

日 薬 業 発 第 320 号
令 和 8 年 10 月 1 日

都道府県薬剤師会会長 殿

日 本 薬 剤 師 会
会 長 岩 月 進
(会 長 印 省 略)

OTC 類似薬の一部保険外療養に関する通知の発出について

平素より、本会会務に格別のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

一部保険外療養の創設に伴う療養担当規則等の所要の見直しに関する答申が行われたことにつきましては、令和8年9月16日付け日薬発第182号にてお知らせしたところですが、これに関する省令・告示が令和8年9月30日付けで公布され、厚生労働省保険局より関係通知（実施上の留意事項など）が下記のとおり発出されました。

今回の一部改正につきましては、令和9年3月1日より適用となります。また、これらにつきましては、厚生労働省ホームページからも入手できますので、貴会会員にご周知下さるようお願い申し上げます。

なお、OTC 類似薬の一部保険外療養に関して、令和9年1月頃に都道府県薬剤師会担当役員等向けの説明会を予定しておりますので、詳細につきましては決まり次第、改めてご案内させていただきます。

記

1. 関係通知（いずれも令和8年9月30日付け）

①健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令の公布について

(添付)

- ・健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令

(令和8年9月30日政令第320号)

- ・保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令(令和8年9月30日厚生労働省令第143号)
- ・健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示（令和8年9月30日厚生労働省告示第360号）

- ②要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養について
- ③「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について<抄>
- ④「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について<抄>
- ⑤医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について<抄>
- ⑥要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の明細書の記載例について<抄>
- ⑦要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養における費用の計算方法について
- ⑧要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養における費用の計算方法について
- ⑨「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について」の一部改正について

2. 厚生労働省ホームページ

厚生労働省トップページ > 政策について > 分野別の政策一覧 > 健康・医療
> 医療保険 > OTC 類似薬の保険給付の在り方の見直しについて

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryoku/iryokuhoken/juuyou/kougakuiryou/index_00001.html

以上

①

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 日

関 係 団 体 御中

厚生労働省保険局医療課

健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令
の公布について

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)長あて通知しましたので、別添団体各位におかれま
しても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

保 発 0930 第 5 号
令和 8 年 9 月 30 日

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 殿
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

厚生労働省保険局長
（公 印 省 略）

健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令
の公布について

本日公布された「健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令」（令和 8 年政令第 320 号）により、「健康保険法等の一部を改正する法律（令和 8 年法律第 31 号）」附則第一条第四号に掲げる規定は、令和 9 年 3 月 1 日から施行することとされたため、御了知の上、関係各位への周知徹底を図られるとともに、その実施に遺漏なきを期されたい。

健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令
(令和8年9月30日政令第320号)

25

令和8年9月30日 水曜日

官 報

(号外第215号)

健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令をここに公布する。

御 名 御 璽

令和八年九月三十日

内閣総理大臣 高市 早苗

政令第320号

健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令

内閣は、健康保険法等の一部を改正する法律（令和八年法律第三十一号）附則第一条第四号の規定に基づき、この政令を制定する。

健康保険法等の一部を改正する法律附則第一条第四号に掲げる規定の施行期日は、令和九年三月一日とする。

厚生労働大臣 上野賢一郎
内閣総理大臣 高市 早苗

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令（令和8年9月30日厚生労働省令第143号）

令和 8 年 9 月 30 日 水曜日

官報

(号外第 215 号)

172

○厚生労働省令第百四十三号
健康保険法等の一部を改正する法律（令和八年法律第三十一号）の一部の施行に伴い、並びに健康保険法（大正十一年法律第七十号）第七十条第一項及び第七十二条第一項（これらの規定を同法第八十条第九項、第八十五条の二第五項、第八十六条第五項、第一百十条第七項及び第百四十九条において準用する場合を含む。）の規定に基づき、保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令を次のように定める。

保険医療機関及び保険医療養担当規則及び保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部を改正する省令
(保険医療機関及び保険医療養担当規則の一部改正)
第一条 保険医療機関及び保険医療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十五号)の一部を次のように改正する。
次の表のように改正する。

厚生労働大臣 上野賢一郎

(傍線部分は改正部分)

改正後		改正前	
(揭示) 第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第三項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 2 (略)		(揭示) 第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所内の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五条の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。 2 (略)	

(一部負担金等の受領)

第五条

保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）、又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）、及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額（保険医療機関から同項第六号に規定する一部保険外療養（以下「一部保険外療養」という。）を受けた場合（当該一部保険外療養と併せて同項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）、又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）を受けた場合を含む。）にあつては、当該費用の額から法第八十六条第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額）に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行つた場合においては食事療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十五条の二第二項又は第八十六条第二項第一号若しくは第三項第一号イの費用の額の算定の例により算定された費用の額（保険医療機関から一部保険外療養を受けた場合（当該一部保険外療養と併せて評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けた場合を含む。）にあつては、当該費用の額から法第八十六条第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額）から法第一百十条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

2

保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、評価療養、患者申出療養、選定療養又は一部保険外療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項若しくは第三項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額（保険医療機関から一部保険外療養を受けた場合（当該一部保険外療養と併せて評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けた場合を含む。）にあつては、当該費用の額から法第八十六条第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額）を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

3 (略)

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

2 第五条の四 (略)

保険医療機関は、一部保険外療養に関して第五条第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならない。

(一部負担金等の受領)

第五条

保険医療機関は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金、法第八十五条に規定する食事療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「食事療養標準負担額」という。）、法第八十五条の二に規定する生活療養標準負担額（同条第二項の規定により算定した費用の額が生活療養標準負担額に満たないときは、当該費用の額とする。以下単に「生活療養標準負担額」という。）、又は法第八十六条の規定による療養（法第六十三条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）、及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額（法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額（食事療養を行つた場合においては食事療養標準負担額を加えた額とし、生活療養を行つた場合においては生活療養標準負担額を加えた額とする。）の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項、第八十五条第二項、第八十五条の二第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百十条の規定による家族療養費として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

2

保険医療機関は、食事療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、生活療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十五条の二第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）、又は同項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

3 (略)

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

2 第五条の四 (略)

(新設)

3 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、第一項の療養（一部保険外療養を除く。）の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

4 (略)

(読替規定)

第二十四条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に關してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替へるものとする。

第一欄	第二欄	第三欄	第四欄
(略)	(略)	(略)	(略)
第五條第一項	(略)	(略)	(略)
第八十五條	第百四十九條において準用する法第八十五條	第六十一條	
(略)	(略)	(略)	
法第八十六條	法第百四十九條において準用する法第八十六條	法第六十三條	
第六十三條第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額（保険医療機関から同項第六号に規定する一部保険外療養（以下「一部保険外療養」という。）を受けた場合（当該一部保険外療養と併せて同項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項	第百四十九條において準用する法第六十三條第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額（保険医療機関から法第百四十九條において準用する法第六十三條第二項第六号に規定する一部保険外療養（以下「一部保険外療養」という。）を受けた場合（当該一部保険外療養と併せて法第百四十九條において準用する法第六十三條第二項	第五十三條第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。）についての費用の額（保険医療機関から同項第六号に規定する一部保険外療養（以下「一部保険外療養」という。）を受けた場合（当該一部保険外療養と併せて同項第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、同項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は同項	

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

3
(略)

〔読替規定〕

第二十四条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に關してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替へるものとす。

第一欄	第二欄	第三欄	第四欄
(略)	(略)	(略)	(略)
第五條第一項	(略)	(略)	(略)
第八十五條	第六十三條第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。についての費用の額に法第七十四條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額	第六十三條第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。についての費用の額に法第七十四條において準用する法第七十四條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額	第六十條
法第八十六條	第六十三條第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。についての費用の額に法第七十四條において準用する法第七十四條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額	第六十三條第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。についての費用の額に法第七十四條において準用する法第七十四條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額	法第六十條
(略)	(略)	(略)	(略)
法第六十條	第五十三條第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。についての費用の額に法第五十五條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額又は法第六十三條第三項の規定に基づき算定費用額から控除される金額	第五十三條第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）及び同項第二号に規定する生活療養（以下「生活療養」という。）を除く。についての費用の額に法第五十五條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額又は法第六十三條第三項の規定に基づき算定費用額から控除される金額	

第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）を受けた場合を含む。）にあつては、当該費用の額から法第八十六条第三項第一号に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	第三号に規定する評価療養（以下「評価療養」という。）、法第四百九条において準用する法第六十三条第二項第四号に規定する患者申出療養（以下「患者申出療養」という。）又は法第四百九条において準用する法第六十三条第二項第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）を受けた場合を含む。）にあつては、当該費用の額から法第八十六条第三項第一号に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	第五号に規定する選定療養（以下「選定療養」という。）を受けた場合を含む。）にあつては、当該費用の額から健康保険法第八十六条第三項第一号の規定による厚生労働大臣の定めにより算定した額を控除した額
第七十六條第二項、第八十五條第二項、第八十五條の二第二項又は第八十六條第二項第一号若しくは第三項第一号イ	第七十六條第二項、第八十五條第二項、第八十五條の二第二項又は第八十六條第二項第一号若しくは第三項第一号イ	第五十八條第二項、第六十一條第二項、第六十二條第二項又は第六十三條第二項第一号若しくは第三項第一号
第一百十條	第四百十條	第七十六條
法第八十六條第三項第一号ロに規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	法第四百九條において準用する法第八十六條第三項第一号ロに規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額。以下この項において同じ。	健康保険法第八十六條第三項第一号ロの規定による厚生労働大臣の定めにより算定した額を控除した額

(新設)	第一百十條	第七十六條第二項、第八十五條第二項、第八十五條の二第二項又は第八十六條第二項第一号
(新設)	第四百十條	第七十六條第二項、第八十五條第二項、第八十五條の二第二項又は第八十六條第二項第一号
(新設)	第七十六條	第五十八條第二項、第六十一條第二項、第六十二條第二項又は第六十三條第二項第一号

