

Ⅲ 歯科診療に係る診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

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

Ⅱの第 1 の例による。

第 2 診療報酬請求書（歯科・入院外）の記載要領（様式第 1（3））

1 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載する。

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

2 「医療機関コード」欄について

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

3 「別記 殿」欄について

保険者名、市町村名及び公費負担者名を下記例のとおり備考欄に記載することを原則とするが、省略しても差し支えない。

（例） 別記 全国健康保険協会理事長
千代田区長
東京都知事

4 「平成 年 月 日」欄について

診療報酬請求書を提出する年月日を記載する。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名、印」欄について

（1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名は、保険医療機関指定申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び開設者氏名を記載する。なお、開設者氏名は、開設者から診療報酬請求等につき委任を受けている場合は、保険医療機関の管理者の氏名であっても差し支えない。

（2） 印は、当該様式に、予め保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名とともに印形を一括印刷している場合は捺印として取り扱う。

また、保険医療機関自体で診療報酬請求書用紙の調製をしない場合において、記名捺印の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者の氏名、印のゴム印を製作の上、これを押捺しても差し支えない。

6 「医療保険」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち医療保険に係る分及び医療保険単独の者に係る明細書について記載し、医療保険単独の者に係る分は医療保険制度ごとに記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は明細書の医療保険に係る件数の合計を、「診療実日数」欄は明細書の診療実日数の合計を、「点数」欄は明細書の「合計」欄の点数の合計を記載する。
また、「一部負担金」欄は明細書の「療養の給付」欄の「保険」の項に係る「一部負担金額」の項の一部負担金額の合計を記載する。
なお、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄、「医保単独（七〇以上七割）」欄、「医保単独（本人）」欄、「医保単独（家族）」欄及び「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄はそれぞれの合計を記載する。
- (3) 「①合計」欄は、「医保（七〇以上一般・低所得）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄の「小計」欄と、「医保（七〇以上七割）と公費の併用」欄と「医保単独（七〇以上七割）」欄の「小計」欄と、「医保本人と公費の併用」欄と「医保単独（本人）」欄の「小計」欄と、「医保家族と公費の併用」欄と「医保単独（家族）」欄の「小計」欄と、「医保（六歳）と公費の併用」欄と「医保単独（六歳）」欄の「小計」欄とを合計して記載する。
- (4) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関は、「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄と、「医保単独（七〇以上七割）」欄に記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「医保単独（七〇以上一般・低所得）」欄への記載をもって請求できる。この場合において、当該合算を実施した上で各項の記載がわかるよう「備考」欄に合算している旨を記載する。

7 「公費負担」欄の「公費と医保の併用」欄について

- (1) 医療保険と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載し、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合は区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となる。
- (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計する。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。
- (5) 「区分」欄の「②計」欄は、「公費と医保の併用」欄の件数を合計して記載する。

8 「公費負担」欄の「公費単独」欄について

- (1) 公費負担医療単独の者に係る明細書分を公費負担医療制度ごとに記載し、生活保護法以外の公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、公費負担医療に係る法別番号及び制度の略称は別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。
- (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数を公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。
- (4) 「一部負担金（控除額）」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれ制度の該当欄に記載する。
- (5) 「区分」欄の「③計」欄は、「公費単独」欄の件数を合計して記載する。

9 公費負担医療のみで2種の公費負担医療の併用が行われた場合は、当該併用の者に係る分は「備考」欄に公費負担医療制度ごとに制度の法別番号を記載し、それぞれ件数、点数及び控除額を合計して記載する。

10 「総件数①+②+③」欄について

「①合計」、「②計」及び「③計」欄の請求件数を合計して記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合は「備考」欄に記載した件数を合計する。

11 「明細書枚数①+③」欄について

「①合計」及び「③計」欄の請求件数を合計した明細書の枚数を記載する。なお、公費負担医療と公費負担医療の併用の者がある場合には当該明細書の枚数を合計する。

第2の2 診療報酬請求書(医科・歯科)の記載要領（様式第8）

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

1 「後期高齢者医療」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち後期高齢者医療に係る分及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書について記載する。
- (2) 「件数」欄、「診療実日数」欄、「点数」欄及び「一部負担金」欄は、6の(2)と同様である。この場合、6の(2)中「医療保険」とあるのは「後期高齢者医療」と、「船員保険の被保険者に係る通勤災害時の初診料（災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。）」とあるのは「高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づく一部負担金の減額」と読み替える。
- (3) 医事会計システムの電算化が行われていない保険医療機関等にあつては、「後期高齢九割」欄と、「後期高齢七割」欄とに記載すべき各項の数字を合算し、その合計を「後期高齢九割」欄に記載をもって請求する。この場合は、合計の記載がわかるように「備考」欄に合算している旨を

記載する。

2 「公費負担」欄の「公費と後期高齢者医療の併用」欄について

- (1) 後期高齢者医療と公費負担医療の併用の者に係る明細書のうち、公費負担医療に係る分を公費負担医療制度ごとに記載し、「区分」欄に不動文字が記載されていない公費負担医療がある場合には区分の空欄に法別番号を記載し、当該制度の公費負担医療に係る分を記載する。なお、「区分」欄の法別番号及び制度の略称は、別添2の別表1「法別番号及び制度の略称表」のとおりとする。
- (2) 「件数」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となる。
- (3) 「点数」欄は、明細書の「公費分点数」欄に記載した点数（2種の公費負担医療がある場合は、同欄に括弧書きで記載した点数を含む。）を、公費負担医療制度ごとに合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。ただし、公費分点数の記載を省略した明細書は、「合計」欄の点数が当該公費負担医療の点数と同じであるので、これを加えて合計する。
- (4) 「一部負担金」欄は、公費負担医療制度ごとに明細書の「患者負担額（公費分）」欄の金額（医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額）を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載する。

第3 診療報酬明細書の記載要領（様式第3）

1 診療報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

- (1) 明細書は、白色紙黒色刷りとする。
- (2) 左上の隅より右へ12mm、下へ12mmの位置を中心に半径2mmの穴をあけて、綴じ穴とする。
- (3) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成する。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証が月の途中に発行される等により給付額を調整する必要がある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とする。

なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載する。

- (4) 点数を予め印刷しておき、算定回数が月に1回と限られた項目は当該項目の略称を○で囲み、複数回算定できる項目は算定回数を記載しても差し支えない。

また、予め印刷する点数を乳幼児加算、歯科診療特別対応加算又は歯科訪問診療時の加算の加算後の点数としても差し支えないが、この場合は、「特記事項」欄に「加算」と記載するか予め印刷する。

- (5) 電子計算機の場合は次による。

ア 欄の名称を簡略化して記載しても差し支えない。

また、複数の選択肢から○を用いて選択する欄は、特段の定めのある場合を除き、選択した項目のみ記載し、それ以外の項目は省略しても差し支えなく、記載しない欄は「×」を省略し

