

日 薬 業 発 第 161 号
令 和 4 年 8 月 9 日

都道府県薬剤師会担当役員殿

日 本 薬 剤 師 会
副 会 長 森 昌 平

令和4年8月3日からの大雨による被災に関する
診療報酬等の請求の取扱いについて

標記について、厚生労働省保険局医療課から、別添のとおり連絡がありましたのでお知らせいたします。

令和4年8月3日からの大雨による災害に伴う被災者に関する診療報酬等の取扱いについては、令和4年8月4日付け日薬業発第149号ほかにてお知らせしたところですが、今般、令和4年7月診療分に係る診療報酬等の請求に関する取扱いが示されました。

取り急ぎお知らせいたしますので、貴会会員へご周知くださいますようお願い申し上げます。

事 務 連 絡
令和 4 年 8 月 9 日

関 係 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

令和 4 年 8 月 3 日からの大雨による被災に
関する診療報酬等の請求の取扱いについて

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課長、都道府県民生
主管部(局)国民健康保険主管課(部)長及び都道府県後期高齢者医療主管部(局)
後期高齢者医療主管課(部)長あて通知するとともに別添団体各位に協力を依頼
しましたので、貴団体におかれましても、関係者に対し周知を図られますよう
お願いいたします。

事務連絡
令和4年8月9日

地方厚生（支）局医療課
都道府県民生主管部（局）
国民健康保険主管課（部）
都道府県後期高齢者医療主管部（局）
後期高齢者医療主管課（部）

御中

厚生労働省保険局医療課

令和4年8月3日からの大雨による被災に
関する診療報酬等の請求の取扱いについて

令和4年8月3日からの大雨による被災に関する診療報酬等の請求の事務については、下記のとおり取り扱うこととしたので、関係団体への周知を図るようお願いしたい。

記

- 1 令和4年7月診療等分に係る診療報酬等の請求について
令和4年8月3日からの大雨により診療録及びレセプトコンピュータ等を滅失、汚損又は棄損等した保険医療機関、保険薬局又は訪問看護ステーション（以下「保険医療機関等」という。）における令和4年7月診療等分については、2により概算請求を行うことができるものとする。
上記以外の場合については、3により診療報酬等の請求を行うものとする。
- 2 概算請求を行う場合の取扱いについて
 - (1) 概算による請求を選択する保険医療機関等については、やむを得ない事情がある場合を除き、別紙の様式（届出書）により、各審査支払機関（国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金）に届け出ること。この中で、当該保険医療機関等の令和4年7月の入院、外来別の診療実日数を記入すること。
なお、届け出の期限については各審査支払機関に相談すること。
 - (2) 診療報酬等の算出方法については原則として令和4年4月診療等分か

ら令和4年6月診療等分までの診療報酬等支払実績により（当該保険医療機関等について特別な事情がある場合には、別途保険医療機関等と調整をする。）、下記ア及びイにより算出し、それを合計して支払を行うこととなる。

なお、保険薬局及び訪問看護ステーションについては、外来分として取り扱うものとする。

ア 入院分

$$\frac{\text{令和4年4月～令和4年6月診療等分の
入院分診療報酬等支払額}}{91 \text{ 日}} \times \text{令和4年7月の入院診療
実日数}$$

イ 外来分

$$\frac{\text{令和4年4月～令和4年6月診療等分の
外来分診療報酬等支払額}}{74 \text{ 日}} \times \text{令和4年7月の外来診療
実日数}$$

- (3) この方法の対象となる請求の範囲については、公費負担医療に係るものについても含まれること。
- (4) この方法による請求を選択した保険医療機関等については、この方法による概算額をもって令和4年7月診療等分の診療報酬等支払額を確定するものであること。

3 通常の方法による請求を行う場合の取扱いについて

令和4年7月診療等分に係る診療報酬請求書等については、提出期限内の提出が難しい場合は各審査支払機関に相談すること。

また、提出期限に遅れたものについては、翌月以降に提出するものとする。

厚生労働省保険局医療課企画法令第一係 TEL:03-5253-1111（内線 3288） FAX:03-3508-2746

(別紙)

令和4年8月3日からの大雨に
による被災に関する概算による
診療報酬請求に関する届出書
(令和4年7月診療等分)

保険医療機関コード・薬局コード・ステーションコード

令和4年8月3日からの大雨による被災に関する概算による診療報酬の請求を行いたいので、
次のように届け出ます。

令和 年 月 日

保険医療機関等の
所在地 及び 名称 :

開設者名・事業者氏名 :

審査支払機関 殿

令和4年7月の診療実日数を記入すること。

[入院・外来別診療実日数]
(外来診療実日数)
7月分 ____ 日間

(入院診療実日数)
7月分 ____ 日間