(略)	第五條第二項						支払を受ける
	(略)	第八十六條第二項若しくは第三項又は第一百十條第三項	(削る)	(削る)	(削る)	(略)	
	法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	(削る)	(削る)	(削る)	(略)	
	(略)	法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	(削る)	(削る)	(削る)	(略)	
(略)	第五條第二項						支払を受ける
	(略)	第八十六條第二項又は第一百十條第三項	(削る)	(削る)	(削る)	(略)	
	法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	(削る)	(削る)	(削る)	(略)	
	(略)	法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	(削る)	(削る)	(削る)	(略)	
(略)	第五條第二項						支払を受ける
	(略)	第八十六條第二項又は第一百十條第三項	(新設)	同項第五号	同項第四号	法第六十三條第二項第三号	
	(略)	法第八十六條第三項	(新設)	法第六十三條第二項第五号	法第六十三條第二項第四号	法第六十三條第二項第三号	
	(略)	法第八十六條第三項	(新設)	法第六十三條第二項第五号	法第六十三條第二項第四号	法第六十三條第二項第三号	
(略)	第五條第二項						支払を受ける
	(略)	第八十六條第二項又は第一百十條第三項	(新設)	同項第五号	同項第四号	法第六十三條第二項第三号	
	(略)	法第八十六條第三項	(新設)	法第六十三條第二項第五号	法第六十三條第二項第四号	法第六十三條第二項第三号	
	(略)	法第八十六條第三項	(新設)	法第六十三條第二項第五号	法第六十三條第二項第四号	法第六十三條第二項第三号	

処方箋											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
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			(枝番)		
患 者	氏 名						保険医療機関の所在地及び名称				
	生年月日		明 人 昭 平 令	年 月 日		男・女		電 話 番 号			
	区 分		被保険者		被扶養者		保 険 医 氏 名				
						都道府県番号			点数表番号	医療機関コード	
交付年月日			令和 年 月 日			処方箋の使用期間		令和 年 月 日			
処 方	変更不可 (保険上の要)	患者希望	一部調剤 外注	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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿							
				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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿							
				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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿							
備 考	保険医署名		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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿								
			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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿								
			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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿								
調剤実施回数 (調剤回数に応じて、□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。)											
□ 1 回目調剤 □ (年 月 日) □ 2 回目調剤 □ (年 月 日) □ 3 回目調剤 □ (年 月 日)											
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			令和 年 月 日			公費負担者番号					
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名			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 ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿			公費負担医療の受給者番号					

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する法令 (昭和59年厚生省令第30号) 第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号を次のように改める。

処 方 箋

(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)

分割指示に係る処方箋 分割の 回目

様式第二号の二を次のように改める。
様式第二号の二(第二十一条関係)

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	(任意)			

患 者	氏 名	保険医療機関の 所在地及び名称						
	生年月日	年 月 日	男・女	電 話 番 号				
	区 分	被保険者	被扶養者	保 険 医 氏 名				
				都道府県番号	点数表 番号	医療機関 コード		

交付年月日	令和 年 月 日	処 方 箋 の 使 用 期 間	令和 年 月 日	特に記載のある場合 を除き、交付の日を含 めて4日以内に保険薬 局に提出すること
-------	----------	--------------------	----------	---

処 方	変更不可 (※必ず記入)	患者希望	一部保険外 薬費	個々の処方箋について、取扱いの必要性があるため、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更が必要とあると判断 された場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「ノ」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・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、「患者希望」欄に「レ」又は「ノ」を記載すること。 一部保険外薬費の対象医薬品を処方した場合に、「一部保険外薬費」の欄に、特別の料金の対象である場合には「○」を、 特別の料金の対象外である場合は「ー」を記載すること。

備 考	保険医署名	「変更不可」欄に「レ」又は「ノ」を記載 した場合は、署名又は記名・押印すること。
	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	

調剤済年月日	令和 年 月 日	公費負担者番号			
保険薬局の所在 地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)	公費負担医療の 受 給 者 番 号			

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。

2. この用紙は、A列5番を標準とすること。

3. 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機
関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

(保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則の一部改正)
第二条 保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則(昭和三十二年厚生省令第十六号)の一部を次の表のように改正する。

改 正 後

(傍線部分は改正部分)

(揭示)

第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第四条の三第三項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。

2 (略)

(患者負担金の受領)

第四条 保険薬局は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金並びに法第八十六条の規定による療養についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項又は第八十六条第二項第一号若しくは第三項第一号イの費用の額の算定の例により算定された費用の額(保険薬局から法第六十三条第二項第六号に規定する一部保険外療養(以下「一部保険外療養」という。)を受けた場合(当該一部保険外療養と併せて同項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。))又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。))を受けた場合を含む。)にあつては、当該費用の額から法第八十六条第三項第一号ロに規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額から法第一百十条の規定による家族療養費として支給される額(同条第二項第一号に規定する額に限る。)に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養、選定療養又は一部保険外療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項若しくは第三項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額(保険薬局から一部保険外療養を受けた場合(当該一部保険外療養と併せて評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けた場合を含む。))にあつては、当該費用の額から法第八十六条第三項第一号ロに規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額)を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に關しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。
(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第四条の三 (略)

2 保険薬局は、一部保険外療養に関して第四条第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならない。

3 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第一項の療養(一部保険外療養を除く。)の内容及び費用に関する事項を揭示しなければならない。

4 (略)

(読替規定)

第十一条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

改 正 前

(揭示)

第二条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第四条の三第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。

2 (略)

(患者負担金の受領)

第四条 保険薬局は、被保険者又は被保険者であつた者については法第七十四条の規定による一部負担金並びに法第八十六条の規定による療養についての費用の額に法第七十四条第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額の支払を、被扶養者については法第七十六条第二項又は第八十六条第二項第一号の費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第一百十条の規定による家族療養費として支給される額(同条第二項第一号に規定する額に限る。)に相当する額を控除した額の支払を受けるものとする。

2 保険薬局は、法第六十三条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。))に関し、当該療養に要する費用の範囲内において、法第八十六条第二項又は第一百十条第三項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に關しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)
第四条の三 (略)
(新設)

2 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を揭示しなければならない。

3 (略)

(読替規定)

第十一条 日雇特例被保険者の保険及び船員保険に関してこの省令を適用するについては、次の表の第一欄に掲げるこの省令の規定中の字句で、同表の第二欄に掲げるものは、日雇特例被保険者の保険にあつては同表の第三欄に掲げる字句と、船員保険にあつては同表の第四欄に掲げる字句とそれぞれ読み替えるものとする。

第四條第一項				(略)	第一欄
支払を受ける	(略)	(略)	第七十四條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額	(略)	第二欄
	(略)	(略)	第七十六條第二項又は第八十六條第二項第一号若しくは第三項第一号イ	(略)	第三欄
	(略)	(略)	第六十三條第二項第六号	(略)	第四欄
	(略)	(略)	法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	(略)	
支払を受ける	(略)	(略)	法第百四十九條において準用する法第七十四條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額	(略)	第二欄
	(略)	(略)	法第百四十九條において準用する法第七十六條第二項又は第八十六條第二項第一号若しくは第三項第一号イ	(略)	第三欄
	(略)	(略)	法第百四十九條において準用する法第六十三條第二項第六号	(略)	第四欄
	(略)	(略)	法第百四十九條において準用する法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額。以下この項において同じ。	(略)	
支払を受ける	(略)	(略)	第五十五條第一項各号に掲げる区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額又は法第六十三條第四項の規定に基づき算定費用額から控除される金額	(略)	第二欄
	(略)	(略)	第五十八條第二項又は第六十三條第二項第一号若しくは第三項第一号	(略)	第三欄
	(略)	(略)	第五十三條第二項第六号	(略)	第四欄
	(略)	(略)	健康保険法第八十六條第三項第一号口の規定による厚生労働大臣の定め例により算定した額を控除した額	(略)	

第四條第一項				(略)	第一欄
支払を受ける	(略)	(略)	第七十四條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額	(略)	第二欄
	(略)	(略)	第七十六條第二項又は第八十六條第二項第一号	(略)	第三欄
	(略)	(略)	(新設)	(略)	第四欄
	(略)	(略)	法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣が定めるところにより算定した額を控除した額	(略)	
支払を受ける	(略)	(略)	法第百四十九條において準用する法第七十四條第一項各号に掲げる場合の区分に応じ、同項各号に定める割合を乗じて得た額	(略)	第二欄
	(略)	(略)	法第百四十九條において準用する法第七十六條第二項又は第八十六條第二項第一号	(略)	第三欄
	(略)	(略)	(新設)	(略)	第四欄
	(略)	(略)	法第百四十九條において準用する法第八十六條第三項第一号口に規定する厚生労働大臣の定め例により算定した額を控除した額	(略)	

3 2 1

附 則

(施行期日)

(経過措置)

この省令は、健康保険法等の一部を改正する法律附則第一条第四号に掲げる規定の施行の日（令和九年三月一日）から施行する。
この省令の施行の際現にあるこの省令による改正前の様式（次項において「旧様式」という。）により使用されている書類は、この省令による改正後の様式によるものとみなす。
この省令の施行の際現にある旧様式による用紙については、当分の間、これを取り繕って使用することができる。