て差し支えない。

イ 枠をその都度印刷しても差し支えない。

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

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

オ 記載する文字は、JIS X 0208において文字コードが設定された範囲とすることが望ましい。

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(1) 「平成 年 月分」欄について

診療年月を記載する。

(2) 「都道府県番号」欄について

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

(3) 「医療機関コード」欄について

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

(4) 「保険種別1」、「保険種別2」及び「本人・家族」欄について

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

健康保険（船員保険を含む。以下同じ。）又は国民健康保険（退職者医

療を除く。以下同じ。）

1 社・国

公費負担医療（健康保険、国民健康保険、後期高齢者医療又は退職者医

療との併用の場合を除く。）

2 公費

後期高齢者医療

3 後期

退職者医療

4 退職

（注） 退職者医療は、健康保険法附則第3条に規定する特定健保組合に係るものは該当しない。

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

単独

1 単独

1種の公費負担医療との併用

2 2併

2種以上の公費負担医療との併用

3 3併

（注） 公費負担医療は、地方公共団体が独自に行う医療費助成事業（審査支払機関へ医療費を請求するものに限る。）を含む。

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

ただし、国民健康保険の場合は、市町村国民健康保険であって被保険者（世帯主）と被保険者（その他）の給付割合が異なるもの及び国民健康保険組合は被保険者（世帯主（高齢受給者を除く。））は「2」、被保険者（その他（未就学者である患者及び高齢受給者を除く。））は「6」

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

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

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

（注） 高齢受給者一般・低所得者のうち、平成20年2月21日保発第0221003号別紙に定める特例措置により1割負担となる者と、適用を受けない2割負担の者の判別は、「氏名」欄に記載される生年月日等により行うため、特段の記載は必要ない。

エ 電子計算機の場合は、次のいずれかの方法による。

（ア） 当該欄の上に選択する番号及び保険種別等のみを記載する。

（イ） 選択肢をすべて記載した上で、選択しないものをすべて＝線で抹消する。

（5） 「保険者番号」欄について

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

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

（6） 「給付割合」欄について

国民健康保険及び退職者医療の場合は、該当する給付割合を○で囲むか、（ ）の中に給付割合を記載する。

ただし、国民健康保険は、自県分の場合は、記載を省略しても差し支えない。

（7） 「被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号」欄について

ア 健康保険被保険者証、国民健康保険被保険者証、退職者医療被保険者証、船員保険被保険者証、受給資格者票及び特別療養費受給票等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載する。

また、後期高齢者医療被保険者証の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載する。

イ 記号と番号の間にスペース、「・」若しくは「－」を挿入するか、又は上段に記号、下段に番号を記載する。

また、当該記号及び番号のうち○で囲んだ文字に代えて当該文字を（ ）で囲んだものを使用して記載しても差し支えなく、記載枠に書ききれない等の場合は、（ ）を省略しても差し支えない。なお、被保険者が、月の途中において、記号・番号を変更した場合又は任意継続に変更した場合（給付割合に変更がない場合に限る。）は、変更後の記号・番号を記載する。

（8） 「公費負担者番号」欄について

ア 医療券等に記入されている公費負担者番号8桁を記載する（別添2「設定要領」の第2を参照）。

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

療を「第2公費」という。)記載する。

ウ 保険者番号の変更はないが、同種の公費負担医療で住所変更により月の途中において公費負担者番号の変更があった場合は、変更前の公費負担医療に係る分を第1公費とし、変更後の公費負担医療に係る分を第2公費として取り扱う。

(9) 「公費負担医療の受給者番号」欄について

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

(10) 「氏名」欄について

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

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

ウ 生年月日は次による。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載する。

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

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

(11) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者は、「1 職務上」、「2 下船後3月以内」又は「3 通勤災害」のうち該当するものを○で囲む。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤災害」は、災害発生時が平成21年12月31日以前のものに限る。共済組合の船員組合員は、下船後3月以内の傷病で職務上の取扱いとなる場合に「2 下船後3月以内」の番号を○で囲む。なお、同月に職務上の取扱いとなる傷病及び職務外の取扱いとなる傷病が生じた場合は、入院外分はそれぞれ1枚、入院分は、それぞれに係る診療が区分できない場合に限り職務上として1枚の明細書の取扱いとする。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略称を記載も差し支えない。

1 職上(職務上)、 2 下3(下船後3月以内)、 3 通災(通勤災害)

(12) 「特記事項」欄について

次に掲げるもののほかは、Ⅱの第3の2の(13)と同様とする。

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

(13) 「届出」欄について

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

(14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄について

保険医療機関指定申請の際等に地方厚生(支)局長に届け出た所在地及び名称を記載する。こ

の場合は、所在地とともに、連絡先電話番号の記載が望ましい。

(15) 「傷病名部位」欄について

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

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

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

ウ 歯冠修復による隙の補綴は、当該歯冠修復歯に△を付記する。

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

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

オ う蝕多発傾向者の病名は、「C管理中」と記載し、歯冠修復治療を行った部位を記載する。

なお、歯式は、乳歯及び永久歯についてそれぞれ記載する。

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

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

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

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

コ 傷病名が当該欄に書ききれない場合は、「摘要」欄に記載する。

サ 傷病名は、原則として、「電子情報処理組織の使用による費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項及び方式並びに光ディスク等を用いた費用の請求に関して厚生労働大臣が定める事項、方式及び規格について」別添3に規定する傷病名を用いる。別添3に規定する傷病名と同一の傷病でありながら名称が異なる傷病名は、「傷病名コードの統一の推進について」（平成30年3月26日医療課事務連絡）にとりまとめたので、これを参照し、原則として、傷病名コードに記載されたものを用いる。

(16) 「診療開始日」欄について

ア 当該保険医療機関において、保険診療を開始した年月日を和暦により記載する。ただし、「傷病名部位」欄が単一部位の場合であって請求に係る診療月において診療を開始し、かつ、同月

中に治癒又は死亡したものは、記載を省略しても差し支えない。

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

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

(17) 「診療実日数」欄について

ア 括弧外、括弧内及び「摘要」欄に、それぞれ医療保険（健康保険、国民健康保険、退職者医療及び後期高齢者医療をいう。以下同じ。）、第1公費及び第2公費に係る診療実日数を記載する。なお、公費負担医療のみの場合の第1公費の診療実日数は、括弧内に記載する。

ただし、第1公費に係る診療実日数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る診療実日数を省略しても差し支えない。

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

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

ウ 電話等再診の実日数は1日として数え、その回数を「摘要」欄に再掲する。

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

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

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

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

(18) 「転帰」欄について

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

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

「初診」、「再診」、「管理・リハ」、「投薬・注射」、「X線・検査」、「処置・手術」、「麻酔」、「歯冠修復及び欠損補綴」、全体の「その他」及び「摘要」欄の記載事項等は、(20)から(30)及び別表Ⅰ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（歯科）」のとおりであること。各項目の末尾に（項番○）と付したものについては別表Ⅰの当該項目を参照すること。

なお、電子レセプトによる請求の場合、別表Ⅰの「レセプト電算処理システム用コード」欄にコードが記載された項目については、平成30年10月診療分以降、「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して行うこと。

書面による請求の場合の診療行為名等の略号については、別表Ⅱ「診療行為名称等の略号一覧

（歯科）」を参照し記載すること。

(20) 「初診」欄について

ア 診療時間内の初診の場合は点数のみを記載し、時間外、休日又は深夜の場合は該当文字を○で囲み当該加算点数を記載すること。なお、時間外加算の特例を算定した場合は、通常の時間外加算と同様に記載する。（項番２）

また、電子計算機の場合は、全体の「その他」欄に点数を記載して差し支えない。

イ 初診時において乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算、歯科診療特別対応連携加算、歯科診療特別対応地域支援加算又は歯科外来診療環境体制加算は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」、「特導」、「特連」、「特地」又は「外来環」の項に当該加算点数を記載する。（項番３、４）

