び基準値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算(※1)		-			充実管理加算3		充実管理加算1～3

※1 令和7年10月から令和8年9月までの間継続してデータの提出している医療機関については、令和9年度より実績に基づく加算の算定が可能となる。

令和9年4月からデータの提出を開始する場合のスケジュール(※2)

	令和8年12月～ 令和9年1月	2月	3月	4月	令和9年5月～ 令和10年3月	4月～9月	10月～
令和8年11月20日までに様式7の10を提出	試行データ作成	試行データ提出	様式7の11届出	算定開始	継続的なデータ提出	実績値の確定 →医療機関へ通知	実績に基づく加算の算定開始
算定できる加算		-			充実管理加算3		充実管理加算1～3

※2 基準値の集計は年1回のみ実施するが、実績値の集計については、新規にデータ提出を行う医療機関への対応として、年に2回実施することを予定している。

(参考) 新規に届出を行う場合のスケジュール②

様式7の10の提出期間	充実管理加算3の 算定開始時期 (※1)	実績値の集計対象期間	実績に基づく加算の 算定開始時期
令和7年5月20日 (既に終了)	令和7年10月 (※2) (既に開始)	令和7年10月～令和8年9月 (令和9年度評価分) 令和8年10月～令和9年9月 (令和10年度評価分)	令和9年4月
令和7年11月20日 (既に終了)	令和8年4月 (※2)	令和8年4月～令和9年3月 (令和9年度評価分) 令和8年10月～令和9年9月 (令和10年度評価分)	令和9年10月
令和8年5月20日	令和8年10月	令和8年10月～令和9年9月 (令和10年度評価分) 令和9年10月～令和10年9月 (令和11年度評価分)	令和10年4月
令和8年11月20日	令和9年4月	令和9年4月～令和10年3月 (令和10年度評価分) 令和9年10月～令和10年9月 (令和11年度評価分)	令和10年10月

※1 試行データを適切に作成・提出したものと認められ、様式7の11の届出を行った場合の最短の算定開始時期。なお、令和8年3月31日において、現に生活習慣病管理料（Ⅰ）又は生活習慣病管理料（Ⅱ）の注4に係る届出を行っている保険医療機関については、充実管理加算1に係る実績要件に該当するものとみなす。

※2 令和8年5月31日までは外来データ提出加算（生活習慣病管理料）。

在宅医療

在宅医療DX情報活用加算

改定後

➤ 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が対象

在宅医療DX情報活用加算 1 11点

在宅医療DX情報活用加算 2 9点

【施設基準（医科医療機関）】（要旨）

- 在宅医療DX情報活用加算1に関する施設基準
 - オンライン請求を行っていること。
 - オンライン資格確認を行う体制を有していること。
 - 居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムの活用により、医師等が患者の診療情報等を取得及び活用できる体制を有していること。
 - 電子処方箋を発行する体制を有していること。
 - 電子カルテ情報共有サービスにより取得される診療情報等を活用する体制を有していること。
 - 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・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。具体的には次に掲げる事項を掲示していること。
 - 医師が居宅同意取得型のオンライン資格確認等システムにより取得した診療情報等を活用して、計画的な医学管理の下に、訪問して診療を実施している保険医療機関であること。
 - マイナ保険証の利用を促進する等、医療DXを通じて質の高い医療を提供できるよう取り組んでいる保険医療機関であること。
 - （6）の掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載していること。自ら管理するホームページ等を有しない場合については、この限りではないこと。
- 在宅医療DX情報活用加算2に関する施設基準
 - 1の(4)（電子処方箋を発行する体制を有していること。）以外の基準を満たすこと。
- 経過措置
 - 1の(5)（電子カルテ情報共有サービス）については当面の間、当該基準を満たしているものとみなす。ただし、保険医療機関は、国等が全国で電子カルテ情報共有サービスの運用を開始した場合には、速やかに導入するように努めること。

（参考）

現行の在支診の施設基準

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の見直し①

	機能強化型在支診		在支診
	単独型	連携型	
全ての在支診の基準	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 介護保険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 ※連携型の機能強化型在宅療養支援診療所は、連携医療機関が全体として24時間連絡体制及び往診体制を確保していればよい		
機能強化型 在支診・在支病の基準	在宅医療を担当する常勤の医師 3人以上	在宅医療を担当する常勤の医師 連携内で3人以上	
	過去1年間の緊急往診の実績 10件以上	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	
	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	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	
	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		
	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。		

【機能強化型在支診である場合に評価される点数】

- ・往診料の注1加算（緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算）、在宅ターミナルケア加算
- ・在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算
- ・在宅時医学総合管理料 ・施設入居時等医学総合管理料 ・在宅がん医療総合診療料

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の見直し②

【背景】

- ・ 前回改定の検証調査において、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所の1週間当たりの連絡体制及び往診体制を取っている時間を確認したところ、常時の場合と、極めて短い場合に分かれていることが示された。
- ・ そこで、24時間の在宅医療提供体制を地域で面として確保する観点から、連携型の機能強化型在宅療養支援診療所については、地域の24時間往診体制への貢献の度合いに応じて、よりきめ細かく評価することとされた。



【改定の概要】

現行の連携型の機能強化型在宅療養支援診療所のうち、普段から訪問診療を行っている医師(※)による24時間の往診体制を月4回以上確保していない診療所は、以下の点数について、機能強化型在支診の点数ではなく、通常の在支診の点数を算定することとなった。

※往診担当の前日又はそれ以前において当該保険医療機関の診療録を閲覧できる医師であって、必要に応じて往診の対象となる患者の診療方針等について訪問診療を行う医師と共有している、当該保険医療機関からの往診経験を10回以上有する往診担当医師を含む。

【見直しの対象となる点数】

- ・ 往診料の注1の加算(緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算)
- ・ 往診料の在宅ターミナルケア加算
- ・ 在宅患者訪問診療料の在宅ターミナルケア加算
- ・ 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料
- ・ 在宅がん医療総合診療料

算定のイメージ

連携型の機能強化型在宅療養支援診療所のうち、
普段から訪問診療を行っている医師による
24時間の往診体制を月4回以上確保していない診療所

		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				
		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～
在宅時 医学総合管理料	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

【 背 景 】

- ・ NDBデータによると、月2回以上訪問診療を実施している65歳以上の患者のうち、要介護3以上の患者など、特別な管理を要する患者さんに対する訪問診療を評価する「包括的支援加算」の算定患者割合を医療機関ごとに見ると、50%以上の医療機関が69%程度存在した一方で、10%以下の医療機関も13%程度みられた。一方で、患者の居住場所により、居宅及び施設に分類したところ、傾向に大きな差は見られなかった。
- ・ そこで、患者の医療・介護の状態を踏まえた適切な訪問診療の提供を推進する観点から、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について、患者さんの状態等を勘案した評価を行うこととされた。



【 改定の概要 】

在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の「月2回以上訪問診療を行っている場合(難病等を除く。)」の算定に当たって、以下のいずれかの要件を満たすこと。

(以下の基準を満たさない場合、「月1回訪問診療を行っている場合」の点数を算定する)

[別に厚生労働大臣が定める基準]

以下のいずれかに該当すること。

- ① 直近3か月に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月未満であること。
- ② 直近3か月に、在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上であり、次を満たすこと。
 - 「重症度の高い患者(別表第8の2)」と「包括的支援加算の対象患者(別表第8の3)」のいずれかに該当する患者割合が月2回以上の訪問診療を行う患者数の2割以上であること。

(参考) 重症度の高い患者等

重症度の高い患者(別表第8の2)

- 1 次に掲げる疾患に罹患している患者
末期の悪性腫瘍、スモン、指定難病、後天性免疫不全症候群、脊髄損傷、真皮を越える褥瘡
- 2 次に掲げる状態の患者
在宅自己連続携行式腹膜灌流を行っている状態、在宅血液透析を行っている状態、在宅酸素療法を行っている状態、在宅中心静脈栄養法を行っている状態、在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態、在宅自己導尿を行っている状態、在宅人工呼吸を行っている状態、植込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態、肺高血圧症であってプロスタグランジンI₂製剤を投与されている状態、気管切開を行っている状態、気管カニューレを使用している状態、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

包括的支援加算の対象患者(別表第8の3)

以下のいずれかに該当する患者

- 要介護3以上に相当する患者
- 認知症高齢者の日常生活自立度でランクⅢ以上の患者
- 月4回以上の訪問看護を受ける患者
- 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
- 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
- 麻薬の投薬を受けている患者
- 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

算定のイメージ

月2回区分における重症患者割合要件の新設		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)					従来型在支診・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 (離病等)		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 (離病等)		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

※ 矢印は各要件を満たさない場合に算定する区分を示す。

在宅時医学総合管理料に関する疑義解釈

Q1 「C002」在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）に規定する基準は、直近3か月に在宅患者訪問診療料を月2回以上算定する患者の延べ診療月数が30月以上の場合、在宅時医学総合管理料等の算定回数を要件の計算に使用することとなっているが、在宅時医学総合管理料等を新規に届け出る際はどのように取り扱えば良いか。

→ 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を最初に届け出る際は、注16の基準に該当するものとして差し支えない。ただし、「届出に関する事項」の(3)に従い、届出後も当該基準の該当可否について毎年2月、5月、8月及び11月に確認し、変更がある場合（当該届出を初めて行う場合にあっては、該当しない場合）は別添2の様式19を用いて同月中に速やかに地方厚生（支）局長に届出を行うこと。

《抜粋》令和8年6月17日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その8）

Q2 「C002」在宅時医学総合管理料の注16（施設入居時等医学総合管理料の注5の規定により準用する場合を含む。）について、毎年2月、5月、8月及び11月に当該基準の該当可否を確認することとなっているが、2月、5月、8月及び11月に当該基準に該当しない（注16が適用される）として届け出た医療機関が、その後、2月、5月、8月及び11月以外の月に当該基準に該当するようになった場合、その時点で基準に該当しない旨の届出を取り下げ、その翌月からは注16を適用せずに算定することは可能か

→ 可能

《抜粋》令和8年7月17日厚生労働省事務連絡 疑義解釈資料の送付について（その10）



その他の在宅医療の主な見直し ①

- **在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止**
在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の要件及び評価を見直した上で、在宅医療充実体制加算に名称を変更する。
- **往診時医療情報連携加算の見直し**
地域における 24 時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所・病院以外である場合においても算定可能とする。
- **在宅療養支援診療所・病院の見直し**
 - 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。
 - 災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、業務継続計画の策定及び定期的な見直しを行うことを要件に追加する。
- **へき地診療所における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**
へき地における在宅医療の提供体制を確保する観点から、在宅患者の時間外対応体制について、医師の派遣元の保険医療機関が担うことで確保している場合においては、へき地診療所における在宅時医学総合管理料・施設入居時等医学総合管理料の算定を可能とする。

その他の在宅医療の主な見直し ②

- **医師と薬剤師の同時訪問の推進**
在宅医療におけるポリファーマシー対策及び残薬対策を推進する観点から、訪問診療を行う医師と訪問薬剤管理指導等を行う薬剤師が、在宅患者を同時訪問することについて、新たな評価を行う。
- **残薬対策に係る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**
患者における残薬の整理や適切な服薬管理の実施を推進する観点から、診療の際、患者における残薬を確認した上で適切な服薬管理を行うことを要件に追加する。
- **在宅療養指導管理材料加算の算定要件の見直し**
患者ごとの適切な医療提供を推進する観点から、全ての在宅療養指導管理材料加算について、算定要件を「3月に3回」に統一する。

等

在宅医療充実体制加算の新設①

質の高い在宅医療の提供体制の構築の更なる推進

在宅医療充実体制加算の新設及び在宅緩和ケア充実診療所・病院加算の廃止

- 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算について、在宅医療において積極的役割を担う医療機関を更に評価する観点から、在宅医療充実体制加算に名称を変更した上で、要件及び評価を見直す。

現行	改定後
【在宅時医学総合管理料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 400点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 200点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 100点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 85点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 75点 【施設入居時等医学総合管理料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 300点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 150点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 75点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 63点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 56点 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 100点 【ターミナルケア加算】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 1,000点 【在宅がん医療総合診療料】 在宅緩和ケア充実診療所・病院加算 150点 【施設基準】 在宅緩和ケアを行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。	【在宅時医学総合管理料】 在宅医療充実体制加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 800点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 400点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 200点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 170点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 150点 【施設入居時等医学総合管理料】 在宅医療充実体制加算 (1) 単一建物診療患者が1人の場合 600点 (2) 単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 300点 (3) 単一建物診療患者が10人以上19人以下の場合 150点 (4) 単一建物診療患者が20人以上49人以下の場合 126点 (5) (1)から(4)まで以外の場合 112点 【緊急往診加算、夜間・休日往診加算、深夜往診加算】 在宅医療充実体制加算 200点 【ターミナルケア加算】 在宅医療充実体制加算 2,000点 【在宅がん医療総合診療料】 在宅医療充実体制加算 300点 【施設基準】 地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

在宅医療充実体制加算の新設②

在宅医療充実体制加算の施設基準

- 地域の重症な在宅患者に対し質の高い診療を行うにつき十分な体制が整備され、相当の実績を有していること。

【具体的な要件の概要】

充実した人員等の体制	○ 在宅医療を担当する常勤換算医師数が3名以上かつ常勤医師数が2名以上配置していること。 ○ 機能強化型の在宅診療・病であって、自院単独で24時間連絡体制及び往診体制を確保していること。
看取り・緩和ケア等の提供機能	○ 過去1年間で、緊急往診の実績を30件以上かつ看取りの実績を30件以上有すること。 ○ 緩和ケア研修を修了している常勤の医師が、在宅医療を担当していること。 ○ 末期の悪性腫瘍等の患者自らが注射によりオピオイド系鎮痛薬の注入を行う鎮痛療法を実施した実績を、過去1年間に2件以上有していること、又は過去に5件以上実施した経験のある常勤の医師が配置されており、オピオイド系鎮痛薬を投与した実績を過去1年間に10件以上有していること。 ○ 緩和ケア病棟又は在宅での1年間の看取り実績が10件以上の保険医療機関において、3か月以上の勤務歴がある常勤の医師が在宅医療を担当していること。 ○ 看取り実績及び十分な緩和ケアが受けられる旨の揭示等、患者への必要な情報提供を行うこと。
重症患者の診療体制	○ 当該保険医療機関が在宅医療を提供する患者のうち、「別表第8の2」に該当する重症度の高い患者が2割以上であること。 ○ 訪問診療を担当する時間について常勤換算した医師数1人当たりの、訪問診療を実施する患者の実人数が100人以下であること。
I C Tを活用した多職種連携	○ 在宅医療情報連携加算に係る届出を行っていること。
医師等の教育実績	○ 過去2年度以内に、以下のいずれかの実績があること。（在宅医療に携わるものに限る。） ・大学の医学部医学科の単位認定を目的とした地域医療実習生の受入 ・協力型臨床研修病院又は臨床研修協力施設として、地域医療の研修を目的とした研修医の受入 ・内科領域、総合診療領域又は小児科領域の専門研修基幹施設又は専門研修連携施設として、専門研修を目的とした専攻医の受入 ・地域枠等の卒業後に都道府県内で一定期間医師として就業する契約を当該都道府県と締結している医師又はこれに準ずる医師（研修医を含む。）の受入
在宅データの提出	○ 在宅データ提出加算に係る届出を行っていることが望ましいこと。

往診時医療情報連携加算の見直し

往診時医療情報連携加算の見直し

➤ 地域における24時間の在宅医療提供体制を面として支える取組を更に推進する観点から、往診時医療情報連携加算について、被支援側が機能強化型の在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外である場合においても算定可能とする。

従来型でも算定可

【往診料 往診時医療情報連携加算】
在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

➡

【往診料 往診時医療情報連携加算】
在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院が、当該保険医療機関と連携する他の保険医療機関（在宅療養支援診療所又は在宅療養支援病院であって機能強化型以外の保険医療機関に限る。）によって計画的な医学管理の下に主治医として定期的に訪問診療を行っている患者に対して、往診を行った場合、往診時医療情報連携加算として200点を所定点数に加算する。

【往診時医療情報連携加算を算定可能な組み合わせの整理】

		支援側の医療機関（＝往診時医療情報連携加算を算定）		
		単独型機能強化型	連携型機能強化型	従来型在支診・病
被支援側の医療機関 （＝平時の訪問診療を実施）	単独型機能強化型	単独で24時間体制を確保しており、想定されない。		
	連携型機能強化型	連携内で24時間体制を確保することが評価に含まれている。		
	従来型在支診・病	○	○	○
	その他	○	○	○

令和8年度診療報酬改定 II-5-1 地域において重症患者の訪問診療や在宅看取り等を積極的に担う医療機関・薬局の評価-⑥

在宅療養支援診療所・病院の見直し②

第三者による連絡体制・往診体制の代行に係る要件の明確化

➤ 安心・安全な医療提供体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所及び在宅療養支援病院について、第三者（株式会社等）の利用によって24時間連絡体制及び往診体制を確保する場合に係る要件を明確化する。

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア （略）
イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者として直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者として直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。
ウ 当該診療所において、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。（後略）
エ～ツ （略）

➡

【単独型機能強化型在宅療養支援診療所】
診療所であって、当該診療所単独で以下の要件のいずれにも該当し、緊急時の連絡体制及び24時間往診できる体制等を確保していること。
ア （略）
イ 当該診療所において、24時間連絡を受ける保険医又は看護職員をあらかじめ指定するとともに、当該担当者及び当該担当者として直接連絡がとれる連絡先電話番号等、緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその看護を行う家族に対して説明の上、文書により提供していること。なお、曜日、時間帯ごとに担当者異なる場合には、それぞれ曜日、時間帯ごとの担当者及び当該担当者として直接連絡がとれる連絡先電話番号等を文書上に明示すること。また、患者又はその看護を行う家族に提供する連絡先をコールセンター等が担う場合は、その旨をあらかじめ患者又はその看護を行う家族に説明した上で、
当該保険医療機関において当該コールセンター等からの連絡を24時間受けける体制を確保していること。
ウ 当該診療所において、患者の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書により患者に提供していること。（中略）なお、やむを得ない事由により患者に事前に氏名を提供していない往診医が往診をする場合であっても、当該往診医は往診日以前に当該保険医療機関において当該保険医療機関の在宅医療を担当する常勤医師と事前に面談し、診療方針等の共有を行っている者に限られるものであり、それ以外の者が往診をすることは、往診が可能な体制の確保には該当しない。また、患者に事前に氏名を提供していない往診医による往診体制を確保している場合、当該医師は常時1人以下であること。
エ～ツ （略）

※ 他の在宅療養支援診療所及び病院においても同様。

40

在宅療養支援診療所・病院の見直し③

業務継続計画の策定

- 災害時における在宅患者への診療体制を確保する観点から、在宅療養支援診療所・病院の要件に、業務継続計画（BCP）の策定及び定期的な見直しを行うことを追加する。

現行

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
(新設)

令和9年5月末までの経過措置

改定後

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
「BCP策定の手引き」（厚生労働省在宅医療の災害時における医療提供体制強化支援事業専門委員会作成）等を参考に、当該保険医療機関の実情に応じて、災害等の発生時において、当該保険医療機関において在宅医療の提供を行う患者に対する医療の提供を継続的に実施することを目指すこと、非常時の体制で早期の業務再開を図ること及び患者と職員の安全を確保すること等を目的とした計画（以下この項において「業務継続計画」という。）を策定し、当該計画に従い必要な措置を講じること。また、定期的に業務継続計画の見直しを行い、必要に応じて業務継続計画の変更を行うこと。

看取り数等の報告要件の削除

- 業務の簡素化を図る観点から、看取り数等の報告に係る要件を削除する。

現行

【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
年に1回、在宅看取り数及び地域ケア会議等への出席状況等を別添2の様式11の3を用いて、地方厚生（支）局長に報告していること。

改定後

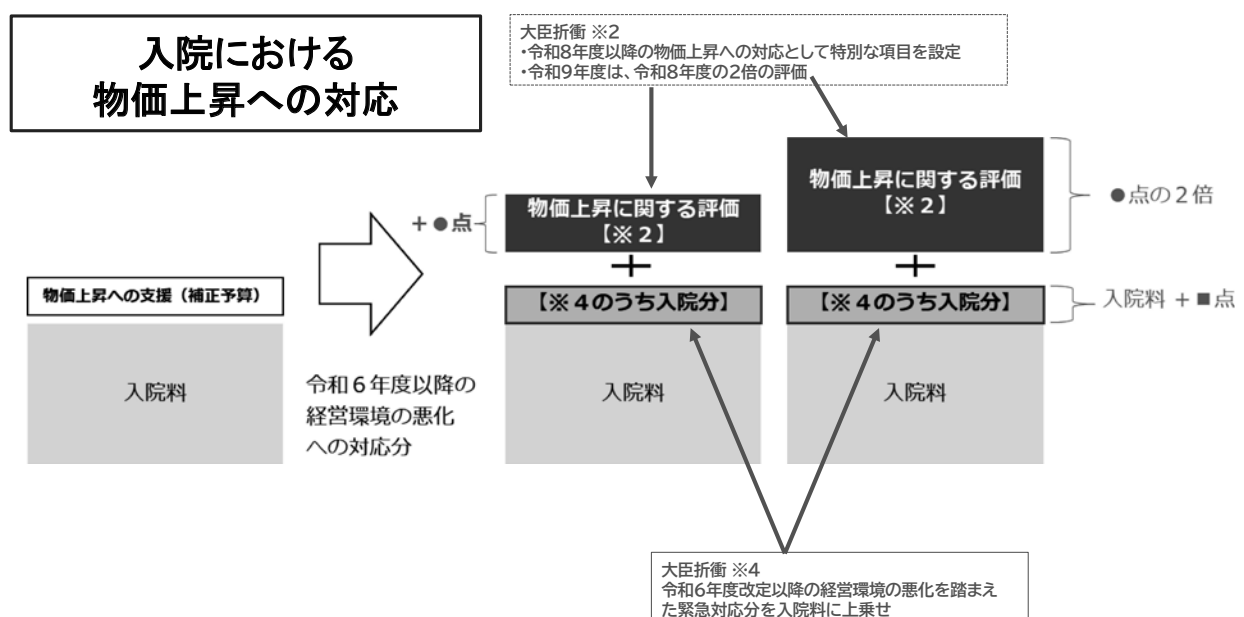
【在宅療養支援診療所・病院】
【施設基準】
(削除)

(参考) 在宅療養支援診療所・病院の施設基準

	在宅療養支援診療所			在宅療養支援病院		
	機能強化型		従来型	機能強化型		従来型
	単独型	連携型		単独型	連携型	
全ての 在支診・在支 病の基準	① 24時間の連絡応答体制 ⑤ 連携する医療機関等への情報提供 ⑧ 介護保険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			② 24時間の往診体制 ⑥ 適切な意思決定支援に係る指針の作成 ⑨ 業務継続計画の策定		
	③ 24時間の訪問看護体制 ⑦ 訪問栄養食事指導を行うことが可能な体制の整備			④ 緊急時の入院体制		
	① 地域で不足している医療機能等にかかる医療提供の要請に応じず、保険医療機関の指定が3年以上継続された医療機関ではないこと			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 ※ 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 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		
機能強化型在 支診・在支病 に追加で求め る基準	① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上		① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上	① 在宅医療を担当する常勤の医師が3人以上		① 在宅医療を担当する常勤の医師が連携内で3人以上
	② 過去1年間の緊急往診の実績が10件以上			② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が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科・入院医療管理科1又は3を届け出ている		② 次のうちいずれか1つ ・過去1年間の緊急往診の実績が10件以上、かつ各医療機関で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科・入院医療管理科1又は3を届け出ている
	④ 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のいずれかが4件以上			④ 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のいずれかが4件以上		④ 過去1年間の看取りの実績が連携内で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のいずれかが2件以上
	⑤ 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			⑤ 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		
	⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出			⑥ 3月に2,100回以上訪問診療を実施する場合、在宅データ提出加算の届出		

※ 青字は令和8年度改定において要件の追加又は明確化を行ったもの

入院（入院料等の見直し）



出所：令和8年1月14日 中医協 総-6（一部改変）

入院料の見直し(物価賃金対応)

急性期一般入院料

	入院料本体		入院物価対応料(新設)	
	改定前	改定後	R8.6～	R9.6～
急性期一般入院料1	1,688点	1,874点(1,753点)	58点	116点
急性期一般入院料2	1,644点	1,779点(1,694点)	45点	90点
急性期一般入院料3	1,569点	1,704点(1,619点)	45点	90点
急性期一般入院料4	1,462点	1,597点(1,512点)	45点	90点
急性期一般入院料4 (看護・多職種協働加算)	----	1,874点(1,753点)	58点	116点
急性期一般入院料5	1,451点	1,575点(1,490点)	36点	72点
急性期一般入院料6	1,404点	1,523点(1,438点)	34点	68点



※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、以下の点数が減算された()内の点数を算定する

急性期1	▲ 121点
急性期4(看護・多職種協働加算)	
急性期2～6	▲ 85点

※その他の入院料等についても同様

入院料の見直し(物価賃金対応)

地域一般入院料

	入院料本体		入院物価対応料(新設)	
	改定前	改定後	R8.6～	R9.6～
地域一般入院料1	1,176点	1,290点(1,225点)	32点	64点
地域一般入院料2	1,170点	1,282点(1,217点)	32点	64点
地域一般入院料3	1,003点	1,097点(1,032点)	23点	46点



※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、以下の点数が減算された()内の点数を算定する

地域一般入院料1～3	▲ 65点
------------	-------

※その他の入院料等についても同様

有床診療所入院基本料		入院料本体	
		改定前	改定後
有床診療所入院基本料1	14日以内	932点	1,027点(932点)
	15日以上30日以内	724点	819点(724点)
	31日以上	615点	710点(615点)
有床診療所入院基本料2	14日以内	835点	930点(835点)
	15日以上30日以内	627点	722点(627点)
	31日以上	566点	661点(566点)
有床診療所入院基本料3	14日以内	616点	711点(616点)
	15日以上30日以内	578点	673点(578点)
	31日以上	544点	639点(544点)
有床診療所入院基本料4	14日以内	838点	933点(838点)
	15日以上30日以内	652点	747点(652点)
	31日以上	552点	647点(552点)
有床診療所入院基本料5	14日以内	750点	845点(750点)
	15日以上30日以内	564点	659点(564点)
	31日以上	509点	604点(509点)
有床診療所入院基本料6	14日以内	553点	648点(553点)
	15日以上30日以内	519点	614点(519点)
	31日以上	490点	585点(490点)



入院物価対応料(新設)	
R8.6～	R9.6～
72点	144点
56点	112点
48点	96点
65点	130点
49点	98点
44点	88点
48点	96点
45点	90点
42点	84点
65点	130点
51点	102点
43点	86点
58点	116点
44点	88点
40点	80点
43点	86点
40点	80点
38点	76点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、
入院料本体から95点が減算された()内の点数を算定

※その他の入院料等についても同様

有床診療所 療養病床入院基本料	入院料本体	
	改定前	改定後
入院基本料A (生活療養を受ける場合)	1,073点 1,058点	1,131点(1,073点) 1,116点(1,058点)
入院基本料B (生活療養を受ける場合)	960点 944点	1,018点(960点) 1,002点(944点)
入院基本料C (生活療養を受ける場合)	841点 826点	899点(841点) 884点(826点)
入院基本料D (生活療養を受ける場合)	665点 650点	723点(665点) 708点(650点)
入院基本料E (生活療養を受ける場合)	575点 560点	633点(575点) 618点(560点)

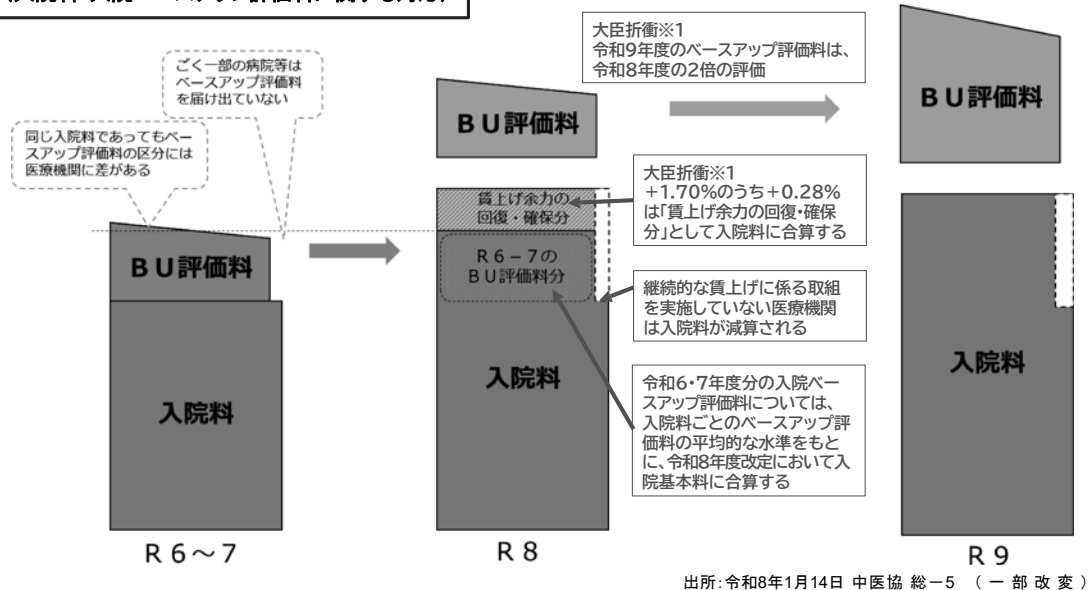


入院物価対応料(新設)	
R8.6～	R9.6～
28点	56点
25点	50点
22点	44点
17点	34点
15点	30点

※継続的に賃上げに係る取組を行っていない場合は、
入院料本体から58点が減算された()内の点数を算定

※その他の入院料等についても同様

入院における 賃上げのための対応 (入院料・入院ベースアップ評価料に関する対応)



入院料の見直し(ベースアップ評価料の見直し)

現行	改定
【入院ベースアップ評価料】	【入院ベースアップ評価料】
入院ベースアップ評価料 1 1点	入院ベースアップ評価料 1 1点
入院ベースアップ評価料 2 2点	入院ベースアップ評価料 2 2点
入院ベースアップ評価料 3 3点	入院ベースアップ評価料 3 3点
入院ベースアップ評価料 4 4点	入院ベースアップ評価料 4 4点
入院ベースアップ評価料 5 5点	入院ベースアップ評価料 5 5点
...	...
入院ベースアップ評価料 163 163点	入院ベースアップ評価料 165 165点
入院ベースアップ評価料 164 164点	入院ベースアップ評価料 166 166点
入院ベースアップ評価料 165 165点	入院ベースアップ評価料 167 167点
...	...
入院ベースアップ評価料 250 250点	入院ベースアップ評価料 250 250点
入院ベースアップ評価料 251 251点	入院ベースアップ評価料 251 251点
入院ベースアップ評価料 252 252点	入院ベースアップ評価料 252 252点
...	...
入院ベースアップ評価料 498 498点	入院ベースアップ評価料 498 498点
入院ベースアップ評価料 499 499点	入院ベースアップ評価料 499 499点
入院ベースアップ評価料 500 500点	入院ベースアップ評価料 500 500点

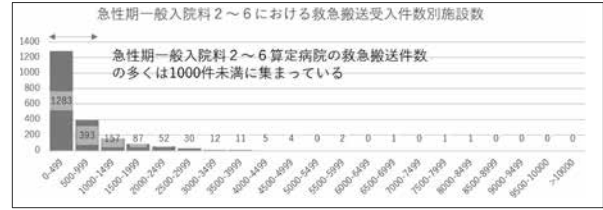
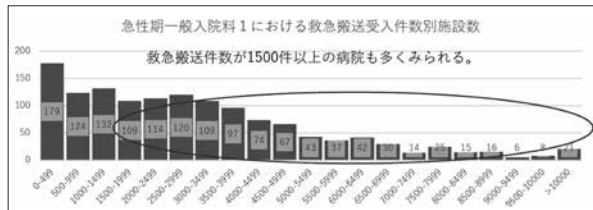
【改定の概要】

- ① 現在は、
ベースアップ評価料1(1点)から、
ベースアップ評価料165(165点)の範囲で算定
- ↓
- 令和8年6月からは、
ベースアップ評価料1(1点)から、
ベースアップ評価料250(250点)に算定範囲が拡大
さらに令和9年6月からは、
ベースアップ評価料251(251点)から
ベースアップ評価料500(500点)までの点数も算定可能
- ② また、40歳未満の勤務医師や事務職員等についても対象になる

急性期病院一般入院基本料の新設

考え方①

- ✓ 現在の急性期一般入院料1を算定する病院には、急性期一般入院料2～6算定病院と同程度の救急搬送件数の病院から、更に多くの救急搬送受入のある病院まで、様々な病院があることが確認された。



- そこで、「拠点的な急性期病院」や「地域の救急・急性期機能を担う病院」について、病棟機能とともに、「病院としての機能」を踏まえた評価として、「急性期病院一般入院基本料」が新設されることになった。
- ・「拠点的な急性期病院」＝急性期病院A一般入院料
 - ・「地域の救急・急性期機能を担う病院」＝急性期病院B一般入院料
- 新しい入院料が新設される一方で、現在の「急性期一般入院料1～6」も残るので、病院は、自院の状況等に応じて選択することが可能

出所：令和7年12月12日 中医協 総－3（入院その8）

急性期病院一般入院基本料の新設

主な施設基準の比較

	急性期病院A	急性期病院B
看護配置	7:1(看護師7割以上)	10:1(看護師7割以上)
平均在院日数	16日	21日
重症度、医療・看護必要度	割合①:2割7分 割合②:3割5分	割合①:2割7分 割合②:3割5分
急性期医療の実績	救急搬送件数 年2,000件以上 かつ 全身麻酔手術 年1,200件以上	以下のいずれかを満たす ①救急搬送件数 年1,500件以上 ②救急搬送件数 年 500件以上 全身麻酔手術 年 500件以上 ③所属する2次医療圏において最大の救急搬送件数(年1,000件以上) ④離島の場合は所属する2次医療圏において最大の救急搬送件数
DPC、地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟等との関係	・ DPC対象病院であること ・ 地域包括医療病棟、地域包括ケア病棟の届出を行っていないこと	・ DPC対象病院であること ・ 地域包括医療病棟の届出を行っていないこと

急性期病院一般入院基本料等の評価

➤ 病院の機能に着目した急性期病院一般病棟入院基本料等を新設するとともに、救急搬送症例や手術なし症例における重症度、医療・看護必要度の適切な評価を進める観点から、該当患者割合に救急搬送応需係数を加えた該当患者割合指数に見直す。
 ➤ 高齢者等が主に入棟する病棟において、患者のADL維持・向上等に係る取組を進めるため、看護・多職種協働加算を新設。