第四条第二項						第七十六条第二項又は第八十六条第二項第一号若しくは第三項第一号イの費用の額の算定の例により算定された費用の額から法第百四十五条の規定による特別療養費（同条第二項第一号に掲げる費用に限る。）として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受ける
(略)	(略)	(略)	(略)	(削る)	(削る)	
(略)	第八十六条第二項若しくは第三項又は第一百零三条第三項	法第百四十九条において準用する法第八十六条第二項若しくは第三項又は第一百零三条第三項	法第百四十九条において準用する法第八十六条第三項第一号の規定による厚生労働大臣の定め	(削る)	(削る)	
(略)	法第八十六条第三項第一号に規定する厚生労働大臣が定める額を控除した額	法第百四十九条において準用する法第八十六条第三項第一号の規定による厚生労働大臣の定め	健康保険法第八十六条第三項第一号の規定による厚生労働大臣の定め	(削る)	(削る)	
第四条第二項						定の例により算定された費用の額から法第百四十五条の規定による特別療養費（同条第二項第一号に掲げる費用に限る。）として支給される額に相当する額を控除した額の支払を受ける
(略)	(略)	(新設)	(新設)	同項第五号	法第六十三条第二項第三号	
(略)	(略)	(新設)	(新設)	法第百四十九条において準用する法第六十三条第二項第五号	法第百四十九条において準用する法第六十三条第二項第三号	
(略)	(略)	(新設)	(新設)	健康保険法第六十三条第二項第五号	健康保険法第六十三条第二項第四号	

○厚生労働省告示第三百六十号

健康保険法等の一部を改正する法律（令和八年法律第三十一号）の一部の施行に伴い、及び関係法令の規定に基づき、健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示を次のように定める。

令和八年九月三十日

厚生労働大臣 上野賢一郎

健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示

（生活保護法第五十二条第二項の規定による診療方針及び診療報酬等の一部改正）

第一条 次に掲げる告示の規定中「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」を「厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養」に改める。

一 生活保護法第五十二条第二項の規定による診療方針及び診療報酬（昭和三十四年厚生省告示第百二十五号）第二項

二 医療法第六条の五第三項及び第六条の七第三項の規定に基づく医業、歯科医業若しくは助産師の業務又は病院、診療所若しくは助産所に関して広告することができる事項（平成十九年厚生労働省告示第百八号）第二条第二号

（高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準の一部改正）

第二条 高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準（昭和五十八年厚生省告示第十四号）の一部を次の表のように改正する。

（傍線部分は改正部分）

改 正 後			改 正 前		
（揭示） 第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五條の四第三項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。 2 （略） （一部負担金の受領等） 第五条 （略） 2 保険医療機関は、法第六十四条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十四条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十四条第二項第二号に規定する生活療養（以下「生活療			（揭示） 第二条の六 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、第五条の三第四項、第五条の三の二第四項及び第五條の四第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を揭示しなければならない。 2 （略） （一部負担金の受領等） 第五条 （略） 2 保険医療機関は、法第六十四条第二項第一号に規定する食事療養（以下「食事療養」という。）に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十四条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十四条第二項第二号に規定する生活療養（以下「生活療		

養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十五条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十四条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。)、同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。))又は同項第六号に規定する一部保険外療養(以下「一部保険外療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項又は第三項に規定する保険外併用療養費算定額(一部保険外療養を受けた場合(当該一部保険外療養と併せて評価療養、患者申出療養又は選定療養を受けた場合を含む。))にあつては、当該費用の額から法第七十六条第三項第一号ロに規定する厚生労働大臣が定める基準により算定した額を控除した額。第二十六条の四第二項において同じ。)を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

3・4 (略)

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 (略)

2 保険医療機関は、一部保険外療養に関して第五条第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならない。

3 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、第一項の療養(一部保険外療養を除く。)の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

4 (略)

(揭示)

第二十五条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第二十六条の六第三項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

2 (略)

(一部負担金の受領等)

第二十六条の四 (略)

2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養、選定療養又は一部保険外療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項又は第三項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第二十六条の六 (略)

2 保険薬局は、一部保険外療養に関して第四条第二項の規定による支払を受けようとする場合において、当該療養を行うに当たり、その種類及び内容に応じて厚生労働大臣の定める基準に従わなければならない。

3 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第一項の療養(一部保険外療養を除く。)の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

4 (略)

養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十五条第二項の規定により算定した費用の額を超える金額の支払を、法第六十四条第二項第三号に規定する評価療養(以下「評価療養」という。)、同項第四号に規定する患者申出療養(以下「患者申出療養」という。))又は同項第五号に規定する選定療養(以下「選定療養」という。)に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

3・4 (略)

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第五条の四 (略)

(新設)

2 保険医療機関は、その病院又は診療所の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

3 (略)

(揭示)

第二十五条の四 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、第二十六条の六第二項に規定する事項のほか、別に厚生労働大臣が定める事項を掲示しなければならない。

2 (略)

(一部負担金の受領等)

第二十六条の四 (略)

2 保険薬局は、評価療養、患者申出療養又は選定療養に関し、当該療養に要する費用の範囲内において法第七十六条第二項に規定する保険外併用療養費算定額を超える金額の支払を受けることができる。ただし、厚生労働大臣が定める療養に関しては、厚生労働大臣が定める額の支払を受けるものとする。

(保険外併用療養費に係る療養の基準等)

第二十六条の六 (略)

(新設)

2 保険薬局は、その薬局内の見やすい場所に、前項の療養の内容及び費用に関する事項を掲示しなければならない。

3 (略)

(療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等の一部改正)
第三条 療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等(平成十八年厚生労働省告示第百七号)の一部を次の表のように改正する。

改 正 後		改 正 前	
第一の一の二 療担規則第五条第二項、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める療養	第一の一の二 療担規則第五条第二項、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める療養	第一の一の二 療担規則第五条第二項、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める療養	第一の一の二 療担規則第五条第二項、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和三十二年厚生省令第十六号。以下「薬担規則」という。）第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める療養
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号及び第三条に掲げるもの	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び一部保険外療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に掲げるもの	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（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に掲げるもの	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（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第二条第十五号に掲げるもの
第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額	第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額	第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額	第一の一の三 療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の厚生労働大臣が定める額
一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第十五号の処方等又は調剤の場合 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）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額に二分の一を乗じて得た価額に当該薬価の規格単位ごとに数えた数量を乗じて得た額（その額が十円未満であるときは、これを十円に切り上げ、十円以上であつて五円未満の端数があるときは、これを十円に切り捨てるものとする。）	一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第十五号の処方等又は調剤の場合 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）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額に二分の一を乗じて得た価額に当該薬価の規格単位ごとに数えた数量を乗じて得た額（その額が十円未満であるときは、これを十円に切り上げ、十円以上であつて五円未満の端数があるときは、これを十円に切り捨てるものとする。）	一 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二条第十五号に規定する療養に係る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二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）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額に二分の一を乗じて得た価額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	一 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二条第十五号に規定する療養に係る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二条第十五号に規定する後発医薬品（以下「後発医薬品」という。）のある同号に規定する新医薬品等（以下「先発医薬品」という。）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額に二分の一を乗じて得た価額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
二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第三条の処方又は調剤の場合 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第三条に規定する別に厚生労働大臣が定めるものの薬価に四分の一を乗じて得た価額に当該薬価の規格単位ごとに数えた数量を乗じて得た額（その額が十円未満であるときは、これを十円に切り上げ、十円以上であつて五円未満の端数があるときは、これを十円に切り捨てるものとする。）	二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第三条の処方又は調剤の場合 第一の一の二に規定する療養に係る厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第三条に規定する別に厚生労働大臣が定めるものの薬価に四分の一を乗じて得た価額に当該薬価の規格単位ごとに数えた数量を乗じて得た額（その額が十円未満であるときは、これを十円に切り上げ、十円以上であつて五円未満の端数があるときは、これを十円に切り捨てるものとする。）		
第一の二 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める選定療養	第一の二 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める選定療養	第一の二 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める選定療養	第一の二 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める選定療養
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第四号及び第五号に掲げるもの	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第四号及び第五号に掲げるもの	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二条第四号及び第五号に掲げるもの	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二条第四号及び第五号に掲げるもの
第一の一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額	第一の一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額	第一の一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額	第一の一の三 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める金額
一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額	一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額	一 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二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額	一 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二条第四号の初診に係る厚生労働大臣が定める金額
(一)・(二) (略)	(一)・(二) (略)	(一)・(二) (略)	(一)・(二) (略)
二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額	二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額	二 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二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額	二 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二条第五号の再診に係る厚生労働大臣が定める金額
(一)・(二) (略)	(一)・(二) (略)	(一)・(二) (略)	(一)・(二) (略)

第一の四 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める場合

一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第四号の初診にあつては、他の病院又は診療所からの文書による紹介がない患者に対して、療担規則第五条第三項第二号又は療担基準第五条第三項第二号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合

二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第二条第五号の再診にあつては、他の病院（療担規則第五条第三項及び療担基準第五条第三項に規定する保険医療機関を除く。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に対して、療担規則第五条第三項第二号又は療担基準第五条第三項第二号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合

第三 療担規則第五条の四第一項、薬担規則第四条の三第一項並びに療担基準第五条の四第一項及び第二十六条の六第一項の選定療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準

一〇十三（略）

十四 後発医薬品のある先発医薬品の処方等又は調剤に関する基準

（一）当該処方等又は調剤は、次に掲げる要件を満たす場合に行われるものに限られるものとする。

イ（二）（略）

ホ 当該後発医薬品のある先発医薬品が、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第三条の処方等又は調剤として処方又は調剤される場合に該当しないこと。

（二）療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の規定により受け取る金額は、第一の一の三第一号に規定する額とする。

（三）（四）（略）

十五（略）

第三の二 療担規則第五条の四第一項、薬担規則第四条の三第一項並びに療担基準第五条の四第一項及び第二十六条の六第一項の一部保険外療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準

一 通則

（一）療養は、適切に行われる体制が整っている等保険医療機関及び保険薬局が特別の料金を徴収するのにふさわしいものでなければならぬものとする。

（二）当該療養は、患者への情報提供を前提とし、患者の同意がなされたものに限られるものとする。

二 要指導医薬品（医薬品医療機器等法第四条第五項第三号に規定する要指導医薬品をいう。）

（一）チ及びリにおいて同じ。）又は一般用医薬品（同項第四号に規定する一般用医薬品をいう。）

（二）チにおいて同じ。）との代替性が特に高い薬剤の処方又は調剤に関する基準

（一）当該処方又は調剤は、次に掲げる要件に該当しない場合に行われるものに限られるものとする。

イ 十八歳に達する日以後の最初の三月三十一日までの間にある者への処方又は調剤

ロ がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

第一の四 療担規則第五条第三項第二号及び療担基準第五条第三項第二号の厚生労働大臣の定める場合

一 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二条第四号の初診にあつては、他の病院又は診療所からの文書による紹介がない患者に対して、療担規則第五条第三項第二号又は療担基準第五条第三項第二号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合