ウ 特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、「初診」の項に点数を記載する。

(21) 「再診」欄について

ア 再診は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。（項番５、６）

イ 時間外、休日又は深夜の場合は、該当文字を○で囲み、当該加算点数及び回数を記載する。

また、時間外加算の特例は、通常の時間外加算と同様に記載する。

ウ 乳幼児加算、乳幼児時間外加算、乳幼児休日加算、乳幼児深夜加算、歯科診療特別対応加算又は再診時歯科外来診療環境体制加算は、該当文字を○で囲み、「乳」、「乳・時間外」、「乳・休日」、「乳・深夜」、「特」又は「再外来環」の項に当該加算点数及び回数を記載する。

エ 明細書発行体制等加算は、再診料と当該加算を加算した合計点数を記載する。

オ 特別の関係にある施設等に入院又は入所している患者に対して歯科訪問診療を行った場合は、「再診」の項に点数及び回数を記載する。

(22) 「管理・リハ」欄について

ア 歯科疾患管理料は、「歯管」の項に点数を記載する。

なお、フッ化物洗口指導加算、文書提供加算、エナメル質初期う蝕管理加算、総合医療管理加算、小児口腔機能管理加算及び口腔機能管理加算は、項中の「＋」欄にそれぞれ左から文書提供加算、フッ化物洗口指導加算、エナメル質初期う蝕管理加算、総合医療管理加算、小児口腔機能管理加算、口腔機能管理加算の順に当該加算点数を記載する。小児口腔機能管理加算及び口腔機能管理加算は同欄に記載する。（項番８）

イ 新製有床義歯管理料は、「義管」の項に点数を記載する。（項番27、28）

ウ 歯科衛生実地指導料１又は２は、「実地指」の項に点数を記載する。

エ 歯周病患者画像活用指導料は、「Ｐ画像」の項の左欄に点数（加算を含む。）及び回数を記載する。２回行った場合は、右欄に点数（加算を含む。）及び回数を記載する。

オ 歯科口腔リハビリテーション料１（１ 有床義歯の場合）又は歯科口腔リハビリテーション料２は、「歯リ」の項にそれぞれ点数を記載する。（項番69）

カ 周術期等口腔機能管理計画策定料、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）の「１ 手術前」、周術期等口腔機能管理料（Ⅱ）の「１ 手術前」又は周術期等口腔機能管理料（Ⅲ）を算定した場合は、「その他」欄に点数を記載する。なお、周術期等口腔機能管理料（Ⅰ）又は（Ⅱ）の「２ 手術後」を算定した場合はそれぞれ点数及び回数を記載する。（項番9、10）

キ 歯科治療時医療管理料は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番14）

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

(ア) がん性疼痛緩和指導管理料、がん患者指導管理料、入院栄養食事指導料、外来緩和ケア管理料、外来リハビリテーション診療料、外来放射線照射診療料、介護支援等連携指導料、がん治療連携計画策定料、がん治療連携指導料、がん治療連携管理料、退院時共同指導料 1、退院時共同指導料 2、退院時薬剤情報管理指導料、傷病手当金意見書交付料及び医療機器安全管理料は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番7、25、29、30)

(イ) 歯科特定疾患療養管理料は、点数を記載する。また、共同療養指導計画加算は、点数を記載する。(項番11)

(ウ) 退院前訪問指導料は、点数を記載する。(項番16)

(エ) 特定薬剤治療管理料は、点数を記載する。(項番12)

(オ) 悪性腫瘍特異物質治療管理料は、点数を記載する。(項番13)

(カ) 手術前医学管理料及び手術後医学管理料は、それぞれ点数を記載する。

(キ) 開放型病院共同指導料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、合計点数及び回数を記載する。(項番15)

(ク) 療養・就労両立支援指導料は、点数を記載する。なお、療養・就労両立支援指導料の加算は当該加算を合算した点数を記載する。

(ケ) 薬剤管理指導料の「1」又は「2」は、それぞれ点数を記載する。また、麻薬管理指導加算は、加算した点数を記載する。(項番17、18、19)

(コ) 薬剤総合評価調整管理料は、点数(加算を含む。)を記載する。(項番20)

(サ) 診療情報提供料(Ⅰ)又は(Ⅱ)は、点数を記載する。診療情報提供料(Ⅰ)の加算は当該加算を合算した点数を記載する。(項番21、22、23)

(シ) 診療情報連携共有料は、点数を記載する。(項番24)

(ス) 電子的診療情報評価料は、点数及び回数を記載する。

(セ) 傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。(項番26)

(ソ) 顎関節疾患の治療にマイオモニターを使用した場合は、点数及び回数を記載する。

(タ) 開口障害の治療に際して整形手術後に開口器等を使用して開口訓練を行った場合は、点数及び回数を記載する。

(チ) 摂食機能療法は、点数及び回数を記載する。(項番67、68)

(ツ) 歯科口腔リハビリテーション料 1 (2 舌接触補助床の場合)は、点数及び回数を記載する。

(テ) 歯科口腔リハビリテーション料 1 (3 その他の場合)は、点数及び回数を記載する。

(ト) リハビリテーションを算定した場合は、(チ)(ツ)を除き、全体の「その他」欄に、当該項目、回数・算定単位数及び合計点数を記載するとともに、実施日数を記載すること。(項番66)

(23) 在宅医療について

ア 全体の「その他」欄に記載する。

(ア) 歯科訪問診療料は、歯科訪問診療 1、歯科訪問診療 2 及び歯科訪問診療 3 の点数及び回数を記載する。緊急、夜間若しくは深夜加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算、初診時歯科診療導入加算又は地域医療連携体制加算がある場合は、当該加算を加算した点数及び回数を記載する。訪問診療時の歯科訪問診療補助加算は、点数及び回数を記載する。(項番31、32、33)

また、特別歯科訪問診療料を算定した場合は、点数及び回数を記載する。(項番34)

(イ) 区分番号C000の注13に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、点数又は点数及び回数を記載する。

(ウ) 在宅歯科医療推進加算は、加算点数及び回数を記載する。

(エ) 歯科訪問診療移行加算は、加算点数及び回数を記載する。(項番35)

(オ) 訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数及び回数を記載する。(項番36)

(カ) 歯科疾患在宅療養管理料は、点数を記載する。

また、文書提供加算、在宅総合医療管理加算、栄養サポートチーム等連携加算1又は2は、点数を記載する。(項番37、38)

(キ) 在宅患者歯科治療時医療管理料は、点数及び回数を記載する。(項番39)

(ク) 在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。栄養サポートチーム等連携加算1又は2を算定する場合は、点数を記載する。(項番40)

(ケ) 小児在宅患者訪問口腔リハビリテーション指導管理料は、点数及び回数を記載する。なお、当該管理に係る加算を算定する場合は、点数及び回数を記載する。(項番41)

(コ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料は、総点数及び回数を記載する。

(サ) 退院前在宅療養指導管理料は、点数を記載する。退院前在宅療養指導管理に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載する。(項番42)

(シ) 在宅悪性腫瘍等患者指導管理料、在宅悪性腫瘍患者共同指導管理料、在宅患者連携指導料は、点数を記載する。在宅悪性腫瘍等患者の療養に用いる薬剤又は特定保険医療材料を支給した場合は、総点数を記載する。(項番43、44)