	急性期病院 A	急性期病院 B※1	急性期一般 1	急性期一般 2	急性期一般 3	急性期一般 4※1	急性期一般 5	急性期一般 6
看護職員	7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が 看護師)	7対1以上 (7割以上が 看護師)	10対1以上 (7割以上が看護師)				
看護・多職種※1	25対1以上					25対1以上		
該当患者割合 指数の基準※2	必要度Ⅰ	指数①：28% 指数②：35%		28%	24%	20%	指数①：28% 指数②：35%	15%
	必要度Ⅱ	指数①：27% 指数②：34%		27%	23%	19%	指数①：27% 指数②：34%	14%
平均在院日数	16日以内 8割以上	21日以内 —	16日以内 8割以上	16日以内 8割以上	21日以内 —		16日以内 8割以上	21日以内 —
在宅復帰・病床機能連携率	8割以上	—	8割以上	8割以上	—		8割以上	—
その他	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	・入院医療等に関する調査への適切な参加 ・届出に当たり入院料1の届出実績が必要		医師の員数が 入院患者数の 100分の10 以上	—
救急搬送等の病院の実績	以下を満たす ・救急搬送2,000 件/年以上 ・全床手術1,200 件/年以上	以下のいずれかを満たす ・救急搬送1,500件/年以上 ・救急搬送500件/年以上かつ全身麻 酔手術500件/年以上 ・人口20万人未満二次医療圏で最大 救急搬送件数(1000件/年以上) ・離島医療圏で最大救急搬送件数			—			
データ提出加算	○(要件)							
点数	1,930点	1,643点	1,898点	1,874点	1,779点	1,704点	1,597点	1,874点 1,575点 1,523点

※1 急性期病院B入院基本料又は急性期一般入院料4において、看護・多職種協働加算を算定する場合は、入院基本料の看護職員10対1以上の配置に加え、看護職員を含む多職種職員25対1が配置される。

※2 重症度、医療・看護必要度の基準患者割合に係る指数：該当患者割合 + 救急搬送応需係数

急性期病院A・B、急性期一般1：割合①A3点以上、又はC1点以上
割合②A2点以上、又はC1点以上
急性期一般2～5：A2点以上かつB3点以上、又はA3点以上、又はC1点以上

病床当たり年間救急搬送受入件数×0.005

年間救急搬送件数×当該病棟の救急搬送入院数
救急搬送応需係数の対象病棟の救急搬送入院数

重症度、医療・看護必要度

重症度、医療・看護必要度の見直し

考え方

- ✓ 現行の重症度、医療・看護必要度では、手術症例に比べて、内科系疾患は点数が得られにくいという問題点があった
- ✓ また、救急搬送による入院の多くが「手術なし症例」であったが、救急搬送受入件数が多くても、手術なし症例が多い病院では密度の高い医学的管理を実施しているにもかかわらず、重症度、医療・看護必要度の基準を満たしにくい、という問題点もあった

- そこで、
- ① 内科系疾病に関連したA・C項目の追加と、
 - ② 救急搬送受入件数に応じた評価を行うことで、手術なし症例や救急搬送への対応した場合の評価が、適切に重症度、医療・看護必要度に反映されるように見直しを行うことになった

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-②

一般病棟用の重症度、医療・看護必要度Ⅰ・Ⅱの概要

※対象病棟の入院患者について、A項目（必要度Ⅰの場合は、専門的な治療・処置のうち薬剤を使用する物に限る）及びC項目は、**レセプト電算処理システム用コード（改定による内容の見直しあり）**を用いて評価し、直近3ヶ月の該当患者の割合を算出する。

A モニタリング及び処置等		0点	1点	2点	3点
1	創傷処置（術後の処置を除く）（※1）	なし	あり	—	—
2	呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）（※1）	なし	あり	—	—
3	注射薬剤3種類以上の管理（最大7日間）	なし	あり	—	—
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	—	—
5	輸血や血液製剤の管理	なし	—	あり	—
6	専門的な治療・処置（※2）	—	—	—	あり
	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、			あり	
	② 抗悪性腫瘍剤の内服の管理、		あり		
	③ 麻薬の使用（注射剤のみ）、			あり	
	④ 麻薬の内服、貼付、坐剤の管理、		あり		
	⑤ 放射線治療、		あり		
	⑥ 免疫抑制剤の管理（注射剤のみ）、		あり		
	⑦ 昇圧剤の使用（注射剤のみ）、			あり	
	⑧ 抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、			あり	
	⑨ 抗血栓薬の持続点滴の使用、			あり	
	⑩ ドレナージの管理、		あり		
	⑪ 無菌治療室での治療				あり
7	I：救急搬送後の入院（2日間） II：緊急に入院を必要とする状態（2日間）	なし	—	あり	—

C 手術等の医学的状況		0点	1点
15	開頭手術（11日間）	なし	あり
16	開胸手術（9日間）	なし	あり
17	開腹手術（6日間）	なし	あり
18	骨の手術（10日間）	なし	あり
19	胸腔鏡・腹腔鏡手術（4日間）	なし	あり
20	全身麻酔・脊髄麻酔の手術（5日間）	なし	あり
	救命等に係る内科的治療（4日間）		
21	①経皮的血管内治療、 ②経皮的筋断焼灼術等の治療、 ③侵襲的な消化器治療	なし	あり
22	別に定める検査（2日間）（例：経皮的針生検法）	なし	あり
23	別に定める手術（5日間）（例：眼高内異物除去術）	なし	あり

（※1）A項目のうち「創傷処置（術後の処置を除く）」及び「呼吸ケア（喀痰吸引のみの場合を除く）」については、必要度Ⅰの場合も、一般病棟用の重症度、医療・看護必要度A・C項目に係るレセプト電算処理システム用コード一覧に掲げる診療行為を実施したときに限り、評価の対象となる。

（※2）A項目のうち「専門的な治療・処置」については、①抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）、③麻薬の使用（注射剤のみ）、⑦昇圧剤の使用（注射剤のみ）、⑧抗不整脈剤の使用（注射剤のみ）、⑨抗血栓薬の持続点滴の使用又は⑪無菌治療室での治療のいずれか1つ以上該当した場合は3点、その他の項目のみに該当した場合は2点とする。

B	患者の状況等	患者の状態		
		0点	1点	2点
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない
9	移乗	自立	一部介助	全介助
10	口腔清潔	自立	要介助	—
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助
12	衣服の着脱	自立	一部介助	全介助
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—
14	危険行動	ない	—	ある

介助の実施	
0	1
—	—
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
実施なし	実施あり
—	—
—	—

×

ABCに変更は無し

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-②

重症度、医療・看護必要度のA、B、C項目の対象の追加

A、B、C項目の対象の追加

- 一般病棟用の重症度、医療・看護必要度におけるA項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」並びにC項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」及び「別に定める手術」について、以下の対象となる治療等を追加する。

A	モニタリング及び処置等	分類	名称
6	① 抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）	医薬品	ホリナートカルシウム
		医薬品	ラスブリカーゼ（遺伝子組換え）
C	手術等の医学的状況	分類	名称
21	救命等に係る内科的治療	注射	中心静脈注射用カテーテル挿入
		注射	脳脊髄腔注射（腰椎）
		注射	カフ型緊急時ブラッドアクセス用留置カテーテル挿入
		処置	腰椎穿刺
		処置	吸着式血液浄化法
		処置	カウターショック（その他）
		処置	持続緩徐式血液濾過
		処置	エンドトキシン選択除去用吸着式血液浄化法
		手術	経皮経肝胆管ステント挿入術
		手術	内視鏡下胃、十二指腸穿孔瘻孔閉鎖術
22	別に定める検査	手術	経皮経肝ハルーン拡張術
		検査	E F - 気管支
		検査	経気管肺生検法
		検査	超音波検査（心臓超音波検査）（経食道心エコー法）
		検査	組織試験採取、切採法（心筋）
		検査	E B U S - T B N A
		検査	気管支カテーテル気管支肺胞洗浄法検査

手術なし症例の適切な評価のため追加

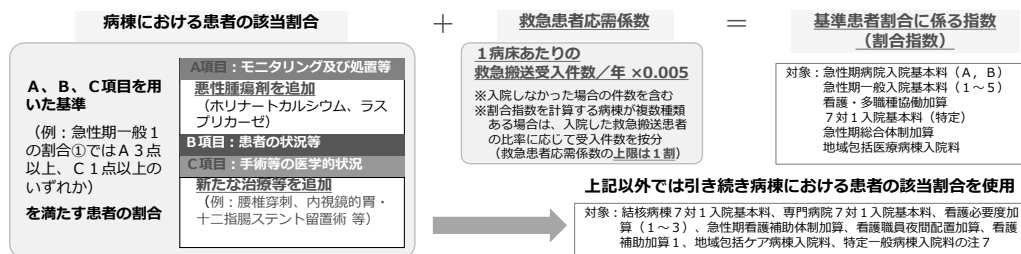
C	手術等の医学的状況	分類	名称
23	別に定める手術	手術	内シャント設置術
		手術	胸水・腹水濾過濃縮再静注法
		手術	胃瘻造設術（経皮的内視鏡下胃瘻造設術、腹腔鏡下胃瘻造設術を含む。）
		手術	経皮的胆管ドレナージ術
		手術	脾嚢胞外瘻造設術（内視鏡によるもの）
		手術	体外衝撃波胆石破砕術（一連につき）
		手術	小腸・結腸狭窄部拡張術（内視鏡によるもの）
		手術	経皮的肝膿瘍ドレナージ術
		手術	経皮的腹腔膿瘍ドレナージ術
		手術	内視鏡的胃、十二指腸ステント留置術
		手術	造血幹細胞採取（末梢血幹細胞採取）（自家移植）
		手術	内視鏡的胃、十二指腸狭窄拡張術
		手術	経皮経食道胃管挿入術（P T E G）
		手術	下部消化管ステント留置術
		手術	体外衝撃波碎石破砕術（一連につき）
		手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（腹腔鏡によるもの）
		手術	肝悪性腫瘍マイクロ波凝固法（一連として）（その他のもの）
		手術	薬剤投与用胃瘻造設術

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた、医療提供体制の整備-②

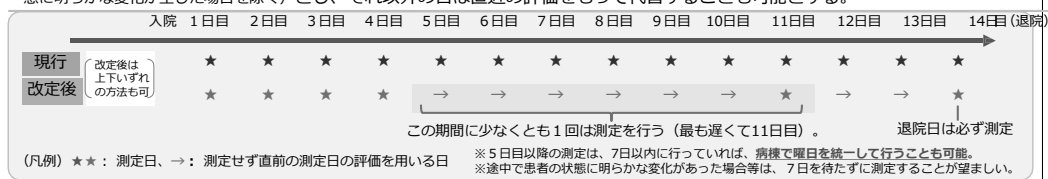
一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の見直し

重症度、医療・看護必要度の見直し

- 救急搬送症例や手術なし症例について適切な評価を進める観点から、以下の見直しを行う。
- A項目「専門的な治療・処置」の項目のうち「抗悪性腫瘍剤の使用（注射剤のみ）」、C項目「救命等に係る内科的治療」、「別に定める検査」、「別に定める手術」について、対象となる治療等を追加する。
 - 急性期一般入院料等使用する一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の基準該当割合に、対象病棟における病床あたり救急搬送受入件数等に応じた係数を加えた指数を用いる。



- 現行どおり毎日測定するか、B項目の測定に係る負担軽減の観点から、入院5日目以降の測定頻度を7日ごとに1回（患者の状態に明らかな変化が生じた場合を除く）とし、それ以外の日は直近の評価をもって代替することも可能とする。



一般病棟用の重症度、医療・看護必要度の施設基準の見直し①

重症度、医療・看護必要度の見直し

- A 項目・C 項目への対象コードの処置等の追加、該当患者割合への救急患者応需係数の加算に伴い、該当患者割合に係る基準を見直す。

現行			改定後（割合指数の基準）			【該当患者の基準】	
	必要度Ⅰ※1	必要度Ⅱ※1		必要度Ⅰ※2	必要度Ⅱ※2	急性期病院※a、急性期 1※a、看護・多職種協働加算、7 対 1 入院基本料(特定)※a、急性期総合※a	割合① 以下のいずれか ・ A 得点が 3 点以上 ・ C 得点が 1 点以上
急性期一般入院料 1	割合①：21% 割合②：28%	割合①：20% 割合②：27%	7%上昇	急性期病院 A 一般入院料	割合①：28% 割合②：35%	急性期 2～5	割合② 以下のいずれか ・ A 得点が 2 点以上かつ B 得点が 3 点以上 ・ C 得点が 1 点以上
急性期一般入院料 2	22%	21%		急性期病院 B 一般入院料	割合①：27% 割合②：34%		
急性期一般入院料 3	19%	18%		急性期一般入院料 1 看護・多職種協働加算	28% 27%		
急性期一般入院料 4	16%	15%		急性期一般入院料 2	24% 23%		
急性期一般入院料 5	12%	11%		急性期一般入院料 3	20% 19%		
7 対 1 入院基本料 (特定機能病院一般病棟)	—	割合①：20% 割合②：27%		急性期一般入院料 4	15% 14%		
総合入院体制加算 1	33%	32%		急性期一般入院料 5	— 割合①：27% 割合②：34%	地域包括医療病棟※ab	以下のいずれか ・ A 得点が 2 点以上 ・ C 得点が 1 点以上
総合入院体制加算 2	31%	30%		7 対 1 入院基本料 (特定機能病院一般病棟)	割合①：33% 割合②：40%		
総合入院体制加算 3	28%	27%		急性期総合体制加算 1	割合①：32% 割合②：39%		
地域包括医療病棟	割合①：16% 割合②：15%			急性期総合体制加算 2	割合①：31% 割合②：38%		
				急性期総合体制加算 3	割合①：29% 割合②：36%		
				急性期総合体制加算 4	割合①：28% 割合②：35%		
				急性期総合体制加算 5	割合①：27% 割合②：34%		
				地域包括医療病棟	19% 18%		

※1 該当患者の基準を満たす患者割合が満たすべき基準
※2 該当患者の基準を満たす患者割合に、救急患者応需係数を加えた、患者割合に係る指数（割合指数）が満たすべき基準

地域包括医療病棟入院料 等

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟入院料の評価の見直し

- 地域包括医療病棟において診療を担うことが期待される誤嚥性肺炎や尿路感染症の医療資源投入量その他の特徴を踏まえ、入院形態（予定入院／緊急入院）や手術の実施状況に応じて患者により異なる入院料を設定する。
- 包括期の病棟のみで患者の診療を行う場合の救急受入等の負担を考慮し、急性期病棟の併設がない場合について更に評価する。

現行	改定後
【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 【算定要件】 注1 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病棟を有する保険医療機関において、当該届出に係る病棟に入院している患者について、所定点数を算定する。ただし、90日を超えて入院するものについては、区分番号A100に掲げる一般病棟入院基本料の地域一般入院料3の例により、算定する。	【地域包括医療病棟入院料】 地域包括医療病棟入院料（1日につき） 地域包括医療病棟入院料1（急性期病棟なし） イ 入院料1 3,367点 ロ 入院料2 3,267点 ハ 入院料3 3,117点 2 地域包括医療病棟入院料2（急性期病棟有り） イ 入院料1 3,316点 ロ 入院料2 3,216点 ハ 入院料3 3,066点 【算定要件】 ○ 同一病院内のA100一般病棟入院基本料算定病棟の有無に応じて、医療機関ごとに以下のいずれかを届け出る。 地域包括医療病棟入院料1：A100算定病棟なし 地域包括医療病棟入院料2：A100算定病棟あり ○ 入院料1～3については、患者の入院形態及び治療予定に応じて、以下のいずれかを算定する。 入院料1：緊急入院で、主傷病に対して手術を行わないもの 入院料2：入院料1にも3にも該当しないもの 入院料3：予定入院で、主傷病に対して手術を行うもの ※手術：医科点数表の第二章第十部第一節に掲げるものに限る。

入院料1は手術の
出来高算定がない
ので高い

地域包括医療病棟入院料の見直し

地域包括医療病棟の施設基準の見直し

- 高齢者の中等症までの救急疾患等の幅広い受入を推進する観点から、高齢者の生理学的特徴や頻度の高い疾患の特徴を踏まえ、平均在院日数、ADL低下割合及び重症度、医療・看護必要度の基準を見直す。

	改定前 (変更のない項目は記載を省略)	改定後 ★経過措置あり
看護職員の配置		10対1（7割以上が看護師）
多職種の配置		常勤のPT, OT, STが専従で1名、専任で1名 常勤の管理栄養士が専任で1名
重症度、医療・看護必要度の基準	以下のいずれかを満たす A3点以上、A2点以上かつ B3点以上、C1点以上	以下のいずれかを満たす A2点以上、C1点以上
重症度、医療・看護必要度	必要度Ⅰ 16% 必要度Ⅱ 15%	基準該当患者割合に係る指数（※）として 必要度Ⅰ 19% 必要度Ⅱ 18% ※該当患者割合＋救急搬送応需係数
初日のB項目が3点以上の患者の割合		5割以上
平均在院日数	21日	20日を原則として、85歳以上の患者の割合が2割を増すごとに＋1日 (85歳以上が2割以上なら21日、4割以上なら22日、6割以上なら23日)
在宅復帰率		80%以上
ADLが低下した患者の割合	5%未満	7%未満（85歳以上の患者の割合が2割未満の場合には5%）緩和
同一医療機関の一般病棟からの転棟		5%未満
救急搬送後の患者の割合		15%以上
届出・併設等不可	急性期充実体制加算1又は2 特定機能病院 専門病院入院基本料	地域包括医療病棟1
		地域包括医療病棟2
		急性期総合体制加算★ 一般病棟入院基本料 特定機能病院、専門病院入院基本料
		急性期総合体制加算★ 急性期病院A、B入院料★ 特定機能病院、専門病院入院基本料
点数	3,050点	3,117～3,367点 3,066～3,316点

地域包括ケア病棟における初期加算等の評価の見直し

初期加算や連携に係る評価の見直し

- 地域包括ケア病棟における在宅医療や協力対象施設の後方支援の機能をより高く評価する観点から、在宅患者支援病床初期加算について、①の対象を救急搬送された患者から緊急入院した患者に拡大するとともに、評価を見直す。

現行	改定後
【在宅患者支援病床初期加算】 【算定要件】 (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者 580点 ② ①の患者以外の患者の場合 480点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 救急搬送された患者又は救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関から搬送された患者 480点 ② ①の患者以外の患者の場合 380点	【在宅患者支援病床初期加算】 【算定要件】 (1) 介護老人保健施設から入院した患者の場合 ① 緊急入院した患者の場合 590点 ② ①の患者以外の患者の場合 410点 (2) 介護医療院、特別養護老人ホーム、軽費老人ホーム、有料老人ホーム等又は自宅から入院した患者の場合 ① 緊急入院した患者の場合 490点 ② ①の患者以外の患者の場合 310点

- 後方支援における連携を個別に評価する観点から、「B005」退院時共同指導料2及び「B005-1-2」介護支援等連携指導料について、包括範囲から除外し、出来高算定とする。

包括期入院医療における充実した後方支援の評価

包括期充実体制加算の新設

- 高齢者救急、在宅医療及び介護保険施設の後方支援を更に充実させる観点から、一定の体制及び実績を有する許可病床数200床未満の地域包括医療病棟又は地域包括ケア病棟で算定可能な包括期充実体制加算を新設する。

平時からの連携、必要時の入院受入と充実した退院支援

(新) 包括期充実体制加算（1日につき） 80点



【算定要件】

注1 在宅医療及び介護保険施設等の後方支援を担う体制その他の事項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入院している患者について、入院した日から起算して14日を限度として所定点数に加算する。

【施設基準】

- 許可病床数が200床未満（別表第六の二に掲げる人口の少ない地域に所在する場合は280床未満）であること。
- 地域包括医療病棟入院料又は地域包括ケア病棟入院料を算定する病棟を有する病院であること。
- 「A100」のうち急性期病院一般入院基本料及び急性期一般入院基本料を算定する病棟を有しない病院であること。
- 協力対象施設入所者入院加算（※）、入退院支援加算1に係る届出を行っている保険医療機関であること。
- 地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績を有していること。

地域において高齢者の救急患者を受け入れ、在宅医療や介護保険施設等の後方支援を担うにつき十分な体制や実績	
施設後方支援の体制（※）	原則3以上の施設の協力医療機関になること ※近隣<半径10km以内>に協力医療機関を定めていない施設がない場合を除く
後方支援の実績	①及び②を満たす ① 自宅等からの緊急入院が直近3か月で15件以上 ② 在宅患者緊急入院診療加算1～3の算定回数が直近1年で合わせて12回以上 又は 協力対象施設入所者入院加算1・2の算定回数が直近1年で合わせて4回以上
救急医療の実績	救急搬送及び下り搬送からの入院が全入院患者の8%以上
入退院支援の実績	退院時共同指導料2と介護支援等連携指導料2の算定回数が直近3か月で合わせて3回以上

算定要件はこちら

※ 在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、地域包括ケア病棟を有する医療機関のいずれでもない場合は除く。

入退院支援加算の見直し①

入退院支援加算1の評価の見直し

- 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料、地域包括ケア病棟入院料における入退院支援加算1の評価を見直す。

現行	改定後
1 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 ロ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点	1 入退院支援加算1 イ 一般病棟入院基本料等の場合 700点 (新) ロ 地域包括医療病棟入院料、回復期リハビリテーション病棟入院料及び地域包括ケア病棟入院料の場合 1,000点 ハ 療養病棟入院基本料等の場合 1,300点

入院中の患者に対する家族等による面会に係る基準（入退院支援加算）の新設

- 正当な理由なく入院中の患者に対する家族等による面会を妨げないように、入退院支援加算に規定を設ける。

第26の5 入退院支援加算

- 1 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2及び入退院支援加算3においても同様。
(2) 第35の6(1)ホの規定について、入院中の患者とその家族等との面会は、患者の療養生活の質の向上及び尊厳の保持に資するのみならず、円滑な退院支援を行う上でも重要であることから、感染対策等の正当な理由なく、入院中の患者に対する家族等による面会を妨げてはならないこと。また、やむを得ず面会の制限を行う場合であっても、当該制限が必要以上に厳格なものとならないよう配慮すること。なお、これらを踏まえ、面会に関する規定を策定するとともに、当該規定について定期的に見直しを行うこと。併せて、患者及びその家族等に対し、当該規定の内容が十分に周知されるよう、病棟等の見やすい場所に掲示すること。

退院先となる介護保険施設等への誘導に係る基準の新設

- 入退院支援を行うにあたり、保険医療機関から退院先となる介護保険施設等への誘導を行うことによって、当該介護保険施設等から金品を收受し、誘引その他の財産上の利益を收受していないことを施設基準に規定する。

- (1) 入退院支援加算1に関する施設基準 ※入退院支援加算2～3も同様。
ホ 退院患者を特定の介護保険施設等へ誘導することによって、当該介護施設等から金品その他の財産上の利益を收受していないこと。

入退院支援加算の見直し②

入退院支援加算の算定対象の見直し

- 算定対象となる患者における退院困難な要因について、家族や親族との連絡が困難であること等を追加する。

現行	改定後
【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】退院困難な要因 ア～イ (略) ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。） エ～ソ (略) タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合	【入退院支援加算1及び2】 【算定要件】退院困難な要因 ア～イ (略) ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること若しくは要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること又は現に要支援を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていないこと（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。） エ～ソ (略) タ 患者の意思決定支援及び退院後の生活に向けた調整を行うに当たって、家族及び親族との連絡が困難であること チ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算の新設

- 地域連携診療計画加算に係る情報提供時に患者の検査・画像情報の提供を行った場合の加算を新設する。

注5 注4の加算を算定する患者について、添付の必要を認め、当該患者の同意を得て、別の保険医療機関、精神障害者施設又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して、退院後の治療計画、検査結果、画像診断に係る画像情報その他の必要な情報を添付して情報提供を行った場合は更に200点を所定点数に加算する。

療養病棟入院基本料 等

令和8年度診療報酬改定 II-1-1 患者のニーズ、病院の機能・特性、地域医療構想を踏まえた医療提供体制の整備①

療養病棟入院基本料の見直し

慢性期病棟ではより医療の必要性の高い患者の受け入れ

医療区分の見直し

- 処置等の医療区分2に複数該当する場合の医療資源投入量を踏まえ、感染症にかかる処置が、他の一部の処置と併せて行われている場合には、処置等に係る医療区分3の患者として入院料を算定することとする。
- 非がん疾患に対する緩和ケアを評価する観点から、悪性腫瘍以外にも、心不全、呼吸不全、腎不全で医療用麻薬等の薬剤投与による苦痛のコントロールが必要な状態について、疾患・状態に係る医療区分2に追加する。
- 医療的ケア児の受入について評価する観点から、超重症児・準超重症児に該当する小児について、超重症児は疾患・状態に係る医療区分3に、準超重症児は医療区分2に追加する。

求める医療区分2・3割合の見直し

- 療養病棟入院基本料2において求める医療区分2・3の患者の割合を、5割から6割に引き上げる。

現行

【療養病棟入院料2】

【施設基準】

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が五割以上であること。



改定後

【療養病棟入院料2】

【施設基準】

- ・当該病棟の入院患者のうち医療区分3の患者と医療区分2の患者との合計が六割以上であること。

〔経過措置〕令和8年3月31日において現に療養病棟入院料2を届け出ている保険医療機関については、令和8年9月30日までの間に限り、基本診療料の施設基準等第5の3の(1)のハに該当するものとみなす。

療養病棟入院基本料に係る医療区分について

	疾患・状態	処置等
医療区分3	・ スモン ・ 医師及び看護職員により、常時、監視及び管理を実施している状態 ・ 区分番号A2.1.2に掲げる超重症児（者）入院診療加算・準超重症児（者）入院診療加算の注1に規定する超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）	・ 中心静脈栄養（療養病棟入院基本料を算定する場合にあつては、広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻若しくは急性肺炎を有する患者を対象とする場合又は中心静脈栄養を開始した日から30日以内の場合に実施するものに限る） ・ 二十四時間持続点滴 ・ 人工呼吸器の使用 ・ ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄 ・ 気管切開又は気管内挿管（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・ 酸素療法（密度の高い治療を要する状態の患者に対するものに限る） ・ 感染症の治療の必要性から実施する隔離室での管理 ・ 医療区分2の処置等のうち、(1)及び(2)のいずれにも該当するもの
医療区分2	悪性腫瘍以外の終末期患者 ・ 筋ジストロフィー症 ・ 多発性硬化症 ・ 筋萎縮性側索硬化症、 ・ 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以上であつて生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度の状態に限る。）） ・ その他の指定難病等（スモンを除く。） ・ 骨髄損傷（頸椎損傷の原因とする麻痺が四肢全てに認められる場合に限る。） ・ 慢性閉塞性肺疾患（ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当する場合に限る。） ・ 悪性腫瘍（医療用麻薬等の薬剤投与による疼痛コントロールが必要な場合に限る。） ・ 末期呼吸器疾患（適切な治療が実施されているにもかかわらず、ヒュー・ジョーンズの分類がⅤ度の状態に該当し、医療用麻薬等の投与によるコントロールが必要な状態に限る。） ・ 末期心不全（器質的な心機能障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的にNYHA重症度分類Ⅳ度の症状に該当し、頻回若しくは持続的に医療用麻薬の投与又はその他の点滴薬物療法による苦痛及び症状のコントロールが必要な状態に限る。） ・ 末期腎不全（器質的な腎障害により、適切な治療が実施されているにもかかわらず、慢性的に日本腎臓学会慢性腎臓病重症度分類Stage G5以上に該当し、腎代替療法を必要とする状態であるが、透析療法の開始又は継続が困難である場合であつて、医療用麻薬等の投与による苦痛のコントロールが必要な状態に限る。） ・ 消化管等の体内からの出血が反復継続している状態 ・ 他者に対する暴行が毎日認められる状態 ・ 区分番号A2.1.2に掲げる超重症児（者）、準超重症児（者）入院診療加算の注2に規定する準超重症の状態（15歳未満の小児患者に限る。）	(1)感染症の治療に係る処置 ・ 肺炎に対する治療 ・ 尿路感染症に対する治療 ・ 脱水に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・ 頻回の嘔吐に対する治療（発熱を伴う状態の患者に対するものに限る） ・ 経鼻胃管や胃瘻等の経腸栄養（発熱又は嘔吐を伴う状態の患者に対するものに限る） (2)創傷の治療に係る処置及び器具の管理等を伴う処置 ・ 褥瘡に対する治療（皮膚層の部分的喪失が認められる場合又は褥瘡が二箇所に認められる場合に限る。） ・ 末梢循環障害による下肢末端の開放創に対する治療 ・ 創傷（手術創や感染創を含む。）、皮膚潰瘍又は下腿(たい)若しくは足部の蜂巣炎、膿(のう)等の感染症に対する治療 ・ 中心静脈栄養（広汎性腹膜炎、腸閉塞、難治性嘔吐、難治性下痢、活動性の消化管出血、炎症性腸疾患、短腸症候群、消化管瘻又は急性肺炎を有する患者以外を対象として、中心静脈栄養を開始した日から30日を超えて実施するものに限る） ・ 人工腎臓、持続経徐式血液濾過、腹膜透析又は血漿交換療法 ・ 気管切開又は気管内挿管が行われている状態（発熱を伴う状態を除く） (3)その他の処置 ・ 一日八回以上の喀痰(かくたん)吸引 ・ 頻回の血糖検査 ・ 酸素療法（密度の高い治療を要する状態を除く） ・ せん妄に対する治療 ・ うつ症状に対する治療 (4)傷病等によるリハビリテーション（原因となる傷病等の発症後、三十日以内の場合で、実際にリハビリテーションを行っている場合に限る）
医療区分1		医療区分2・3に該当しない者

身体的拘束最小化に係る特に高い取組の評価

身体的拘束最小化推進体制加算の新設

- 身体的拘束の最小化に向け、管理者等を中心として身体的拘束を原則として行わないという組織風土を醸成し、組織的に特に質の高い取組を行う体制について、新たな評価を設ける。

（新） 身体的拘束最小化推進体制加算（1日につき） 40点

算定日数に制限なし

〔対象病棟〕

療養病棟入院基本料、障害者施設等入院基本料、有床診療所療養病床入院基本料、特殊疾患入院医療管理料、地域包括ケア病棟入院料、特殊疾患病棟入院料を算定している病棟
 （※ 同じ入院料を算定する病棟全体で届け出る） 包括期から慢性期の入院を担う病棟

〔施設基準（抜粋）〕

- ・ 病院長や看護部長が、身体的拘束の最小化に向けて病院全体で取り組むことについて表明し、職員に周知していること。
- ・ 院内で身体的拘束の最小化に関する講習が年2回以上実施されており、入院患者に関わる全ての職員が受講していること。
- ・ 身体的拘束最小化チームにより、身体的拘束に使用する用具が病棟外の1か所で管理され、使用状況、解除に向けた検討状況を把握するとともに、必要に応じて解除に向けた提案が行われていること。
- ・ 身体的拘束の最小化に向けた具体的な取組を検討するための委員会を3か月に1回以上実施していること。
- ・ 身体的拘束を行われている患者がいる場合、最小化チームによる巡回が定期的に行われ、病棟の職員と共に解除に向けた具体的な検討が行われていること。
- ・ 身体的拘束を行わずにケアするための用具の導入について職員が提案することができ、積極的に導入するような仕組みを有すること。
- ・ 身体的拘束を検討する可能性のある患者の入棟を制限していないこと。
- ・ 身体的拘束が実施される可能性のある全ての患者に対し、病院として身体的拘束を原則行わない方針であることや、身体的拘束を行うリスクと行わないリスク等について説明し、患者及び家族の意向を十分に聴取していること。
- ・ 加算を算定することのできる入院料を算定した日数に占める身体的拘束を実施した日数の割合が3%以下（届出から1年間は5%以下）であること。
- ・ 身体的拘束を原則として行わない方針であること、取組の内容、身体的拘束の実施状況（実施割合等）について院内掲示及びウェブサイトに掲載していること。



入院基本料等の通則（身体拘束最小化）

令和8年度診療報酬改定

入院基本料等の通則の見直し

主な見直し3つ

入院診療計画、身体的拘束最小化についての基準の変更

- 入院診療計画の基準について、入院期間が2日以内（短期）であると見込まれる場合等であって、①診療や退院後の治療や生活に支障がないと認められる患者に対して入院診療に関する必要な説明を行った場合は、患者への文書を用いた説明及び交付は行わなくても差し支えないこととする。さらに、医師や患者等の署名は不要（簡素化）とし、説明日及び説明者を診療録に記載することとする。
- ②身体的拘束最小化の基準（の見直し）は、令和6年度改定で新設された部分を「体制に係る基準」と位置づけたうえで、実績や取組に係る基準を新設し、体制のみを満たし実績等を満たさない場合は、入院基本料等を20点減算することとする。

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

- ・身体的拘束を行う場合は実施状況や緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修実施等

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

- いずれかを満たすこと
- ・身体的拘束の実施割合が1割5分以下
- ・身体的拘束の最小化に向けて、委員会や職員向け研修の開催、巡回等により、解除に向けた具体的な取組を行うこと

○（満たしている）	○（満たしている）	減算なし
○（満たしている）	×	20点減算
×	×	40点減算

入院中の患者への家族等による面会に係る基準の新設

- 正当な理由なく③入院中の患者に対する家族等による面会を妨げないよう、入院基本料等の通則及び入退院支援加算に新たに規定を設ける。

【施設基準】

第五 病院の入院基本料の施設基準等 一 通則

- (10) 入院中の患者への家族等による面会については、感染対策等の正当な理由なく面会を妨げないよう、面会に係る規定を策定する等の配慮をすることが望ましい。

※特定入院料の施設基準等においても同様。

身体的拘束最小化の取組の更なる推進①

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）の充実

- 入院料の通則における身体的拘束最小化の基準に、組織風土を醸成することの重要性や、医療機関が定期的に行う研修において身体的拘束の代替手段や患者の尊厳の保持に関する内容を含むことが望ましいことを追加する。
- また、身体的拘束最小化チームが作成する指針に盛り込むことが望ましいとしていた内容について、必ず含めることとする。（経過措置あり）

現行

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

【施設基準（通知）】

- ・当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。

- ・身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むことが望ましい。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修