二 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二条第五号の再診にあつては、他の病院（療担規則第五条第三項及び療担基準第五条第三項に規定する保険医療機関を除く。）又は診療所に対して文書による紹介を行う旨の申出を行った患者に対して、療担規則第五条第三項第二号又は療担基準第五条第三項第二号に規定する金額以上の金額の支払を求めないことについて、正当な理由がある場合

第三 療担規則第五条の四第一項、薬担規則第四条の三第一項並びに療担基準第五条の四第一項及び第二十六条の六第一項の選定療養に関して支払を受けようとする場合の厚生労働大臣の定める基準

一〇十三（略）

十四 後発医薬品のある先発医薬品の処方等又は調剤に関する基準

（一）当該処方等又は調剤は、次に掲げる要件を満たす場合に行われるものに限られるものとする。

イ（二）（略）

（新設）

（二）療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の規定により受け取る金額は、第一の一の三に規定する額とする。

（三）（四）（略）

十五（略）

（新設）

ハ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病若しくは児童福祉法（昭和二十二年法律第六十四号）第六条の二第一項に規定する小児慢性特定疾病又は指定難病若しくは小児慢性特定疾病の治療に関連して生じた状態への処方又は調剤 ニ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条第一項に規定する公費負担医療その他の国が行う特定の障害、特定の疾病等に対する医療の給付における処方又は調剤 ホ 入院時の処方 ヘ 処置等に伴う処方又は調剤（当該処置等後十四日以内分の処方又は調剤に限る。） ト 医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤 チ 要指導医薬品又は一般用医薬品の効能及び効果として承認されていない効能及び効果を目的として行う処方又は調剤 リ 要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤 （二）療担規則第五条第二項、薬担規則第四条第二項並びに療担基準第五条第二項及び第二十六条の四第二項の規定により受け取る金額は、第一の一の三第二号に規定する額とする。 第五 療担規則第十八条及び療担基準第十八条の特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第一条各号に掲げる評価療養及び第一条の二に規定する患者申出療養 第七 療担規則第十九条第一項ただし書及び療担基準第十九条第一項ただし書の厚生労働大臣が定める場合 一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第一条第四号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合 二・三 （略） 第九 療担規則第十九条第二項ただし書及び療担基準第十九条第二項ただし書の厚生労働大臣が定める場合 一・二 （略） 三 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第一条第五号に掲げる療養に係る歯科材料を使用する場合 四 （略）	
（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の一部改正） 第四条 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（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）の一部を次の表のように改正する。	
改 正 後	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養
改 正 前	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 （新設）

(保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法の一部改正)
第五条 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法(平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号)の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後			改 正 前		
別表第一			別表第二		
(略)	(略)	(略)	(略)	(略)	(略)
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄においては単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、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控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数		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(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号)第二条第十五号に規定する後発医薬品(下欄において単に「後発医薬品」という。)のある同号に規定する新医薬品等(下欄においては単に「先発医薬品」という。)の処方等又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、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控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数	
厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第三条との代替性が特に高い薬剤の処方又は調剤に係る療養	上欄の療養に係る所定点数から当該療養に係る診療報酬の算定方法別表第一区分番号F200に掲げる薬剤その他の診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、別に厚生労働大臣が定める医薬品の薬価に四分の一を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて当該各区分の例により算定した点数を加えた点数		(新設)	(新設)	

(保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等の一部改正)

第六条 保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等(平成十八年厚生労働省告示第四百九十八号)の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改 正 後			改 正 前		
一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号。以下「告示」という。)第一条第四号に規定する別に厚生労働大臣が定める医薬品 イ・ロ (略)	九の三 告示第二条第十五号に規定する別に厚生労働大臣が定める場合 イハ (略)	二 後発医薬品のある先発医薬品が、厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第三条の処方又は調剤として処方又は調剤される場合に該当しないこと。	一 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(平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号。以下「告示」という。)第一条第四号に規定する別に厚生労働大臣が定める医薬品 イ・ロ (略)	九の三 告示第二条第十五号に規定する別に厚生労働大臣が定める場合 イハ (略)	(新設)

九の四 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）別表第二の同法第二条第十五号に規定する後発医薬品のある同号に規定する新医薬品等の処方等又は調剤に係る療養の項の下欄に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数

イゝへ （略）

九の五 告示第三条に規定する別に厚生労働大臣が定める医薬品

九の七イから二までに規定する医薬品のうち、要指導医薬品（医薬品医療機器等法第四条第五項第三号に規定する要指導医薬品をいう。第九号の六チにおいて同じ。）又は一般用医薬品（同項第四号に規定する一般用医薬品をいう。第九号の六チにおいて同じ。）とその有効成分、各有効成分の一日最大分量及び投与経路が同一性を有するもの

九の六 告示第三条に規定する別に厚生労働大臣が定める場合

イ 十八歳に達する日以後の最初の三月三十一日までの間にある者への処方又は調剤

ロ がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

ハ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項に規定する指定難病若しくは児童福祉法第六条の二第一項に規定する小児慢性特定疾病又は指定難病若しくは小児慢性特定疾病の治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

ニ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和五十一年厚生省令第三十六号）第一条第一項に規定する公費負担医療その他の国が行う特定の障害、特定の疾病等に対する医療の給付における処方又は調剤

ホ 入院時の処方

ヘ 処置等に伴う処方又は調剤（当該処置等後、十四日以内分の処方又は調剤に限る。）

ト 医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤

チ 要指導医薬品又は一般用医薬品の効能及び効果として承認されていない効能及び効果を目的として行う処方又は調剤

リ 要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤

九の七 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法別表第二に規定する要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い薬剤の処方又は調剤の項の下欄に掲げる診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数

イ 別表第一区分番号 F200 に掲げる薬剤

ロ 別表第二区分番号 F200 に掲げる薬剤

ハ 別表第三区分番号 20 に掲げる使用薬剤料

九の八 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法別表第二に規定する別に厚生労働大臣が定める医薬品

九の五に規定する医薬品

九の四 保険外併用療養費に係る療養についての費用の額の算定方法（平成十八年厚生労働省告示第四百九十六号）別表第二に規定する診療報酬の算定方法に掲げる別に厚生労働大臣が定める点数

イゝへ （略）

（新設）

（新設）

（新設）

（新設）

(診療報酬の算定方法の一部改正)

第七条 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改	正	後	改	正	前
一 健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関に係る療養（高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養を含む。以下同じ。）に要する費用の額は、歯科診療以外の診療にあつては別表第一「医科診療報酬点数表」により、歯科診療にあつては別表第二「歯科診療報酬点数表」により算定するものとする。ただし、別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養（健康保険法第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者医療確保法第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一号から第三号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、当該療養を提供する病院の病棟ごとに別に厚生労働大臣が定めるところにより算定するものとする。			一 健康保険法第六十三条第三項第一号に規定する保険医療機関に係る療養（高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養を含む。以下同じ。）に要する費用の額は、歯科診療以外の診療にあつては別表第一「医科診療報酬点数表」により、歯科診療にあつては別表第二「歯科診療報酬点数表」により算定するものとする。ただし、別に厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養（健康保険法第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者医療確保法第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項に規定する食事療養、生活療養、評価療養、患者申出療養及び選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一号から第三号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、当該療養を提供する病院の病棟ごとに別に厚生労働大臣が定めるところにより算定するものとする。		

(厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正)

第八条 厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第九十三号）の一部を次の表のように改正する。

(傍線部分は改正部分)

改	正	後	改	正	前
1 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）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の病棟に入院している患者であつて、別表19の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次の各号のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養、同項第五号に規定する選定療養及び同項第六号に規定する一部保険外療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養、同項第五号に規定する選定療養及び一部保険外療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一号から第三号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、別表により算定するものとする。			1 診療報酬の算定方法（平成二十年厚生労働省告示第五十九号）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の病棟に入院している患者であつて、別表19の診断群分類点数表に掲げる区分（以下「診断群分類区分」という。）に該当するもの（次の各号のいずれかに該当するものを除く。）に係る療養（健康保険法（大正十一年法律第七十号）第六十三条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養及び同項第五号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一項第一号から第三号までに掲げる療養並びに高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）第六十四条第一項第五号に掲げる療養（同条第二項第一号に規定する食事療養、同項第二号に規定する生活療養、同項第三号に規定する評価療養、同項第四号に規定する患者申出療養及び同項第五号に規定する選定療養を除く。）及びその療養に伴う同条第一号から第三号までに掲げる療養に限る。）に要する費用の額は、別表により算定するものとする。		
一 (略)			一 (略)		
二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第一条各号に規定する評価療養又は第一条の二に規定する患者申出療養を受ける患者			二 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（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第一条各号に規定する評価療養又は第一条の二に規定する患者申出療養を受ける患者		
三〃五 (略)			三〃五 (略)		

(厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準の一部改正)
第九條 厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準（平成二十年厚生労働省告示第百二十九号）の一部を次の表のように改正する。
(傍線部分は改正部分)