(ス) 在宅患者緊急時等カンファレンス料は、点数及び回数を記載する。(項番45)

(24) 「投薬・注射」欄について

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

また、皮内、皮下及び筋肉内注射又は静脈内注射を行った場合は「注」欄に点数及び回数をそれぞれ記載し、その他の注射を行った場合は全体の「その他」欄に、点数及び回数を記載する。(項番61、64、65)

イ 血漿成分製剤加算は、加算点数を点数欄に記載する。(項番62、63)

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

エ 使用薬剤の医薬品名、規格・単位(％、mL又はmg等)及び使用量を記載する。(項番57、58、59)

オ 調剤技術基本料は、全体の「その他」欄に点数を記載する。なお、院内製剤加算は、当該加算後の点数を記載する。

カ 7種類以上の内服薬の投薬に係る処方箋を発行した場合は、「処」の項にその点数及び回数を、その他の場合は「処」の項にその点数及び回数を記載する。

- キ 一般的名称による処方箋の交付は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。
- ク 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料、毒薬を処方又は調剤した場合は、全体の「その他」欄に点数及び回数を記載する。
- ケ 無菌製剤処理料の「1」又は「2」は、「摘要」欄にそれぞれ点数及び算定回数を記載する。
- コ 処方料又は処方箋料における乳幼児加算は、それぞれ項中の「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。
- サ 薬剤情報提供料は、「情」の項に点数及び回数を記載する。なお、書ききれない場合は、合計点数のみを記載し、点数及び回数は「摘要」欄に記載する。また、手帳加算を算定した場合は、当該加算を算定した点数及び回数を記載する。
- シ 特定疾患処方管理加算は、加算点数及び回数を全体の「その他」欄に記載する。(項番60)
- ス 外来化学療法加算は、当該点数を加算した点数及び算定回数を記載する。

(25) 「X線・検査」欄について

- ア 全顎撮影（アナログ撮影）を行った場合は「全顎」の項にフィルム使用枚数及びその合計点数を記載し、全顎撮影以外で標準型フィルムを使用して撮影を行った場合は「標」の項のうち点数を算定した場合は左欄に、症状の確認を行った場合は右欄にそれぞれ点数及び回数を記載し、パノラマX線撮影を行った「パ」の項のうちオルソパントモ型フィルムであって、15センチメートル×30センチメートルの場合は左欄に、20.3センチメートル×30.5センチメートルの場合は右欄にそれぞれの点数及び回数を記載する。
- イ 歯冠補綴時色調採得検査は、「色調」の項に点数及び回数を記載する。(項番49)
- ウ 電氣的根管長測定検査は、「EMR」の項にそれぞれ左から単根管、2根管、3根管、4根管の順に点数及び回数を記載する。
- エ 歯内療法における細菌簡易培養検査は、「S培」の項に点数及び回数を記載する。
- オ 顎運動関連検査は、「顎運動」の項に点数及び回数を記載する。(項番48)
- カ 歯周病検査における歯周基本検査及び歯周精密検査は、それぞれ「基本検査」の項及び「精密検査」の項のうち、左欄の上から1歯以上10歯未満、10歯以上20歯未満、20歯以上の順にそれぞれ点数を記載する。また、1回目の混合歯列期歯周病検査は「P混検」の項の左欄に点数を記載し、歯周病部分的再評価検査は「P部検」の項に点数及び回数を記載する。歯周病検査を2回以上行った場合は、2回目以後の混合歯列期歯周病検査は「P混検」の項の右欄に点数及び回数を記載し、その他の歯周病検査はそれぞれ該当する検査の項のうち右欄に点数及び回数を記載する。なお、電子計算機の場合は、上段に歯数に応じた点数及び回数を、下段に2回以上行った場合の2回目以降の点数及び回数をそれぞれ記載して差し支えない。(項番47)
- キ 「その他」欄について

- (ア) 標準型以外のフィルムを使用して撮影（アナログ撮影）を行った場合は、点数及び回数を、診断のみの場合は点数及び回数をそれぞれ記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、回数及び点数を記載する。(項番53、56)
- (イ) 全顎撮影（デジタル撮影）の場合は、枚数及びその合計点数を記載する。歯科エックス線撮影の全顎撮影以外（デジタル撮影）の場合、歯科パノラマ断層撮影（デジタル撮影）の場合及び歯科用3次元エックス線断層撮影の場合は、点数及び回数を記載する。その他の画像診断は、点数及び回数を記載し、画像診断に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。なお、電子画像管理加算を算定したデジタル撮影は、(ク)の電子

- 画像管理加算に係る規定により記載する。(項番53、56)
- (ウ) 歯科画像診断管理加算 1 又は歯科画像診断管理加算 2 を算定した場合は、点数を記載する。
- (エ) 遠隔画像診断を行った場合は、点数を記載する。
- (オ) 新生児、3 歳未満の乳幼児又は 3 歳以上 6 歳未満の幼児に対する加算を算定した場合は、アにかかわらず、当該加算後の点数及び回数を記載する。(項番53)
- (カ) 記載欄が示されていない各種の検査は、当該欄に点数及び回数を記載する。検査に当たって薬剤を使用した場合は、点数及び回数を記載する。(項番46、52)
- (キ) 時間外緊急院内画像診断加算を算定した場合は、加算点数を記載する。(項番54)
- (ク) 電子画像管理加算は、歯科エックス線撮影の場合、歯科パノラマ断層撮影の場合、歯科用 3 次元エックス線断層撮影の場合、その他の場合は、それぞれ加算点数を点数に合算した点数及び回数を記載する。
- (ケ) 有床義歯咀嚼機能検査を算定する場合は、点数を記載する。(項番50)
- (コ) 咀嚼能力検査、咬合圧検査又は舌圧検査を算定した場合は点数及び回数を記載する。(項番50、51)
- (サ) 精密触覚機能検査を算定した場合は、点数及び回数を記載する。
- (シ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、合計点数のみを「その他」欄に、それ以外は「摘要」欄に記載して差し支えない。以下「その他」欄において同様とする。
- (26) 「処置・手術」欄について
- ア う蝕処置は、「う蝕」の項に点数及び回数を記載する。
- イ 歯髄保護処置は、「保護処置」の項のうち、歯髄温存療法を行った場合は左欄に、直接歯髄保護処置を行った場合は中欄に、間接歯髄保護処置を行った場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- ウ 初期う蝕早期充填処置は、「填塞」の項のうち、グラスアイオノマー系を用いた場合は左欄に、複合レジン系を用いた場合は右欄に、それぞれ材料料を合算した点数及び回数を記載する。
- エ 知覚過敏処置は、「知覚過敏」の項のうち、3 歯までの場合は左欄に、4 歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- オ 咬合調整は、「咬調」の項のうち、1 歯から10歯未満の場合は左欄に、10歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番73)
- カ 残根削合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番74)
- キ 抜髄は、「抜髄」の項にそれぞれ上から単根管、2 根管、3 根管以上の順に点数及び回数を記載する。
- また、歯髄温存療法を行った日から起算して 3 月以内又は直接歯髄保護処置を行った日から起算して 1 月以内の場合は、「その他」欄にそれぞれ点数及び回数を記載する。
- ク 感染根管処置は「感根処」の項に、根管貼薬処置は「根貼」の項に、根管充填は「根充」の項に、それぞれ上から単根管、2 根管、3 根管以上の順に点数及び回数を記載する。なお、抜歯を前提として急性症状の消退を図ることを目的として根管拡大を行った場合又は抜歯を前提とした消炎のための根管貼薬処置を行った場合は、「その他」欄に点数を記載する。(項番75、76)
- ケ 抜髄及び根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に点数の合算点数及び回数を記載する。