改定後

【入院料通則：身体的拘束最小化の基準】

【施設基準（通知）】

- ・患者の尊厳の保持及び療養環境の質の確保の観点から、当該保険医療機関において、患者又は他の患者等の生命又は身体を保護するため緊急やむを得ない場合を除き、身体的拘束を行ってはならないこと。また、こうした組織風土の醸成に努めること。

- ・身体的拘束最小化チームでは、以下の業務を実施すること。
 - ア 身体的拘束の実施状況把握と職員への周知徹底
 - イ 身体的拘束を最小化するための指針の作成（薬物の適正使用等に係る内容を盛り込むこと。）
 - ウ 身体的拘束の最小化に関する定期的な研修（身体的拘束の代替手段に関する内容のほか、患者の尊厳の保持の重要性に関する内容を含むことが望ましい。）

身体的拘束最小化の取組の更なる推進②

すべての病院が対象、経過措置令和9年5月31日

身体的拘束最小化の実績等に係る基準（入院料通則）の新設

- 令和6年度診療報酬改定で新設された入院料の通則における身体的拘束最小化の基準を、身体的拘束最小化の基準のうち「体制に係る基準」と位置づける。
- 身体的拘束最小化の基準として、新たに「実績等に係る基準」を設ける。
- 身体的拘束最小化の基準のうち「実績等に係る基準」のみ満たせない場合（何もしない場合）は、入院料を1日につき20点減算する。

身体的拘束最小化の基準（入院料通則）

身体的拘束最小化の体制に係る基準（R6改定～）

⇒ 基準を満たせない場合は、入院料を40点減算

- ・身体的拘束を行う場合は、その態様及び時間、患者の心身の状況並びに緊急やむを得ない理由を記録
- ・身体的拘束最小化チームの設置
- ・チームによる身体的拘束の実施状況把握、指針の作成、定期的な研修の実施 等



身体的拘束最小化の実績等に係る基準（R8改定で新設）

⇒ 実績等に係る基準だけを満たせない場合は、40点の減算ではなく、入院料を20点減算する

以下のいずれかを満たすこと。

- ア 身体的拘束の実施割合が集計されており、1割5分以下（15%以下）であること。
- イ 身体的拘束の原則廃止に向けて、以下の全ての取組を継続して行っていること。（15%以上の場合）
 - （イ）委員会を3か月に1回以上開催し、身体的拘束の実施状況を踏まえて最小化に向けた具体的な取組を検討する。
 - （ロ）身体的拘束が行われている病棟では、以下のいずれかにより、解除や代替策の導入に向けた具体的な検討を行う。
 - ① 身体的拘束最小化チームによる巡回を行い、チームの職員と病棟の職員が協働して検討
 - ② 病棟内の複数人の職員が協働して検討
 - （ハ）入院患者に関わる職員を対象として、身体的拘束最小化に関する研修（拘束の代替策等を含む）を年に2回以上実施する。

※精神病床においては、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律の規定に基づいて取り扱う場合は基準を満たしているものとみなす。

その他 (救急外来医学管理料、短期滞在手術等基本料3)

令和8年度診療報酬改定 Ⅲ－5－1 救急医療の充実－②

救急外来医療に係る評価の再編①

救急外来医学管理料の新設

➤ 救急医療機関における、夜間休日を含めた医師・看護師等の配置、検査・処方等が可能な体制の構築、地域の救急医療に関する取組等の現状を踏まえ、夜間休日救急搬送医学管理料を見直し、救急診療の実施にあたり十分な人員配置及び設備等を備え、救急外来医療を24時間提供できる体制を有する保険医療機関による救急外来診療に係る評価を新設する。

(新) 救急外来医学管理料

1	救急搬送医学管理料	
イ	救急搬送医学管理料 1	800点
ロ	救急搬送医学管理料 2	600点
ハ	救急搬送医学管理料 3	200点

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

2	夜間休日救急医学管理料	
イ	夜間休日救急医学管理料 1	600点
ロ	夜間休日救急医学管理料 2	400点
ハ	夜間休日救急医学管理料 3	50点

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、当該保険医療機関が表示する診療時間以外の時間、休日又は深夜において救急外来を受診した患者（救急用の自動車等により緊急に搬送された患者を除く。ウオークイン）に対して必要な医学管理を行った場合に、当該基準に係る区分に従い、それぞれ算定する。

(新) 救急外来緊急検査対応加算

イ	救急外来緊急検査対応加算 1	300点
ロ	救急外来緊急検査対応加算 2	200点

〔算定要件〕

施設基準を満たす保険医療機関において、診療に基づき検査、画像診断、処置又は注射を実施する必要性を認め、出血・凝固検査、血液化学検査、免疫血液学的検査、細菌培養同定検査、コンピュータ断層撮影（ＣＴ撮影）、磁気共鳴コンピュータ断層撮影（ＭＲＩ撮影）、第6部第1節第1款注射実施科（皮内、皮下及び筋肉内注射並びに静脈内注射を除く。）又は第9部第1節処置科（留置カテーテル設置、消炎鎮痛等処置及び腰部又は胸部固定帯固定を除く。）を算定する場合は、当該基準に係る区分に従い、所定点数に加算する。



(新) 時間外救急搬送加算

イ	土曜、日曜、祝日の夜間	300点
ロ	土曜、日曜、祝日以外の日の夜間	250点
ハ	土曜、日曜、祝日の夜間以外の時間	200点

〔算定要件〕

救急搬送医学管理料について、土曜日、日曜日若しくは祝日又は夜間において、救急用の自動車等により緊急に搬送された患者に対して必要な医学管理を行った場合には、当該患者が受診した時間の区分に従い、所定点数に加算する。

精神科疾患患者等受入加算 400点

〔算定要件〕

急性薬毒物中毒（アルコール中毒を除く。）と診断された患者又は過去6月以内に精神科受診の既往がある患者に対して必要な医学管理を行った場合に所定点数に加算する。

救急患者連携搬送料の見直し

救急患者連携搬送料の見直し

- 高次の救急医療機関と他の医療機関との連携を強化し、救急患者の適切な転院搬送の実施及び受入を更に推進する等の観点から、救急患者連携搬送料の要件及び評価を見直す。
- 救急外来での初期診療後に連携する他の医療機関で入院医療を提供することが適当と判断された救急患者について、入院前に搬送を行う場合の評価を引き上げるとともに、自院等の救急自動車以外を活用して搬送する場合についても評価の対象とする。

現行	改定後
【救急患者連携搬送料】	【救急患者連携搬送料】
(新設)	1. 救急患者連携搬送料1
1. 入院中の患者以外の患者の場合 1,800点	イ. 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合 2,400点
2. 入院初日の患者の場合 1,200点	(1) 入院中の患者以外の患者の場合 1,200点
3. 入院2日目の患者の場合 800点	(2) 入院初日の患者の場合 1,200点
4. 入院3日目の患者の場合 600点	(3) 入院2日目の患者の場合 800点
	(4) 入院3日目の患者の場合 600点
	ロ. その他の場合
	(1) 入院中の患者以外の患者の場合 1,000点
	(2) 入院初日の患者の場合 500点
	(3) 入院2日目の患者の場合 350点
	(4) 入院3日目の患者の場合 200点

- 搬送先医療機関においても連携体制の確保や患者の受入れを更に推進する観点から、搬送先医療機関において入院医療を行うことについての評価を新設する。

(新) 2. 救急患者連携搬送料2

イ. 医師、看護師又は救急救命士が同乗して搬送する場合	800点
ロ. その他の場合	200点

【算定要件】

- 2のイについては、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料1の口を算定した患者に対して、自院の医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、自院へ搬送を行い、入院させた場合に、入院初日に限り算定する。この場合において、救急搬送診療料及び2のロについては別に算定できない。
- 2のロについては、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、他の保険医療機関で救急患者連携搬送料1のイ又はロを算定した患者を入院させた場合に、入院初日に限り算定する。

【施設基準】

- 特定機能病院、救命救急センターを有している保険医療機関及び急性期総合体制加算の届出を行っている保険医療機関のいずれにも該当しない保険医療機関であること。
- 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。

- 搬送先医療機関への搬送時間が長期間となる場合においても円滑な転院搬送を推進する観点から、医師、看護師又は救急救命士が同乗して長時間（30分超）搬送を行う場合の評価を新設する。

(新) 長時間加算	700点
-----------	------

短期滞在手術等基本料3の見直し

短期滞在手術等基本料3の見直し

- DPC対象病院であっても短期滞在手術等基本料3を算定するよう、要件を見直す。

区分	現行	改定後
DPC対象病院	DPC病床 非DPC病床	DPC算定 出来高算定
出来高算定病院		短期滞在手術等基本料3

- 対象手術等を追加するとともに、実態を踏まえ、物件費の高騰及び賃上げへの措置も考慮し、評価を見直す。

現行	改定後
【対象手術の追加・評価の見直しの例】	【対象手術の追加・評価の見直しの例】
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） 17,457点	K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの（片側） 18,001点
(新設)	K 8 7 2－3 子宮鏡下有基粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの 16,876点

- 外来での実施率が特に高い手術等について、評価を見直すとともに、これらを外来で一定程度実施している医療機関において、医学的に入院での手術等が特に必要な患者に対して、入院でこれらの手術等を実施した場合の評価を行う。

(新) 入院手術対応加算 (K721内視鏡的太陽ポリープ・粘膜切除術 1 長さ2センチメートル未満) 366点 ※手術毎に異なる加算を設定

【施設基準】（概要）

- 当該保険医療機関における、対象手術の外来実施率を、対象手術毎の全病院における外来実施率に、当該保険医療機関の対象手術毎の患者構成割合を乗じたものの総和で除した値が、1.3以上であること。

計算の例

	症例数	外来実施件数	当該病院での 外来実施率	全病院での 平均的な外来実施率
A手術	100	90	90%	60%
B手術	20	10	50%	80%
計	120	80	67%	

$$\begin{aligned} & \text{当該医療機関の外来実施率} \left\{ \begin{array}{l} \frac{90+10}{100+20} \\ \frac{100 \times 60\% + 20 \times 80\%}{100+20} \approx 1.32 \end{array} \right. \\ & \text{想定される外来実施率} \end{aligned}$$

（参考）短期滞在手術等基本料の対象手術等

短期滞在手術等基本料3の対象手術等	
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 イ 安全精度管理下で行うもの	K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 2 長径5センチメートル以上
D 2 3 7 終夜睡眠ポリグラフィー 3 1及び2以外の場合 □ 保険医療機関内で又は訪問して実施するもの	K 6 1 6-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 1 初回（透析シヤント閉塞又は高度狭窄の場合）
D 2 3 7-2 反復睡眠潜時試験（MSLT）	K 6 1 6-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 1 初回（その他の場合）
D 2 8 7 内分泌負荷試験 1 下垂体前葉負荷試験 イ 成長ホルモン（GH）（一連として）	K 6 1 6-4 経皮的シヤント拡張術・血栓除去術 2 1の実施後3月以内に実施する場合
D 2 9 1-2 小児食物アレルギー負荷検査	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 1 抜去切除術
D 4 1 3 前立腺針生検法 2 その他のもの	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 2 硬化療法（一連として）
K 0 0 7-2 経皮的放射線治療用金属マーカー留置術	K 6 1 7 下肢静脈瘤手術 3 高位結紮術
K 0 3 0 四肢・躯幹部腫瘍摘出術 7 手軟部腫瘍摘出術	K 6 1 7-2 大伏在静脈抜去術
K 0 4 6 骨折観血の手術 6 手舟状骨骨折観血の手術	K 6 1 7-4 下肢静脈瘤血管内焼灼術
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 6 前腕骨内異物除去術	K 6 1 7-6 下肢静脈瘤血管内塞栓術
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 8 鎖骨骨内異物除去術	K 6 3 3 ヘルニア手術 5 鼠径ヘルニア
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 10 手根骨骨内異物除去術	K 6 3 4 腹腔鏡下鼠径ヘルニア手術（両側）
K 0 4 8 骨内異物（挿入物を含む。）除去術 11 中手骨骨内異物除去術	K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 1 長径2センチメートル未満
K 0 7 0 ガングリオン摘出術 1 手部ガングリオン摘出術	K 7 2 1 内視鏡的大腸ポリープ・粘膜切除術 2 長径2センチメートル以上
K 0 9 3-2 手根管開放手術（内視鏡下）	K 7 4 3 痔核手術（脱肛を含む。） 2 硬化療法（四段階注射法によるもの）
K 1 9 6-2 胸腔鏡下交感神経節切除術（両側）	K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門ポリープ切除術に限る。）
K 2 0 2 涙管チューブ挿入術 1 涙道内視鏡を用いるもの	K 7 4 7 肛門良性腫瘍、肛門ポリープ、肛門尖圭コンジローム切除術（肛門尖圭コンジローム切除術に限る。）
K 2 1 7 眼瞼（内反症）手術 2 皮膚切開法	K 7 6 8 体外衝撃波腎・尿管結石破砕術（一連につき）
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 1 眼瞼挙筋前転法	K 8 2 3-6 尿失禁手術（ボツリヌス毒素によるもの）
K 2 1 9 眼瞼下垂症手術 3 その他のもの	K 8 3 4-3 顕微鏡下精索静脈瘤手術
K 2 2 4 翼状片手術（弁の移植を要するもの）	K 8 6 7 子宮頸部（腔部）切除術
K 2 4 2 斜視手術 2 後転法	K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 1 電解質溶液利用のもの
K 2 4 2 斜視手術 3 前転法及び後転法の併施	K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 2 組織切除回収システム利用によるもの
K 2 5 4 治療的角膜切除術 1 エキシマレーザーによるもの（角膜ジストロフィー又は帯状角膜変性に係るものに限る。）	K 8 7 2-3 子宮鏡下有茎粘膜下筋腫切出術、子宮内膜ポリープ切除術 3 その他のもの
K 2 6 8 緑内障手術 6 水晶体再建術併用眼内ドレーン挿入術	K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 1 電解質溶液利用のもの
K 2 8 2 水晶体再建術 1 眼内レンズを挿入する場合 □ その他のもの	K 8 7 3 子宮鏡下子宮筋腫摘出術 2 その他のもの
K 2 8 2 水晶体再建術 2 眼内レンズを挿入しない場合	K 8 9 0-3 腹腔鏡下卵管形成術
K 3 1 8 鼓膜形成手術	M 0 0 1-2 ガンマナイフによる定位放射線治療
K 3 3 3 鼻骨骨折整復固定術	
K 3 8 9 喉頭・声帯ポリープ切除術 2 直達喉頭鏡又はファイバースコープによるもの	
K 4 7 4 乳腺腫瘍摘出術 1 長径5センチメートル未満	

処方・投薬関連

処方箋料の見直し

処方箋料の見直し

- 後発医薬品の置き換えの進展等を踏まえ、一般名処方加算の評価を見直す。

現行	改定後
【処方箋料】 注1～5 (略) 6 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、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算 1 10点 ロ 一般名処方加算 2 8点 7・8 (略)	【処方箋料】 注1～5 (略) 6 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、薬剤の一般的名称を記載する処方箋を交付した場合は、当該処方箋の内容に応じ、次に掲げる点数を処方箋の交付1回につきそれぞれ所定点数に加算する。 イ 一般名処方加算 1 8点 ロ 一般名処方加算 2 6点 7・8 (略)

もう一般的となった
という理由で減点

- バイオ後続品の使用促進の観点から、一般名処方加算について、バイオ後続品のあるバイオ医薬品の一般名処方を行う場合も評価の対象とする。
- 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは原則として認められていないが、緊急やむを得ずこのような投薬を行った場合の取扱いについて、明確化する。

現行	改定後
【処方箋料】 【算定要件】 (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。 また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。	【処方箋料】 【算定要件】 (9) 同一の患者に対して、同一診療日に、一部の薬剤を院内において投薬し、他の薬剤を院外処方箋により投薬することは、原則として認められない。 <u>ただし、緊急やむを得ない事象が生じ、このような方法による投薬を行った場合は、「F0000」調剤及び「F1000」処方料は算定せず、院内投薬に係る「F2000」薬剤及び処方箋料を算定し、当該診療報酬明細書の「摘要欄」に、その日付並びに理由を記載すること。ここでいう「緊急やむを得ない事象」とは、常時院外処方箋による投薬を行っている患者に対して、患者の症状等から緊急に投薬の必要性を認めて随時的に院内投薬を行った場合又は常時院内投薬を行っている患者に対して、当該保険医療機関で常用していない薬剤を緊急かつ随時的に院外処方箋により投薬した場合をいう。</u> また、注射器、注射針又はその両者のみを処方箋により投与することは認められない。

長期処方・リフィル処方に関する院内掲示について①

〔院内掲示が求められる項目について〕

○長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることについて、

院内掲示が求められる項目は以下の項目が追加となった。

○特定疾患療養管理料 ○皮膚科特定疾患指導管理料 ○婦人科特定疾患治療管理料 ○耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

○二次性骨折予防継続管理料 ○小児科外来診療料

(※ 地域包括診療加算・診療料、認知症地域包括診療加算・診療料、生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)については、令和6年度改定で実施済み)

改定前

地域包括診療加算・診療料

※認知症地域包括診療加算・診療料

生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)

※認知症地域包括診療加算・診療料は
地域包括診療加算・診療料へ統合

改定後(赤線部分が追加)

地域包括診療加算・診療料

生活習慣病管理料(Ⅰ)(Ⅱ)

特定疾患療養管理料

皮膚科特定疾患指導管理料

婦人科特定疾患治療管理料

耳鼻咽喉科特定疾患指導管理料

二次性骨折予防継続管理料

小児科外来診療料

長期処方・リフィル処方に関する院内掲示について②

○長期処方やリフィル処方箋による処方に対応可能であることの院内掲示の例

日本医師会メンバーズルームに掲載

(https://www.med.or.jp/japanese/members/iryo/r06kaitei/03-2innaikeiji_nitii.pptx)

投薬についての当院からのお知らせ

当院では、患者さんの状態に応じ、

- ・28日以上長期処方を行うこと
- ・リフィル処方せんを発行すること

のいずれも対応可能です。



※ なお、長期処方やリフィル処方せんの交付が対応可能かは、患者さんの病状に応じて、担当医が判断いたします。

【参考】保険医療機関及び保険医療費負担規則（厚生労働省令）

第20条第2号 投薬

ハ 投薬量は、予見することができる必要期間に従ったものでなければならない。この場合において、厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬については当該厚生労働大臣が定める内服薬及び外用薬ごとに1回14日分、30日分又は90日分を限度とする。

医院

処方箋様式の見直し

【処方箋様式見直し項目①】

①リフィル処方箋の定義を記載

※リフィル処方箋とは、症状が安定している患者に発行し最大3回まで反復利用できる処方箋

【処方箋様式見直し項目②】

②保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応の欄について、「調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供する」ことも保険医療機関が指示できるよう見直し。

保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応
(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)

- ☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤
- ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供

【薬局における減量についての補足】

○医師が残薬対応について処方箋にチェックした場合に薬局で減量できるのは、内服であれば日数、外用薬であれば量や枚数を減らすのみ。

○1回あたりの数量、1日あたりの回数は減らせない。

○医薬品の品目そのものを減らすことはできない。

公費負担者番号		保険者番号	
公費負担医療の受給者番号		被保険者資格に係る記号・番号	
氏名		保険医療機関の所在県及び名称	
生年月日	性別	電話番号	保険医氏名
区分	被保険者	都道府県番号	点数表番号
交付年月日	令和 年 月 日	処方箋の使用期間	令和 年 月 日
変更不可	患者希望	処方箋について、医療上の必要性があるため、後述医薬品（ジェネリック医薬品）への変更を指示し変更を判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医希望」欄に署名又は記号・押印すること。また、患者の希望を踏まえ、先発医薬品を処方した場合については、「患者希望」欄に「レ」又は「×」を記載すること。	
処方	リフィル可 ☐	①	
調剤	②	②	
保険医療機関が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。)			
☐ 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 ☐ 調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供			
調剤実施回数(調剤回数に応じて、口)に「レ」又は「×」を記載するとともに、調剤日及び次回調剤予定日を記載すること。)			
次回調剤予定日(年 月 日)		次回調剤予定日(年 月 日)	
調剤済年月日		公費負担者番号	
医薬品の所在地及び必要保険医氏名		公費負担医療の受給者番号	

選定療養 (長期収載品、予約に基づく診察のキャンセル料の徴収)

令和8年度診療報酬改定

長期収載品の選定療養

- 長期収載品の選定療養について、後発医薬品の供給状況や患者負担の変化にも配慮しつつ、創薬イノベーションの推進や後発医薬品の更なる使用促進に向けて、患者負担の見直しを行う。

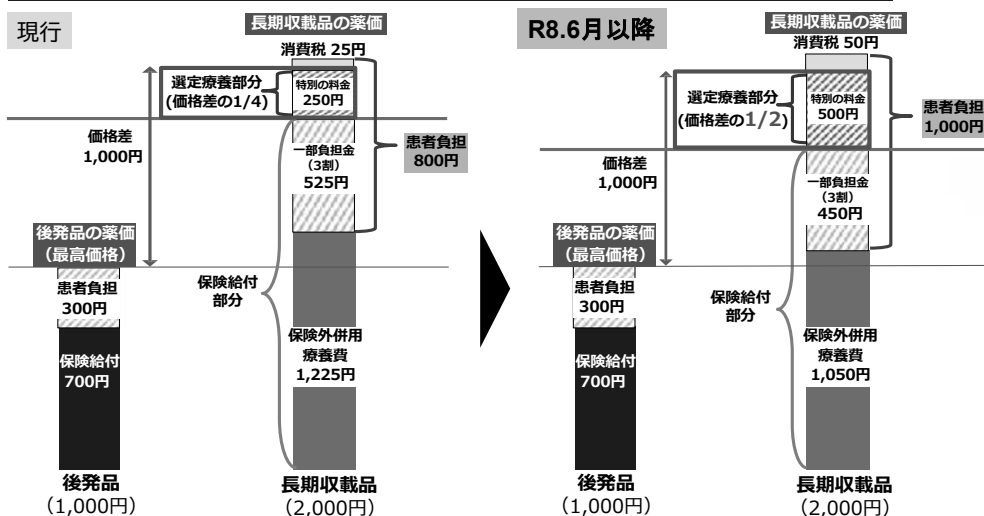
現行	改定後
【長期収載品の選定療養の患者負担額】 後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に 四分の一 を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額	【長期収載品の選定療養の患者負担額】 後発医薬品のある先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に 二分の一 を乗じて得た価格を用いて診療報酬の算定方法の例により算定した点数に十円を乗じて得た額

- 時間外の選定療養について、医療機関のみであったところを薬局についても追加する。

現行	改定後
【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】 3 保険医療機関が表示する診療時間以外における診療	【厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養及び選定療養】 3 保険医療機関又は保険薬局が表示する診療時間又は開店時間以外の時間における診察等

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養について

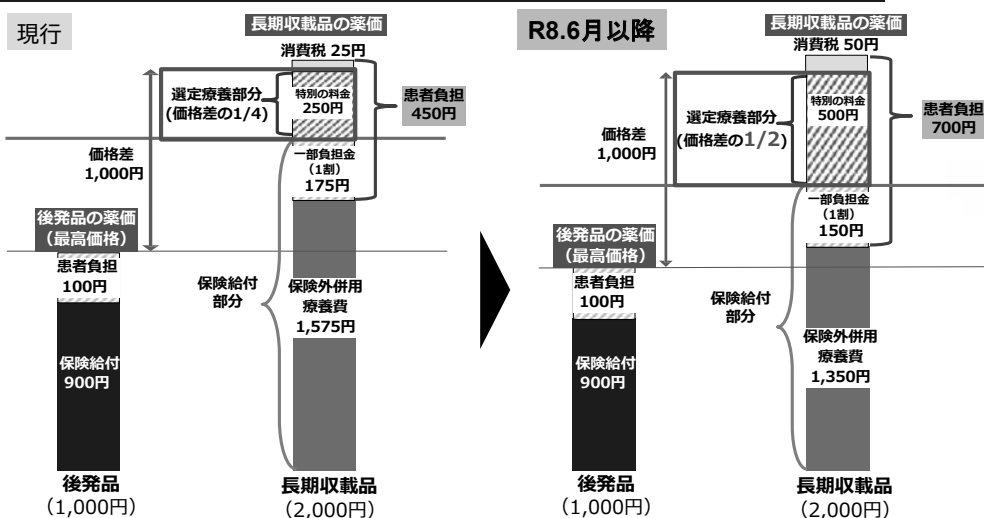
例：3割負担の場合（例：長期収載品と後発医薬品の価格差が1,000円の場合）



令和8年6月以降は患者から徴収する選定療養部分（特別の料金）が長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1の金額となり、患者負担額が増加する。

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養について

例：1割負担の場合（例：長期収載品と後発医薬品の価格差が1,000円の場合）



令和8年6月以降は患者から徴収する選定療養部分（特別の料金）が長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1の金額となり、患者負担額が増加する。

予約に基づく診察のキャンセル料の徴収

令和8年6月1日より、療養の給付と直接関係ないサービスとして「予約に基づく診察の患者都合によるキャンセル料」が追加された。

→**選定療養の「予約に基づく診察」**において、
診察日の直前に患者都合で予約がキャンセルされた場合に
限って費用徴収が可能。



全ての予約患者からキャンセル料の徴収が可能ではない

※自由診療(健康診断や予防接種 等)に関するものは、選定療養に該当しないため、医療機関の任意で徴収が可能

選定療養とは…

保険診療との併用が認められている保険外併用療養のうち、将来的な保険導入を前提としないもので、患者の選択により特別の料金の徴収が認められているもの。



予約に基づく診察のキャンセル料の徴収

★実施するには、事前に「**予約に基づく診察の実施(変更)報告書**」(別紙様式3)を関東信越厚生局東京事務所に届出する必要あり。

★実施にあたっては、対応すべき義務や複数の留意事項があるため注意が必要。

例) 予約時の患者説明及び同意取得、院内・ウェブサイトへ料金体系の掲示、
外来診療時間の約2割は以上は予約料なし患者を受け入れる 等

書式などは、関東信越厚生局の
ホームページからダウンロード可能

【関東信越厚生局】
保険外併用療養費の報告



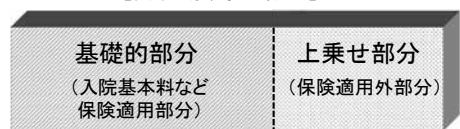

保険外併用療養費制度について

平成18年の法改正により創設
(特定療養費制度から範囲拡大)

○ 保険診療との併用が認められている療養

- ① 評価療養
 - ② 患者申出療養
 - ③ 選定療養
- } **保険導入のための評価を行うもの**
- **保険導入を前提としないもの**

保険外併用療養費の仕組み [評価療養の場合]



↑
保険外併用療養費として
医療保険で給付

↑
患者から料金徴収可
(自由料金)

※ 保険外併用療養費においては、患者から
料金徴収する際の要件(料金の揭示等)を
明確に定めている。

○ 評価療養

- ・ 先進医療(先進A:28技術、先進B:53技術 令和5年6月時点)
- ・ 医薬品、医療機器、再生医療等製品の治験に係る診療
- ・ 薬事法承認後で保険収載前の医薬品、医療機器、
再生医療等製品の使用
- ・ 薬価基準収載医薬品の適応外使用
(用法・用量・効能・効果の一部変更の承認申請がなされたもの)
- ・ 保険適用医療機器、再生医療等製品の適応外使用
(使用目的・効能・効果等の一部変更の承認申請がなされたもの)

○ 患者申出療養

○ 選定療養

- ・ 特別の療養環境(差額ベッド)
- ・ 歯科の金合金等
- ・ 金属床総義歯
- ・ 予約診療
- ・ 時間外診療
- ・ 大病院の初診
- ・ 大病院の再診
- ・ 小児う蝕の指導管理
- ・ 180日以上入院
- ・ 制限回数を超える医療行為
- ・ 水晶体再建に使用する多焦点眼内レンズ

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. ② 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

【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。)

1

【2】医療券等適用にあたっての注意事項

(1) ①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

【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。)

9

①公費併用レセプト記載上の注意事項(その1)

- ・ 難病・小児慢性特定疾病・特定疾患の医療受給者証等の、保険者番号および高額療養費の適用区分の記載を、順次、「*(アスタリスク)」表記に変更しています。医療受給者証等に適用区分が記載されていても正しい情報とは限りませんので、窓口で適用区分を確認するようお願いします。

詳細については、東京都ホームページをご覧ください。

「【医療機関向けチラシ】所得照会廃止に関するお知らせ」

<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/2026-02-06-181325-568>

2

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^都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^都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^都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

(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「適用区分」について

- 会計時にオンライン 資格確認等システム等により確認した適用区分を、証明欄の太枠部に記入するようお願いします。

◆記入例

診療 調剤	年月	保険種別	負担区分	① 高経歴医療 制度の適用 区分を記載 (金銭的に オンライン 等で確認し た場合)	② 入院 外来 別 調剤	③ 受診日数	④ 左記の うち 有効期 間内で、 かつ公 費対象 の日数	⑤ 1か月分の保険 総点数 (訪問看護ス テーションの場 合は総金額)	⑥ 左記のうち有効期 間内で、かつ公費 対象の保険点数 (訪問看護ステー ションの場合は金 額)	⑦ 窓口での患者負 担額(注)
1 月途中から有効 期間開始の場合	6年11月	現Ⅲ(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	ウ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	5日	3日	5,583,310 点(円)	21,789 点(円)	174,930 円
2 限度額認定の提 示があった場合	6年11月	現Ⅲ(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	エ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	5日	3日	58,310 点(円)	21,789 点(円)	57,600 円
3 70歳以上の方 (入院)	7年1月	現Ⅲ(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	Ⅰ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	10日	10日	98,010 点(円)	98,010 点(円)	15,000 円
4 70歳以上の方 (外来：薬局)	7年2月	現Ⅲ(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	Ⅱ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	1日	1日	10,250 点(円)	7,370 点(円)	8,000 円
5 訪問看護ステー ションの場合	7年2月	現Ⅲ(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	ウ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	7日	7日	5,280 点(円)	5,280 点(円)	1,580 円

注 「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額(対象疾病以外分も含む)の合計を記入してください。
※食事療養費標準負担額及び生活療養費標準負担額は除きます。

合計
257,110

適用区分について

※次の中から、該当する適用区分を記入してください。

・70歳未満(ア、イ、ウ、エ、オ) ・70歳以上(現Ⅲ、現Ⅱ、現Ⅰ、一般、低Ⅱ、低Ⅰ)

3

【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) > ③都 > ④障・⑤親・⑥乳・⑦子・⑧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. 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

障 親 乳 子 青 医療費助成制度

- 障 心身障害者医療費助成制度(マル障)
- 親 ひとり親家庭等医療費助成制度(マル親)
- 乳 乳幼児医療費助成制度(マル乳)
- 子 義務教育就学児医療費助成制度(マル子)
- 青 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5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)

【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)

（クリーム色）

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）

【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）

有効期間を確認

負担者番号	81136***	81137***
負担割合	1割負担	
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）	一部負担なし

➤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）

【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

乳 児 医 療 証	
負担者番号	8 8 1 3
受給者番号	
乳児氏名	
生年月日	平成・令和 年 月 日生
住所	〒 見本
保護者氏名	
有効期間	令和 8 年 10 月 1 日から 令和 9 年 9 月 30 日まで
交付年月日	令和 年 月 日

(淡い緑色)

■ 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	88132 * * *	88138 * * *
一部負担なし		

有効期間を確認

(法別88)義務教育就学児医療費助成制度(マル子)

【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】

負担者番号	88131 * * *	
診療種別	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)

【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

【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。

負担者番号	89131***	89135*** 89137***
診療種別		
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) 子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。

通院 自己負担ありの受給者証

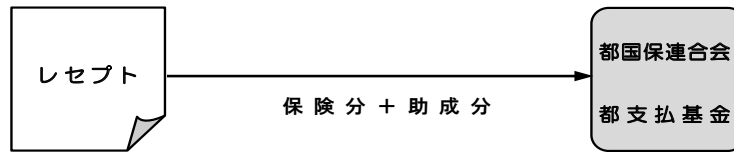
通院負担有(200円)

有効期間を確認

(淡い緑色)

■ 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		考え方
		保険給付	一部負担	助成	一部負担	助成	一部負担	
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	

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

【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・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 1)

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>

1 3 障 心身障害者医療費助成制度			
法 別 番 号	8 0	区 分	心身障害者（児）医療（障）
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 続 手	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 入院及び外来 57,600 円（多数回該当 44,400 円）、外来のみ 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

障 受 給 者 証 部 食	
負担者番号	8 0 1 3 6
受給者番号	
住 所	
氏 名	
生 年 月 日	
有 効 期 間	
上記の者は、心身障害者の医療費の一部を助成する権利により医療費の一部を助成するものであることを証明します。	
東京都知事	
交付年月日	

見本

4. 医療機関での取扱い

(1) 受給資格の確認及び請求

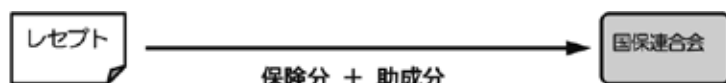
医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「マイナ保険証（又は資格確認書等）」の提示を受け、受給資格を確認する。（両証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いを行わない。）

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医療（※）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）（※）後期高齢者医療は負担者番号 80137...のみ

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。

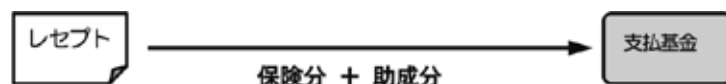


保険給付分と助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

- (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

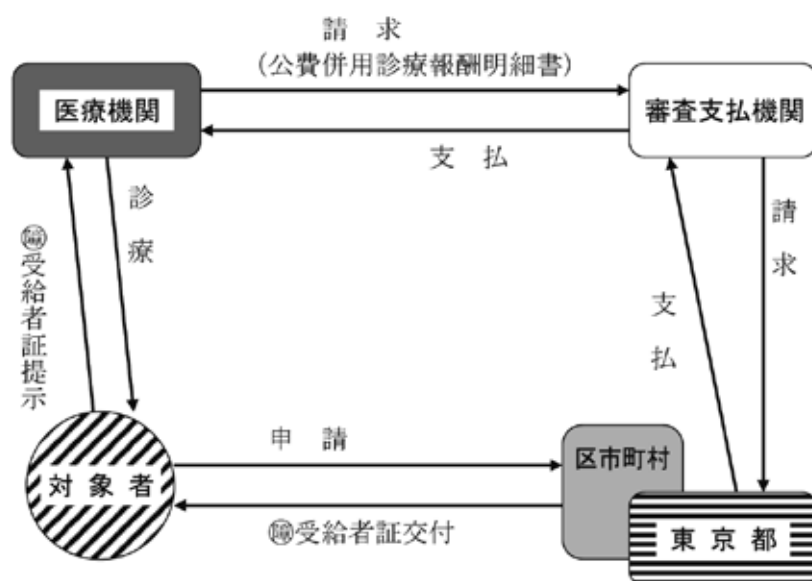
（入院等で、窓口において限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示され、高額療養費を現物給付する場合）