改 正 後			改 正 前		
第一 総則			第一 総則		
一 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第一条第一号に規定する厚生労働大臣が定める先進医療は、第二各号又は第三各号に掲げる先進医療（第二各号又は第三各号に掲げる先進医療ごとに、それぞれ第二各号イ又は第三各号に規定する負傷、疾病又はそれらの症状の患者に対して行われるものに限る。）とする。			一 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（平成十八年厚生労働省告示第四百九十五号）第一条第一号に規定する厚生労働大臣が定める先進医療は、第二各号又は第三各号に掲げる先進医療（第二各号又は第三各号に掲げる先進医療ごとに、それぞれ第二各号イ又は第三各号に規定する負傷、疾病又はそれらの症状の患者に対して行われるものに限る。）とする。		
二 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第一条第一号に規定する厚生労働大臣が定める施設基準は、次に掲げる基準に加え、第二各号に掲げる先進医療にあつては第二各号ロに規定する施設基準とし、第三各号に掲げる先進医療にあつては当該先進医療を適切に実施できる体制を整えてい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であることとする。			二 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一条第一号に規定する厚生労働大臣が定める施設基準は、次に掲げる基準に加え、第二各号に掲げる先進医療にあつては第二各号ロに規定する施設基準とし、第三各号に掲げる先進医療にあつては当該先進医療を適切に実施できる体制を整えてい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であることとする。		
イ・ロ（略）			イ・ロ（略）		
三 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第一条の二に規定する厚生労働大臣が定める患者申出療養は、第四に掲げる患者申出療養（第四に規定する負傷、疾病又はそれらの症状の患者に対して行われるものに限る。）とする。			三 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一条の二に規定する厚生労働大臣が定める患者申出療養は、第四に掲げる患者申出療養（第四に規定する負傷、疾病又はそれらの症状の患者に対して行われるものに限る。）とする。		
四 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第一条の二に規定する厚生労働大臣が定める施設基準は、前号に規定する患者申出療養を実施するに当たって、次のいずれにも該当していることとする。			四 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一条の二に規定する厚生労働大臣が定める施設基準は、前号に規定する患者申出療養を実施するに当たって、次のいずれにも該当していることとする。		
イ・ロ（略）			イ・ロ（略）		
五（略）			五（略）		

附 則
この告示は、健康保険法等の一部を改正する法律附則第一条第四号に掲げる規定の施行の日（令和九年三月一日）から適用する。

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 日

関 係 団 体 御中

厚生労働省保険局医療課

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の
処方又は調剤に係る一部保険外療養について

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）長あて通知しましたので、別添団体各位におかれましても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

保医発 0930 第 6 号
令和 8 年 9 月 30 日

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 殿
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

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の
処方又は調剤に係る一部保険外療養について

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る保険給付の在り方の見直しについては、今般、社会保障審議会医療保険部会及び中央社会保険医療協議会での議論、答申等を踏まえ、医療保険制度の持続可能性を確保する観点から、健康保険法等の一部を改正する法律（令和 8 年法律第 31 号）において創設された、適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする一部保険外療養に位置付けることとされたところである。

これを踏まえ、健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行期日を定める政令（令和 8 年政令第 320 号）、保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和 8 年厚生労働省令第 143 号）及び健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示（令和 8 年厚生労働省告示第 360 号）が、令和 8 年 9 月 30 日に公布され、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養が令和 9 年 3 月 1 日に施行されることとされたところであるが、本制度の実施に伴う留意事項は次のとおりであるため、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関、保険薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

なお、本制度に係る広報資材等については、厚生労働省において順次作成し、厚生労働省ホームページにおいて公表することとしているため、保険医療機関及び保険薬局、保険者、患者等に向けた本制度の周知に協力いただくよう、よろしくお願いします。

第1 制度の概要

1 本制度の趣旨

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品（以下「対象医薬品」という。）の処方又は調剤については、医療保険制度の持続可能性を確保する観点から、適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑み、その要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする一部保険外療養（以下単に「一部保険外療養」という。）に位置付け、患者が対象医薬品の処方又は調剤を受ける場合は、原則として特別の料金をお支払いいただくこととした。ただし、引き続き必要な医療を確保する観点から、後述する一定の者・療養においては、一部保険外療養の対象とはせず、特別の料金を求めない取扱いとする。

2 対象医薬品

一部保険外療養における対象医薬品は、要指導医薬品又は一般用医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異ならない医療用医薬品とし、一部保険外療養の施行時点の対象医薬品の一覧は、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について」（令和8年9月30日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において示したところである。

なお、一部保険外療養における対象医薬品については、原則として毎年4月1日に対象医薬品の一覧を更新することとしている（毎年3月頃に事前に公表する予定）。

3 特別の料金

一部保険外療養における特別の料金は、対象医薬品の薬価に4分の1を乗じて得た価格に投薬全量乗じて得た額とする。具体的な計算方法については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養における費用の計算方法について」（令和8年9月30日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において示したところである。

4 一部保険外療養の対象

一部保険外療養においては、対象医薬品を使用する場合は、原則として特別の料金をお支払いいただくものであるが、以下の場合に対象医薬品を使用する際は、一部保険外療養の対象とはせず、特別の料金を求めない。なお、以下の者・療養の該当性に係る具体的な考え方は、別紙を参照すること。

一部保険外療養の対象とならない場合

1	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への処方又は調剤
2	がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤
3	指定難病若しくは小児慢性特定疾病（18歳から20歳までの者に限る。）又は指定難病若しくは小児慢性特定疾病に関連して生じた状態への処方又は調剤
4	国の公費負担医療における処方又は調剤

5	入院時の処方（退院時処方を含む。）
6	侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う処方又は調剤（当該検査等後、14 日以内分の処方又は調剤に限る。）
7	医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤
8	類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態への処方又は調剤
9	要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤（妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合の処方又は調剤をいう。）

その他、薬剤料が包括される在宅時医学総合管理料等を算定し、院内処方を行った場合については、対象医薬品に係る薬剤料が生じないことから、一部保険外療養には該当せず、特別の料金の対象外となる。

5 長期収載品の選定療養との関係

一部保険外療養の対象医薬品であって長期収載品でもある医療用医薬品については、一部保険外療養の対象となり特別の料金の対象となる場合は、長期収載品の選定療養（患者の自己の選択に係る長期収載品の使用について、当該長期収載品と後発医薬品の薬価の差額の一定割合について特別の料金として費用徴収を行うもの。「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 13 日保医発第 0313003 号）参照）には該当せず、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象外となる。他方で、上記第 1 の 4 に該当し、一部保険外療養の対象とならず、特別の料金の対象外である場合であっても、患者の自己の選択で長期収載品を使用する場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象となる。

第 2 処方箋様式に関する事項

1 令和 9 年 3 月の改正の趣旨

- (1) 令和 9 年 3 月 1 日より、対象医薬品の処方又は調剤について、一部保険外療養の仕組みを導入することとされた。

これに伴い、対象医薬品について、一部保険外療養の特別の料金の対象であるか、対象外であるかが処方箋において明確になるよう、令和 9 年 3 月 1 日付けで処方箋様式の改正を行う。

- (2) 処方箋様式上、「一部保険外療養」欄を新設し、対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「―」を対象医薬品ごとに記載することとする。処方箋における対象医薬品の記載方法については、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号）別紙 2 の第 5 「処方箋の記載上の注意事項」において

も示しているため、参照すること。

一部保険外療養の対象医薬品（長期収載品非該当）の場合の処方箋記入例

変更不可 (医療上必要)	患者希望	一部保険外 療養	処方欄	処方箋の見方
		○	対象医薬品名 (一般名処方含む)	一部保険外療養の特別の料金の対象
		—	対象医薬品名 (一般名処方含む)	一部保険外療養の特別の料金の対象外

(3) 保険医療機関は、必要に応じ、一部保険外療養の対象医薬品の使用により特別の料金が生じることの情報提供や、患者からの特別の料金の対象か対象外かの質問等に対する説明を、患者に行うことが適当である。なお、本制度は、対象医薬品の処方を控えることを意図するものではなく、処方医においては、本制度の対象医薬品か否かに関わらず、引き続き、個々の患者の症状等に応じて、最適な薬剤を処方すること。

(4) 保険薬局の薬剤師は、対象医薬品の調剤に当たっては、処方箋の「一部保険外療養」欄に「○」の記載があれば一部保険外療養の特別の料金の支払いを受け、「—」の記載の場合は、特別の料金の対象外とすること。処方箋に対象医薬品が記載されている場合において、「一部保険外療養」欄に「○」又は「—」が記載されていない場合は、処方医に疑義照会を行うこと。ただし、当該処方箋を持参した患者が「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への処方又は調剤」又は「妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合の処方又は調剤」に該当する場合は、当該患者の年齢等を確認することにより、一部保険外療養の特別の料金の対象外であることが明らかであることから、疑義照会を行うことなく、一部保険外療養の特別の料金は求めなくてよいこと。この場合においても、事後的に処方医に報告をすること。

2 処方箋に係る長期収載品の選定療養との関係

(1) 第1の5のとおり、一部保険外療養の対象医薬品であって長期収載品でもある医療用医薬品については、

- ・ 一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象外
 - ・ 一部保険外療養の特別の料金の対象外である場合で、患者の自己の選択で長期収載品を使用する場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象
- という関係のため、同一の対象医薬品について、一部保険外療養と長期収載品の選定療養が重複して適用されることはない。

(2) 処方医が一部保険外療養の対象医薬品である長期収載品を銘柄名処方する場合は、処方箋の記載の手順は、「一部保険外療養」欄に、一部保険外療養の特別の料

金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「―」を記載の上、長期収載品の使用について「変更不可（医療上必要）」又は「患者希望」いずれかに該当する場合は、「変更不可（医療上必要）」又は「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載することになる。

- (3) 保険薬局の薬剤師においては、「一部保険外療養」欄に「○」の記載があれば、「変更不可（医療上必要）」又は「患者希望」欄の記載に関わらず一部保険外療養の特別の料金の支払いを受けること。

「一部保険外療養」欄に「―」の記載がある場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外であり、その上で「患者希望」欄に「✓」又は「×」の記載がある又は「変更不可（医療上必要）」及び「患者希望」欄のいずれにも「✓」又は「×」の記載がなく保険薬局における調剤の段階で患者が長期収載品を希望した場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の支払いを受けること。