また、感染根管処置及び根管充填を同時に行った場合は、「その他」欄に点数の合算点数及び回数を記載する。

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

また、手術用顕微鏡加算は、「加圧根充」の項の「+ ×」欄に点数及び回数を記載する。(項番77、78、79)

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

- シ 失活歯髄切断は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。

- ス 機械的歯面清掃処置は、「歯清」の項に点数を記載する。(項番89)

- セ 歯冠修復物又は補綴物の除去は、「除去」の項のうち、簡単なものは上欄に、困難なものは中欄に、著しく困難なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番86)

- ソ フッ化物歯面塗布処置は、「F局」の項に点数を記載する。(項番90)

- タ 有床義歯床下粘膜調整処置は、「T. c o n d」の項に点数及び回数を記載する。

- チ 歯周基本治療におけるスケーリングは「S C」の項に点数及び回数を記載し、同時に3分の1顎を超えて行った場合は項中の「+ ×」欄に3分の1顎を増すごとに加算点数及び回数を記載する。

また、2回目以降は右欄に100分の50に相当する点数及び回数を記載し、同時に3分の1顎を超えて行う場合は項中の「+ ×」欄に3分の1顎を増すごとに加算点数の100分の50に相当する点数及び回数を記載する。

- ツ 歯周基本治療におけるスケーリング・ルートプレーニング及び歯周ポケット搔爬は、それぞれ「SRP」の項及び「P C u r」の項のうち、「前」の項に前歯、「小」の項に小臼歯、「大」の項に大臼歯の順に点数及び回数を記載する。

また、同部位に対して2回以上歯周基本治療を行った場合は、2回目以降は右欄に前歯、小臼歯及び大臼歯の順に100分の50に相当する点数及び回数を記載する。

- テ 歯周病安定期治療(I)は、「S P T (I)」の項に点数を記載する。(項番81)

- ト 歯周病安定期治療(II)は、「S P T (II)」の項に点数を記載する。(項番82)

- ナ 歯周疾患処置は、「P 処」の項に点数及び回数を記載する。(項番80)

- ニ 歯周基本治療処置は、「P 基処」の項に点数を記載する。

- ヌ 口腔内消炎手術は、「切開」の項のうち、歯肉膿瘍等は左欄に、骨膜下腫瘍等は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、智歯周囲炎の歯肉弁切除等は、「その他」の欄に点数及び回数を記載する。(項番101)

- ネ 抜歯手術は、「抜歯」の項のうち、乳歯は「乳」の項に、前歯は「前」の項に、臼歯は「臼」の項に、埋伏歯は「埋」の項にそれぞれ点数及び回数を記載する。

また、前歯及び臼歯の難抜歯加算は、「前」又は「臼」の項の「+ ×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載し、下顎完全埋伏智歯(骨性)及び下顎水平埋伏智歯に係る加算は、「埋」の項の「+ ×」欄にそれぞれ加算点数及び回数を記載する。(項番96)

- ノ 区分「I 1 0 0」又は「J 3 0 0」により特定薬剤を算定する場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番91、108)

- ハ 「その他」欄について

(ア) 処置又は手術のうち、該当する記載欄を設けていない場合及び該当欄に記載しきれない

- 場合は、点数及び回数を記載する。(項番70、83、87、92、104)
- (イ) 診療時間以外、休日若しくは深夜加算を算定する処置又は手術は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例の場合も、点数及び回数を記載する。(項番71、93)
- (ウ) 口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び口腔内装置(装着料を含む。)の点数をそれぞれ記載する。(項番84)
- (エ) 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置(装着料を含む。)の点数をそれぞれ記載する。(項番85)
- (オ) 舌接触補助床を製作又は旧義歯を用いた場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置(装着料を含む。)の点数をそれぞれ記載する。
- (カ) 術後即時顎補綴装置を製作した場合は、当該装置に係る印象採得、咬合採得及び装置(装着料を含む。)の点数をそれぞれ記載する。
- (キ) 口腔内装置調整・修理の「1 口腔内装置調整」の「イ 睡眠時無呼吸症候群に対する口腔内装置の場合」、「ロ 歯ぎしりに対する口腔内装置の場合」、「ハ イ及びロ以外の場合」又は「2 口腔内装置修理」を行った場合は、点数を記載する。
- (ク) 周術期等専門的口腔衛生処置1は、周術期等口腔機能管理料(Ⅰ)又は(Ⅱ)を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、術前又は術後に応じて、それぞれ点数を記載する。
周術期等口腔機能管理料(Ⅲ)を算定した患者に対して当該処置を行った場合は、点数を記載する。また、周術期等専門的口腔衛生処置2は、点数を記載する。(項番88)
- (ケ) 在宅等療養患者専門的口腔衛生処置は、点数を記載する。
- (コ) 口腔粘膜処置は、点数を記載する。
- (サ) 入院を必要とするH I V抗体陽性の患者に対する観血的手術加算は、加算後の点数及び回数を記載する。(項番95)
- (シ) メチシリン耐性黄色ブドウ球菌(M R S A)感染症患者に対する加算は、加算後の点数及び回数を記載する。
- (ス) 内視鏡下加算は、加算後の点数及び回数を記載する。
- (セ) 歯根端切除手術における、「2 歯科用3次元エックス線断層撮影装置及び手術用顕微鏡を用いた場合」を行う場合は、点数及び回数を記載する。(項番97)
- (ソ) 歯の再植術又は歯の移植手術は、点数及び回数を記載する。(項番98、99、100)
- (タ) 歯周外科手術における歯周ポケット搔爬術、新付着手術、歯肉切除手術、歯肉剥離搔爬手術、歯周組織再生誘導手術及び歯肉歯槽粘膜形成手術は、点数を記載する。(項番102)
- (チ) 手術時歯根面レーザー応用加算は、点数及び回数を記載する。(項番103)
- (ツ) 広範囲顎骨支持型装置埋入手術は、点数及び回数を記載する。(項番105)
- (テ) 広範囲顎骨支持型装置搔爬術は、点数を記載する。(項番106)
- (ト) レーザー機器加算は、点数及び回数を記載する。(項番107)
- (ナ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。(項番109)
- ヒ 乳幼児加算、歯科診療特別対応加算、歯科訪問診療時の加算等を伴う処置及び手術は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記載する。(項番72、94)
- (27) 「麻酔」欄について
- ア 伝達麻酔は「伝麻」の項に、浸潤麻酔は「浸麻」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- イ 未熟児加算、新生児加算、乳児加算、幼児(1歳以上3歳未満)加算、乳幼児(6歳未満)加算又は歯科診療特別対応加算等を伴う麻酔は、該当する記載欄に加算後の点数及び回数を記

載する。

ウ 「その他」欄について

(ア) 区分「K 1 0 0」による麻酔薬剤は、点数及び回数を記載する。(項番114)

(イ) 吸入鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。(項番112)