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) 「㊦、㊦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）

1割負担とし、外来のみの場合は、1か月18,000円（※1）（年間上限144,000円※2）を上限とする。入院がある場合は、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。
したがって、医療機関窓口においては、外来のみの場合は18,000円、入院がある場合は57,600円まで徴収する。

(2) 「**食**」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）

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**障**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。

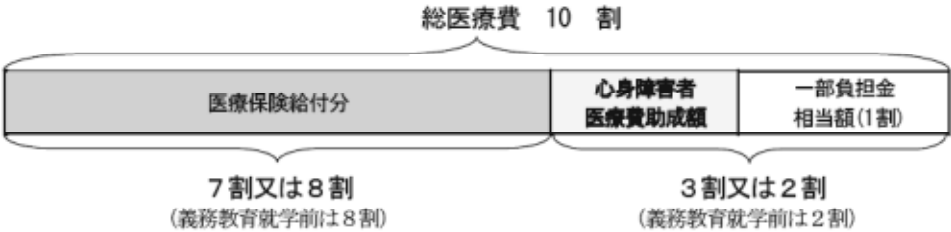
「入院がある場合や他の受給者との合算がある場合」…57,600 円（多数回該当の場合は 44,400 円）を超えた金額を支給する。

7. 助成額

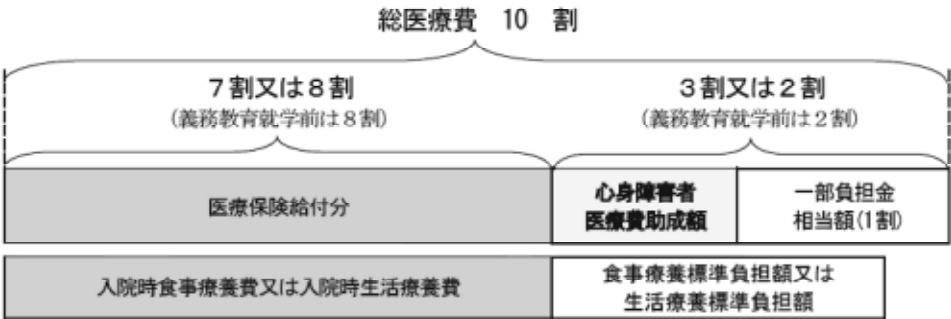
健康保険各法の規定による医療の給付が行われた場合の医療費のうち、対象者が負担する額から④制度の一部負担金を控除した額。入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない。（以下 例1～例9 参照）

例1 住民税課税者（高齢受給者証所持者を除く。）

【入院外】

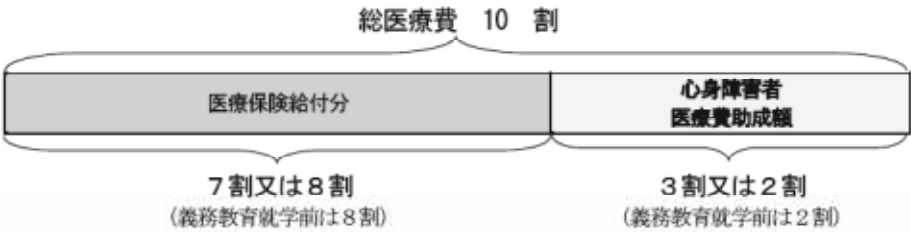


【入院】

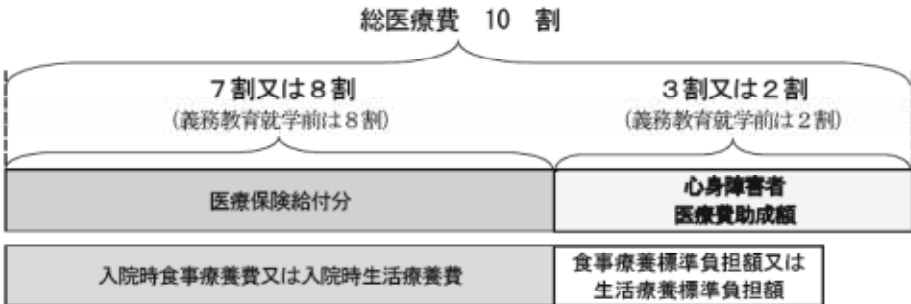


例2 住民税非課税者（高齢受給者証所持者及び後期高齢者医療の被保険者を除く。）

【入院外】

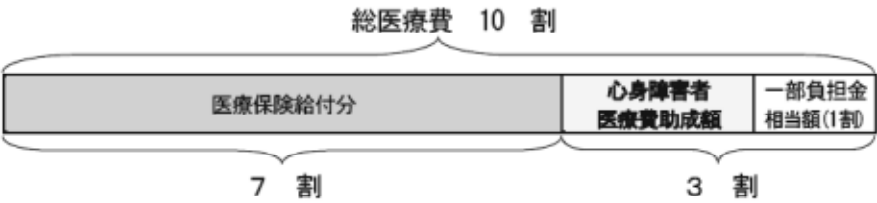


【入院】

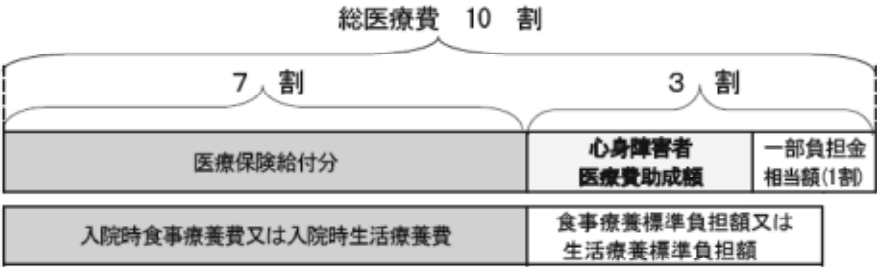


例3 高齢受給者証(現役並み所得者)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税課税者

【入院外】

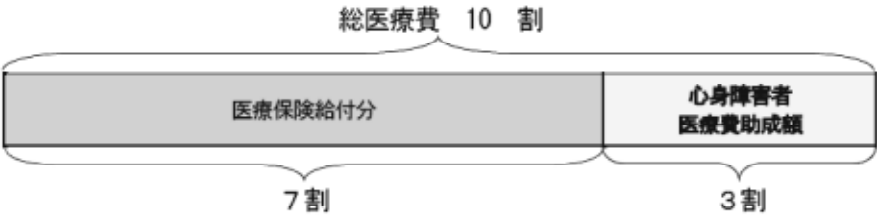


【入院】

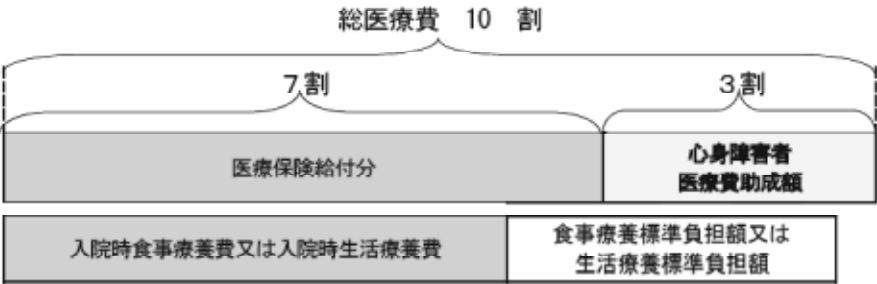


例4 高齢受給者証(現役並み所得者)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税非課税者

【入院外】

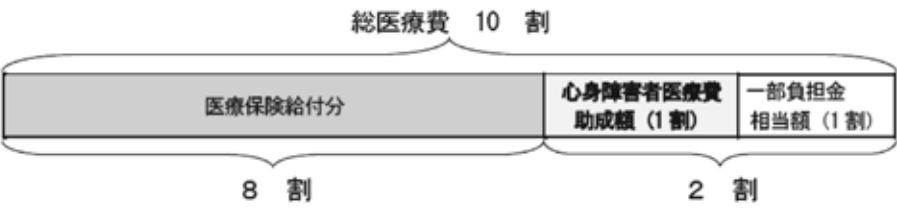


【入院】

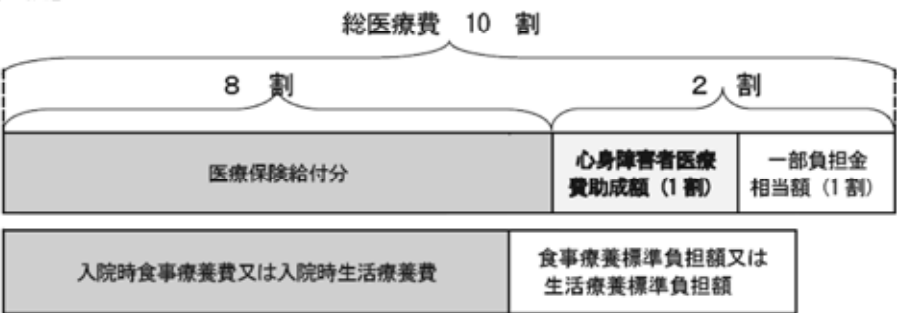


例5 高齢受給者証(現役並み所得者除く)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税課税者

【入院外】

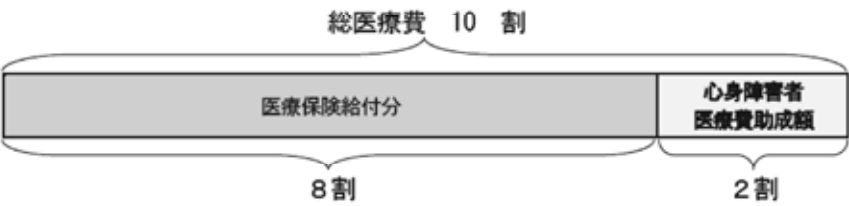


【入院】

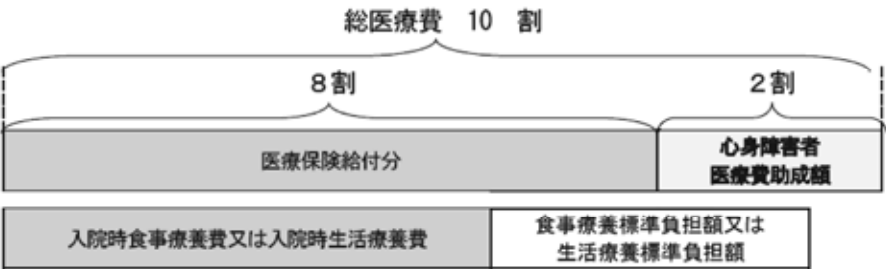


例6 高齢受給者証(現役並み所得除く)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税非課税者

【入院外】

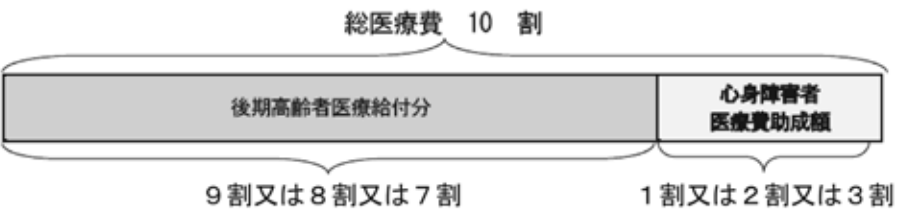


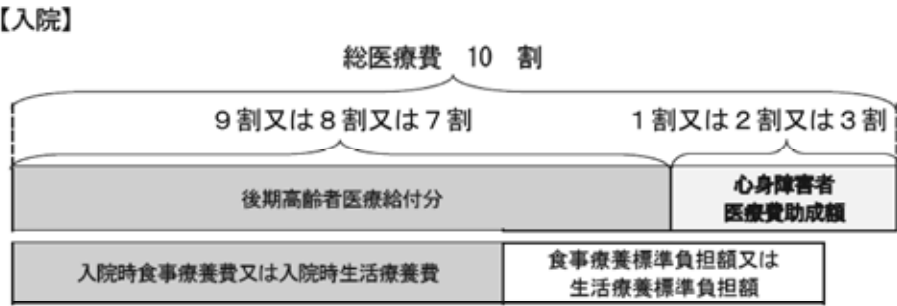
【入院】



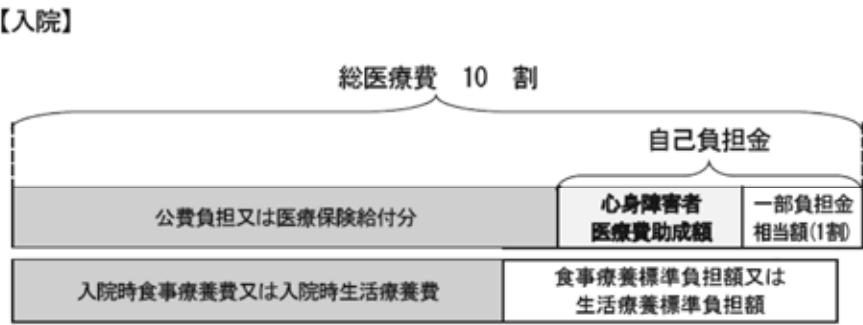
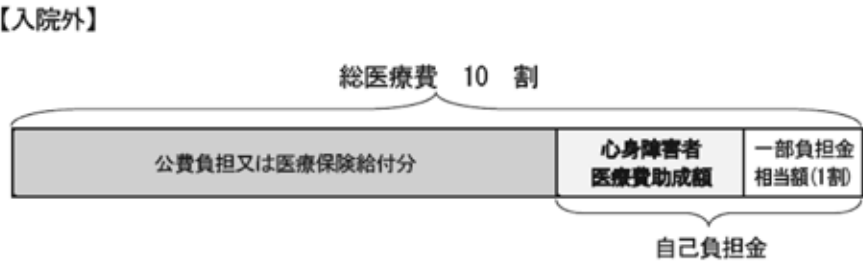
例7 後期高齢者医療の被保険者(住民税非課税者)

【入院外】

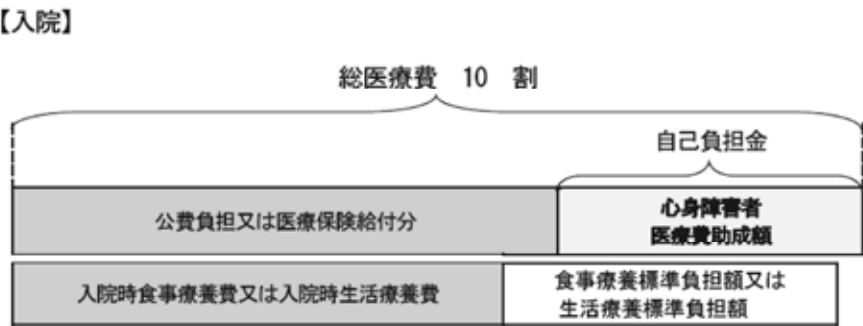
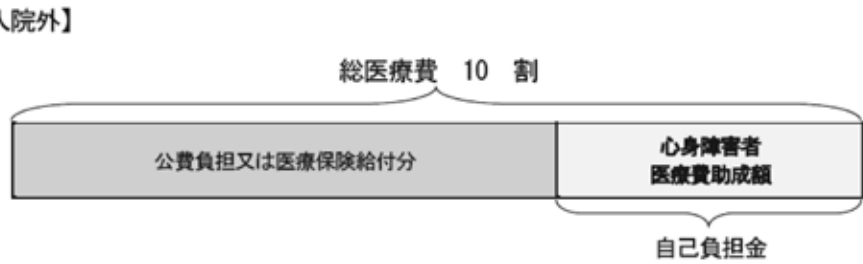




例 8 自己負担金がある公費負担医療適用者の住民税課税者



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



※ 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

障制度は、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障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）＞ 都 ＞ 障「80」、親「81」、乳・子「88」、青「89」
--

※ 障・親・乳・子・青は、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

1 4 ①ひとり親家庭等医療費助成制度			
法 別 番 号	8 1	区 分	ひとり親家庭等医療（①）
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

⑨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「〇月〇日まで有効」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㊦(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。医療機関窓口による取扱いは異なる。

⑧医療証は世帯証であり、個人証の⑨心身障害者医療費助成制度、⑩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。

(添付)		
親 医 療 証 書 食		
姓 名	平	
氏 名		
有効期間	年 月 日	日から
	年 月 日	日まで
交付年月日		

[illegible]

(圖 1) 親 醫 療 証 食			
姓 名		平	
出 生		年 月 日	
		年 月 日	
有 效 期 間		年 月 日	
		年 月 日	
		年 月 日	
保 險 部 門			

[附主]					
受戒者	番号、氏名			備考	
角田重清侍					
安部重清侍					
角田重清侍					
安部重清侍					
角田重清侍					
安部重清侍					

(圖 3)

受給者	番号・氏名						備考
我が国寄附者	8	1	1	3	3	0	
外国寄附者							
我が国寄附者							
外国寄附者							
我が国寄附者							
外国寄附者							
我が国寄附者							
外国寄附者							

[illegible]

受給者	番号、氏名	備考
向紙君番号	8 1 1 3 7	
次郎君番号		
向紙君番号		
次郎君番号		
向紙君番号		
次郎君番号		
向紙君番号		
次郎君番号		

[illegible]

4. 公費負担

(1) 現物給付

対象者は、マイナ保険証（又は資格確認書等）と④医療証を医療機関の窓口で提示する。医療機関の窓口では、患者負担分（④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④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

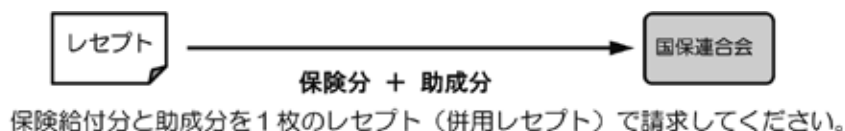
(1) 受給資格の確認

医療機関の窓口で対象者から「④医療証」と「マイナ保険証」（又は資格確認書等）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⑤注意のとおり)

医療機関は、保険分、④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。

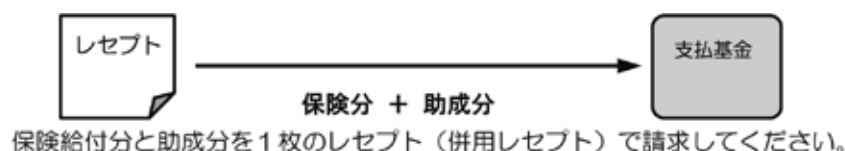


⑤注意 都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）都外後期高齢者医療（他道府県の広域連合）の場合
都外国保・都外後期高齢の場合は併用レセプトでの請求はできません。
この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

(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、④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。



(4) 対象者が、他の公費負担医療制度に該当し、かつ④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、④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）

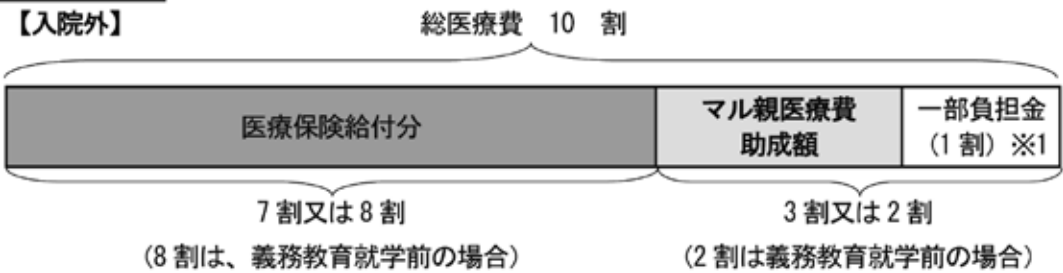
区市町村は、国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額から、**⑧**制度の一部負担金を控除した額を助成する（住民税非課税世帯は、一部負担金はない）。

(1) 「**⑧**」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）

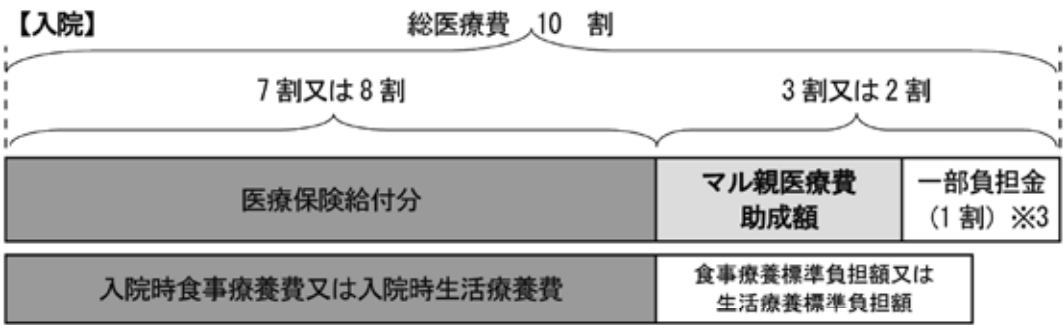
外来は、1割負担とし1か月18,000円（※1）（年間上限144,000円※2）を上限とする。入院は、1か月57,600円（多数回該当 44,400円※3）を上限とする。医療機関の窓口では、医療機関ごとに、レセプト単位で上限額までを徴収する。（一部負担金の合計が月の上限を超える場合、対象者からの申請により、下記（3）の高額医療費として、対象者に支給される）

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、助成対象外となる。

住民税課税世帯



- ※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）

対象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

外来		他の公費一部負担金	
医 療 保 険	他の公費 助 成	都 一部 負担金	親 助成

※ 他の公費負担医療制度の一部負担金 - **都**一部負担金 = **親**で助成
〈患者負担〉

入院		他の公費一部負担金	
医 療 保 険	他の公費 助 成	都 一部 負担金	親 助成
食事療養費又は生活療養費		食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額	
		他の公費で助成又は患者負担	

※ 他の公費負担医療制度の一部負担金 - **都**一部負担金 = **親**で助成
〈患者負担〉

(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

外来		他の公費一部負担金
医 療 保 険	他の公費 助 成	親 助成

※ 他の公費負担医療の一部負担金を**親**で助成

入院		他の公費一部負担金
医 療 保 険	他の公費 助 成	親 助成
食事療養費又は生活療養費		食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
		他の公費で助成又は患者負担

※ 他の公費負担医療の一部負担金を**親**で助成

【公費負担医療の手引より抜粋】

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

2025 年 10 月 1 日現在

区市町村	担当部課・電話番号	⑧ 負担者番号				⑨ 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
中央区	福祉保健部子ども子育て支援課 子育て給付係 03 (3546) 5679	8	1	1	3	6	0	2	0
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
新宿区	子ども家庭部児童育成担当課育成支援係 03 (5273) 4558	8	1	1	3	6	0	4	6
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
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
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) 6376	8	1	1	3	6	0	7	9
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
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
目黒区	子ども若者部子ども若者課育成給付係 03 (5722) 9645	8	1	1	3	6	1	0	3
大田区	こども未来部子育て支援課子育て支援 担当（児童育成）03 (5744) 1274	8	1	1	3	6	1	1	1
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
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
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	1	1	3	6	1	4	5
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
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
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
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
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) 2477	8	1	1	3	6	1	9	4
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
足立区	福祉部親子支援課ひとり親手当・医療係 03 (3880) 5883	8	1	1	3	6	2	1	0
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
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
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
立川市	子ども家庭部子ども政策課手当・医療費給付係 042 (528) 4798	8	1	1	3	6	2	5	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	⑧ ⑨ 負担者番号				⑩ 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
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
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
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
昭島市	子ども家庭部子ども未来課手当医療助成係 042 (544) 4193	8	1	1	3	6	3	0	1
調布市	子ども生活部子ども育成課手当助成係 042 (481) 7093	8	1	1	3	6	3	1	9
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
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
小平市	こ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
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
東村山市	子ども家庭部こども政策課 042 (393) 5111 内 3651	8	1	1	3	6	3	6	8
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 (312) 8652	8	1	1	3	6	3	7	6
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
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
狛江市	子ども家庭部子ども若者政策課助成支援係 03 (3430) 1277	8	1	1	3	6	4	2	6
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
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
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
武蔵村山市	子ども家庭部子ども育成課手当・医療係 042 (565) 1111 内 186	8	1	1	3	6	4	6	7
多摩市	子ども青少年部子ども・若者政策課 手当・医療・相談担当 042 (338) 6851	8	1	1	3	6	4	7	5
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	1	1	3	6	4	8	3
羽村市	子ども家庭部子ども政策課子ども政策係 042 (555) 1111 内 237	8	1	1	3	6	5	0	9
あきる野市	こども家庭部こども政策課手当助成係 042 (518) 7854	8	1	1	3	6	4	9	1
西東京市	子ども若者部子ども若者応援課手当助成係 042 (460) 9840	8	1	1	3	6	3	9	2
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
日の出町	福祉課子育て支援係 042 (588) 4113	8	1	1	3	6	5	2	5
檜原村	福祉けんこう課子育て支援係 042 (598) 3122 内 232	8	1	1	3	6	5	4	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	⑨ ⑩ 負担者番号				⑩ 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	子育て定住推進課子育て推進係 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

1 5 ㊤乳幼児医療費助成制度			
法 別 番 号	8 8	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、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「マルニュー」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「**乳**医療証」の交付を受ける。**乳**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。

（区市町村別の負担者番号はP.168 参照）。

乳 医 療 証									
負担者番号	8	8	1	3					
受給者番号									
乳 幼 児	氏 名								
生年月日	年 月 日 生								
住 所	〒								
保 険 者	氏 名								
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで								
上記の者は、東京都〇〇市（町村）乳幼児医療費の助成に関する条例により医療費の一部を〇〇市（町村）が助成するものであることを証明する。									
東京都〇〇市（町村）長 〇 〇 〇 〇									
交付年月日	年 月 日								

4. 公費負担

(1) 現物給付

対象者は、マイナ保険証（又は資格確認書等）と**乳**医療証を医療機関の窓口に提示する。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**乳**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

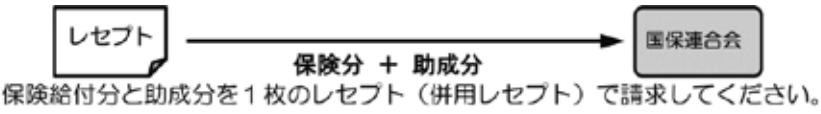
医療機関の窓口で対象者から「**乳**医療証」と「マイナ保険証」（又は資格確認書等）の提示を受け、受給資格を確認する。証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いは行わない。

(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、**乳**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。

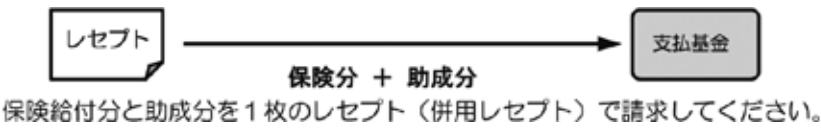
（注）月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。この**乳**制度助成分について、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

国民健康保険の場合



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



- (3) 対象乳幼児が他の公費負担医療等に該当し、かつ④制度の助成がある場合
保険分、④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。

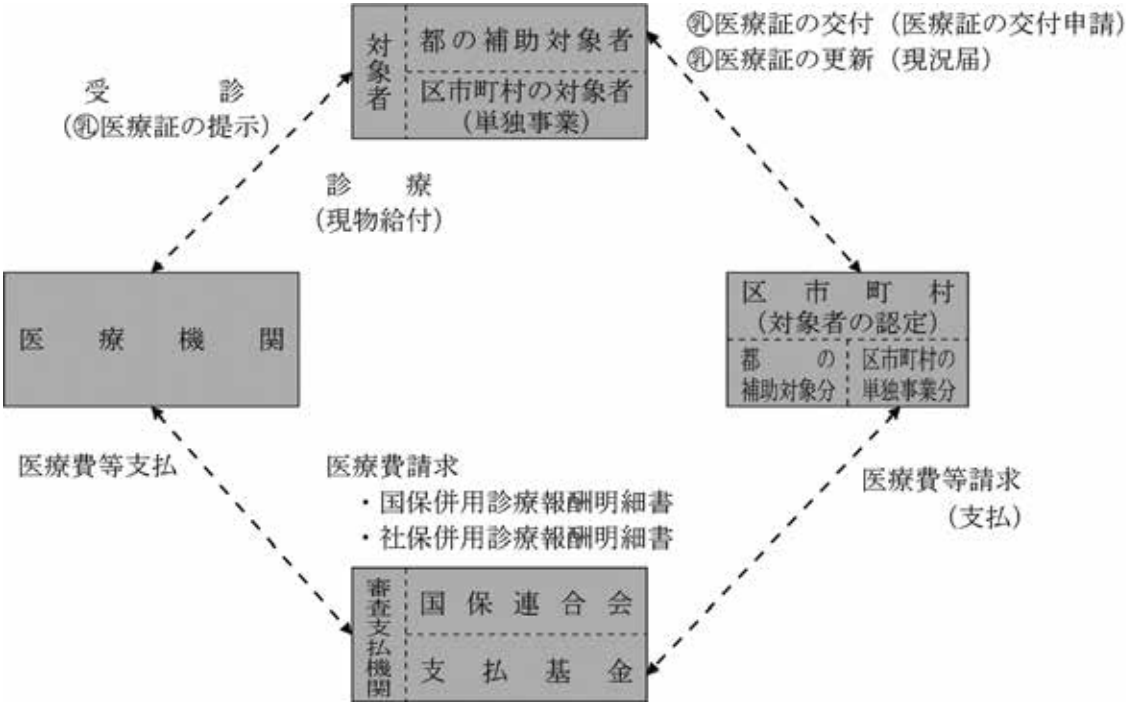
6. 助成額

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	④助成	2割
入院	医療保険	8割	④助成	2割
	食事療養費		食事療養標準負担額 患者負担	1食510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。

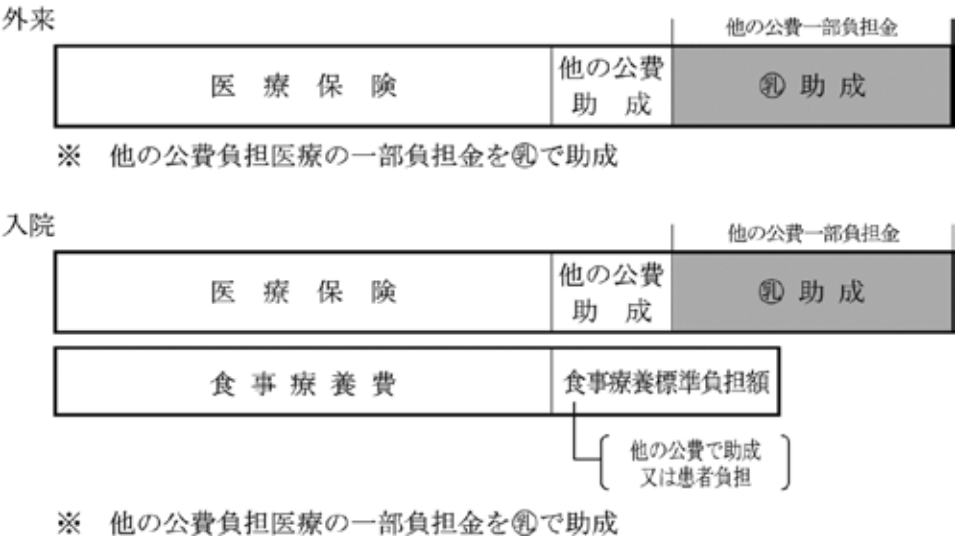
「乳幼児医療費助成制度・医療費助成の請求支払のしくみ」(現物給付分)



7. 他の公費負担医療制度との関係

㉔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、㉔公費負担医療制度と㉔制度の関係も同様に㉔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㉔制度の対象とならない。



8. ㉔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(㉔制度)の対象となる。㉔制度と㉔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)。

【公費負担医療の手引より抜粋】

乳幼児医療費助成制度 区市町村担当課・負担者番号一覧

2025 年 10 月 1 日現在

区市町村	担当部課・電話番号	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
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	福祉保健部子ども子育て支援課子育て給付係 03 (3546) 5679	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	子ども家庭部児童育成担当課子ども医療・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	子ども若者部子ども若者課児童手当・医療証係 03 (5722) 9864	8	8	1	3	2	1	0	5
大田区	こども未来部子育て支援課子育て支援担当 (こども医療) 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) 5623	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) 2477	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
立川市	子ども家庭部子ども政策課手当・医療費給付係 042 (528) 4816	8	8	1	3	8	2	5	0
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

【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							
		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
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
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
昭 島 市	子ども家庭部子ども未来課手当医療助成係 042 (544) 4193	8	8	1	3	8	3	0	0
調 布 市	子ども生活部子ども育成課手当助成係 042 (481) 7093	8	8	1	3	8	3	1	8
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
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
小 平 市	こ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
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
東 村 山 市	子ども家庭部子ども政策課 042 (393) 5111 内 3652	8	8	1	3	8	3	6	7
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 (312) 8652	8	8	1	3	8	3	7	5
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
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
狛 江 市	子ども家庭部子ども若者政策課助成支援係 03 (3430) 1277	8	8	1	3	8	4	2	5
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
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
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
武蔵村山市	子ども家庭部子ども育成課手当・医療係 042 (565) 1111 内 186	8	8	1	3	8	4	6	6
多 摩 市	子ども青少年部子ども・若者政策課 手当・医療・相談担当 042 (338) 6851	8	8	1	3	8	4	7	4
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
羽 村 市	子ども家庭部子ども政策課子ども政策係 042 (555) 1111 内 236	8	8	1	3	8	5	0	8
あきる野市	こども家庭部こども政策課手当助成係 042 (518) 7854	8	8	1	3	8	4	9	0
西 東 京 市	子ども若者部子ども若者応援課手当助成係 042 (460) 9840	8	8	1	3	8	3	9	1
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
日 の 出 町	福祉課子育て支援係 042 (588) 4113	8	8	1	3	8	5	2	4
檜 原 村	福祉けんこう課子育て支援係 042 (598) 3122 内 232	8	8	1	3	8	5	4	0
奥 多 摩 町	子育て定住推進課子育て推進係 0428 (85) 2611	8	8	1	3	8	5	5	7