一部保険外療養の対象医薬品であり長期収載品でもある場合の処方箋記入例

変更不可 (医療上必要)	患者希望	一部保険外 療養	処方欄	処方箋の見方
	×	○	長期収載品名	一部保険外療養の特別の料金の対象 長期収載品の選定療養の特別の料金の対象外
×		○	長期収載品名	
		○	長期収載品名	
	×	―	長期収載品名	一部保険外療養の特別の料金の対象外 長期収載品の選定療養の特別の料金の対象外
×		―	長期収載品名	
		―	長期収載品名	
		―	長期収載品名	一部保険外療養の特別の料金の対象外 長期収載品の選定療養の特別の料金の対象 (患者が後発医薬品に切り替えた場合を除く)

※ 「変更不可（医療上必要）」及び「患者希望」欄のいずれにも「✓」又は「×」の記載がない場合は、後発医薬品へ変更可能。

3 経過措置

保険医療機関及び保険医療養担当規則等の一部を改正する省令（令和 8 年厚生労働省令第 143 号）の施行の際現にある同令第 1 条の規定による改正前の保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 15 号）の様式（以下「改正前処方箋」という。）については、当分の間、これを手書き等で修正することにより、使用することができる。

改正前処方箋を使用し、対象医薬品を処方する場合は、処方する対象医薬品名の近傍に「一部保険外療養」として、一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「―」を記載すること等により、医薬品ごとに、当該判断が保険薬局へ明確に伝わるようにすること。

また、令和 9 年 3 月 1 日より前に対象医薬品が処方され、同日以降に当該処方箋が保険薬局に提出された場合（リフィル処方箋や分割指示のある処方箋の 2 回目以降の調剤を含む。）は、当該処方箋の取扱いは制度施行前の取扱いとし、一部保険外療養の特別の料金の対象とはならないこと。

第3 診療報酬明細書

保険医療機関は、対象医薬品を一部保険外療養の対象とせず処方する場合は、診療報酬明細書にその理由を記載しなければならない。詳細は、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）を参照すること。

第4 特別の料金の支払い

一部保険外療養の対象医薬品の処方又は調剤を行う場合は、院内処方の場合は保険医療機関において、院外処方の場合は保険薬局において、一部保険外療養の特別の料金として、対象医薬品の薬価に4分の1を乗じて得た価格に投薬全量を乗じて得た額の支払いを患者から受けること。

保険医療機関又は保険薬局は、特別の料金の支払いを受けるに当たっては、処方又は調剤する医療用医薬品が要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高いことから、一部保険外療養として薬剤費の4分の1を特別の料金としてお支払いいただくことについて説明を行うことが適当である。なお、第1の4の一部保険外療養の対象とならない場合に該当する場合は、特別の料金の対象外であるため患者への説明等は不要であるが、第2の1の（3）のとおり、処方医においては、診察時に、患者からの特別の料金の対象か対象外かの質問等に対し、患者に説明を行うことが適当である。

その他、特別の料金の支払いに関する事項については、「「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の第3の32を参照すること。

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の
処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象とならない場合の考え方について

1. はじめに

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品（以下「対象医薬品」という。）の処方又は調剤に係る一部保険外療養（以下単に「一部保険外療養」という。）は、医療保険制度の持続可能性を確保する観点から、患者が対象医薬品の処方又は調剤を受ける場合は、原則として特別の料金をお支払いいただくものである。ただし、引き続き必要な医療を確保する観点から、後述する一定の者・療養においては、一部保険外療養の対象とはせず、特別の料金を求めないこととする。

一部保険外療養の特別の料金の対象か、対象外かの判断は、対象医薬品の処方時に保険医療機関・処方医によって行われるものであり、その判断となる基準について、下記のとおり定めることとした。

2. 特別の料金の対象・対象外の考え方

一部保険外療養については、対象医薬品の処方又は調剤を受ける場合は、原則として特別の料金の対象となるが、下記（１）から（９）までのいずれかに該当する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となることから、保険医療機関・処方医は、対象医薬品の処方を行う場合は、これらに該当するかについて確認すること。

（１）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への処方又は調剤

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に対して対象医薬品を使用する場合については、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

なお、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に該当するかは処方時に判断することとし、調剤時に18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間ではなくなった場合（当該3月31日を過ぎて4月1日以降となった場合）においても、引き続き特別の料金の対象外として取り扱う。また、4月1日に18歳となる者の取り扱いについては、民法（明治29年法律第89号）第143条を踏まえ、前日の3月31日に満18歳になったものとして取り扱うこと。

（２）がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤

・基本的な考え方

がんの治療中に、がん又はがん治療に関連して生じた状態に対して対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。なお、がん患者であっても、当該がん又はがん治療に関連して生じた状態以外の症状に対して対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

・ 特別の料金の対象外となる範囲

「がんの治療中」とは、確定診断されたがん（悪性腫瘍を含む。）を有する患者のうち、単に診断歴を有することのみをもって判断するのではなく、当該がん又はその治療に関連して生じた状態に対し、現に治療行為を伴う診療を継続的に受けている場合又は治療開始に向けて具体的な治療計画の下で継続的な診療管理を受けている場合をいう。そのため、例えば、患者が、疼痛を訴えている場合において、がんの可能性が疑われるものの、がんの確定診断に至っていない段階においては、「がんの治療中」には該当せず、当該疼痛に対する対象医薬品の処方、特別の料金の対象となる。

「がんの治療中に、がん又はがん治療に関連して生じた状態」とは、具体的には、がんの治療中に生じたがんによる症状、薬物療法、放射線療法、手術療法等に伴う副作用又は有害事象その他がん治療に関連する状態をいう。当該状態に対して対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

・ 具体的な考え方

1 診断名に「がん」と直接表記されない悪性腫瘍（脳腫瘍、骨肉腫、白血病、悪性リンパ腫など）の取扱い

悪性腫瘍も「がん」に含まれる。

2 「がん治療中」に該当する場合

具体例としては、以下のとおり。

- ・ 外来にて抗がん剤等の薬物療法を継続的に受けている場合
- ・ 病理検査等によりがんと診断され、術前化学療法又は手術に向けた診療計画が既に決定されている場合
- ・ 菌状息肉症などの皮膚悪性リンパ腫に対し、ステロイド外用薬、抗ヒスタミン薬を使用する場合

3 「がん治療中」に該当しない場合

具体例としては、以下のとおり。

- ・ 過去にがんの診断歴はあるが、現在は再発なく、定期受診のみ継続している場合
- ・ がん術後で、定期的な画像検査等による経過観察を受けているものの、がんに対する薬物療法等の治療行為は終了している場合
- ・ がんの疑い、再発疑いで精査中の場合
- ・ 前がん病変の状態でがんの診断ではない場合

4 特別の料金の対象外となる「がん又はがん治療に関連して生じた状態」の具体例

具体例としては、以下のとおり。

- ・ がん治療薬の副作用の支持療法（便秘、口内炎、皮膚障害等）を受けている場合
- ・ がん治療に伴う好中球減少期の発熱、感染疑いの場合に使用するかぜ薬、解熱鎮痛剤を処方する場合
- ・ 緩和ケアを受けている場合

5 特別の料金の対象外となる「がん又はがん治療に関連して生じた状態」には該当しない場合の具体例

具体例としては、以下のとおり。

- ・ がん治療中だが、がん治療との関連が薄い症状（花粉症、水虫、齲蝕等）の場合
- ・ がん治療中だが、がん治療に伴わない一般的な症状（便秘、風邪、腰痛等）の場合
- ・ 過去にがんの診断歴があるものの、当該がんの治療中ではない患者について、対象医薬品を使用する場合。

なお、（７）で後述する「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤」の「特別の料金の対象外となる範囲」など、他の特別の料金の対象外となる場合に該当する場合は、特別の料金の対象外となる。

6 がん治療終了後の取扱い

がん治療終了後に対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

がん治療により生じた後遺症に対する治療を行う場合であっても、原因となったがんそのものの治療が終了している場合は、同様に一部保険外療養の特別の料金の対象となる。

ただし、当該後遺症に対する対象医薬品の使用（手術後の便秘症に酸化マグネシウムを長期使用する場合、慢性移植片対宿主病で免疫抑制剤などの全身療法の治療歴（直近１年間）があり、保湿剤を長期使用する場合等）が、（７）で後述する「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤」の「特別の料金の対象外となる範囲」など、他の特別の料金の対象外となる場合に該当する場合は、特別の料金の対象外となる。

（３）指定難病若しくは小児慢性特定疾病（１８歳から２０歳までの者に限る。）又は指定難病若しくは小児慢性特定疾病に関連して生じた状態への処方又は調剤

・ 基本的な考え方

指定難病若しくは１８歳から２０歳までの小児慢性特定疾病（以下「指定難病等」という。）又は指定難病等に関連して生じた状態に対して対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。なお、指定難病等患者であっても、

当該指定難病等又は当該指定難病等に関連して生じた状態以外の症状に対して対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

- ・ 特別の料金の対象外となる範囲

指定難病等の患者であって、難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号）に基づく医療受給者証又は指定難病登録者証若しくは児童福祉法（昭和 22 年法律第 164 号）に基づく医療受給者証又は小児慢性特定疾病登録者証を有する者に係る指定難病等又は指定難病等に関連して生じた状態に対する対象医薬品の処方、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

指定難病等であることの確認は、医療受給者証又は指定難病登録者証又は小児慢性特定疾病登録者証を用いて行う。

ただし、当面の間（令和 9 年度末まで）は、医療受給者証又は指定難病登録者証を有していなくても、後述する患者が指定難病であることを客観的に確認できる一定の書類を示した場合は、指定難病又は指定難病に関連して生じた状態に対する対象医薬品の処方について、一部保険外療養の特別の料金の対象外とする。

- ・ 具体的な考え方

1 医療受給者証又は指定難病登録者証を有していなくても、患者が指定難病であることを客観的に確認できる一定の書類の具体例

当面の間、医療受給者証又は指定難病登録者証に加え、指定難病であることの確認に用いることのできる「患者が指定難病であることを客観的に確認できる一定の書類」とは、具体的には以下のとおり。いずれも写しを含む。