(ウ) 静脈内鎮静法は、点数及び回数を記載する。なお、使用薬剤は、点数を記載する。(項番113)

(エ) 伝達麻酔、浸潤麻酔等以外の医科点数表の取扱いによる麻酔は、麻酔名、点数及び回数を記載する。なお、使用麻酔薬は、点数を記載する。(項番110)

(オ) 診療時間以外、休日又は深夜加算等を算定する麻酔料は、点数及び回数を記載する。なお、時間外加算の特例も同様に、点数及び回数を記載する。(項番111)

(28) 「歯冠修復及び欠損補綴」欄について

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

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

イ 補綴時診断料は、「補診」の項のうち、欠損補綴物を新たに製作する場合は左欄に、有床義歯修理又は有床義歯内面適合法を実施した場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番116)

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

エ 「印象」の項について

印象採得の「1 歯冠修復」の「イ 単純印象」、「1 歯冠修復」の「ロ 連合印象」、「2 欠損補綴」の「ニ ブリッジ (1) 5歯以下の場合」及び「2 欠損補綴」の「ニ ブリッジ (2) 6歯以上の場合」は、「印象」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。「2 欠損補綴」の「イ 単純印象 (1) 簡単なもの」、「2 欠損補綴」の「イ 単純印象 (2) 困難なもの」、「2 欠損補綴」の「ロ 連合印象」及び「2 欠損補綴」の「ハ 特殊印象」は、「印象」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。なお、「印象」の項に書ききれない場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番120)

オ 咬合採得の「1 歯冠修復」、「2 欠損補綴」の「イ ブリッジ (1) 5歯以下の場合」及び「2 欠損補綴」の「イ ブリッジ (2) 6歯以上の場合」は、「咬合」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。咬合採得の「2 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 (1) 少数歯欠損」、「2 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 (2) 多数歯欠損」及び「2 欠損補綴」の「ロ 有床義歯 (3) 総義歯」は、「咬合」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。(項番122)

カ ブリッジの試適の「5歯以下の場合」及び「6歯以上の場合」は「試適」の項の上欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。仮床試適の「少数歯欠損」、「多数歯欠損」及び「総義歯」は、「試適」の項の下欄にそれぞれ左から点数及び回数を記載する。

キ 「歯冠形成」欄について

- (ア) 生活歯歯冠形成は、「(生単)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の4分の3冠及びCAD/CAM冠の場合は「前C」の項に、その他の金属冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠及び小児保険装置の場合は「乳」の項に、それぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。
- (イ) ブリッジに対する生活歯歯冠形成は「(生ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の4分の3冠、接着冠及び高強度硬質レジンブリッジの場合は「前接」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。また、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「+ ×」欄にその加算点数及び回数を記載する。
- (ウ) 失活歯歯冠形成は、「(失単)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の4分の3冠及びCAD/CAM冠の場合は「前C」の項に、その他の金属冠、乳歯冠(乳歯金属冠を除く。)及び硬質レジンジャケット冠の場合は「金硬」の項に、乳歯金属冠及び小児保険装置の場合は「乳」の項に、それぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。

また、レジン前装金属冠、金属冠及び非金属冠において、メタルコアにより支台築造した歯に対する加算は、項中の「+ ×」欄に記載する。

- (エ) ブリッジに対する失活歯歯冠形成は「(失ブ)」の項のうち、レジン前装金属冠、前歯部の4分の3冠及び高強度硬質レジンブリッジの場合は「前」の項に、その他の金属冠の場合は「金」の項に、それぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。また、レジン前装金属冠、金属冠及び非金属冠において、メタルコアにより支台築造した歯に対する加算は、項中の「+ ×」欄の左欄に、ブリッジ支台歯形成加算は、項中の「+ ×」欄の右欄にその加算点数及び回数を記載する。
- (オ) 窩洞形成は、「(窩洞)」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは中欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。なお、複雑なものにおけるブリッジ支台歯形成加算は、複雑なものの下欄に加算点数及び回数を記載する。

また、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、ブリッジ支台歯形成加算の下欄に点数及び回数を記載する。(項番117)

- (カ) う蝕歯即時充填形成は、「充填」の項に点数及び回数を記載し、う蝕歯無痛的窩洞形成加算は、項中の「+ ×」欄に点数及び回数を記載する。(項番118)
- (キ) う蝕歯インレー修復形成は、「修形」の項に点数及び回数を記載する。

ク 「充填」の項について

- (ア) 充填に係る技術料は、「充填1」又は「充填2」の項のうち、単純なものは上欄に、複雑なものは下欄に、それぞれ点数及び回数を記載すること。(項番123)
- (イ) 充填に際して歯科用充填材料Ⅰの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の上欄に、ガラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅰ」の項の下欄に、歯科用充填材料Ⅱの複合レジン系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の上欄に、ガラスアイオノマー系を用いた場合は「材充Ⅱ」の項の下欄に、それ以外の材料を用いた場合は「その他」欄に、それぞれ充填材料の点数及び回数を記載する。なお、それぞれの項において、充填の「単純なもの」は左欄に、充填の「複雑なもの」は右欄に記載する。

ケ 「支台築造」の項について

- (ア) 間接法において、メタルコアによる支台築造は、「メタル」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、

ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位毎にそれぞれ記載する。(項番119)

(イ) 直接法において、その他の支台築造は、「その他」の項のうち、前歯及び小臼歯は「前小」の項に、大臼歯は「大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。なお、ファイバーポストを用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を部位毎にそれぞれ記載する。(項番119)

(ウ) 支台築造印象は「支台印象」の項に点数及び回数を記載する。

コ 「リテーナー」の項について

「リテーナー」の項は、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合は左欄に、支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合は右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

サ 「金属歯冠修復」の項について

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

(イ) 前歯及び小臼歯に鑄造用金銀パラジウム合金を用いた金属歯冠修復は、「前小パ」の項の左から、インレー単純なもの、インレー複雑なもの、前歯4分の3冠及び接着冠、5分の4冠及び接着冠、全部金属冠及びレジン前装金属冠の順に点数及び回数を記載する。(項番124)

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

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

(オ) 鑄造用ニッケルクロム合金を用いた金属歯冠修復は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番124、125)

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

(キ) 装着材料は、「装着材料」の項に点数及び回数を記載する。

シ 「仮着」の項について

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

ス テンポラリークラウンは、「T e C」の項に点数及び回数を記載する。

セ 「硬ジ」の項、「乳」の項及び「CAD」の項について

(ア) 硬質レジンジャケット冠は、「硬ジ」の項のうち、光重合硬質レジンと加熱重合硬質レジンとを右欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番126)

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

(ウ) CAD/CAM冠は、「CAD」の項のうち、小臼歯に対するものは「小」の項に、大臼歯に対するものは「大」の項に点数及び回数を記載する。(項番127)

ソ 「ポンティック」の項について

(ア) 鑄造ポンティックは、「鑄造」の項のうち、大臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、小臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、銀合金を用いた製作は「銀」の項に、点数及び回数を記載する。(項番130)

(イ) レジン前装鑄造ポンティックは、「前装」の項のうち、前歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ前」の項に、小臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ小」の項に、大臼歯に対する鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ大」の項に、前歯に対する銀合金を用いた製作は「銀前」の項に、小臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀小」の項に、大臼歯に対する銀合金を用いた製作は「銀大」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。(項番130)

(ウ) 鑄造用ニッケルクロム合金を用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番129)