【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						
		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
利 島 村	住民課 04992 (9) 0013	8	8	1	3	8	5	7
新 島 村	民生課福祉介護係 04992 (5) 0243	8	8	1	3	8	5	8
神 津 島 村	福祉課福祉係 04992 (8) 0011 内 37	8	8	1	3	8	5	9
三 宅 村	福祉健康課福祉係 04994 (5) 0902	8	8	1	3	8	6	0
御 蔵 島 村	総務課民生係 04994 (8) 2121	8	8	1	3	8	6	1
八 丈 町	福祉健康課厚生係 04996 (2) 5570	8	8	1	3	8	6	2
青 ヶ 島 村	総務課 04996 (9) 0111 内 206	8	8	1	3	8	6	3
小 笠 原 村	村民課住民係 04998 (2) 3113	8	8	1	3	8	6	4

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

1 6 ㊦義務教育就学児医療費助成制度			
法 別 番 号	8 8	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、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。 (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)「㊦」と書いて「マルコ」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、6 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「㊦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. 175～参照）。入院については、本人負担はない。

㊦ 医 療 証		通院負担有(200円)	
負担者番号	8 8 1 3		
受給者番号			
児 氏 名			
生年月日	年 月 日生		
住 所 平			
保 護 者 氏 名			
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで		
上記の者は、東京都〇〇市（町村）義務教育就学児童医療費の助成に関する条例により医療費の一部を〇〇市（町村）が助成するものであることを証明する。			
東京都〇〇市（町村）長 ○ ○ ○ ○			
交付年月日	年 月 日		

【公費負担医療の手引より抜粋】

(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。

㊦ 医療証									
負担者番号	8	8	1	3					
受給者番号									
児氏名									
誕生年月日			年	月	日	誕生			
住所	〒								
保 険 者 氏 名									
有効期間	年		月	日	から				
	年		月	日	まで				
上記の者は、東京都〇〇市（町村）義務教育施設児童医療費の助成に関する条例により医療費の一部を〇〇市（町村）が助成するものであることを証明する。 東京都〇〇市（町村）長 〇 〇 〇 〇									
交付年月日	年 月 日								

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			
本人負担「無」	8	8	1	3	5			
	8	8	1	3	7			

※ 本人負担「無」の場合複数の負担者番号があるが、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

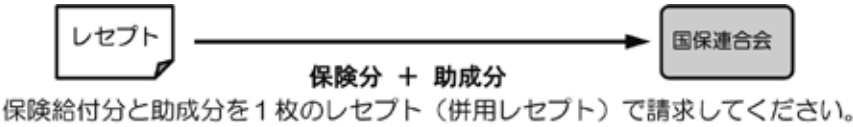
①対象者が、マイナ保険証（又は資格確認書等）と㊦医療証を医療機関の窓口に掲示した場合

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。

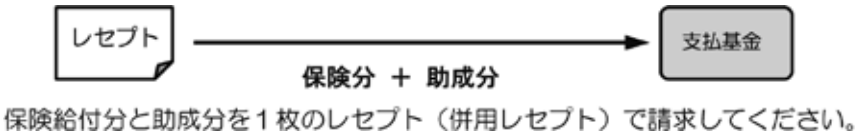
（注）月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。

国民健康保険の場合

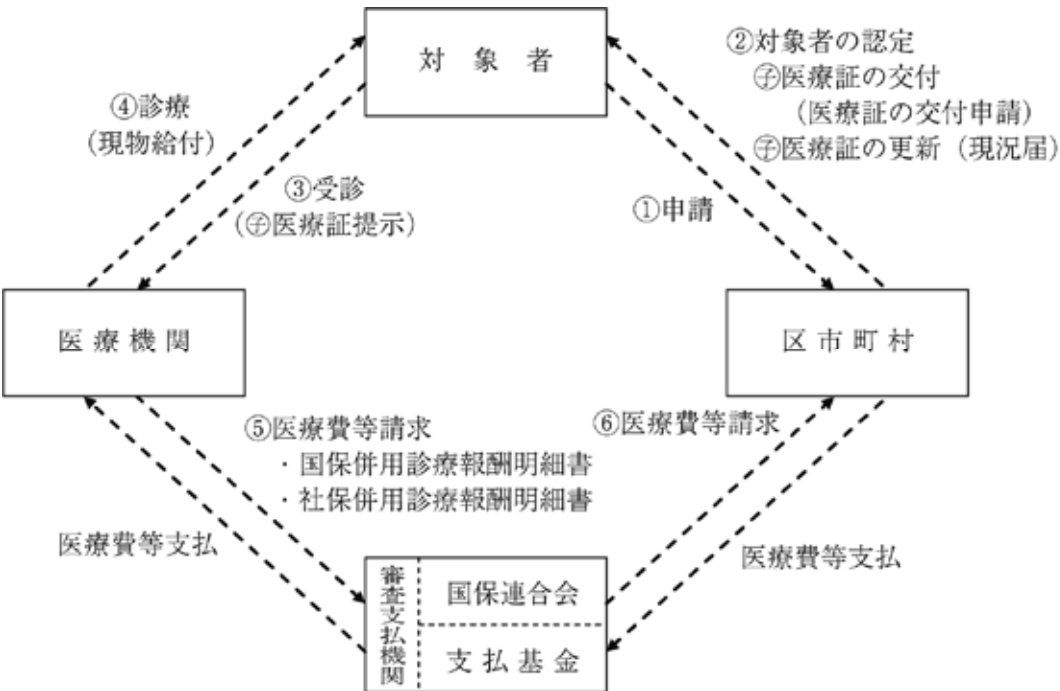


注意 都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）の場合
都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。
この場合は、**窓口では助成制度を適用せず**医療保険の自己負担額を徴収してください。
保険分のみレセプト請求し、助成分は**本人が区市町村から現金償還**を受ける取扱となります。

社会保険の場合



- 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) 対象児童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

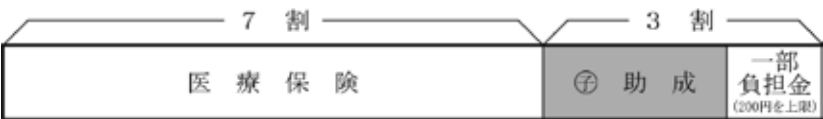
診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

5. 公費負担額・助成額

(1) 通院負担「有」の場合

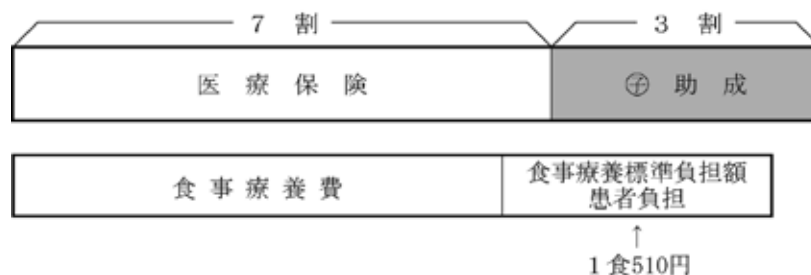
国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、入院については当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成し、通院については㊦制度の一部負担金（市町村により、通院1回につき200円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は助成対象外となる。

外 来



【公費負担医療の手引より抜粋】

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。

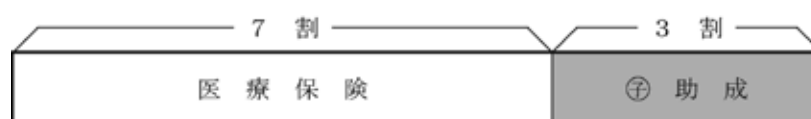
⑥診察と別の日に行う検査のみの場合

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。

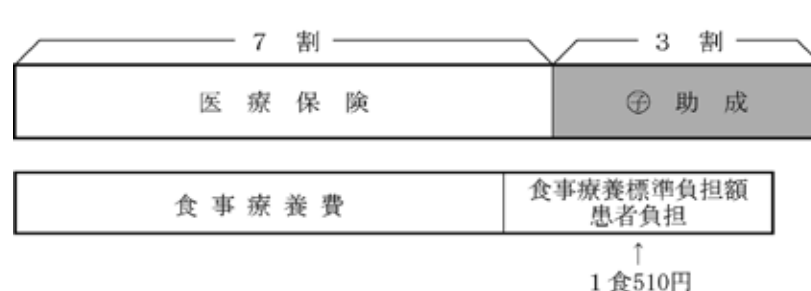
(3) 本人負担「無」の場合

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助成対象外となる。

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。）。

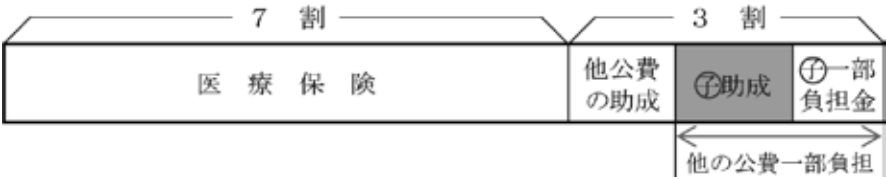
法に基づく公費負担医療制度との関係では、法に基づく給付が行われた結果、対象者に一部負担金が生じた場合、その一部負担金が㊦制度で一部負担金より高額の場合には、その差額を㊦制度で助成する。

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）

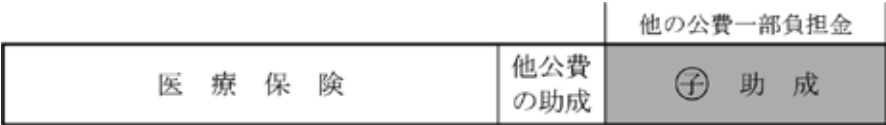
●他公費一部負担金 > ㊦制度一部負担金 → 差額を㊦で助成



●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」

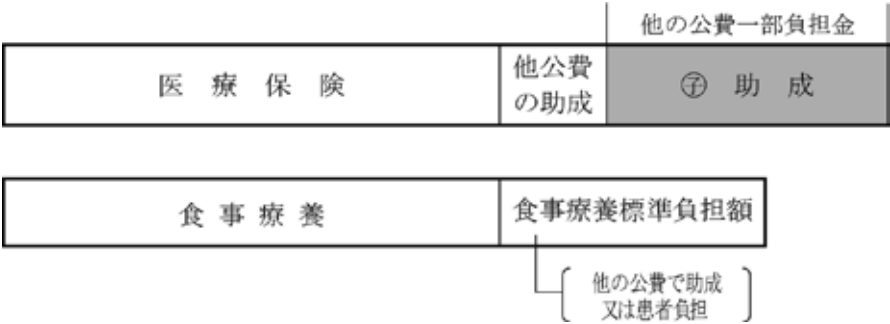
・他公費一部負担金を㊦で助成



入 院

通院負担「有」の場合 } 共通

本人負担「無」の場合 }



※ 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）。

【公費負担医療の手引より抜粋】

義務教育就学児医療費助成制度 負担者番号一覧

2025 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	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
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
澁 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
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
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
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
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
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
昭 島 市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし	8	8	1	3	7	3	0	2
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
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
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
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
日 野 市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし	8	8	1	3	7	3	5	1
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

【公費負担医療の手引より抜粋】

区 市 町 村	事 業 内 容	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
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
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
福 生 市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし	8	8	1	3	7	4	1	9
狛 江 市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし	8	8	1	3	7	4	2	7
東 大 和 市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし	8	8	1	3	7	4	3	5
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 自己負担なし	8	8	1	3	7	4	6	8
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
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
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
西 東 京 市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし	8	8	1	3	7	3	9	3
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
青 ヱ 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 自己負担なし	8	8	1	3	7	6	4	1

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 青 高校生等医療費助成制度			
法 別 番 号	89	区 分	高校生等医療（青）
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、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、区市町村が、本人申請が適当と認める場合には、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。 (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ため、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。

㊦ 医療証		通院負担有 (200 円)	
負担者番号	8 9 1 3		
受給者番号			
氏名			
生年月日	年	月	日
住所			
氏名			
有効期間	年	月	日から 日まで
上記の者は、東京都〇〇区（市町村）高校生等医療費の助成に関する条例により医療費の一部を〇〇区（市町村）が助成するものであることを証明する。 東京都〇〇区（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。

㊦ 医療証	
負担者番号	8 9 1 3
受給者番号	
氏名	
生年月日	年 月 日
住所	
氏名	
有効期間	年 月 日から 日まで
上記の者は、東京都〇〇区（市町村）高校生等医療費の助成に関する条例により医療費の一部を〇〇区（市町村）が助成するものであることを証明する。 東京都〇〇区（市町村）長 ○ ○ ○	
交付年月日	年 月 日

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			
本人 負担 「無」	8	9	1	3	5			
	8	9	1	3	7			

※ 本人負担「無」の場合複数の負担者番号があるが、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、マイナ保険証（又は資格確認書等）と㊦医療証を医療機関の窓口に提示した場合

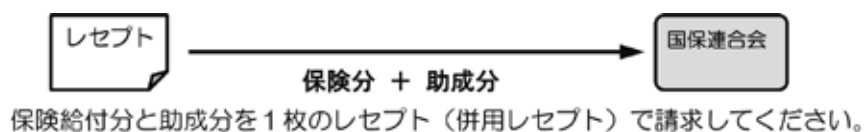
医療機関の窓口では、㊦制度の通院一部負担金及び入院の場合の食事療養標準負担額を徴収する。（㊦制度本人負担「無」の者については、入院時食事療養標準負担額のみ徴収）

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。

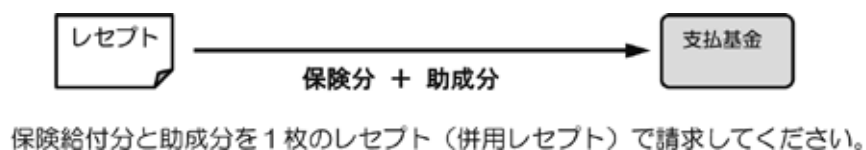
（注）月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。

国民健康保険の場合

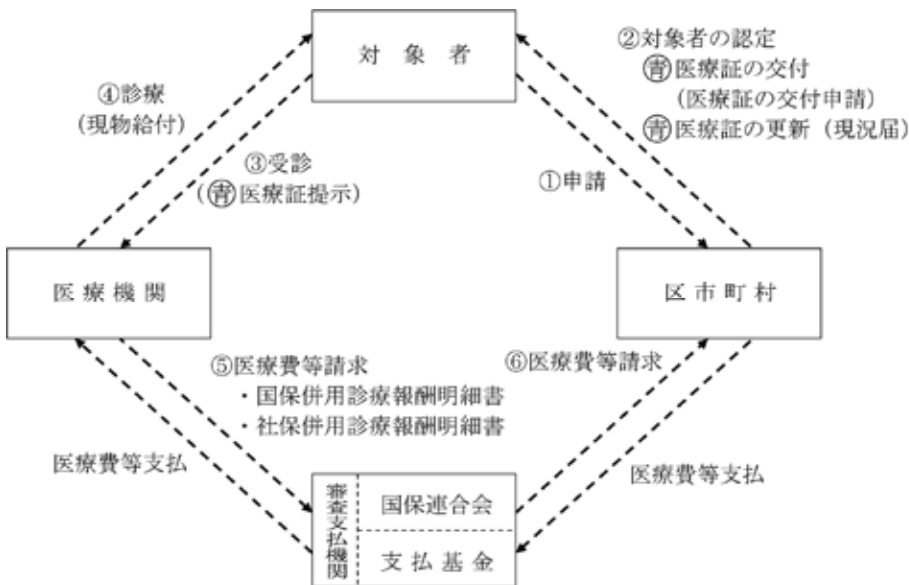


注意 都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）の場合
 都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。
 この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。
 保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱いとなります。

社会保険の場合



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。

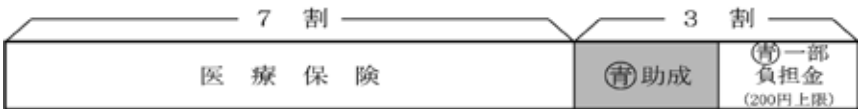


- (2) 対象高校生等が他の公費負担医療等に該当し、かつ㊦制度の助成がある場合
保険分、㊦制度助成分及び他の公費負担医療分については、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。
- (3) 高額療養費の現物給付がある場合
診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

5. 公費負担額・助成額
(1) 通院負担「有」の場合

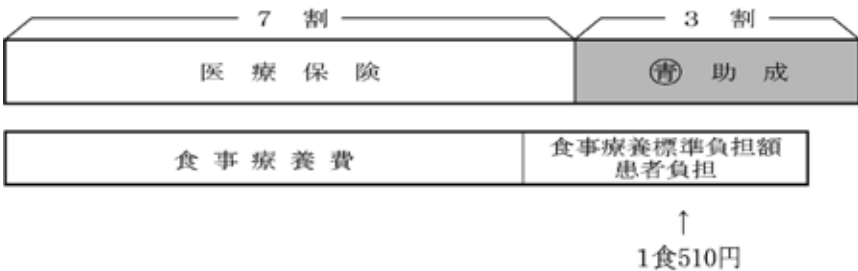
国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、入院については当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成し、通院については㊦制度の一部負担金（通院1回につき200円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は助成対象外となる。

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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

(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。

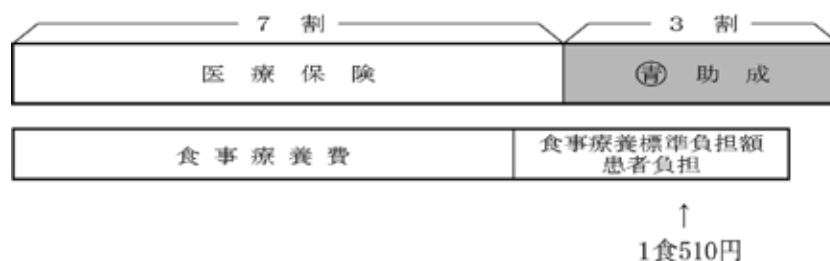
(3) 本人負担「無」の場合

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助成対象外となる。

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。適用関係は以下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

		他の公費一部負担金	
医 療 保 険	他公費 の助成	㊦助成	㊦一部 負担金 (200円上限)

●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

		他の公費一部負担金	
医 療 保 険	他公費 の助成	㊦助成	

入 院

通院負担「有」の場合 } 共通
本人負担「無」の場合 }

		他の公費一部負担金	
医 療 保 険	他公費 の助成	㊦助成	

食 事 療 養	食事療養標準負担額
〔 他公費で助成 又は患者負担 〕	

※ 他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

2025 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	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
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

【公費負担医療の手引より抜粋】

区 市 町 村	事 業 内 容	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
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
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
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
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
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
昭 島 市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし	8	9	1	3	7	3	0	1
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
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
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
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
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
福 生 市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし	8	9	1	3	7	4	1	8
狛 江 市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし	8	9	1	3	7	4	2	6

【公費負担医療の手引より抜粋】

区 市 町 村	事 業 内 容	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
東 大 和 市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし	8	9	1	3	7	4	3	4
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 自己負担なし	8	9	1	3	7	4	6	7
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
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
西 東 京 市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし	8	9	1	3	7	3	9	2
瑞 穂 町	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし	8	9	1	3	7	5	1	7
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
青 ヱ 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 自己負担なし	8	9	1	3	7	6	4	0

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	都医療費助成制度
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 都）
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、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）、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	上記疾病に罹患しており、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。		
申請の続手	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、医療保険の資格に係る情報が確認できる書類の写し、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確認書類の写しを添付する。		
認定期間	スモン、プリオン病：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

【公費負担医療の手引より抜粋】

法 別 番 号	3 8	区 分	B型・C型ウイルス肝炎治療（都）
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。 (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) 医療保険の資格に係る情報が確認できる書類の写し (5) 70歳以上75歳未満の方は、医療保険の一部負担金の割合が記載された書類の写し (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（レボトールに限る）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（レボトールカプセル 200 mg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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

法 別 番 号	3 8	区 分	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（都）																		
取 扱 医 療 機 関 等	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関																				
疾 病 等 の 範 囲	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																				
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23か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が1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																				
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) 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23か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が1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) 限度額適用区分確認書類の写し等 (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）																				
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1年を経過する日まで																				
公費負担額	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24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1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>高額療養費の適用区分が「オ」の方</td><td rowspan="2">なし</td></tr><tr><td>70歳以上</td><td>高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方</td></tr><tr><td rowspan="3">A</td><td>70歳未満</td><td>高額療養費の適用区分が「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>医療保険の自己負担割合が「2割」の方（高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方を除く。）</td></tr><tr><td>75歳以上</td><td>後期高齢者医療保険の自己負担金の割合が「1割」又は「2割」の方 (高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方を除く。)</td></tr></table>			階層区分			自己負担月額	H	70歳未満	高額療養費の適用区分が「オ」の方	なし	70歳以上	高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方	A	70歳未満	高額療養費の適用区分が「エ」の方	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)	70歳以上 75歳未満	医療保険の自己負担割合が「2割」の方（高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方を除く。）	75歳以上	後期高齢者医療保険の自己負担金の割合が「1割」又は「2割」の方 (高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方を除く。)
階層区分			自己負担月額																		
H	70歳未満	高額療養費の適用区分が「オ」の方	なし																		
	70歳以上	高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方																			
A	70歳未満	高額療養費の適用区分が「エ」の方	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)																		
	70歳以上 75歳未満	医療保険の自己負担割合が「2割」の方（高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方を除く。）																			
	75歳以上	後期高齢者医療保険の自己負担金の割合が「1割」又は「2割」の方 (高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」の方を除く。)																			
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																				

【公費負担医療の手引より抜粋】

2
1
②

法 別 番 号	8 2	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	上記疾病に罹患しており、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、医療保険の資格に係る情報が確認できる書類の写し及び特定疾病療養確認書類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	8 2	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) 都内に住民登録がある方 (3) 満18歳未満の方 (4) 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、医療保険の資格を確認できる書類を添付して、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。)		

【公費負担医療の手引より抜粋】

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（都）
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（経過観察期間含む）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医療保険の資格情報が確認できる書類を添付して、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		

【公費負担医療の手引より抜粋】

	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 (都)
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		
申請の続手	認定申請書に主治医診療報告書、住民票の写し、被保険者等資格情報が確認できる書類 (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。) の場合は市町村长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。		

【公費負担医療の手引より抜粋】

	※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

【公費負担医療の手引より抜粋】

法 別 番 号	8 3	区 分	難病（都単独疾病）
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	P197「法別番号83 助成対象となる疾病（8疾病）」のとおり		
対 象 者	別表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 ※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、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、個人番号に係る調書、住民票、医療保険の資格に係る情報が確認できる書類の写し、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。		
認 定 期 間	[指定有効期間開始日] <重症度基準を満たしている場合> 臨床調査個人票記載の診断年月日 <「軽症かつ高額」の対象となる場合> 「軽症かつ高額」の基準を満たした日の翌日 [指定有効期間終了日] 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 ※ 月額自己負担限度額については一部負担額の限度額表（P201）のとおり		
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 8 3 助成対象となる疾病（8 疾病）

（別表）

1 悪性高血圧	3 特発性好酸球増多症候群	6 網膜脈絡膜萎縮症
2 母斑症（指定難病のスタージ・ウェーバー症候群、結節性硬化 症及びクリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群を除く。）	4 びまん性汎細気管支炎	7 骨髄線維症
	5 遺伝性QT延長症候群	8 肝内結石症

【公費負担医療の手引より抜粋】

法 別 番 号	8 7	区 分	妊娠高血圧症候群等(都、区)
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 続 手	申請書に診断書、住民票、医療保険の資格に係る情報が確認できる書類の写し、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、

【公費負担医療の手引より抜粋】

㊦ 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2年間で2月以上ある場合、肝がん指定医療機関で受けた2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）	うすオレンジ色	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）	うすオレンジ色	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	うすオレンジ色	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）	うすオレンジ色		○	○	○	×
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の特定疾病区分を適用した入院・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	○	○	○	×

【公費負担医療の手引より抜粋】

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	×	○	×	×
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、在宅自己連続携帯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 93133007]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2年間に2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、2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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

難病等（都単独疾病）（負担者番号 8 3 1 3 6 0 1 0）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（8 3 1 3 6 0 1 0）		
			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 9 千円	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収 80 万 9 千円超	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る、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難病医療（指定難病）又は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 ② 医療券等の有効期間内に受けた治療であるか。

- ア ② 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 ② 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 ② 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特定疾病区分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特定疾病区分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 ② 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 ② 医療券等を扱うことができます。

ただし、医療費助成は、② 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。② 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 ② 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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

○ 「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「都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（TEL03-5320-4454）までお願いします。

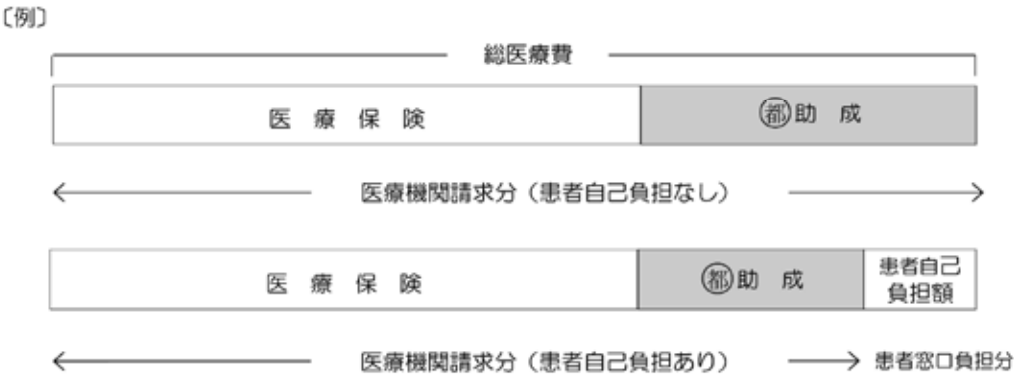
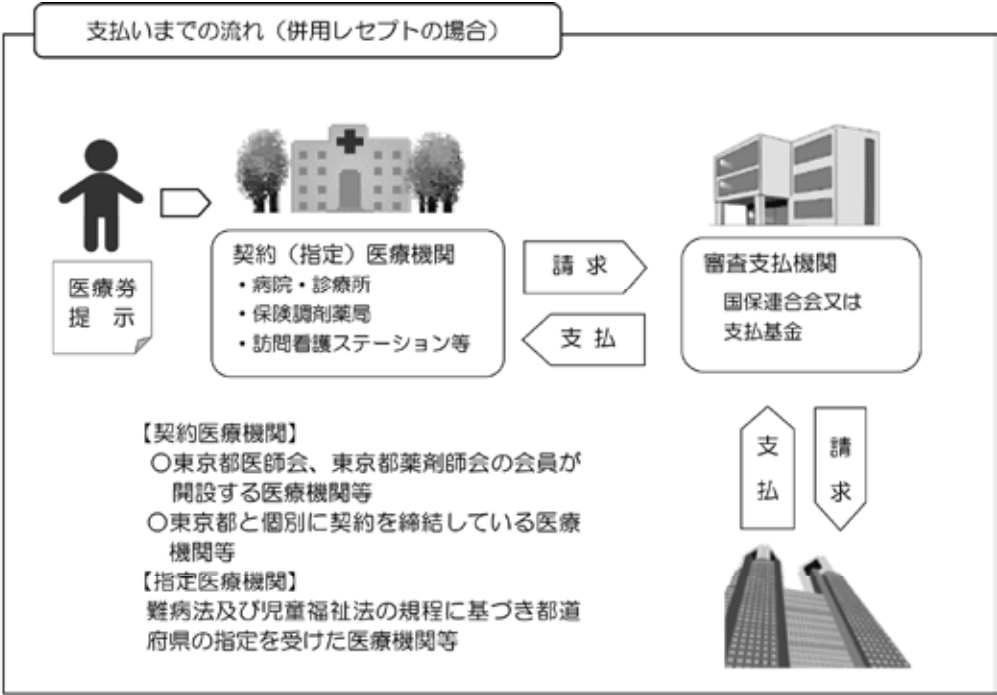
② 法別番号「51」では、入院時の食事・生活療養標準負担額を含めて助成します。

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、後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。



【特定疾病療養確認書類について】

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「特定疾病療養確認書類」の取得及び提示が前提となっているため、医療券と「特定疾病療養確認書類」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。）。

- ・特定疾病療養確認書類は保険者が発行し、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の特定疾病区分」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、特定疾病療養確認書類も新しい保険者に申請する必要があります。

※ 特定疾病療養確認書類がない場合は、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。

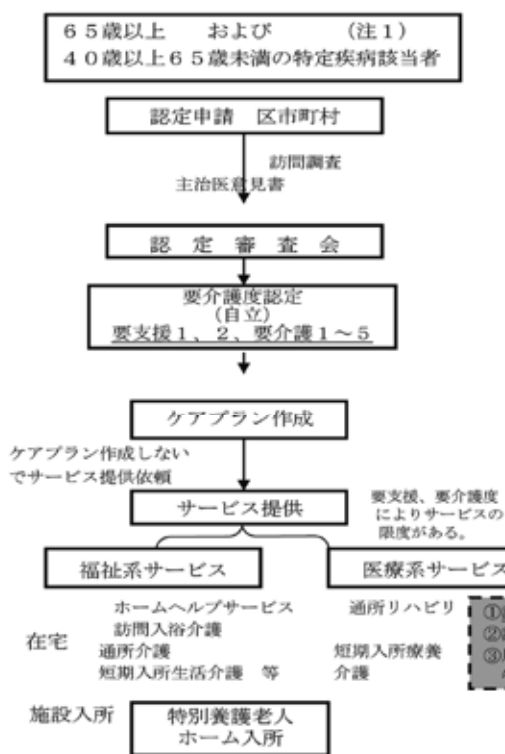
㊦医療費助成では下記のものが該当します。

- ・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）

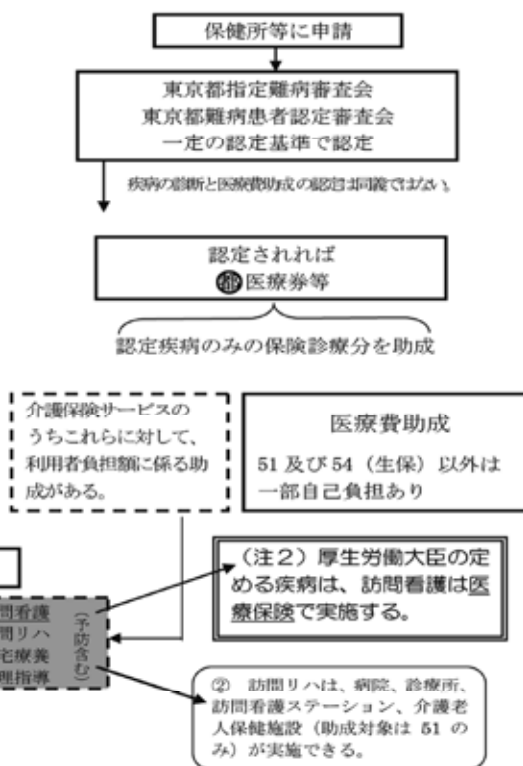
難病医療「83」には、患者一部負担額があります。難病医療費の自己負担額の累積額（月額）が「一部負担額の限度額表（月額）」に定める額に達するまで徴収します。（P.201 参照）

介護保険制度と難病医療費助成制度

介護保険制度



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後縦靭帯骨化症 ⑬脊柱管狭窄症（うち広範囲脊柱管狭窄症） 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度のものに限り）） ⑩多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、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。⑨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、⑨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わせください。

【基本ルール】 国制度(法律) > ⑨ > [⑨・⑨・⑨・⑨・⑨]
【個別パターン1】 結核「10」・「93」 > 精神「21」・「93」 (⑨「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 > ⑨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」 > ⑨「82」 【個別パターン3】 医療保険 > ⑨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」・⑨「83」 > ⑨「82」

5. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

①⑨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⑨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、⑨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。⑨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

①⑨医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

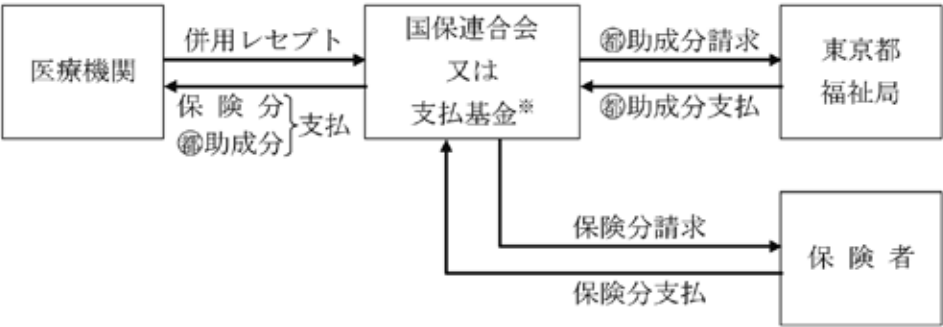
一般処理 保険（後期高齢者医療及び介護保険を含む。以下同じ）分及び⑨医療費助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求する。

例外処理 以下に掲げる⑨医療費助成分は、例外処理として、保険分とは別に⑨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

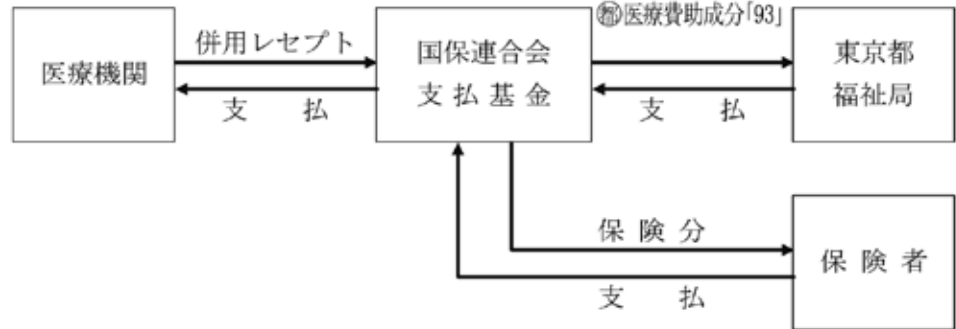
②精神通院医療

社保分	}	⑨分(精神のみ)	}	組国保分	}	を1枚のレセプトで請求する。
公費分「21」		公費分「21」		公費分「21」		
⑨医療費助成「93」		⑨医療費助成分		⑨医療費助成分		