- ・ 特定医療費（指定難病）の支給認定を行わない旨の通知書（指定難病の診断基準は満たしているものの、重症度基準を満たさないこと等を理由として支給認定を行わない旨が記載された通知書をいう。）

※ 指定難病の診断基準を満たさないこと（指定難病には該当しないこと）を理由として支給認定を行わない旨が記載された通知書など、当該通知書から指定難病であることを確認できないものは含まれない。

- ・ 臨床調査個人票
- ・ 臨床調査個人票を作成中である旨を記載した書類

臨床調査個人票を作成中である旨を記載した書類とは、患者本人の臨床調査個人票を作成する難病指定医と同一の医師が作成し、臨床調査個人票が交付されるまでの間の確認書類として用いるものである。なお、当該書類については、別添様式を用いることとする。

なお、上記書類以外の、例えば、医師による紹介状や診療録への記載等については、指定難病であることの確認の正確性や本制度の運用の統一性の担保の観点から、特別の料金の対象外とする確認書類としては用いない。

2 難病指定されていない慢性疾患への処方に対する取扱い

(7) で後述する「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤」の「特別の料金の対象外となる範囲」に該当する場合など、他の特別の料金の対象外となる場合に該当する場合は、特別の料金の対象外となるが、これらの疾患は指定難病等には該当しないため、指定難病等として特別の料金の対象外となる場合には該当しない。

(4) 国の公費負担医療における処方又は調剤

国の公費負担医療において対象医薬品を処方又は調剤する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

国の公費負担医療については、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令（昭和 51 年厚生省令第 36 号）第 1 条第 1 項に規定する公費負担医療のみならず、国が法律等（法律に限られない。）によりその要綱等を定め実施しているものをいい、国以外の地方自治体等が地方単独事業として行っているものは含まれない。

保険医療機関は、各国の公費負担医療の受給者証や患者による国の公費負担医療の対象者である旨の客観的資料の提示により確認することとする。

なお、特別の料金の対象外となるのは、国の公費負担医療において対象医薬品を処方又は調剤する場合であり、国の公費負担医療の対象者であっても当該国の公費負担医療が助成等の対象としていない他の症状等に対して対象医薬品を使用する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とはならず、特別の料金の対象となる。

※ 療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令に規定されている主な国の公費負担医療の例

障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、生活保護法、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律、戦傷病者特別援護法、母子保健法、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、石綿による健康被害の救済に関する法律又は特定 B 型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法等による公費負担医療

(5) 入院時の処方（退院時処方を含む。）

入院時に対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。なお、この場合の「入院時」には退院時の処方も含まれる。

入院中の患者が、他の保険医療機関を受診した場合の取扱いについては、当該他の医療機関において処方又は処方箋を交付した場合は、「入院時」には該当せず、当該処方又は処方箋の交付は、一部保険外療養の特別の料金の対象となる。

(6) 侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う処方又は調剤（当該検査等後、14 日以内分の処方又は調剤に限る。）

・基本的な考え方

侵襲を伴う検査、処置又は手術（以下「検査等」という。）後、同日に対象医薬品を処方した場合は、14 日以内分の処方に限り、一部保険外療養の特別の料金の対象

外とする。15 日以上の方を行う場合又は 14 日以内の方の方又は調剤を行った後に追加で処方又は調剤を行った場合は、特別の料金の対象となる。

なお、侵襲性の有無に関わらず、検査、処置又は手術中に対象医薬品を使用する場合は、対象医薬品の処方又は調剤に該当しないことから、一部保険外療養の特別の料金の対象外である。

・特別の料金の対象外となる範囲

一部保険外療養の特別の料金の対象外となるのは、外来で実施される以下の検査等が主要因となって生じた症状に対し、対象医薬品を使用する場合とする。

医科診療報酬点数表においては、第 3 部「検査」のうち、生検、穿刺その他の侵襲を伴う検査、第 9 部「処置」及び第 10 部「手術」とし、歯科診療報酬点数表においては、第 3 部「検査」のうち侵襲を伴う検査、第 8 部「処置」、第 9 部「手術」、第 12 部「歯冠修復及び欠損補綴」及び第 13 部「歯科矯正」とする。

上記検査等が主要因ではなく、対象医薬品を使用する目的となる症状が当該検査等以前から生じていた場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象となる。また、検査等の実施中に使用された対象医薬品については特別の料金の対象外となる。

・具体的な考え方

1 特別の料金の対象外となる侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う対象医薬品の使用の具体例

具体例としては、以下のとおり。

- ・ 抜歯手術に伴って生じた抜歯創の疼痛に対し、疼痛管理を目的として新たに鎮痛薬を使用する場合
- ・ 皮膚生検後に生検部位に生じた急性疼痛に対し、疼痛管理を目的として新たに鎮痛薬を使用する場合
- ・ 褥瘡に対する外科的デブリードマン、切開又は排膿の実施後に、当該処置に伴う創傷管理を目的として新たに外用薬を使用する場合
- ・ 骨折に対する非観血的整復術の実施後に、当該整復処置に伴う急性疼痛に対し疼痛管理を目的として新たに鎮痛薬を使用する場合

2 特別の料金の対象外となる侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う対象医薬品の使用に該当せず、特別の料金の対象となる具体例

具体例としては、以下のとおり。

- ・ 鼻処置を実施したアレルギー性鼻炎の患者に対して、抗アレルギー薬が処方される場合
- ・ 小外科処置後の再診時に、創部とは異なる部位の慢性的な疼痛に対して湿布薬が使用される場合
- ・ 手の創傷に対する縫合等を実施した患者に対して、当該処置に伴う創傷管理への対応ではなく便秘改善を目的として下剤が使用される場合
- ・ 大腸内視鏡検査前に検査の実施を目的として下剤が使用される場合

- ・ ギプスシーネ固定等の捻挫処置を実施した患者に対して、当該捻挫による疼痛に対し鎮痛薬が使用される場合
- ・ 造影検査（硫酸バリウム）後に便秘の予防を目的として下剤が使用される場合

3 上部消化管内視鏡検査実施中に炭酸水素ナトリウムが使用される場合や日帰りの短期手術中に消毒用エタノールが使用される場合など、侵襲を伴う検査、処置又は手術の実施中に対象医薬品を使用する場合の取扱い

検査等の実施中に対象医薬品を使用する場合は、「対象医薬品の処方又は調剤」には該当しないことから、特別の料金の対象外となる。

4 大腸内視鏡検査前に検査目的として下剤が処方される場合など、検査等の実施に必要な対象医薬品を事前に処方する場合の取扱い

特別の料金の対象となる。検査等の実施に必要な対象医薬品の使用は、検査等を主要因として生じた症状に対する使用には該当しない。また、検査等の実施前に処方されることから、処方時点では実際に検査等が実施されるか否かを確認することが困難である。このため、特別の料金の対象となる。

5 検査等を行う前から症状が存在し、当該症状に対して対象医薬品の処方を受けていた患者について、検査等後同日に同一成分の対象医薬品を処方する場合の取扱い

特別の料金の対象となる。検査等を行う前から同一症状に対して対象医薬品が処方されている場合には、当該処方が検査等に伴って生じた症状への対応によるものか判別することが困難であることから、特別の料金の対象となる。

6 検査等前から症状が存在し、医療用医薬品の処方を受けていた患者について、検査等後に当該医薬品と同一の薬効を有する別成分の対象医薬品を新たに処方する場合の取扱い

特別の料金の対象となる。処置前から当該症状が存在する場合には、処方する医療用医薬品の有効成分が異なる場合であっても、当該処方が検査等に伴って生じた症状への対応によるものか判別することが困難であることから、特別の料金の対象となる。

7 検査等を実施した日には処方せず、翌日以降に対象医薬品を処方した場合の取扱い

特別の料金の対象となる。侵襲を伴う検査、処置又は手術と同日に、当該医療行為に伴って生じた症状への対応として対象医薬品を新たに処方する場合は、特別の料金の対象外となるが、翌日以降の対象医薬品の処方は、特別の料金の対象となる。

8 リハビリテーションの実施に伴う処方をする場合の取扱い

特別の料金の対象となる。侵襲を伴う検査、処置又は手術と同日に、当該医療行為に伴って生じた症状への対応として対象医薬品を新たに処方する場合は、特別の料金の対象外となるが、リハビリテーションの実施に伴う処方は、特別の料金の対象となる。

(7) 医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤

・ 基本的な考え方

医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外となる。

・ 特別の料金の対象外となる範囲

一部保険外療養の特別の料金の対象外となる場合は、医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合であって、以下のいずれかに該当する場合であること。

① 内服薬

年間を通じた継続使用がなされ、年間処方日数がおおむね 50 週（1 年）であること。

② 外用薬

以下のいずれかに該当すること。

- ・ 点眼薬について、通年性のアレルギー性結膜炎等の治療のため、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合
- ・ ヘパリン類似物質及び尿素について、アトピー性皮膚炎の治療のため、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合
- ・ ステロイド外用薬について、再燃を繰り返すアトピー性皮膚炎に対し、プロアクティブ療法として、医師の指示の下で年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

また、当面の間（令和 10 年度末まで）は、上記に加え、以下についても特別の料金の対象外とする。

- ・ 鎮痛消炎外用薬について、慢性かつ重度の疾患（例：変形性膝関節症における Kellgren-Lawrence (KL) 分類の Grade 4）に対して、医師が年間を通じた疼痛管理として、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合
- ・ 皮膚保湿剤、皮膚保護剤及び角化症治療剤について、症状等が十分に改善せず、免疫抑制剤等による全身療法を直近 1 年以内に併用した治療歴がある場合であって、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合