タ 「Br装着」の項について

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

チ 「装着」の項について

歯冠修復物を装着した場合は、点数及び回数を記載する。なお、CAD/CAM冠及び高強度硬質レジnbrブリッジの装着は、項中の「+ ×」欄に加算点数及び回数も記載する。

ツ 「有床義歯」の項について

有床義歯は、点数及び床数を記載する。(項番131、132)

テ 「床適合」の項について

硬質材料を用いた有床義歯内面適合法は、点数及び床数を記載する。なお、軟質材料を用いた有床義歯内面適合法は、「その他」欄に点数を記載する。また、有床義歯内面適合法に伴う歯科技工加算1又は2は、「その他」欄に加算点数及び回数を記載する。(項番139、140)

ト 「床修理」の項について

有床義歯修理は、1～8歯欠損の場合は上欄に、9～14歯の場合は中欄に、総義歯の場合は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。また、有床義歯修理に伴う歯科技工加算1及び2において、歯科技工加算1は項中の「+ ×」欄の左欄に加算点数及び回数を記載し、歯科技工加算2は項中の「+ ×」欄の右欄に加算点数及び回数を記載する。(項番137、138)

ナ 「人工歯」の項について

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

ニ 「バー」の項について

(ア) 鑄造バーは、「鑄」の項のうち、鑄造用金銀パラジウム合金を用いた製作は「パ」の項に、鑄造用コバルトクロム合金を用いた製作は「コ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。鑄造用ニッケルクロム合金を用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。(項番135)

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

ヌ 「鑄造鉤」の項について

- (ア) 歯科鑄造用14カラット金合金による鑄造鉤の製作は「14K」の項に、鑄造用金銀パラジウム合金による製作は「パ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- (イ) (ア)の場合の「14K」の項及び「パ」の項は、上から大・小臼歯の双子鉤、犬歯・小臼歯の双子鉤、大臼歯の二腕鉤（レスト付き）、犬歯又は小臼歯の二腕鉤（レスト付き）、前歯（切歯）の二腕鉤（レスト付き）を記載する。
- (ウ) 鑄造用コバルトクロム合金を用いた製作は、「コ」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。鑄造用ニッケルクロム合金を用いた場合は、「その他」欄に点数及び回数を記載する。（項番134）
- (エ) (ウ)の場合の「コ」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤（レスト付き）は下欄に、それぞれ記載する。

ネ 「線鉤」の項について

- (ア) 歯科用14カラット金合金鉤用線を用いた製作は「14K」の項に、不銹鋼及び特殊鋼を用いた製作は「不・特」の項に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- (イ) (ア)の場合の「14K」の項は、双子鉤は上欄に、二腕鉤（レスト付き）は下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。
- (ウ) (ア)の場合の「不・特」の項は、双子鉤は左上欄に、二腕鉤（レスト付き）は左下欄に、二腕鉤（レスト無し）は右上欄に、間接支台装置は右下欄に、それぞれ点数及び回数を記載する。

ノ 「修理」の項について

有床義歯修理及び有床義歯内面適合法以外の修理は、点数及び回数を記載する。

ハ 「その他」欄について

- (ア) クラウン・ブリッジ維持管理料について地方厚生（支）局長へ届け出た保険医療機関以外の保険医療機関において、歯冠補綴物又はブリッジを製作し当該補綴物を装着した場合は、所定点数の100分の70に相当する点数及び回数を記載する。（項番115）
- (イ) 小児保険装置は、点数及び回数を記載する。（項番128）
- (ウ) 熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、名称、部位、点数及び回数を記載する。（項番133）
- (エ) レジンインレー、高強度硬質レジンブリッジ又は熱可塑性樹脂有床義歯等、記載欄がない歯冠修復及び欠損補綴は、点数及び回数を記載する。（項番115）
- (オ) コンビネーション鉤は、点数及び回数を記載する。
- (カ) 新たに製作した有床義歯を装着した日から起算して6月以内の当該有床義歯の修理及び有床義歯内面適合法は、それぞれの点数の100分の50に相当する点数及び装着料を合算した点数を記載する。（項番137、138、139、140）
- (キ) 脱離した歯冠修復物の再装着は、点数及び回数を記載する。（項番121）
- (ク) 脱離又は修理したブリッジを再装着した場合の装着料は、ブリッジ1装置について、支台歯とポンティックの数の合計が5歯以下の場合又は支台歯とポンティックの数の合計が6歯以上の場合に分けて、点数及び回数を記載する。（項番121）
- (ケ) 歯科鑄造用14カラット金合金を用いた金属歯冠修復は、点数及び回数を記載する。（項番124）
- (コ) 広範囲顎骨支持型補綴物管理料、広範囲顎骨支持型補綴診断料、広範囲顎骨支持型補綴

- 又は広範囲顎骨支持型補綴物修理は、それぞれ点数を記載すること。(項番141)
- (サ) 「その他」欄に書ききれない等の場合は、全体の「その他」欄に記載する。
- (シ) 歯冠修復物又は欠損補綴物の装着予定日から起算して1月以上患者が来院しない場合の当該歯冠修復物又は欠損補綴物は、該当する記載欄に装着料を含まない点数及び回数を記載する。(項番115)
- (29) 歯科矯正について
- ア 全体の「その他」欄に記載する。(項番142～151)
- (ア) 歯科矯正における帯環及びダイレクトボンドブラケット並びに可撤式装置及び固定式装置は、それぞれ点数と装着料を合算した点数を記載する。
- (イ) 植立は点数を記載する。また、アンカースクリュー脱落后の再埋入において特定保険医療材料を算定する場合又は治療途中で新たにアンカースクリューを追加で植立する場合は、点数を記載する。(項番148)
- (30) その他の項目について
- ア 都道府県知事が厚生労働大臣の承認を得て別に療養担当手当を定めた場合の療養担当手当は、全体の「その他」欄に点数を記載する。
- イ 内訳を記載するに当たって、「摘要」欄に書ききれない場合は、明細書と同じ大きさの用紙(用紙の色は白色で可とする。)に、診療年月、医療機関コード、患者氏名、保険種別番号(例 ; 1社・国 1単独 2本外)、保険者番号(公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号)、被保険者証・保険者手帳等の記号・番号(公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号)を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付ける。
- (31) 「点数」欄について
- 「初診」欄から全体の「その他」欄までのそれぞれの合計点数を記載する。
- 医療保険と公費負担医療の併用の場合は、「点数」欄を縦に区分して、左欄から順に医療保険に係る請求点数、第1公費に係る請求点数、第2公費に係る請求点数を記載するが、公費負担医療に係るすべての請求点数が医療保険に係る請求点数と同じ場合は、「点数」欄を縦に区分して、当該公費負担医療に係る請求点数を記載することを省略しても差し支えない。
- なお、月の途中で公費負担医療の受給資格の変更があった場合又は公費負担医療に係る給付の内容が医療保険と異なる場合は、公費負担医療に係る請求点数が医療保険に係る請求点数と異なることとなるので、「点数」欄を縦に区分して、公費負担医療に係る請求点数も必ず記載する。
- また、公費負担医療と公費負担医療の併用の場合も同様とする。
- (32) 「合計」欄について
- 請求する医療保険に係る合計点数を記載する。
- (33) 「一部負担金額」欄について
- ア 医療保険(高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証(特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。)の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。)は、次による。
- (ア) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載する。ただし、災害発生時が平成21年12月3