③結核一般医療

社保分	}	を1枚のレセプトで請求する。
公費分(法別番号「10」)		
⑨医療費助成「93」		

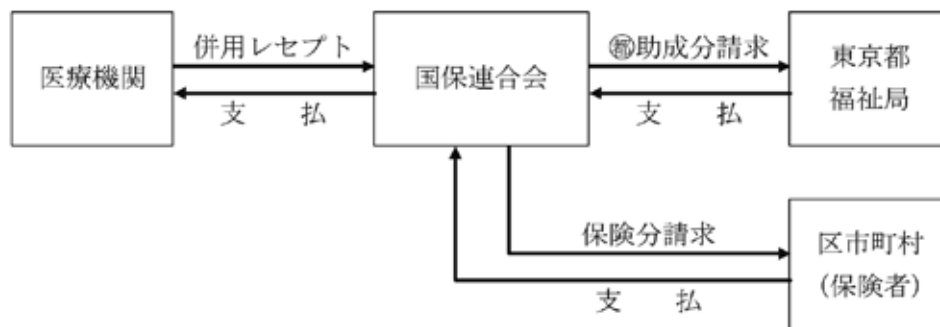
医療費の請求・支払流れ図



④介護保険と併用の場合

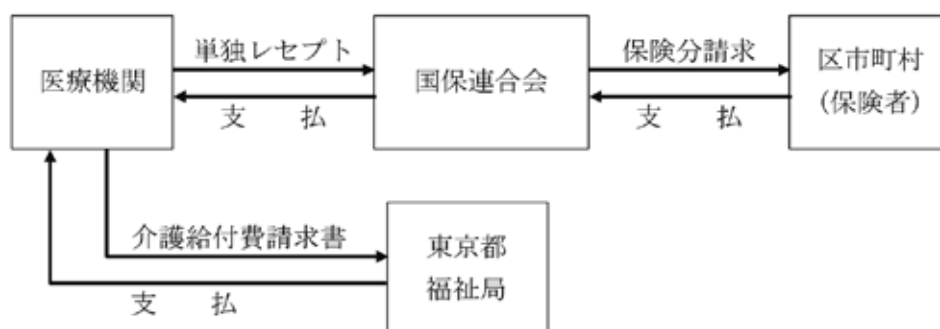
難病医療・特殊医療「51」の場合、介護保険分及び㊦助成分を1枚のレセプトで併せて請求する（介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成12年3月厚生省令第20号）の例による）。併用レセプトを使用することにより、高額介護サービス費に相当する額44,400円を超える利用者負担額は介護保険分及び㊦助成分と併せて支払われる。

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.241 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	2 6 区ア	3 1 多ア
イ	2 7 区イ	3 2 多イ
ウ	2 8 区ウ	3 3 多ウ
エ	2 9 区エ	3 4 多エ
オ	3 0 区オ	
Ⅵ	2 6 区ア	3 1 多ア
Ⅴ	2 7 区イ	3 2 多イ
Ⅳ	2 8 区ウ	3 3 多ウ
Ⅲ（前期高齢）	2 9 区エ	3 4 多エ
Ⅲ（後期高齢 2 割）	4 1 区カ	4 3 多カ
Ⅲ（後期高齢 1 割）	4 2 区キ	4 4 多キ
Ⅱ	3 0 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（3 4 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、高額療養費の適用区分をオンライン確認又は資格確認書等により確認した場合は、その適用区分を記載する。）
 - ・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」の交付等を受けている 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特定疾病区分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^都医療費助成分は、例外処理として、保険分及び公費分「21」とは別に^都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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

(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 (都) 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(都)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の特定疾病区分を確認し、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。

整理番号 26126000018	公費負担者番号 54136015	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 (高限度額超過)		
処理方法	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。		
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	長期高額体科請求額エラー		
処理方法	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。		
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 (高限度額超過)		
処理方法	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。		
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	長期高額体科請求額エラー		
処理方法	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。		
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 (高限度額超過)		
処理方法	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。		
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	長期高額体科請求額エラー		
処理方法	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。		
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 (高限度額超過)		
処理方法	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。		
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	長期高額体科請求額エラー		
処理方法	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。		

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うち、右記のとおり誤りがあるとして出力されたのを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費等を確認し、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、下記へお問い合わせください。

東京都福祉局生活福祉部医療助成課
医療給付担当 (マール担当)
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場合があります。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。

6. 医療保険との関係

(1) ⑧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

⑧医療費助成対象 100%			
70%		30%	
医療保険	高額療養費	患者負担	
保険者負担	保険者負担	⑧医療費助成	患者一部負担額※

※「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

⑧医療費助成対象 100%			
70%		30%	
医療保険	高額療養費	患者負担	
保険者負担	保険者負担	⑧医療費助成	

(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国保の場合 ⇒ 医療保険が優先適用される。

公費対象医療費 100%		
公費負担対象 90%		10%
70%		20%
		月額上限あり
医 療 保 険	患者負担部分	
保 険 者 負 担	公費「21」負担	⑧助成「93」 (社保・組合国保 「93133007」 又は 区市町村国保 「93132009」)

(例2) 後期高齢者医療加入者の場合 ⇒ ⑨分が優先適用される。

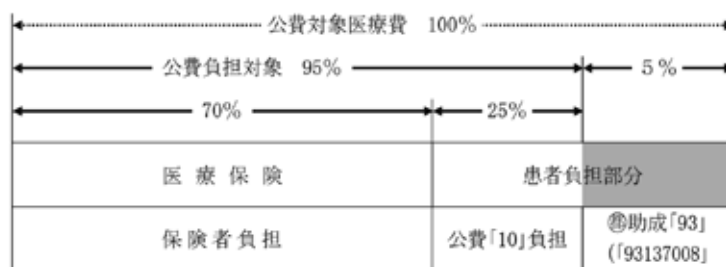
公費対象医療費 100%			
90%(※1)		一部負担金	
後期高齢者医療	高額療養費 現物給付	公費「21」 負担	⑨助成 「93」
※1 一定以上所得者は70%		限度額	
		18,000円	
		※2 後期高齢の「低所得者」 は8,000円	

(例3) 生活保護法(医療扶助)

公費対象医療費 100%			
公費「21」負担			

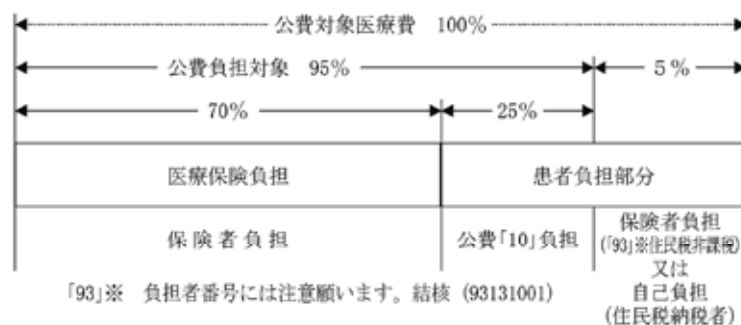
(3) 結核一般医療の場合

(例1) 社保 ⇒ 医療保険が優先適用される。

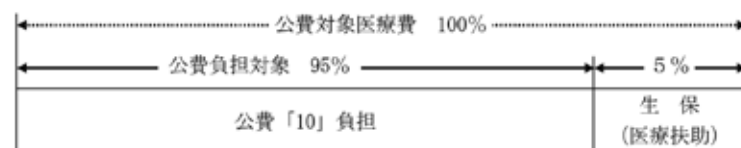


(住民税非課税者)

(例2) 区市町村国保

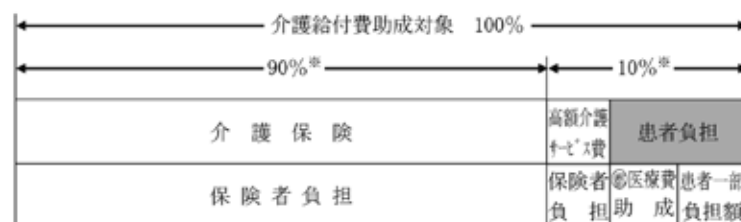


(例3) 生活保護法(医療扶助)



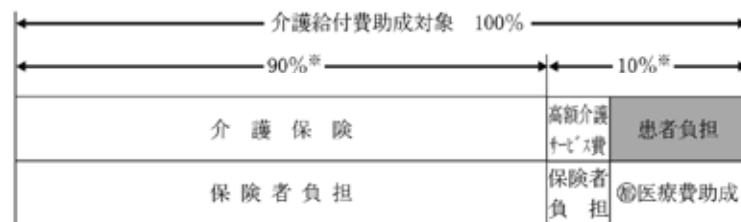
7. 介護保険との関係

(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。

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		③ 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	点	※決定	点	一部負担金	円
		5,500	点		点		円
公費①			点		点	8,000	円
公費②			点		点		円

※ 公費①の欄に、医療費助成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	③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]

レセプト記載例

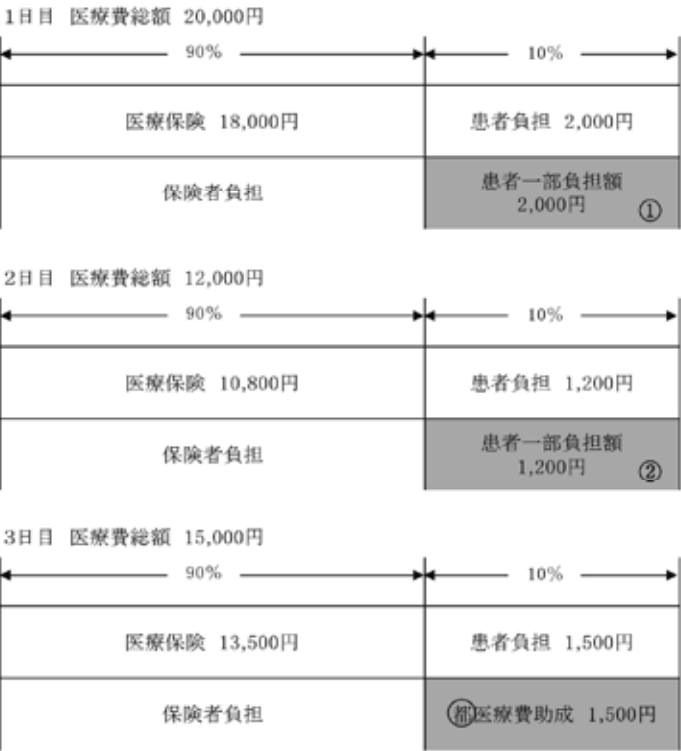
療養の給付	保険	請求点	決定点	一部負担金	円
		5,500			
	公費①			8,000	円
	公費②				円

3日目の総点数 ※ 公費①の欄に、③医療費助成分の患者一部負担額を記載する。

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	印
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円	印
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円	印
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000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



[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]

レセプト記載例

療養の給付	保険	請求	点	※決定	点	一部負担金	円
		4,700					
	公費①		点		点	3,200	円
	公費②		点		点		円

3日目の総点数 ※ 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%
医療保険 8,400円		月額上限あり
精神公費 2,400円		患者 1,200円
保険者負担		◎助成 法別番号93
		法別番号21

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	一部負担金額 円	
		1,800		
	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]

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	〇〇〇	〇
公費①	21	13	601	5
公費②	93	13	300	7

療養の給付	保険	請求点	一部負担金額 円	
		2,400		
	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。
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 リップル・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	一 疾病名の欄に掲げる疾病に患している者であ 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 ドウ病並びに古典的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、原発性骨髄線 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患し ている者であって、特定疾病療養確認書類の交付等 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）
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・ヴィルブラント病及び 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	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 (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 費助成を受けている者（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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

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 日以上のある者。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23か月以内に1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で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。

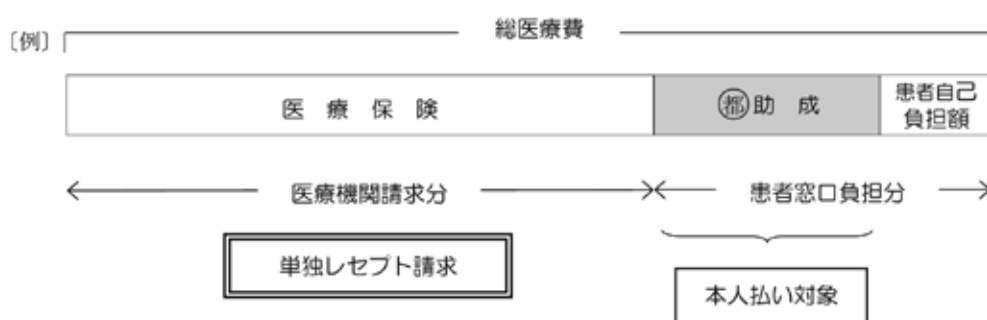
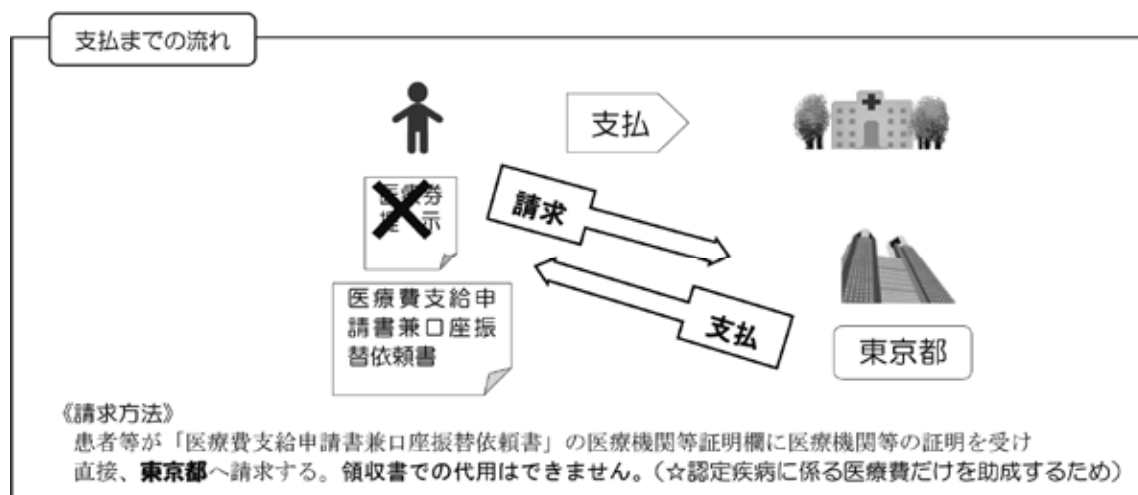
申請書を東京都が受理してから支払いまでには、概ね2か月、事例によっては3か月の期間を要します。

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です。）
- 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^①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。
- 特定疾病療養確認書類について
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「特定疾病療養確認書類」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高額療養費の適用区分欄に「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確認書類をお持ちの方で、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。
- 高額療養費の適用区分について
医療機関での支払いの際に、オンライン資格確認又は資格確認書等により確認した高額療養費の適用区分を、医療機関等証明欄の高額療養費の適用区分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（TEL 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

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧		
診療 調剤	年月	保険種別	負担区分	医療機関 の種別 (宝島 に該当 する場 合のみ 記入)	入院 外来 調剤	受診日数	左記の うち (訪問看護 ステーション の日数)	1か月分の保険 総点数 (訪問看護ス テーションの場 合は総金額)	左記のうち宝島 内における医療に 係る保険点数 (訪問看護ステ ーションの場合は 金額)	窓口での患者負 担額(注)
1 月途中から有効 期間開始の場合	2年11月	① 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割		① 入院(1) ② 外来(2) ③ 調剤(4)	5日 3日		58,310 点(円)	21,789 点(円)	174,930 円
2 年度額認定の提 示があった場合	2年11月	① 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	エ	① 入院(1) ② 外来(2) ③ 調剤(4)	5日 3日		58,310 点(円)	21,789 点(円)	57,600 円
3 70歳以上の方 (入院)	3年1月	① 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	イ	① 入院(1) ② 外来(2) ③ 調剤(4)	10日 10日		98,010 点(円)	98,010 点(円)	15,000 円
4 70歳以上の方 (外来・薬局)	3年2月	① 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	ロ	① 入院(1) ② 外来(2) ③ 調剤(4)	1日 1日		10,250 点(円)	7,370 点(円)	8,000 円
5 訪問看護ステ ーションの場合	2年11月	① 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割		① 入院(1) ② 外来(2) ③ 調剤(4)	7日 7日		5,280 点(円)	5,280 点(円)	1,580 円
注 「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支払った額(対象疾病以外分も含む)の合計を記入してください。 ※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。									合計	257,110 円

該当するものに
○をしてください。
(薬局は調剤4に
○をしてください。)

上記のとおり証明します。 ○ 年 ○ 月 ○ 日

医療機関コード 7 6 5 4 3 2 1

所在地 東京都千代田区丸の内3-5-1
施設名 都立病院
管理番号 院名 科名 丸内
電話番号 03(5320)XXXX

署名 氏名 健康 一子
記入番号 電話番号 03(5320)XXXX
(内線まで)

医療機関コード(7桁)を
必ず記入ください。

所属・担当者名(問い合わせに
対応できる方)を必ず記入し
てください。

必ず押印してください。

【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。

- ② 「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 「高額療養費の適用区分」は、支払時にオンライン資格確認又は資格確認書等により高額療養費の適用区分を確認した場合のみ、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。

【公費負担医療の手引より抜粋】

・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

Q 1) 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。

A 1) 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。

Q 2) Q 1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票を預かってもらってもよいのか。

A 2) 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。

Q 3) 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。

A 3) 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。

Q 4) 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。

A 4) 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、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。
- Q 5) 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。
- A 5) 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。
- Q 6) 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。
- A 6) 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
- Q 7) 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。
- A 7) 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、東京都保健医療局のホームページ「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											X	
対象者	対 住所											
	象 氏名											
	者 生年月日											
	病名	①										
		②										
		③										
有効期間												
月額自己負担限度額												
高額 負担	転居 高額	介護 等		同一 世帯		特定 医療		重症 認定		X		
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

[illegible]

(都) 医 療 券 (本人負担なし)	
負担者番号	
受給者番号	X
対 住 所 象 氏 名 者 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

図

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
者	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



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

この医薬品は、次の疾病に使用する。
B型肝炎又はC型肝炎ウイルス肝炎（濃縮）： ラベンダー

この医薬品は、次の疾病に使用する。
B型肝炎又はC型肝炎ウイルス肝炎（非酒性）：やまぶき

《日本經濟新聞》A4版5番

(日本産業振興法445条)

第22号様式（第7条関係）

〔表〕

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							
構成内容	上記認定疾病について医療保険きき金を活用し、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額全額						
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]

[illegible][illegible]

医 療 機 関 等 証 明 欄 【病院・薬局等が記入】									
必ず予病状や異用薬に記入を依頼ください。受給者等による記入は無効です。								患者氏名	生年月日
☐ 有効期限内に主治医専科で支払したため ☐ その他（理由を記載）									
診療 期間	年 月	保険料額	負担割合	医療費自己負担の上限額 (※高額療養費制度適用の場合)	入院 開始日	退院日	1か月分の保険料 点数 (訪問看護ステーションの場合は併記)	1か月の自己負担額 点数 (高額療養費制度適用の場合)	当季後払戻金 額【注】
	年 月	標準(T) 地域(C) 介護(N)	1割 2割 3割	入額(T) 外額(C) 調額(N)					
	年 月	標準(T) 地域(C) 介護(N)	1割 2割 3割	入額(T) 外額(C) 調額(N)					
	年 月	標準(T) 地域(C) 介護(N)	1割 2割 3割	入額(T) 外額(C) 調額(N)					
合計									
注：①「注」の「対象診療科目」は当該診療月に計るべき診療科目点数として算びて支払った(対象診療科目番号を)②の診療科目に入っていく付加し、 ③の診療科目の標準Tと④の標準Cとの差額を算出する。									
上記のとおり記入しなさい。 年 月 日									
【医師 1・薬剤師 4・看護士 6】 医療機関コード _____									
所在地 国県市町 郵便番号 電話番号（ ）		☎				署名 氏名 職名 （内務まで）			
医療機関名						記入人名			

【医療機関等証明欄の記載については下記のとおりにお願いいたします。】

- ① 1か月分の保険料点数：療保は当該診療月における、対象疾病以外分も含んだ保険料点数を記入してください。
- ② レセプトの「請求」の項の「保険」の項の点数に該当します。
- ③ 全窓口のうち有期限内容内でかつ全費対象の保険料点数：療保は当該診療月における、対象疾病のみ(対象疾病以外保険料)保険料点数を記入してください。
- ④ レセプトの「請求」の項の「公費」の項の点数に該当します。
- ⑤ 納税課税等の理由に異なる項目ですので、保険料点と調定点であっても必ず記載をお願いします。
- ⑥ 他院処方箋により受診点数が不明な場合は、不足元方の医療機関へ一括をお問い合わせ下さい。
- ⑦ すべに医療費をおおらず、医療費と管理費を使っても充分している場合には、返却額の記入は必要ありません(払い戻しが必要な場合は、領収書の原本と管理費のコピーで申渡して下さい)。

医療機関からの事務連絡欄

下記取次方への詳細は、裏面を参照してください。

※療保費は各診療科目毎に算定されるわけではなく、その診療科目ごとに設定された「標準T」「地域C」としてP-1表に示されています。また、患者本人の負担に実質的に影響するため、標準Tと地域Cの差額を算出してP-1表に示しています。

介護給付費利用者負担額証明欄					【介護サービス事業者等が記入】	
※介護サービス事業者等以外の方、受給者等による記載は禁じます。					事業名称	生年月日
☐ 本施設内に主保護施設で受入したため ☒ 委託居宅又は通所を要用して受入れた療養費等について負担上限月額が減額されたため ☐ その他（理由を記載→）						
介護年月	負担区分	施設 名等	期 間	実日数	円／単価 A	公費対象 單位数 B
					利用者負担額 A×B×負担区分	
※事務処理上この欄に記入しないで行ってください。						
年 月	第 1 種 第 2 種 第 3 種	施設(1) 他等(2)				
年 月	第 1 種 第 2 種 第 3 種	施設(1) 他等(2)				
年 月	第 1 種 第 2 種 第 3 種	施設(1) 他等(2)				
年 月	第 1 種 第 2 種 第 3 種	施設(1) 他等(2)				
年 月	第 1 種 第 2 種 第 3 種	施設(1) 他等(2)				
年 月	第 1 種 第 2 種 第 3 種	施設(1) 他等(2)				
年 月	第 1 種 第 2 種 第 3 種	施設(1) 他等(2)				
年 月	第 1 種 第 2 種 第 3 種	施設(1) 他等(2)				
					合計	
上記のとおり証明します。 年 月 日					医療機関コード	
〔医科１・歯科３・調剤４・看護６〕						
居住形態 施設内 (在宅)または(仮病棟) 管理番号 電話番号 () ②					診療科目 医師 処方番号 電話番号 (記録室)	
【介護給付費利用者負担額証明欄記載に当たっての主な注意点】※裏面でもご確認ください。 ・記載の対象となるのは、有効期間内に認定疾病に関して受けた医療系サービス[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、介護医療院サービス] ・単価A欄にはレセプト請求した単位数単価（10円/単位、11.4円/単位など）を記載ください。 ・公費対象單位数はレセプト請求を行った給付單位数（公費対象として請求可能な單位数）を記載してください。						
【事務連絡欄】 利用者負担額が A×B×負担区分の計算と一致しない場合はその理由等を記載ください。						

② 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「② 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
② 小児精神病	8 2 1 3 4 0 0 8	・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）
② 被爆の子に対する医療		
② 特殊医療（人工透析）	8 2 1 3 8 0 0 9	
② 妊娠高血圧症候群等	8 7 1 3 6 0 0 8	

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) ② 負担者番号・受給者番号欄は、1 件ごとに② 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、健康保険等の保険者番号を記入してください。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（高額療養費の適用区分をオンライン資格確認又は資格確認書等（以下、「オンライン等」という。）により確認し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、特定疾病療養確認書類（長）を適用後の 10,000 円までが助成対象（特定疾病療養確認書類（長）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長と記入し、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。
 高額療養費の適用区分をオンライン等で確認したこと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オンライン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（高額療養費の適用区分が「Ⅰ」又は「Ⅱ」であることを確認した場合を除く）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、② 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（マル都担当） TEL 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 1 歯科 3 調剤 4 看護 6

医療機関等所在地
名称（電話）
開設者

担当者名

・いずれかに○して下さい。

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 別 外	診療 日 数	請求額 食事療養・ 生活療養標準負担額	公費点数	備考
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	1
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	2
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	3
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	4
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	5
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	6
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	7
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	8
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	9
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	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（B）

この印刷物は、紙質へ
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）	8 3 1 3 6 0 1 0	・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)

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、健康保険等の保険者番号を記入してください。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（高額療養費の適用区分をオンライン資格確認又は資格確認書等（以下、「オンライン等」という。）により確認した場合はそれも含む）、又は自立支援医療若しくは小児慢性疾患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（高額療養費の適用区分がⅠ又はⅡであることを確認した場合を除く）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) 公費点分数欄は、㊦ 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) 高額療養費の適用区分をオンライン等で確認したこと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。
- (11) 各種健康保険の計算は、1 円単位までとし、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（マル都担当） TEL03-5320-4454

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 1

歯科 3

調剤 4

看護 6

医療機関等所在地
名称 (電 話)
開 設 者

印

担当者名

・いずれかに○して下さい。

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 別 外来	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(都)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、健康保険等の保険者番号を記入してください。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) 【負担者番号が82137001又は82137555の場合】
請求額欄は、各種健康保険（高額療養費の適用区分をオンライン資格確認又は資格確認書等（以下、「オンライン等」という。）により確認し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（高額療養費の適用区分をオンライン等で確認し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（高額療養費の適用区分がⅠ又はⅡであることを確認した場合を除く）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】
高額療養費の適用区分をオンライン等で確認したこと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) 公費点分数欄は、(都)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に送付してください。
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（マル都担当）TEL03-5320-4454

【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 調 剤
1 4

医療機関等所在地
名 称（電 話）
管 理 者

印

・どちらかに○して下さい。

担当省名

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 別 外 来	診療 日 数	請 求 額	公費分点数	一部負担金 相 当 額	備考
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	1
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	2
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	3
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	4
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	5
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	6
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	7
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	8
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	9
8 2 1 3 7			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	10
9 9 9 9 9 9 9 9	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）	8 3 1 3 6 0 1 0

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、介護保険被保険証の保険者番号を記入してください。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) 介護保険の計算は、1 円単位までとし、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（マル都担当） ℡03-5320-4454

10名連記（イエロー）

事業所コード
(医療保険)

3

介護給付費請求書

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 1 歯科 3 調剤 4 看護 6

医療機関等所在地
名称(電話)
開設者

担当者名

・いずれかに○して下さい。

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	施設別 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
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	1
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	2
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	3
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	4
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	5
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	6
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	7
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	8
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	9
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	10
9 9 9 9 9 9 9 9	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。

リサイクルマーク (R)

この用紙は、環境にやさしいリサイクル紙を使用しています。

実施細目別記第11号様式

3．診療報酬請求書の留意点について

① 社会保険関係

レセプト請求の留意点及び支払基金の改組について



令和8年9月11日・18日



テーマ

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (1) オンライン請求での請求状況
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例
- 2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - (2) 公表事例について
- 3 令和8年診療報酬改定における注意点
 - (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 4 支払基金の改組について
 - (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - (2) 組織改編の主なポイント

5 最後に

テーマ

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (1) オンライン請求での請求状況
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例
- 2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - (2) 公表事例について
- 3 令和8年診療報酬改定におけるの注意点
 - (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 4 支払基金の改組について
 - (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - (2) 組織改編の主なポイント

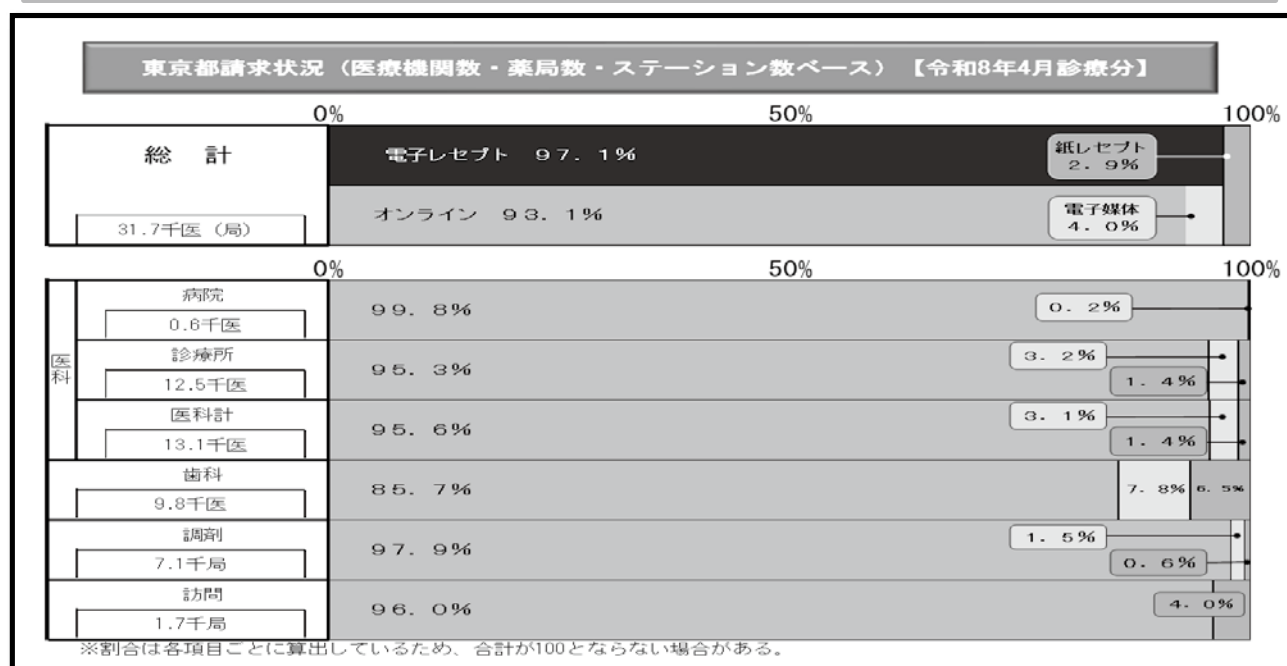
5 最後に

テーマ(1) 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

(1) オンライン請求での請求状況

令和6年4月1日以降は、保険医療機関・薬局が行う療養の給付費等の請求は、オンライン請求により行うものとされています。 → [請求命令第1条](#)



テーマ

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (1) オンライン請求での請求状況
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例
- 2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - (2) 公表事例について
- 3 令和8年診療報酬改定における注意点
 - (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 4 支払基金の改組について
 - (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - (2) 組織改編の主なポイント
- 5 最後に

テーマ(2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）

(別添4) 請求命令附則第4条第5項による猶予届出書 様式第3号

1 保険医療機関・薬局の基本情報	
① 名称	
② 電話番号	
③ 所在地	④ 保険機関コード
⑤ 所在地（郵便番号）	
2 届出内容	
⑥ 届出を行う区分（第1号～第5号から選択）	
-第1号：電気通信回線設備の機能に障害が生じた保険医療機関・薬局であって、当該障害が生じている間、オンライン請求ができないもの	
-第2号：レセプトコンピュータの販売又はリースの事業を行う者との間でデジタルスタンプを用いた請求に係る設備の設置又はソフトウェアの導入に係る契約を締結している保険医療機関・薬局であって、当該設備又は導入に係る作業が完了して完了前、完了する前の間、デジタルスタンプを用いた請求ができないもの	
-第3号：改築のための工事である施設又は臨時の施設において診療又は調剤を行っている保険医療機関・薬局であって、当該施設において診療又は調剤を行っている間、オンライン請求ができないもの	
-第4号：廃止又は休止に関する計画を定めている保険医療機関・薬局であって、廃止又は休止までの間、オンライン請求ができないもの	
-第5号：その他オンライン請求を行うことが特に困難な事情がある保険医療機関・薬局	
3 5の選択に応じた補足事項	
-第1号	回線障害の理由
-第2号	レセプト販売・リースの事業者 事業者との契約日
-第3号	改築又は臨時施設開業の日 作業完了予定日
-第4号	廃止又は休止開始予定日
-第5号	廃止又は休止予定日
4 備考	
⑦ 特：困難な事情の内容	

上記のとおり届け出ます。

西暦 年 月 日 開設者名

審査支払機関 届出 住所 〒

メールアドレス

請求命令附則第四条第五項による猶予届出書
（様式第3号）

重要!