1 日以前のものに限る。

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

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

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証又は特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療受給者証にあっては、適用区分に所得区分の記載があるものに限る。）の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び後期高齢者医療は、以下による。

- (ア) 高額療養費が現物給付された者に限り記載し、支払いを受けた一部負担金の額を記載する。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、下段に支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載する。なお、「一部負担金」の項に記載しきれない場合には、「摘要」欄に（ ）で再掲して差し支えない。

- (イ) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第5項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は高齢者医療確保法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載する。

- (ウ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号二、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号二に掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号二に掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載する。

- (エ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハに掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第3号ハに掲げる者又は高齢者医療確保法施行令第16条第1項第1号ハに掲げる者の場合は、高額療養費が現物給付された者に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載する。

- (オ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療において、患者の負担金額が「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の文字を○で囲む。

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

- (カ) 後期高齢者医療において、高齢者医療確保法第69条第1項の規定に基づき広域連合長から一部負担金の減額を受けた者の場合は、「割」の単位で減額される場合は減額割合を記載して「割」の文字を○で囲み、「円」単位で減額される場合は減額後の一部負担金の金額を記載して「円」を○で囲む。また、負担額が免除される場合は「免除」の文字を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の文字を○で囲む。

(34) 「公費分点数」欄について

ア 「請求」の項は、第1公費に係る合計点数を記載する。なお、第2公費に係る合計点数があ

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

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

イ 「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の規定により、一部負担金等の一部に相当する額について国が特例的に支払うものは、公費でないものとみなして記載する。

(35) 「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「一部負担金」の項に金額を記載するものの場合は（33）のイの（ア）により記載した額を、金額の記載を要しないものの場合は 10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載する。なお、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）と感染症法との併用の場合は、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額（即ち、窓口で徴収した額）を記載する。

また、障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援、肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療に係る患者の負担額は、10 円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載し、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と障害者総合支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療、児童福祉法による肢体不自由児通所医療及び障害児入所医療並びに難病法による特定医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合に限る。）に 10 円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載する。ただし、後期高齢者医療又は医療保険（高齢受給者に係るものに限る。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合（高額療養費が現物給付された場合を除く。）及び医療保険（高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付化された者に係るものを除く。）と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄への記載は要しない。

高齢受給者の一般所得者及び低所得者であって、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業又は肝炎治療特別促進事業に係る公費負担医療受給者は、医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を記載する。ただし、当該公費負担医療の給付対象額の 2 割相当の額が、当該医療券に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、当該 2 割相当の額（「一部負担金額」の項に金額を記載するものは 10 円未満の端数を四捨五入した後の額を、金額の記載を要しないものは 10 円未満の端数を四捨五入する前の額。）を記載する。

(36) その他

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

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

また、その記載に当たっては、医科の記載要領に準拠して記載し、「歯冠修復及び欠損補綴」

等歯科独自の診療行為は「摘要」欄に診療行為名、点数及び必要事項を記載する。

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

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

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

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

カ 患者の疾病又は負傷が交通事故等第三者の不法行為によって生じたと認められる場合は、「特記事項」欄に「第三」と記載する。なお、「交」等従来行われていた記載も差し支えない。

キ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号又は第7号に規定する医療機器を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「器評」と記載し、当該医療機器名を他の特定保険医療材料と区別して記載する。また、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号に規定する体外診断用医薬品を使用又は支給した場合は、Ⅱの第3の2の(26)のケの例により「摘要」欄に「体評」と記載し、当該体外診断用医薬品名を他の診療報酬請求項目と区別して記載すること。

ク 地方厚生（支）局長に届け出て別に厚生労働大臣が定める先進医療を実施した場合は、「特記事項」欄に「先進」と記載し、先進医療の名称及び先進医療について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載する。

ケ 「制限回数を超えて行う診療」に係る診療報酬の請求は、「特記事項」欄に「制超」と記載する。

また、実施したりハビリテーションごとに、「摘要」欄に「リハ選」と記載し、併せて「制限回数を超えて行う診療」の名称、徴収した特別の料金及び回数を記載する。

コ 70歳以上で「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円以上）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅣであるもの）が提示された場合（タに該当する場合を除く。）には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

サ 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円未満）の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅢであるもの）が提示された場合（ヘに該当する場合を除く。）には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

シ 70歳以上で「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証（適用区分がⅠ又はⅡであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

ス 特例措置対象被保険者等が、今回の特例措置にかかわらず、「70歳代前半の被保険者等に係る一部負担金等の軽減特例措置実施要綱」の第2の2(4)に規定する一部負担金等の一部に相

当する額を自ら支払った場合又は第三者行為により特例措置の対象とならない場合は、「特記事項」欄に「二割」と記載する。

セ 自己負担限度額特例対象被扶養者等は、「特記事項」欄に「高半」と記載する。

ソ 高齢者医療確保法第50条第2号に該当する者（65歳から75歳未満の者であって、後期高齢者医療広域連合の障害認定を受けた者）が75歳に到達した月に療養を受けた場合（自己負担限度額が2分の1とならない場合）は、「摘要」欄に「障害」と記載する。

タ 前コにおける「標準報酬月額28万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であつて、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近12か月間において4月目以上である場合には、「特記事項」欄に「多上」と記載すること。

チ （削除）

ツ （削除）

テ 電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求により療養の給付等の請求を行う場合は、請求する各点数の算定日ごとに回数を記録して請求し、各規定により「摘要」欄に算定日（初回算定日及び前回算定日等の当該請求月以外の算定日を除く。）を記載する点数は、その記録を省略しても差し支えない。ただし、平成24年3月診療以前分は、「摘要」欄に算定日を記載する点数の各規定に従い、「摘要」欄に算定日を記載する。

ト 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第1条第5号の2又は第7号の2に規定する再生医療等製品を使用又は支給した場合は、「摘要」欄に「加評」と記載し、当該再生医療等製品名を他の再生医療等製品と区別して記載すること。

ナ 70歳未満の場合であつて、「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

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

ヌ 70歳未満の場合であつて、「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）

には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載すること。

- ネ 70歳未満の場合であって、「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載すること。
- ノ 70歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く。）には、「特記事項」欄に「区オ」と記載すること。
- ハ 前ナにおける「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多ア」と記載すること。
- ヒ 前ニにおける「標準報酬月額53万～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多イ」と記載すること。
- フ 前ヌにおける「標準報酬月額28万～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載すること。
- ヘ 前ネにおける「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近12か月間において4月目以上である場合には、「特記事項」欄に「多エ」と記載すること。
- ホ 前ノにおける「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多才」と記載すること。
- マ 別に厚生労働大臣が定める患者申出療養（当該療養を適切に実施できるものとして厚生労働大臣に個別に認められた病院又は診療所において行われるものに限る。）を実施した場合には、「特記事項」欄に「申出」と記載するとともに、当該療養の名称及び当該療養について徴収した特別の料金の額を「摘要」欄の最上部に記載すること。

- ミ 医療法第30条の13に規定する病床機能報告制度において、医療法施行規則第30条の33の6第1項に規定するレセプト情報による方法の場合であって、病棟情報を電子レセプトに記録する場合は、「病床機能報告制度に関する電子レセプトへの病棟情報の記録について」（平成28年3月25日医政地発0325第1号）によること。