第5号_特に困難な事情の内容を選択する場合は、オンライン請求を行うことが困難である内容を記入願います。
ただし、恣意的な理由による内容は認められない場合がございますので、ご注意願います。

添付書類について（様式3号裏面に記載）

届出を行う際、それぞれ該当する書類を必ず添付すること。ただし、第1号、第2号又は第5号の届出をする場合について、当該届出書と同時に書類を添付できないやむを得ない事情がある場合は、その旨を記入し、後日提出すること。

- ・第1号に該当する場合、⑥欄に記入する理由を確認できる書類又は証明書
- ・第2号に該当する場合、事業者との契約書の写しなど契約期間を証明できる書類
- ・第3号に該当する場合、改築などの工事の場合はその業者との契約書の写し、臨時施設利用の場合はその施設利用の契約書の写しなど、これらを証明できる書類
- ・第4号に該当する場合、廃止又は休止年月日を確認できる保険医療機関（保険薬局）廃止・休止・再開届の写しなど証明できる書類
- ・第5号に該当する場合、困難な事情を確認できる書類がある場合はその書類

なお、書類漏れ等の不備がある場合は、届出書を返戻する場合があること。

テーマ

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (1) オンライン請求での請求状況
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例
- 2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - (2) 公表事例について
- 3 令和8年診療報酬改定における注意点
 - (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 4 支払基金の改組について
 - (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - (2) 組織改編の主なポイント
- 5 最後に

テーマ(3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは

1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

- (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは

様式3号を提出して請求されている中で、電子請求が可能なレセプトが紙レセプトとして請求されております
以下に該当のレセプトは電子請求での対応をお願いいたします

おねがい

1. 返戻再請求分において審査支払機関が異なる場合
例_国保から社保へ又は社保から国保へ変更となるレセプト
オンライン請求システムへ返戻再請求用のファイルで送信する場合にエラーとなることから、一次請求用のファイルにてレセプトを再作成していただきご請求願います
2. 医科からDPCへ又はDPCから医科のレセプトに変更となるレセプト
点数表が異なり返戻再請求用ファイルが作成不可のため、一次請求用のファイルにてレセプトを再作成していただきご請求願います

※作成方法等についてはご利用のレセコンベンダー様へ照会願います

1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

(3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは

現在、紙レセプトのみ請求可能なものは以下のとおりとなります。

1. 公費が5つ以上の併用レセプト

電子レセプトの記録条件仕様上、4つの公費までしか記録出来ないため

2. 高額薬剤（薬価が1億円以上）の算定があるレセプト

電子レセプトの記録条件仕様上、点数が7桁までしか記録出来ないため

3. 支払基金から紙で返戻したレセプト

4. 保険者から紙で返戻したレセプト

上記1～4以外の
レセプトは原則、**電子
レセプトによる請求を
お願いいたします**

テーマ

1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

- (1) オンライン請求での請求状況
- (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
- (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
- (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例

2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について

- (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
- (2) 公表事例について

3 令和8年診療報酬改定における注意点

- (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
- (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）

4 支払基金の改組について

- (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
- (2) 組織改編の主なポイント

5 最後に

1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

(4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例

支払基金からのお知らせ

※猶予届出により裏面による請求を行う医療機関の資格は本案内の対象外となりますので、今後、オンライン請求への移行を検討されている場合は参考してください。

症状詳記等は電子レセプト内に記録をお願いいたします

支払基金へ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、治療概要等のうち、**取扱費額に基づき、電子記録できるものについては、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。**

紙による症状詳記等の提出状況

支払基金に紙で提出される症状詳記等の資料は毎月13,000件にのぼり、大部分は病院から出されています。
一般的に病院では電子カルテが導入されており、その多くはレセコンと連携され、電子カルテ・レセコンのどちらからでも電子的に記録することが可能です。院内の電子記録方法についてはご確認ください。

症状詳記等の電子記録方法については、レセコンベンダー等へご確認ください！

医師 医事課 支払基金 保険者等

電子カルテの症状詳記等がレセコンへ連携し電子レセプトへ自動記録可能な場合

電子カルテ (電子カルテに医師が入力) → レセコンへ自動連携 → レセコン (記録条件仕様に基き電子記録) → 電子請求 → 審査・支払等処理 (症状詳記等も参考に審査) → レセプト配信 → 診療報酬の確認・支払等 (症状詳記等も配信)

※電子カルテからレセコンへ自動連携しない場合もレセコン等で症状詳記を登録できる場合があります。

電子カルテは導入されているが症状詳記等が紙媒体で提出される場合

電子カルテ又はカルテ (紙等) (カルテに医師が入力又は記載) → レセコン (症状詳記等未登録) → レセプトと併記等を紐付け → レセプトは電子請求 → 審査・支払等処理 (症状詳記等も参考に審査) → レセプトのみ配信 → 診療報酬の確認・支払等 (症状詳記等は配信なし)

※紙で症状詳記等を提出された場合、原則、症状詳記、手術記録、検査記録は保険者等へ送付されません。
電子カルテからレセコンへの連携や、カルテ (紙等) により医師から連携される症状詳記等のレセコン上での電子記録の操作方法など確認いただき、症状詳記等の電子記録にご協力ください。

紙による資料が多い医療機関へは、個別に連絡した上で症状詳記等の電子記録をお願いすることもあります。

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。

(参考)「電子情報処理組織を用いた費用の請求等に関する取扱いについて」令和5年1月23日保連発0123第1号 別紙1 (抜粋)

1. 電子情報処理組織による診療 (調剤) 報酬請求の届出等
(2) 請求に関する方法
① 診療 (調剤) 報酬請求書情報及び診療 (調剤) 報酬明細書情報について、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 (記録、症状詳記についても電子レセプト情報に含めて記録すること)。3. 以下略。

重要!

ポイント
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
されております**

3
1

1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

(4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例

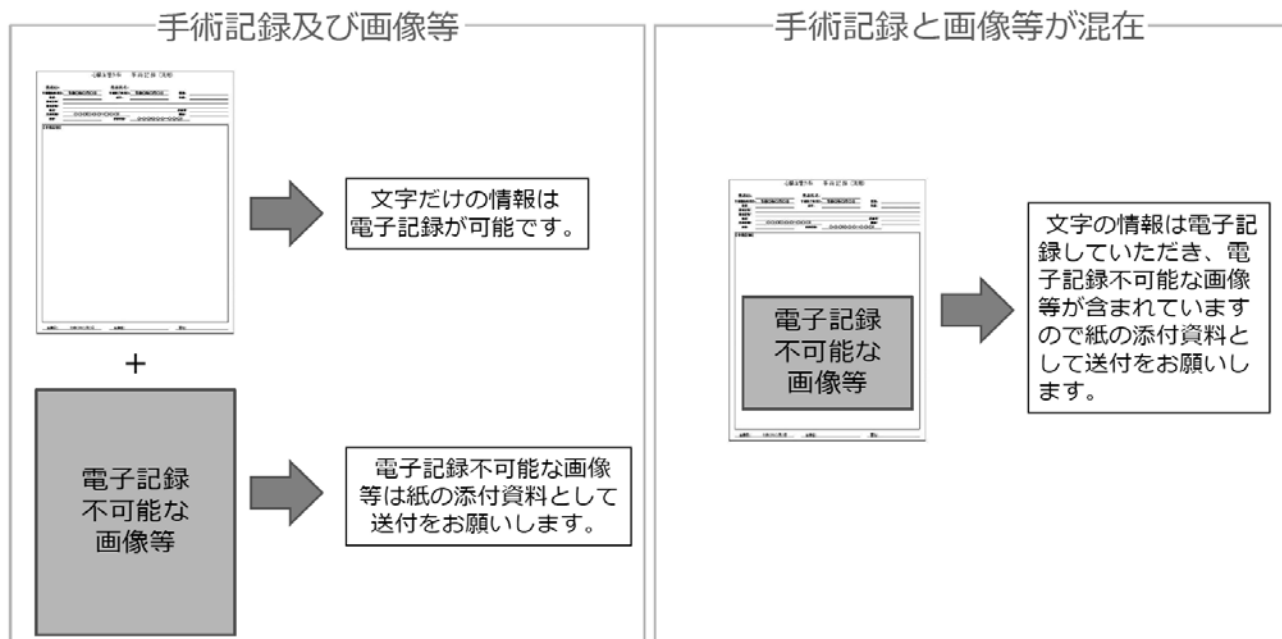
次の添付資料は電子記録が可能となりますので原則、電子で症状詳記レコードへ記録するようお願いいたします。

治療概要	廃用症候群に係る評価表	文字のみの症状詳記	手術記録
症状詳記区分コード「50」により電子記録が可能です。	症状詳記区分コード「52」により電子記録が可能です。	文字だけの情報は電子記録が可能です。	文字だけの情報は電子記録が可能です。

1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

(4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例

次のような添付資料の場合、電子記録が可能な文字の情報は電子記録を行い、電子記録不可能な画像等は紙の添付資料として送付いただきますようお願いいたします。



1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

(4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例

【参考】

カ 症状詳記情報 症状詳記レコード					
項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“SJ”を記録する。	
症状詳記区分	数字	2	可変	1 別表 23 症状詳記区分コードを記録する。 2 同一症状詳記区分の症状詳記データを複数レコードにまたがって記録する場合は、後続レコードの症状詳記区分の記録を省略する。	
症状詳記データ	漢字	2400	可変	症状詳記区分コードに応じた症状詳記を記録する。	

注 1 同一の症状詳記区分を複数記録する場合は、症状詳記の順に記録する。
 2 症状詳記データ内で段落を分ける場合は、段落ごとに複数の症状詳記レコードに分けて記録する。

(※「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）令和6年6月版」より抜粋)

1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

(4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例

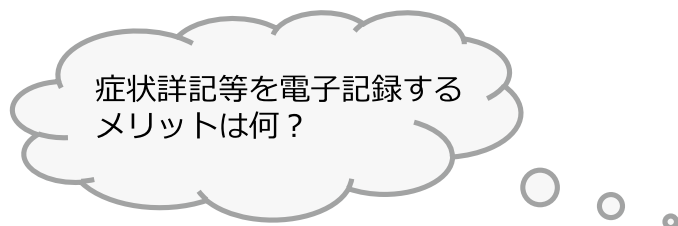
別表23 症状詳記区分コード

コード名	コード	内容
症状詳記区分コード	0 1	患者の主たる疾患（合併症を含む。）の診断根拠となった臨床症状
	0 2	患者の主たる疾患（合併症を含む。）の診断根拠となった臨床症状の診察・検査所見
	0 3	主な治療行為（手術、処置、薬物治療等）の必要性
	0 4	主な治療行為（手術、処置、薬物治療等）の経過
	0 5	診療報酬明細書の合計点数が100万点以上の場合における薬剤に係る症状等
	0 6	診療報酬明細書の合計点数が100万点以上の場合における処置に係る症状等
	0 7	その他
	5 0	治験概要の添付が必要な診療報酬明細書の場合
	5 1	疾患別リハビリテーションに係る治療継続の理由等の記載が必要な診療報酬明細書の場合
	5 2	廃用症候群に係る評価表
	9 0	上記以外の診療報酬明細書の場合

（※「オンライン又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様（医科用）令和6年6月版」より抜粋）

1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）

(4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例



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（治験概要等の記載要領において添付が定められているもの以外は保険者等への送付が行われませんが、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）。

また、医療機関等での紙で提出する際の処理や印刷の手間も含め、支払基金への**送付業務が軽減**されます。

現状、再審査に当たり再度、症状詳記を支払基金から依頼して、再送していただいている状況です。

あくまでも極端な例ではありますが病院経営の観点からも、**症状詳記等を電子記録へ移行**することで保険者等からの**不要な再審査の回避に寄与**するとも言えます。



テーマ

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (1) オンライン請求での請求状況
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例
- 2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - (2) 公表事例について
- 3 令和8年診療報酬改定における注意点
 - (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 4 支払基金の改組について
 - (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - (2) 組織改編の主なポイント
- 5 最後に

テーマ(1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは

2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について

- (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは

支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）

社会保険診療報酬支払基金における診療報酬請求に関する審査は、健康保険法、療養担当規則、診療報酬点数表及び関係諸通知等を踏まえ各審査委員会の医学的見解に基づいて行われています。

今般、審査の公平・公正性に対する関係方面からの信頼を確保するため、平成31年4月に支払基金に設置した「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」等（※）において、検討を重ね、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」を取りまとめましたので、公表いたします。

なお、「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」については、療養担当規則等に照らし、当該診療行為の必要性などに係る医学的判断に基づいた審査が行われることを前提としておりますので、本公表事例に示された適否が、すべての個別診療内容に係る審査において、画一的あるいは一律的に適用されるものではないことにご留意願います。

（※）「支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）」については、平成29年1月から平成31年3月までの間は、「支払基金における審査の一般的な取扱いの公表に関する検討委員会」で検討していましたが、平成30年度に審査に関する検討体制の改編を行い、令和元年度以降は「審査の一般的な取扱いに関する検討委員会」等で検討することとなりました。

（※支払基金HPより抜粋）

3
1
①

- (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
- (2) 公表事例について

Change, Challenge, Chance 社会保険診療報酬支払基金 18
Health Insurance (Fees, Review & Reimbursement) ServicesChange, Challenge, Chance 社会保険診療報酬支払基金 19

2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について

(2) 公表事例について

- 現在（令和8年6月時点）、支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）については837事例を公表しております
- レセプト請求の際には、今一度、請求内容についてご確認をお願いいたします

支払基金における審査の一般的な取扱い						2026年6月1日 時点	
No.	区分 No.	区分	タイトル	取扱い	取扱いを作成した機関等	公表年月日	公表回
1	90	入院料等	心不全（NYHAⅠ度及びⅡ度）に対する救急医療管理加算1の算定について	心不全（NYHAⅠ度及びⅡ度）に対するA205「1」救急医療管理加算1の算定は、原則として認められない。	救急医療管理加算1の算定基準については、厚生労働省通知「基本診療料の施設基準等の別添第1の2に掲げる状態のうちから十二のいずれかの状態にあつて、医師が診察等の結果、入院時点で重症であり救急入院が必要であることが認められる場合や、単なる経過観察と入院させる場合や、入院後の重症化リスクが高いために入院させる場合等、入院時点で重症ではない患者が含まれない。」と示されている。心不全（NYHAⅠ度及びⅡ度）は比較的稳定な状態であり、当該病名の「呼吸不全で重症な状態」や「心不全で重症な状態」には該当しないと考える。以上のことから、心不全（NYHAⅠ度及びⅡ度）に対するA205「1」救急医療管理加算1の算定は、原則として認められないと判断した。ただし、診療内容及び症状詳細等から、緊急性及び重症性が認められると判断できる場合については、この限りではない。	2025年7月31日	第26回
2	90	入院料等	網膜剥離、網内出血、網膜出血及び急性網膜剥離に対する救急医療管理加算1の算定について	網膜剥離、網内出血、網膜出血及び急性網膜剥離に対する救急医療管理加算1の算定は、原則として認められる。	A205「1」救急医療管理加算1については、算定対象となる患者の要件の一つとして、厚生労働省告示第12「十 緊急手術：緊急カテーテル治療・検査又は・PA療法を必要とする状態」と準拠している。11から14に掲げる疾患は、放置すると失明の恐れがあり、速やかに手術を施行する必要がある。以上のことから、入院初日に11から14の患者名に対して緊急手術が実施された場合に於けるA205「1」救急医療管理加算1の算定は、原則として認められると判断した。	2025年7月31日	第26回
3	90	入院料等	入院料等（転院日及び死亡退院日）の算定について	転院日及び死亡退院日における次の入院料等の算定は、原則として認められる。 (1) A224無菌治療管理加算 (2) A300救命救命入院料 (3) A301-1ハイケアユニット入院医療管理料 (4) A301-2特等集中治療室管理料 (5) A301-3集中ケアユニット入院医療管理料 (6) A301-4の集中治療室集中治療管理料 (7) A302新生児特等集中治療室管理料 (8) A303総合集中治療室集中治療管理料 (9) A303-2新生児集中治療室入院医療管理料	(※)基本診療料の施設基準等 上記の11から14については、いずれも施設基準を準拠し、厚生労働省告示第12に掲げる高度医療に基づき厳格に管理されていることを要している。したがって、転院日や死亡退院日であっても以上の要件を満たす場合は算定可能であり、単に転院日や死亡退院日であることをもって当該加算の算定を不可と判断することはできない。以上のことから、転院日及び死亡退院日における上記11から14の入院料等の算定は、原則として認められると判断した。	2025年10月31日	第29回
4	13	医学管理料	慢性疼痛疾患管理料の算定について	(1) 骨折、脱臼、捻挫に対する初診月のE000「1」慢性疼痛疾患管理料の算定は、原則として認められない。 (2) 救急室に対するE000「1」慢性疼痛疾患管理料の算定は、原則として認められる。	E000「1」慢性疼痛疾患管理料については、厚生労働省告示第12に「慢性疼痛に係る疾患を主病とする患者に対して、療養上の必要に応じて行われた場合に算定する」と規定されている。また、厚生労働省通知「慢性疼痛診療、初診慢性疼痛診療等の診療を主病とし、疼痛による運動制限を改善する等の目的でマッピング又は器具等による療法を行った場合に算定すること」と示されている。初診月の骨折、脱臼、捻挫は外傷要因による「疼痛を呈する」急性疾患であり、「慢性疼痛に係る疾患」とは言えない。以上のことから、骨折、脱臼、捻挫に対する初診月のE000「1」慢性疼痛疾患管理料の算定は原則として認められないと判断した。また、救急室における疼痛は、初診慢性疼痛と同等の発症機序と判断できることから、当該管理料の算定は原則として認められると判断した。	2024年4月30日	第11回

1 / 171 ページ

(※支払基金HPより抜粋)

テーマ

- 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - オンライン請求での請求状況
 - オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - 紙媒体で送付される症状詳細等で電子記録可能な事例
- 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - 公表事例について
- 令和8年診療報酬改定における注意点
 - 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 支払基金の改組について
 - 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - 組織改編の主なポイント

最後に

3 令和8年診療報酬改定における注意点

(1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について

※「診療報酬請求書等の記載要領等について」抜粋

(20)

「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について ア 通則 各欄又は「摘要」欄への診療行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）回数及び点数の記載方法は、次のイからシまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は次のとおりであること。ただし、（ウ）に掲げる別表Ⅲについては、診療報酬の算定方法第一号ただし書に規定する厚生労働大臣が指定する病院からの電子レセプト請求による場合に限るものとする。

- (ア) 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）」
- (イ) 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）」
- (ウ) 別表Ⅲ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（検査値）」
- (エ) 別表Ⅳ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）」

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰから別表Ⅳまでの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格」に基づき、該当するコードを選択すること。ただし、別表Ⅰから別表Ⅳにおいて、令和8年6月1日適用の旨が表示されたコードについては、令和8年10月診療分以降に選択するものとして差し支えないこと。

書面による請求を行う場合においては、名称について、別表Ⅴ「診療行為名称等の略号一覧（医科）」に示す略号を使用して差し支えないこと。



- 「診療報酬の算定方法の一部を改正する告示」（令和8年厚生労働省告示第69号）等が告示され、令和8年6月1日より適用されることに伴い、「診療報酬請求書等の記載要領等について」も一部改正されております。
- Ⅱ 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領の第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第2）2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項（20）へ記載されているとおり、**令和8年10月診療分（令和8年11月請求分）より選択式コードを用いた請求**となりますのでご注意ください。

3
|
①

テーマ

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (1) オンライン請求での請求状況
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例
- 2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - (2) 公表事例について
- 3 令和8年診療報酬改定における注意点
 - (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 4 支払基金の改組について
 - (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - (2) 組織改編の主なポイント

5 最後に

3 令和8年診療報酬改定における注意点

(2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）

令和8年度診療報酬改定における施設基準に係る照会状況（支払基金より関東信越厚生局東京事務所へ）

電子レセプトによる請求（オンライン請求・電子媒体）※医科のみ

請求医数	請求件数	コンピュータ チェック箇所数 (施設基準のみ)	厚生局への 照会医療機関数
12,996	7,780,851	154,431	769

➤ 厚生局への照会数が多い主な施設基準については以下のとおり

1. 電子的診療情報連携体制整備加算（1,2,3）
2. 持続陽圧呼吸療法充実管理体制加算
3. 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
4. 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1（1,2,3）
5. 機能強化加算

テーマ

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (1) オンライン請求での請求状況
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例
- 2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - (2) 公表事例について
- 3 令和8年診療報酬改定における注意点
 - (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 4 支払基金の改組について
 - (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - (2) 組織改編の主なポイント

5 最後に

4 支払基金の改組について

(1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ



支払基金は、診療報酬の審査支払と医療DXの運営母体の双方を担う法人としてスタートします

(※支払基金HPより抜粋)

4 支払基金の改組について

(1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ

支払基金の名称が変わります

【新法人名称】

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構 (略称：DX審査支払機構)

Japan Healthcare Payment & Digital Transformation (DX) Services
(略称：HPDX、エイチピーディエックス)

【変更日】

2026年(令和8年)10月1日

※レセプトや帳票再発行依頼の提出先、電話番号、地方拠点の住所に変更はございません。

略称については、
「DX審査支払機構」
へ変更いたします

令和7年12月5日、支払基金を、診療報酬の審査支払と医療DXの運営母体の双方を担う法人として改組する内容を、**「医療法等の一部を改正する法律」**が国会で成立し、12日に公布されました。法人名称の見直しにつきましてはこの改正法によるものです。

(※支払基金HPより抜粋)

テーマ

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (1) オンライン請求での請求状況
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例
- 2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - (2) 公表事例について
- 3 令和8年診療報酬改定における注意点
 - (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 4 支払基金の改組について
 - (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - (2) 組織改編の主なポイント
- 5 最後に

テーマ(2) 組織改編の主なポイント

4 支払基金の改組について

(2) 組織改編の主なポイント

医療DX業務への国のガバナンス発揮

中期計画

DX審査支払機構は、厚生労働大臣が定める医療DXの総合的な方針（「医療情報化推進方針」）に基づき医療情報化推進の実施に関する中期的な計画（「中期計画」）を定め、厚生労働大臣の認可を受けます。中期計画には、医療情報化推進のために達成すべき目標に関する事項、目標を達成するために取り組むべき事項などを定めます。

年度計画

毎年度、中期計画に基づき医療情報化推進業務の運営に関する計画（「年度計画」）を策定し厚生労働大臣に届け出ることとなり、また、毎年度、医療情報化推進業務の実績について、厚生労働大臣の評価を受けます。

柔軟かつ一元的意思決定体制

運営会議の創設

支払基金の最高意思決定機関である理事会に代えて、「運営会議」が設置されます。運営会議は、保険者代表3名、診療担当者代表3名、被保険者代表1名、地方公共団体代表1名、学識経験者1名で構成され、上記の中期計画をはじめとした重要事項について、国民健康保険関連団体や地方公共団体も含めた医療DXに関する一元的意思決定を行うこととなります。

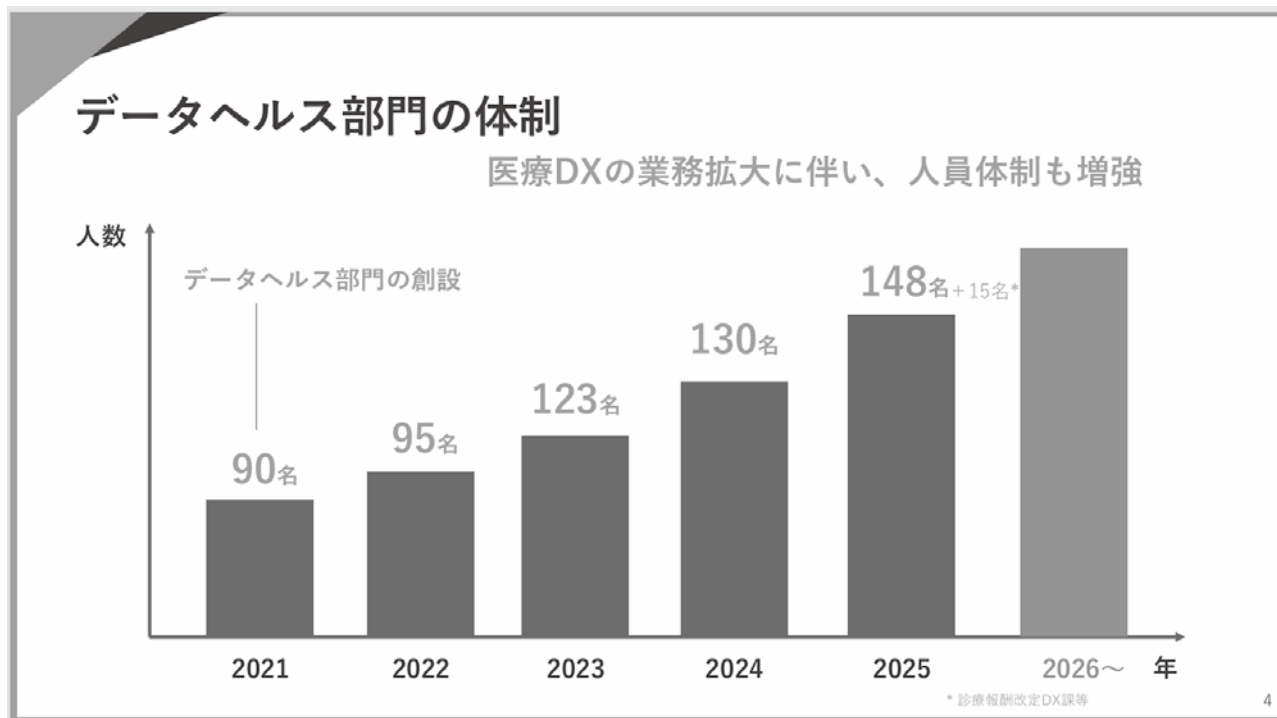
審査支払運営委員会

審査支払に関する重要事項は、定款で定めることにより、運営会議の議決を要せず、新たに設ける「審査支払運営委員会」において専決することになり、基本的に現行の意思決定プロセスが維持されます。

（※支払基金HPより抜粋）

4 支払基金の改組について

◆データヘルス部門の体制強化



(※支払基金HPより抜粋)

4 支払基金の改組について

◆データヘルス部門 事業内容

提供する主なサービス

1. 資格情報や医療情報の確認・提供

- オンライン資格確認等システム
- 電子処方箋管理サービス
- 電子カルテ情報共有サービス

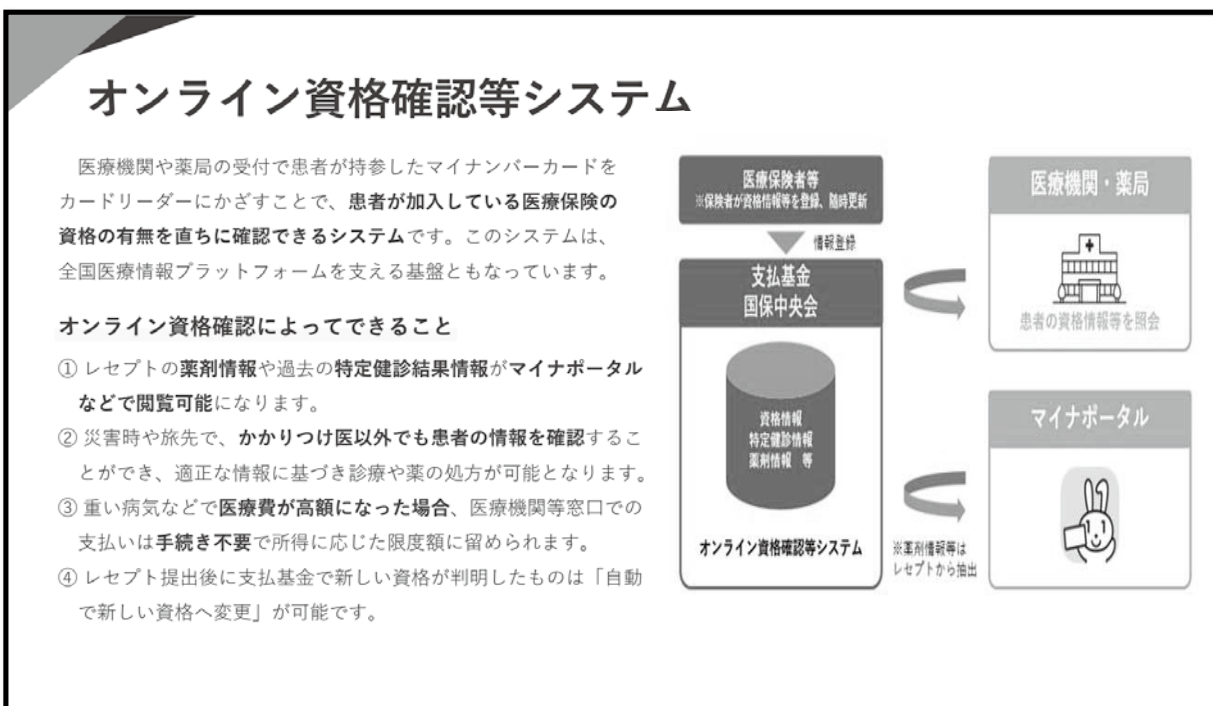
2. ビッグデータを活用したデータヘルス

- NDB（ナショナルデータベース）
- 健康スコアリングレポート
- データヘルス・ポータルサイト

(※支払基金HPより抜粋)

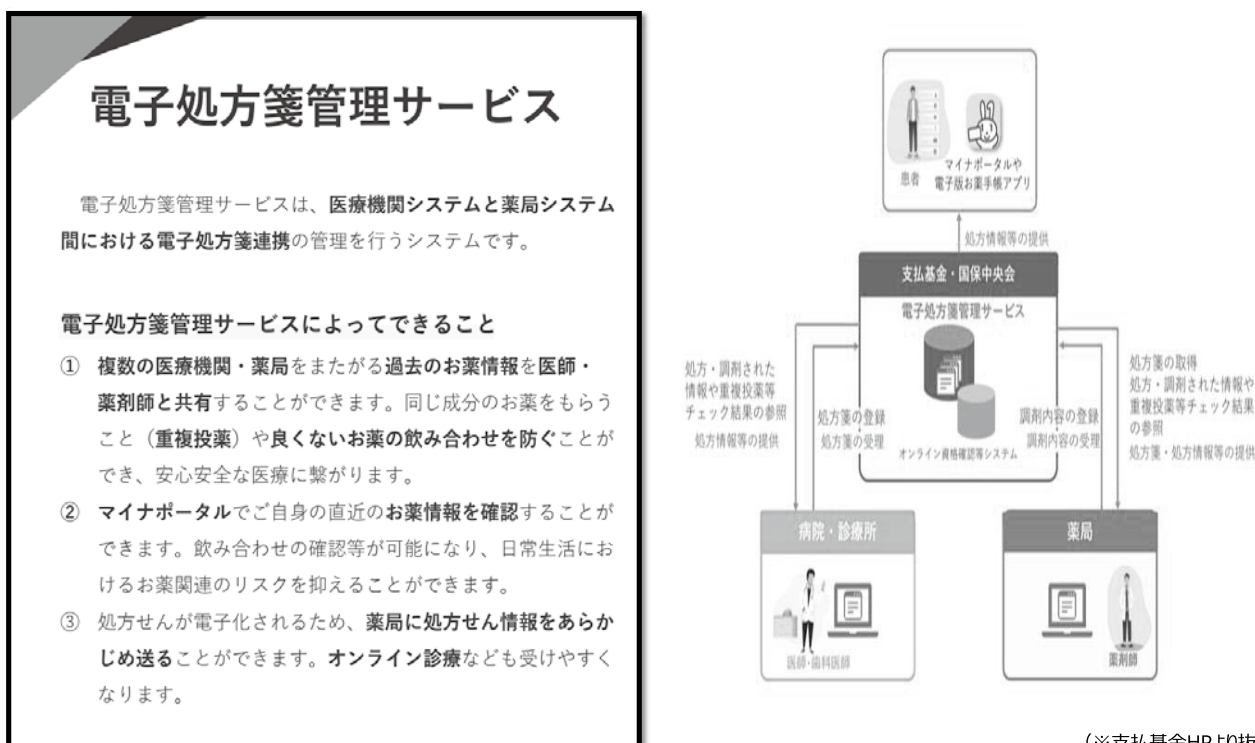
4 支払基金の改組について

◆データヘルス部門 事業内容（資格情報や医療情報の確認・提供）



4 支払基金の改組について

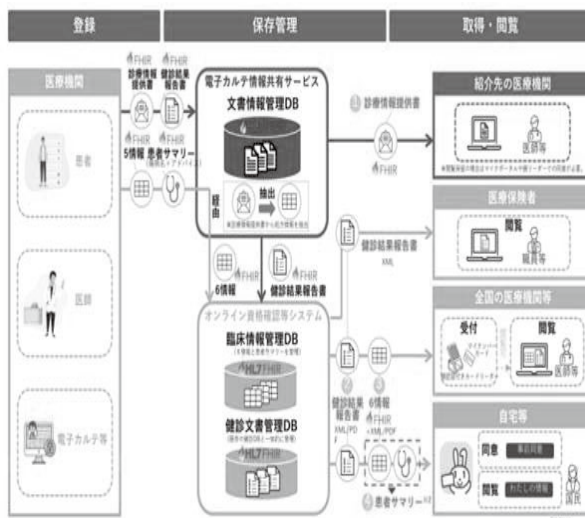
◆データヘルス部門 事業内容（資格情報や医療情報の確認・提供）



電子カルテ情報共有サービス

電子カルテ情報共有サービスによってできること

- ① **患者の情報を医療機関等や本人等が閲覧できるようになり、より質の高い診察、処方、服薬指導をすることが可能になります。**
- ② **各種の文書を電子で送受信できるようになり、医療事務の効率化が期待されます。**
- ③ **各種健診結果を医療保険者及び医療機関等や本人等が従来よりもタイムリーに閲覧できるようになります。**
- ④ **マイナポータルなどで自分の病態を把握し、医師から診療時に受けたアドバイスを再確認したり、他院への受診時に情報共有することが可能になります。**



※1: FHIR(医療機器: FHIR)とは、HL7-FHIR(Fast Healthcare Interoperability Resources)の略称であり、医療情報交換の次世代標準フレームワーク。電子カルテ情報共有サービスで取り扱う情報のデータフォーマットはこの規格に準拠するため、本サービスに登録するデータは、当該規格へ変換される必要がある。

Change, Challenge, Chance 社会保険診療報酬支払基金 34

医療DXのユースケースは更に拡大

救急隊
救急車に搭載する
救急隊との通信

医療機関・薬局
救急車に
入った際の通信

介護事業所
施設に入院
した際の通信

[illegible]

二次利用データベース群(例)

NDB	介護DB	DPC
がん登録	施設利用	小児慢性特定疾病
感染症	予防接種	障害福祉

各DBのデータ連携 → 解析基盤

行政機関・研究者
医薬品産業等

Change, Challenge, Chance 社会保険診療報酬支払基金 35

4 支払基金の改組について

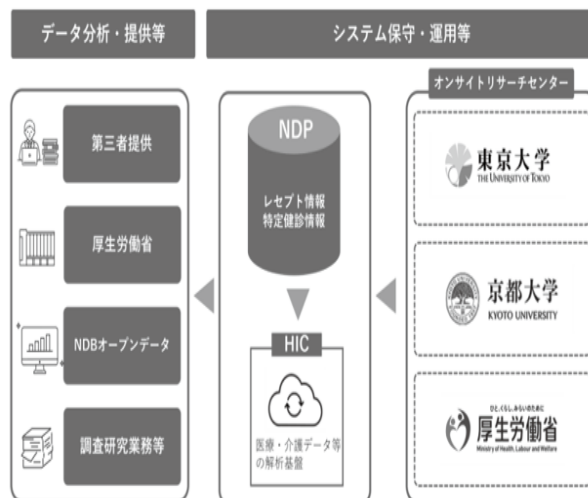
【参考】データヘルス部門 事業内容（ビッグデータを活用したデータヘルス）

NDB 関連業務

支払基金は厚生労働省からの委託を受け、匿名医療保険等関連情報データベース（NDB）の運用管理、オンサイトリサーチセンターの運用、NDBオープンデータの作成、研究者や地方自治体各々のニーズに応じたNDBデータの情報分析・提供等の支援を行っています。

NDBの利活用によってできること

- ① 国や都道府県における医療費適正化計画の作成、実施及び評価のための調査や分析などに用いられます（本来目的）。
- ② 大学の研究者や民間事業者による医療分野の研究開発や国民保健の向上に資する業務に活用されています（第三者提供）。
- ③ 介護DBなど他のデータベースとの連結も可能で、医療・介護サービスの利用状況を複合的に分析解析することもできます。



（※支払基金HPより抜粋）

4 支払基金の改組について

【参考】データヘルス部門 事業内容（ビッグデータを活用したデータヘルス）

健康スコアリングレポート

健康スコアリングレポートとは、保険者の加入者の健康状態や医療費、予防・健康づくりへの取組状況等について、全国平均や業態平均と比較した場合の自組合の立ち位置が見える化したもので、企業と保険者が従業員等の予防・健康づくりに向けた連携を深めるためのコミュニケーションツールです。

支払基金では、厚生労働省からの委託を受け、2021年度から保険者単位・事業主単位のレポートを作成・提供しています。

健康スコアリングレポートの利活用によってできること

- ① 企業と健康保険組合が従業員等の健康に関する問題意識を共有することにより、両者の連携（コラボヘルス）が促進され、従業員等に対する予防・健康づくりの取組が活性化されます。
- ② 予防・健康づくりの取組が進むことで、従業員の健康の保持・増進につながり、企業の生産性向上や将来的な医療費の適正化に寄与することが期待されます。



（※支払基金HPより抜粋）

4 支払基金の改組について

【参考】データヘルス部門 事業内容（ビッグデータを活用したデータヘルス）

データヘルス・ポータルサイト

データヘルス・ポータルサイトとは、健康保険組合がデータヘルス計画を策定したり、実績報告を登録したり、あるいは、運用にあたって活用していただくための「プラットフォーム」です。

データヘルス・ポータルサイトによってできること

- ① 健康課題と保健事業の紐付けや事業ごとの定量的な評価指標の設定・評価が可能です。
- ② 取組状況の見える化、組合相互の比較により、将来的に健康課題別の効果的な保健事業のパターン化や成功事例のライブラリー化を目指しています。
- ③ 毎年度配信している健康スコアリングレポートもデータヘルス・ポータルサイトより取得することが可能です。

データヘルス・ポータルサイト
Data Health Portal

データヘルス計画のPDCAを円滑に進め、事業効果を高める

データヘルス・ポータルサイトは、平成27年度より全国に開始された各健康保険組合のデータヘルスのPDCAの進捗を支援するとともに、データヘルス計画の進捗に即応した様々なツールを提供しています。データヘルス計画の進捗を支援するためのデータヘルス計画の進捗に即応した様々なツールを提供しています。

データヘルス計画作成・評価および進捗支援ツール

データヘルス計画の作成・評価および進捗支援ツールは、データヘルス計画の進捗に即応した様々なツールを提供しています。

データヘルスライブラリー

データヘルス計画の進捗に即応した様々なツールを提供しています。

（データヘルス計画書入力画面）

STEP 1 1. 基本情報
2. 保健事業の実績状況
3. 基本分析
STEP 2 4. 健康課題の抽出
STEP 3 5. 保健事業の実績計画
STEP 4 6. 事業報告
7. 評価結果
8. 事業報告出力

（※支払基金HPより抜粋）

テーマ

- 1 紙レセプト及び紙の添付資料の電子化への移行について（お願い）
 - (1) オンライン請求での請求状況
 - (2) オンライン請求医療機関が紙レセプトを請求する場合（様式3号の提出）
 - (3) 紙媒体で請求されるレセプトで電子請求可能なレセプトとは
 - (4) 紙媒体で送付される症状詳記等で電子記録可能な事例
- 2 支払基金における審査の一般的な取扱い（医科）について
 - (1) 支払基金における審査の一般的な取扱いとは
 - (2) 公表事例について
- 3 令和8年診療報酬改定における注意点
 - (1) 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項について
 - (2) 令和8年7月請求分の施設基準確認状況（7月15日現在）
- 4 支払基金の改組について
 - (1) 令和8年10月より支払基金はDX審査支払機構へ
 - (2) 組織改編の主なポイント

5 最後に

5 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、支払基金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。



(※支払基金HPより抜粋)

保険医療機関・保険薬局・訪問看護ステーション・特定健診等機関・助産所の皆さまへ

DX審査支払機構への組織改組

改組／本部移転／各種システムのドメイン等の変更について

支払基金は、診療報酬の審査支払業務に加え、医療DXに関する業務を担う法人として「DX審査支払機構」へ改組します。

これまで審査支払業務を通じて培ってきた、データ、システム、運用基盤、ノウハウを活かし、医療DX関連システムの開発・運用の中心的な役割を担うことになります。

令和8年10月1日 改組により法人名称変更

■新法人名称

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構

Japan Healthcare Payment & Digital Transformation Services

DX審査支払機構／HPDX(エイチピーディエックス)

■地方組織の新名称例

医療情報基盤・診療報酬審査支払機構 関東審査事務センター

これまでの審査支払・請求業務は引き続き実施し、地方組織の業務に変更はなく、レセプトや帳票再発行依頼の提出先、電話番号、地方組織の住所に変更はありません。

なお、審査委員会の名称も変更ありません。

令和8年9月24日 本部事務所移転(新橋→豊洲)

■新住所

〒135-0061

東京都江東区豊洲

2丁目1番9号

豊洲セイルパークビル7・8階

※横浜オフィスも豊洲に移転します。

■電話番号(代表)

03-3591-7441

※変更はございません。

■FAX(代表)

03-3591-6708



重要

組織名称の変更、各種システム等のドメイン変更および本部事務所の豊洲への移転に伴い、ご利用者の皆さまにご対応いただく事項がございます。

■法人名称変更に伴い、ドメインが変更になります。

対象となるシステムをご利用の方は、システムの再セットアップやブックマークの変更が必要です。

内容	システム名	旧ドメイン	新ドメイン	変更日
再セットアップが必要です。	オンライン請求システム	https://www.kikin.send.rece	https://www.hpdx.send.rece.jp	10月5日
	特定健診・保健指導システム	https://www.kikin.kenshin.rece	https://www.hpdx.kenshin.rece.jp	10月5日
	※新ドメインへは10月5日に移行します。 オンライン請求システムは令和9年3月末までに、特定健診・保健指導システムは令和9年8月末までに再セットアップが必要です。 なお、再セットアップの方法は、改めてお知らせいたします。			
ブックマークの変更が必要です。	ホームページ	https://www.ssk.or.jp/	https://www.hpdx.or.jp/	10月1日
新アドレスを登録願います。	メールマガジン発信元アドレス	ssk@mail.ssk.or.jp	hpdx@mail.hpdx.or.jp	10月1日

■本部事務所移転に伴い、9月24日以降は以下の届出様式の提出先が変更になります。

内容	様式	提出先部署名	提出先
出産育児一時金等に係る書類 (新規・変更・廃止)	出産育児一時金等の直接支払制度に係る登録用紙 (助産所)	事業資金管理部 資金管理課資金管理係	〒135-0061 東京都江東区豊洲 2丁目1番9号 豊洲セイルパークビル7階
診療報酬等の債権譲渡に係る書類	債権譲渡通知書	事業資金管理部 資金管理課債権管理係	～9/30 社会保険診療報酬支払基金 10/1～ 医療情報基盤・診療報酬審査支払機構

■支払基金ホームページに掲載している各種届出様式は、10月1日以降にダウンロードいただき、ご活用願います。

●改組に関するお問い合わせ先

0120-328-973(月曜日～金曜日 9:00～12:00/13:00～17:30)※国民の祝日、年末年始を除きます。

●地方組織へのお問い合わせ先に変更はありません

▶医療機関等の方：医療機関等照会連絡先(問い合わせ先)検索をご利用ください。



3．診療報酬請求書の留意点について

② 国民健康保険関係

令和8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

基本事項

- オンライン請求の使用方法は操作手順書をご参照ください。
※操作手順書はオンライン請求から取得できます。
オンライン請求にログイン＞画面左の「マニュアル」ボタンをクリック＞閲覧するマニュアルのリンク文字列をクリック
- オンライン請求を使用するための電子証明書及び初期パスワードの発行は支払基金が行います。
お問合せの際は支払基金までお願いいたします。
- オンライン請求への配信帳票及び配信メニューは国保連合会と支払基金で異なります。各審査支払機関のホームページをご参照ください。

【お問合せ先】

＜＜オンライン請求システムの操作方法に関する＞＞ 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届出

- オンライン請求を開始する場合、届出(申請)が必要となります。

医療機関等向け総合ポータルサイトから届出(申請)を行います。
医療機関等向け総合ポータルサイトから届出ができない場合は、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」を書面で提出してください。書面の場合、国保連合会・支払基金、双方に提出が必要です。

※「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出」は本会ホームページから取得できます。
ホーム>保険医療機関等・柔整施術所の皆様>3 オンライン請求について>3-2 届出関係(オンライン請求関係)

- ▶電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する届出提出先(国保連合会)

国保連合会はFAXで受付しています。FAXで提出した場合、郵送は不要です。
FAX番号:03-6238-0097(送付書は不要です。)

郵送の場合は以下の住所まで送付願います。
〒102-0072 千代田区飯田橋3-5-1 東京区政会館11階

【お問合せ先】

«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)

3
|
②

オンライン請求について

レセプトデータの送信

- 「送信」からUKEファイルを送信後、「状況」からエラー等の確認及び請求確定をお願いします。
請求確定したレセプトデータ件数は「オンライン受領書」を確認してください。

- レセプトデータを送信した際、「受付・事務点検ASP」と呼ばれる事前チェックが行われます。

- 受付・事務点検ASPのエラーには受付不能と要確認があります。

受付不能:請求確定しても受付されません。訂正後、送信(または次月送信)が必要です。

要確認:エラー内容を確認し、そのまま請求する場合は請求確定(エラー分含む)をクリックしてください。(請求確定(エラー分除く)では受付されません)
修正する場合は請求取消をして、再度「送信」から行ってください。

【お問合せ先】

«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

レセプトデータの送信[受付・事務点検ASP結果リスト]

■エラー内容は、受付・事務点検ASP結果リストで確認します。

(操作手順書 運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>「5.2 請求状況を確認する」を参照)

令和7年3月診療分 請求状況 (医科)

請求状況に「処理中」と表示され、受付処理が完了するまで時間を要する場合は、一旦オンライン請求システムを終了してお待ちください。
なお、オンライン請求システムを終了後も受付処理は行われています。

医療機関コード: 名称: 電話番号: 2025/4/11 10:26 現在 最新状況に更新

送信回	送信日	請求 確定日	診療科	請求 確定回	送信レセ 入院	件数	要確認 件数	請求確定 件数	請求状況
1	4/8	4/8	-	1	3	2	3	2	請求済(エラー分含む)

受付不能または要確認件数に表示されている数字をクリックすると、受付・事務点検ASP結果リストが表示されます。

令和 7年 3月分 受付・事務点検ASP結果リスト

点検表: 医科 都市区番号: 医療機関コード: 名称: 診療科: 送信回数: 1

項番	レセプト番号 カルテ番号	診療年月 入院・入院外	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 区分	事項名	点数 (誤) (正)
1		令和 7. 3 入院外		2170	【受付不能】公費受給番号が記録されていません。 レセプト種別【1328】公費受給番号【01130012】公費受給番号【1レセプト内レコード番号【0003】レセプト診療科目【0002】			
2		令和 7. 2 入院外		3091	当該診療科で記録できる診療科目ではありません。	100		
3		令和 7. 3 入院外		3006	【受付不能】当該受給番号一級又は後期高齢者一般レセプト及び当該受給番号二級又は後期高齢者7割レセプトについて、特記事項に所得区分が記録されていません。			
4		令和 7. 3 入院外		4458	診療行為に対応しない診断が記録されています。	88	補償診療料 520×1	

注: 1. エラーコード2170の番号(1328)は、医療機関(施設)単位でエラーとなっているため、再請求が必要です。
2. エラーコード3091の番号(1328)は、レセプト種別がエラーとなっているため、再請求が必要です。
3. エラーコード3006の番号(1328)は、エラーとして検出されているため、再請求が必要です。
4. エラーコード4458の番号(1328)は、レセプトのうちの1レセプトがエラーとなっているため、再請求が必要です。
5. エラーコード4458の番号(1328)は、レセプトのうちの1レセプトがエラーとなっているため、再請求が必要です。

【お問合せ先】

<<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

レセプトデータの送信[受付・事務点検ASP結果リスト]

■受付・事務点検ASP結果リストの見方

エラー又は確認事項欄に【受付不能】がある場合、請求確定しても受付されない。
訂正後、送信する必要がある。

令和 7年 3月分 受付・事務点検ASP結果リスト

点検表: 医科 都市区番号: 医療機関コード: 名称: 診療科: 送信回数: 1

項番	レセプト番号 カルテ番号	診療年月 入院・入院外	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 区分	事項名	点数 (誤) (正)
1		令和 7. 3 入院外		2170	【受付不能】公費受給番号が記録されていません。 レセプト種別【1328】公費受給番号【01130012】公費受給番号【1レセプト内レコード番号【0003】レセプト診療科目【0002】			
2		令和 7. 2 入院外		3091	当該診療科で記録できる診療科目ではありません。	100		
3		令和 7. 3 入院外		3006	【受付不能】当該受給番号一級又は後期高齢者一般レセプト及び当該受給番号二級又は後期高齢者7割レセプトについて、特記事項に所得区分が記録されていません。			
4		令和 7. 3 入院外		4458	診療行為に対応しない診断が記録されています。	88	補償診療料 520×1	

【受付不能】ではないので、記載内容を確認し、訂正またはそのまま請求確定する。

エラー内容の補足が『事項名』欄に記載される。

【お問合せ先】

<<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

レセプトデータの送信[ASP結果リスト]

■ 受付・事務点検ASP結果リストの見方(つづき)

「エラー又は確認事項」に記載の内容では詳細が不明な場合、受付・事務点検ASPに係るチェック一覧をご覧ください。

<一覧掲載場所>

- オンライン請求>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)
- オンライン請求>マニュアル>その他>受付・事務点検ASPに係るチェック一覧(DPC)

■ チェック一覧等を確認しても理由が不明な場合は、担当部署へお問合せください。

▶オンライン請求操作方法、【受付不能】ASPエラー

☎: 03-6238-0456(システム管理課レセプト電算係)

▶オンライン請求の取り消し、【受付不能】以外ASPエラー

▶返戻及び増減点等各種帳票に係るお問合せ先

☎: 03-6238-0011(大代表)

(審査第2部事務審査第1～3課)

※地区により担当が異なるため、大代表にご連絡いただき、医療機関の所在地区をお伝えください。

【お問合せ先】

«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)

3
|
②

オンライン請求について

レセプトデータがオンラインで送信できない場合

■回線不具合等によりオンライン請求でレセプトの提出ができない場合は、電子媒体(CD-R等)で提出することができます。

<電子媒体で請求する場合に必要な書類等>

・総括請求書

・様式第3号(請求命令附則第4条第5項による猶予届出書)

※本会ホームページから取得できます。

ホーム>保険医療機関等・柔整施術所の皆様>3 オンライン請求について>3-2 届出関係(オンライン請求関係)

・CD-R等

※UKEファイルだけを入れてください。

フォルダの中にUKEファイルがあると受付できませんのでご注意ください。

【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

返戻レセプト・各種帳票について

■ 令和6年10月(令和6年9月処理)から返戻レセプト等の紙媒体での送付は廃止しています。

・医療機関でオンライン請求から返戻レセプト及び各種帳票の取得をする必要があります。

・取得メニューや配信帳票等は国保連合会と支払基金で違います。
(審査支払機関の違いによるものであり、紙で送付していた帳票から変更はありません。)

・オンライン請求から取得できる期間は限りがあります、必ず期間内※に取得願います。

・期間を超過した場合、オンライン請求での再配信はできません。

※取得可能期間および掲載期間は、「■[配信日等](国保連合会)」を参照

【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

返戻レセプト・各種帳票について

[紙媒体による送付に係る基準](国保連合会)

保険医療機関	国保連合会
オンラインでの請求あり	紙媒体での送付はありません(書面審査分の返戻レセプトを除く)。
オンラインでの請求なし	返戻レセプトや各種帳票がある場合は、紙媒体で送付します。

＜留意事項＞

回線不具合等により電子媒体でレセプトを提出した場合、「オンラインでの請求なし」と判断し、紙媒体で送付します。この場合、オンライン請求にもデータ配信されています。
返戻レセプトの重複再請求にご留意ください。

【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)

オンライン請求について

返戻レセプト・各種帳票について

■ [配信日等](国保連合会)

No	配信データ	取得可能期間	掲載期間	拡張子
1	返戻レセプト		3カ月	HEN、SAH
2	増減点連絡書	毎月5日～月末	12カ月	CSV
3	返戻内訳書			
4	資格確認結果			
5	振込額	毎月5日～月末	3カ月	PDF
		毎月15日～月末		

No2-4のPDFは振込額の月初に含まれます。

■ 振込額は、区分(月初・月中)で配信される帳票が違います。

No	配信データ	取得可能期間	区分	配信帳票
5	振込額	毎月5日～月末	月初	増減点連絡書、過誤調整結果通知 等 ※
		毎月15日～月末	月中	診療報酬決定通知書及び内訳書

※配信帳票はホームページに掲載しています。

【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)

3
|
②

オンライン請求について

返戻理由について

■ 返戻理由が「その他」の場合はMDレコードをご確認ください。

返戻レセプトデータはレセコンに取り込んで確認・修正を行うものです。

レセコンに取り込んだ際に理由が「その他」となり詳細が不明な場合は、レセコンベンダにご相談ください。

国保連合会から配信しているレセプトデータにはMDレコードに理由詳細を記録しています。

【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

返戻再請求について

- 令和5年4月以降、オンライン請求の医療機関・薬局は、原則オンラインにより返戻再請求を行うことが厚生労働省通知※1で定められています。
- 令和6年10月以降は診療年月にかかわらず、オンラインによる返戻再請求を行っていただく必要があります。※2

※1: 令和5年1月23日付け厚生労働省保険局医療介護連携政策課長保連発0123第1号

※2: 紙のみで送付される返戻レセプトについては、令和6年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。

＜留意事項＞

支払基金からの返戻レセプトを国保連合会へ再請求するとエラー※になります。社保から国保(又はその逆)の場合、新たにレセプトを作成し、月遅れレセプトとして送信してください。

※エラー2118 履歴管理ブロックに返戻時の履歴管理ブロックと異なった内容が記録されています。

【お問合せ先】

＜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

再審査依頼・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＞

医療機関にてツールをセットアップする必要があります。
セットアップ等に関する情報は操作手順書をご確認ください。

※当月請求分の取り下げ依頼は、オンライン請求からできません。

※ツール使用時のエラーについてはオンライン請求お知らせ掲載の「医療機関再審査等請求時のエラーメッセージ一覧」を参照してください。

※エラーメッセージ一覧を確認しても内容が不明な場合は、オンライン請求ヘルプデスクへお問合せください。

【オンライン請求ヘルプデスク0120-60-7210】

●操作手順書掲載場所

オンライン請求＞マニュアル＞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

【お問合せ先】

＜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(〇〇区、〇〇市等)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)

オンライン請求について

再審査依頼・取下げ依頼について

＜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。

※依頼書は本会ホームページからダウンロードできます。【『「再審査・取下げ依頼書」(Word73KB)』参照】

※記載要領は本会ホームページをご参照ください。

ホーム＞保険医療機関等・柔整施術所の皆様＞4 審査結果・再審査・取下げについて＞4-1 診療(調剤)報酬明細書等
再審査・取下げ依頼関係

■ オンライン請求システムへ送信後の再審査・取下げ依頼について

再審査・取下げ依頼をオンライン請求で送信したら、「状況」を確認してください。

オンライン請求でファイルの受付が完了すると「受付中」になります。

その後、国保連合会で受付すると状況画面から消えます。

国保連合会で受付した再審査・取下げ依頼を取下げの場合は、担当部署へお問合せください。

依頼が処理されると帳票として結果が返ります。

返戻レセプトまたは各種帳票をダウンロードしてご確認ください。

【お問合せ先】

＜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(〇〇区、〇〇市等)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)

オンライン請求について

お問合せ先

- 本会へお問合せの際は、下記及び本会ホームページをご確認ください。

▶オンライン請求操作方法、【受付不能】ASPエラー

☎ :03-6238-0456(システム管理課レセプト電算係)

▶オンライン請求の取り消し、【受付不能】以外ASPエラー

▶返戻及び増減点等各種帳票に係るお問合せ先

☎ :03-6238-0011(大代表)

(審査第2部事務審査第1～3課)

※地区により担当が異なるため、大代表にご連絡いただき、医療機関の所在地区をお伝えください。

▶再審査依頼・取下げ依頼

再審査依頼 ☎ :03-6238-0011(大代表)

(審査第1部審査共助管理課・審査共助進行課)

※地区により担当が異なるため、大代表にご連絡いただき、

医療機関の所在地区(〇〇区、〇〇市等)をお伝えください。

取下げ依頼 ☎ :03-6238-0330(審査第2部進行調整課過誤調整係)

オンライン請求について

(参考)オンライン請求利用可能時間

	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
レセプト送信・請求確定					←		→																								
					5日-7日		8:00-21:00																								
					8日-10日		8:00-24:00																								
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)																								
確認試験					←		→																								
					5日-末日		8:00-21:00																								
返戻レセプトおよび振込額の 「月初」のダウンロード					←		→																								
					5日-末日		8:00-21:00																								
振込額の「月中」のダウン ロード																	←		→												
																		15日-末日		8:00-21:00											
再審査等請求ファイル送信 (再審査依頼・取下げ依頼)					←		→																								
					5日-末日		8:00-21:00																								

※受付・事務点検ASPにて、エラーとなったレセプトのみ送信可能です。
請求確定時にエラー分含むとした要確認分は受付がされているため11日、12日の送信はできません。

【お問合せ先】

「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

(参考)返戻レセプトダウンロード及び再請求

1. 返戻レセプトをダウンロードする(操作手順書 運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>「9.返戻レセプトをダウンロードする」を参照)

0101

「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年月日時が表示さ
れます。
複数回クリックした場合は、最新の年月
日が表示されます。

オンライン請求

トップページ

お知らせ

原審査分、再審査分をダウンロードする。

各種帳簿

返戻レセプト

原審査分

再審査分

返戻レセプトダウンロード(医科)

直近3か月分の返戻レセプトがダウンロードできます。

項番	処理年月	返戻レセプト件数	ダウンロード日	ダウンロード
1	令和X年2月	1	未ダウンロード	ダウンロード
2	令和X年1月	1	未ダウンロード	ダウンロード
3	令和X年12月	1	未ダウンロード	ダウンロード

【お問合せ先】

「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

(参考) 返戻レセプトダウンロード及び再請求

1. 返戻レセプトをダウンロードする(操作手順書 運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>「9. 返戻レセプトをダウンロードする」を参照)

Microsoft Edge(Chromium)の場合



データを確認する場合は、【ファイルを開く】又はフォルダアイコンをクリックしてください。

ダウンロード結果の表示が消えた場合は、画面右上部の【...】ボタンをクリックしダウンロードを選択するか「Ctrl+J」キーを押下するとダウンロード状況及び結果が表示されます。

Internet Explorer の場合



データを確認する場合は、【ファイルを開く】又はフォルダアイコンをクリックしてください。



上記は1例です。ブラウザの種類、バージョンにより表示方法が異なる場合があります。

【お問合せ先】

<<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

(参考) 返戻レセプトダウンロード及び再請求

2. レセコンでレセプトデータを修正する

こちらの手順はご使用のレセコンベンダにお問合せください。

<留意事項>

支払基金からの返戻レセプトを国保連合会へ再請求するとエラー※になります。社保から国保(又はその逆)の場合、新たにレセプトを作成し、月遅れレセプトとして送信してください。

(※エラー2118 履歴管理ブロックに返戻時の履歴管理ブロックと異なった内容が記録されています。)

3. レセプトデータを再請求する(操作手順書 運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>「5. レセプトデータをWebサイトへ請求する」を参照)

通常のレセプト同様に請求します。

UKEファイルは当月請求分と再請求分で2ファイルとなっても問題ありません。

【お問合せ先】

<<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

(参考)各種帳票のダウンロード

1.“振込額”メニューからダウンロードする(操作手順書 運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>「8.2.4振込額データをダウンロードする」を参照)

オンライン請求

トップページ

お知らせ

レセプト送信・状況

再審査・取下げ

各種帳票等

増減点連絡書

返戻内訳書

資格確認結果

振込額

接続先 : □□ 国民健康保険団体連合会
利用者名: ○○○○○○○○○○

振込額ダウンロード

3か月分の振込額データがダウンロードできます。

項番	処理年月	区分	ダウンロード日	ダウンロード
1	令和XX年10月	月中	未ダウンロード	ダウンロード
2	令和XX年10月	月初	未ダウンロード	ダウンロード
3	令和XX年9月	月中	未ダウンロード	ダウンロード
4			ロード	ダウンロード
5			ロード	ダウンロード
6	令和XX年8月	月初	未ダウンロード	ダウンロード

区分ごとにダウンロードが必要です。

補足
「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年月日時が表示されます。
複数回クリックした場合は、最新の年月日時が表示されます。

【お問合せ先】

<<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

(参考)各種帳票のダウンロード

1.“振込額”メニューからダウンロードする(操作手順書 運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>「8.2.4振込額データをダウンロードする」を参照)

Microsoft Edge(Chromium)の場合



補足
データを確認する場合は、【ファイルを開く】又はフォルダアイコンをクリックしてください。

ダウンロード結果の表示が消えた場合は、画面右上部の【...】ボタンをクリックしダウンロードを選択するか「Ctrl+J」キーを押下するとダウンロード状況及び結果が表示されます。

Internet Explorer の場合



補足
データを確認する場合は、【ファイルを開く】又はフォルダアイコンをクリックしてください。

補足

上記は1例です。ブラウザの種類、バージョンにより表示方法が異なる場合があります。

<留意事項>“振込額”からダウンロードされるのはzipファイルです。解凍して参照してください。

【お問合せ先】

<<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)

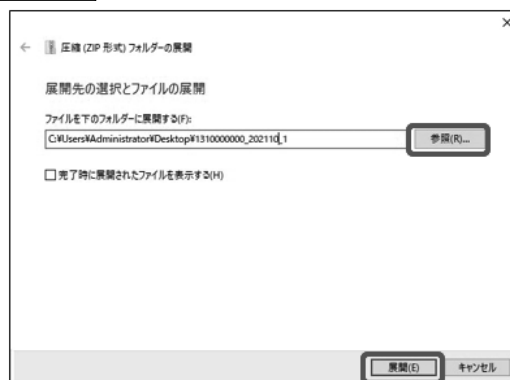
オンライン請求について

(参考)各種帳票のダウンロード

1.“振込額”メニューからダウンロードする(操作手順書 運用編<医療機関・薬局・訪問看護ステーション用>「8.2.4振込額データをダウンロードする」を参照)



ZIPファイルの解凍方法は、ご使用の OS によって異なります。
ここでは、Windows10 での解凍方法を説明します。



解凍すると、指定したフォルダの中に医療機関コード_処理年月_月区分フォルダが作成されます。
このフォルダの中にファイルが格納されています。

【お問合せ先】

＜＜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)

3
|
②

オンライン請求について

(参考)医療機関再審査等請求ファイル作成ツールの入力値について

1.再審査等請求ファイルを作成する(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「2.2再審査等請求ファイルを作成する」を参照)

医療機関再審査等請求ファイル作成ツール Ver1.80

医療機関(薬局)データを入力してください。(※は必須入力項目です。)

医療機関(薬局)データ

※ 都道府県 13東京 ※ 点数表 1医科 ※ 医療機関(薬局)コード 0415067

請求先を入力してください。(※は必須入力項目です。)

※ 請求先 ○ 社会保険診療報酬支払基金 ● 国民健康保険団体連合会

再審査等請求データを入力し(※は必須入力項目です。)、ファイル格納先フォルダを指定の上、[登録]ボタンを押してください。

再審査等請求データ(1/3) 再審査等請求データ(2/3) 再審査等請求データ(3/3)

保険者番号 00138016 記号 01-02 ※1 番号 22222 ※1 ○で囲まれた記号は(姓)のように入力してください。

公費負担者番号 受給者番号

※ 患者氏名(カナ) コホ 知子 ※2 ※2 姓名の欄は1桁空けて入力してください。

患者氏名(漢字) 国保 太郎 ※2

※ 生年月日 昭和 60 年 1 月 1 日

※ 請求点数 点 一部負担金 円 食事・生活療養費 円 標準負担額 円

ファイル格納先フォルダ C:\Users\Wakaho\Desktop 参照

<< 前へ 次へ >> クリア 登録 中止

保険者番号は8桁で入力する必要があります。

国保の場合、前に00を入れ、8桁にしてください。

都内国保の場合、記号に“—”(ハイフン)があるため、数字含め、全角で入力する必要があります。



他の入力値のお問合せは担当部署※までお願いします。
※お問合せ先を参照

【お問合せ先】

＜＜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)

オンライン請求について

(参考)オンライン請求関係掲載先

掲載場所	掲載内容	掲載先
厚生労働省HP	保険医療機関・薬局におけるオンライン請求等	https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000190624_00001.html
国保中央会	受付・事務点検ASPに係るチェック一覧	https://www.kokuho.or.jp/inspect/
オンライン請求システムサポートサイト	ー	https://onlineseiky.jp/
診療報酬情報提供サービス	医科診療行為マスター オンライン請求又は光ディスク等による請求に係る記録条件仕様 等	https://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/
医療機関等向け総合ポータルサイト		https://iryohokenjyoho.service-now.com/csm?id=csm_index

【お問合せ先】

«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)

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の依頼をいたしますので、ご協力をお願いいたします。

【お問合せ先】

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ください。
- (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ください。
- (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

【お問合せ先】
《記載内容に関すること》
審査第1部審査企画調整担当課
審査情報担当係
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ください。

※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

【お問合せ先】

《記載内容に関すること》 審査第1部審査企画調整担当課審査情報担当係 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 急性及び慢性肝炎の診断及び経過観察のためにエラストーゼ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 -フエトプロテイン(AFP)、PIVKA-II半定量又はPIVKA-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

【お問合せ先】

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、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)」、別表Ⅳ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等の一覧(材料価格基準)」を参照のうえ、**該当するコードでご請求いただきますようお願いいたします。**

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)【一部抜粋】

医薬品名称	効能・効果	記載事項	レセプト電算処理システム用コード	左記コードによるレセプト表示文言
オプジーボ点注20mg オプジーボ点注100mg オプジーボ点注120mg オプジーボ点注240mg	悪性黒色腫	次に掲げる医師の要件のうち、本製剤に関する治療の責任者として配置されている者が該当するもの(医師要件ア)又は(医師要件イ)と記載すること。 ア 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上のがん治療の臨床研修を行っていること。うち、2年以上は、がん薬物療法を主とした臨床研修の研修を行っていること。 イ 医師免許取得後2年の初期研修を修了した後に5年以上の皮膚悪性腫瘍診療の臨床経験を有していること。	820600416	悪性黒色腫(オプジーボ点注)
			820600141	医師要件ア(オプジーボ点注)
			820600183	医師要件イ(オプジーボ点注)
		〔平成29年2月13日以前に既に本製剤の投与を受けている患者の場合〕 投与中である旨(「投与中患者」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	820600169	投与中患者(オプジーボ点注)
			850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日
			820600168	使用実績有(オプジーボ点注)
		〔平成29年2月13日以前に本製剤の使用実績がある保険医療機関において、本製剤を初めて投与する必要が生じた患者の場合。平成29年4月30日までの間〕 当該保険医療機関での使用実績がある旨(「使用実績有」と記載)及び当該患者に初めて本製剤を投与した年月日を記載すること。	850600129	患者に初めて投与した年月日(オプジーボ点注):(元号)yy"年"mm"月"dd"日

【お問合せ先】

《記載内容に関すること》 審査第1部審査企画調整担当課審査情報担当係 03-6238-0273(直通)

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をご遠慮願います。
- (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

【お問合せ先】

《記載内容に関すること》 審査第1部審査企画調整担当課審査情報担当係 03-6238-0273(直通)

レセプト請求時の留意事項④

D007 血液化学検査 <<減点又は返戻の対象>>

患者から1回に採取した血液を用いて血液化学検査の区分1から8までに掲げる検査を5項目以上行った場合は、所定点数にかかわらず、検査の項目数に応じて次に掲げる点数により算定することになっております。

イ	5項目以上7項目以下	93点
ロ	8項目又は9項目	99点
ハ	10項目以上	103点

特に算定誤りが多い事例

【誤】

実日数1日

* 血液化学検査(10項目以上) 103×1

クレアチニン、TP、Fe、AST、ALT、LD、UA、γ-GT、BUN、Tcho、カリウム、カルシウム、グルコース、BIL/総、BIL/直、TG、ALP、Aib(BCP改良法)、ナトリウム及びクロール、LDL-コレステロール

* ~~CK~~ 11×1

【正】

実日数1日

* 血液化学検査(10項目以上) 103×1

クレアチニン、TP、Fe、AST、ALT、LD、UA、γ-GT、BUN、Tcho、カリウム、カルシウム、グルコース、BIL/総、BIL/直、TG、ALP、Aib(BCP改良法)、ナトリウム及びクロール、LDL-コレステロール、CK

※CKは血液化学検査の区分1に該当し、血液化学検査の区分1～8までに掲げる検査を5項目以上行っているため、所定点数にかかわらず「10項目以上103点」として算定し、CK11点は算定できません。CKは血液化学検査(10項目以上)の中に追加し算定することになっております。

【お問合せ先】

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

「診療(調剤)報酬等決定通知書」について

様式3 診療(調剤)報酬等決定通知書
東京都国民健康保険医療協会

〒

① 令和 年 月 請求分 (月 診療分)

医療機関コード 医療機関名 期末日

区分	件数	点数	決定額	過誤調整額	決定額
一般	144	2,100.00	15,000,000	-200,000	14,800,000
⑤ 一般高額	20	5,000.00	5,000,000	-5,000	4,995,000
⑥ 公費	4	40.00	500,000		500,000
⑥ 公費(後期)	4	40.00	100,000		100,000
⑥ 公費	40	2,000.00	100,000	-10,000	90,000
⑥ 後期高年齢者高額	110	1,500.00	14,000,000	-600,000	13,400,000
⑥ 後期高年齢者高額	40	1,400.00	2,000,000	-4,000	1,996,000
⑥ 公費(後期)	40	1,400.00	600,000		600,000
合計			37,600,000	-96,000	37,504,000

⑦ 振込総額 37,511,000

※ この通知書は、所得申告等に利用していただくために大切に保管下さい。
 ※ 国民健康保険及び後期高齢者医療における「過誤調整額」の内訳は、別紙にて送付する過誤調整結果通知書及び公費負担医療過誤調整結果通知書でご確認ください。(後遺障害補償費は除く)
 ※ 国民健康保険と後期高齢者医療において生じた過誤及びポイント金額について、制度間の調整はいたしません。
 ※ この通知書は、診療、調剤、注射給付及び後遺障害補償費(国保分)のみが適用式となっていますので、請求した項目のみの決定通知書としてご利用ください。
 ※ 後遺障害補償費は本会に支払代付を委託した医療者の支給額(合計)となります。

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」を送付します。

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。

※後期分だけの請求の場合は、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。

【お問合せ先】

企画事業部 管理課 支払係 03-6238-0327

■ご質問について

本日の講習内容についてのご質問は、Microsoft Forms にて実施いたします。
以下の二次元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、**9月25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/41697>)
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8年度 医療保険事務講習会 質問】



令和8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