外用薬については、上記のいずれかに該当しない場合は、仮に年間を通じた処方が行われていた場合であっても、一部保険外療養の特別の料金の対象となることに留

意すること。

なお、上記に該当するかを判断するに当たっては、一部保険外療養の施行前の服薬歴を考慮することが可能である。

・ 具体的な考え方

1 内服薬の年間処方日数がおおむね 50 週であるかどうかの基準

「年間処方日数がおおむね 50 週（1 年）」に該当するかは、一律に 50 週の処方実績を求めるのではなく、半年間の対象医薬品の使用の継続が確認され、対象医薬品の年間を通じた長期使用（直近の実績を含めおおむね 50 週の継続）が医療上必要であると医師が認めている状態であれば、一部保険外療養の特別の料金の対象外と判断して構わない。

他方で、医師が対象医薬品の年間を通じた長期使用が必要であると判断しても

- ・ 初診時を含め、過去半年間の使用の継続が、診療情報提供書、お薬手帳、オンライン資格確認による薬剤情報等、診療時に患者が示す情報において確認できない場合は、少なくとも半年間の対象医薬品の使用実績が生じるまでの間は、当該対象医薬品の処方については、一部保険外療養の特別の料金の対象となること。
- ・ 半年間の使用継続がなされた時点で以降の対象医薬品の処方が自動的に一部保険外療養の特別の料金の対象外とされるのではなく、半年経過時点において、今後も対象医薬品の年間を通じた長期使用の医療上の必要性が存在することが必要であること（例えば、半年経過時点で、残り半年以内に対象医薬品の処方が不要になると見込まれる場合は、引き続き特別の料金の対象とすること。）。

に留意すること。

2 外用薬における年間を通じた継続使用の実績が認められる場合の基準

「年間を通じた継続使用の実績が認められる場合」に該当するかは、内服薬と同様に一律に年間の処方実績を求めるのではなく、半年間の対象医薬品の使用の継続が確認され、対象医薬品の年間を通じた長期使用（直近の実績を含めおおむね 50 週（1 年）の継続）が医療上必要であると医師が認めている状態と判断して構わない。

3 長期使用の服薬期間の確認の取扱い

「半年間」の服薬歴については、自保険医療機関での服薬歴に限られるものではなく、診療情報提供書、お薬手帳、オンライン資格確認による薬剤情報等、診療時に患者が示す情報を踏まえ、過去の診療経過又は服薬歴を加味することが可能である。例えば、他保険医療機関で 4 か月間継続して治療・処方を受けた後、自保険医療機関で 2 か月間治療・処方を継続している場合には、他保険医療機関での治療歴を合わせて 6 か月程度の使用実績と判断して構わない。

なお、過去の服薬歴の確認に当たっては、医師に対して過去の服薬歴を網羅的に確認することを求めるものではなく、患者が示す情報を踏まえ、判断することで足りること。

また、オンライン資格確認による薬剤情報については、レセプト情報の反映に一定の期間を要することにより半年間の直近の使用実績を確認できない場合であっても、当該確認できない期間を除く半年間の服薬歴から継続的な使用実績が確認できる場合には、半年間の使用の実績があるものとして取り扱って構わない。

4 屯服薬の取扱い

特別の料金の対象となる。

特別の料金の対象外とする「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合」については、対象医薬品について計画的に毎日服用する場合をその対象としている。

そのため、急性の症状に対して対症療法的に使用される屯服薬については、定期的に処方をしている場合であっても、特別の料金の対象となる。

5 対象医薬品を一定の期間に反復して使用しているが、年間を通じた継続使用ではない場合の取扱い

特別の料金の対象となる。

特別の料金の対象外とする長期使用とは、年間を通じて症状が持続し、計画的に毎日服用する場合をいう。季節性アレルギー性鼻炎その他特定の期間に限って反復的に症状が出現する場合や、慢性疾患であっても症状に応じて月に数日など一定の期間に限って対象医薬品を反復的に使用する場合については、複数年にわたり繰り返し使用している場合であっても特別の料金の対象となる。

少なくとも服用開始から半年間にわたり、症状の持続又は反復と対象医薬品の継続的又は反復的な使用が確認された場合は、当該医薬品を通年で使用すること（直近の実績を含め少なくとも50週（1年）の継続）が医療上必要であると医師が認めている場合に該当すれば、特別の料金の対象外となる。

6 患者の入院や仕事等の事情により、通院や服用に中断が生じた場合の取扱い

一時的に対象医薬品が使用されていない期間が生じた場合であっても、中断前の処方終了日から1ヶ月以内に、同一病名又は同一症状に対して対象医薬品の処方が再開された場合には、長期使用の継続性を損なわないものとして取り扱う。

中断期間が1ヶ月を超える場合であっても、慢性疾患等明らかに同一の疾病又は負傷であると推定される場合は継続性を損なわないものとして引き続き特別の料金の対象外として取り扱う。

7 対象医薬品と同じ成分の要指導医薬品又は一般用医薬品を一時的に服用している場合の取扱い

要指導医薬品又は一般用医薬品の使用状況については医師において把握することが困難であることから、年間を通じた継続使用の実績は、医療用医薬品の使用歴のみで判断する取扱いとする。

8 長期に使用している対象医薬品について、剤形（錠剤、OD 錠、ドライシロップ等）が変更されたが、同一成分の使用を継続している場合の取扱い

剤形が変更されても、同一成分の使用であれば、引き続き、特別の料金の対象外とする。

9 アトピー性皮膚炎へのステロイド外用薬の使用について、普段はプロアクティブ療法を行っているが、一部の部位で急性増悪を認める場合の取扱い

全体としてプロアクティブ療法による長期管理の一環としてステロイド外用薬を使用している場合は、急性増悪部位への追加使用についても、特別の料金の対象外となる。また、ステロイド外用薬の強さを変更することが診療ガイドラインに位置づけられている治療法であることから別のステロイド外用薬の対象医薬品に変更した場合であっても、特別の料金の対象外となる。

10 皮膚保湿剤・皮膚保護剤・角化症治療剤について、症状等が十分に改善せず、免疫抑制剤等による全身療法を併用した治療歴がある場合であって、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合にある「免疫抑制剤等」の取扱い

特別の料金の対象外となる。この場合の全身療法とは、免疫抑制剤、経口 JAK 阻害薬又は生物学的製剤の投与による治療をいう。

(8) 類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態への処方又は調剤

・基本的な考え方

要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態に対して、当該要指導医薬品又は一般用医薬品と代替性が特に高い対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養の特別の料金の対象外とする。

※ 必要な受診を行った上で、結果的に対象医薬品を使用する場合に特別の料金をご負担いただく本制度においては、その対象医薬品は、要指導医薬品又は一般用医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異ならない、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品としており、対象医薬品と要指導医薬品又は一般用医薬品とで治療目的が明らかに異なる場合等を除き、原則として効能・効果は対応するものとして整理した。

・特別の料金の対象外となる範囲

一部保険外療養の特別の料金の対象外となる場合の、対象医薬品と効能・効果の一覧については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について」（令和 8 年 9 月 30 日付け厚生労働省保険局医療課事務連絡）において示しているため、当該一覧に記載の対象医薬品について、当該一覧に記載の効能・効果を目的に処方する場合は、特別の料金の対象外とし、当該一覧に該当しない場合は、特別の料金の対象とすること。

具体例

フェキソフェナジン塩酸塩	
医療用医薬品の効能・効果	一般用医薬品の効能・効果
アレルギー性鼻炎、 <u>蕁麻疹、皮膚疾患（湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症、アトピー性皮膚炎）に伴うそう痒</u>	花粉、ハウスダスト（室内塵）などによる次のような鼻のアレルギー症状の緩和：くしゃみ、鼻水、鼻づまり

この場合、一般用医薬品において、「蕁麻疹、皮膚疾患（湿疹・皮膚炎、皮膚そう痒症、アトピー性皮膚炎）に伴うそう痒」は効能・効果として認められていないことから、医療用医薬品のフェキソフェナジン塩酸塩を、これらの効能・効果を目的に処方する場合は、特別の料金の対象外となる。

・具体的な考え方

- | |
|--|
| 1 対象医薬品について、一部保険外療養の対象となる効能・効果と対象外となる効能・効果の双方を有する患者に処方する場合の取扱い |
|--|

医師が対象外となる効能・効果に対する治療目的として処方する場合は、当該対象医薬品の使用は特別の料金の対象外となる。

- | |
|----------------------------|
| 2 アトピー性皮膚炎に対するヘパリン類似物質の取扱い |
|----------------------------|

実臨床においてアトピー性皮膚炎に伴う皮脂欠乏症、進行性指掌角皮症として広く使用されている場合については、一般用医薬品の効能・効果に含まれる手指のあれ、ひび、乾皮症と実質的に対応するものと整理しており、特別の料金の対象となる。

ただし、アトピー性皮膚炎への保湿剤の使用については、（７）「医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤」に記載のとおり、医師の指示の下で毎日使用し、年間を通じた継続使用の実績が認められる場合は、特別の料金の対象外となることに留意すること。

- （９）要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤（妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合の処方又は調剤をいう。）

要指導医薬品又は一般用医薬品の添付文書において、妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦について「服用しないこと」等と記載されているものと同じ成分の医療用医薬品を処方する場合は、特別の料金の対象外とする。

該当する対象医薬品の一覧については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について」を参照すること。

また、妊婦、妊娠している可能性がある者、授乳婦であることを確認する方法としては、本人申告（問診票）を基本とするが、必要に応じて、患者が示す母子健康手帳、診療録等の情報に基づき、医師が判断する。

別添

臨床調査個人票を作成中であることを示す書類

年 月 日

患者氏名	(ふりがな)	男・女
生年月日	年 月 日	

本患者においては、医療受給者証又は指定難病登録者証の申請のため、指定難病に係る臨床調査個人票を作成中であり、作成後、患者へ交付する予定であることを証明する。なお、厚生労働省の通知に基づき、本患者について、当該指定難病又は当該指定難病に関連して生じた状態に対して一部保険外療養の対象医薬品を処方する場合は、一部保険外療養に係る特別の料金の対象外として差し支えない。

医療機関名

所在地

電話番号

医師氏名

※注意事項

本書類の有効期間は、令和 10 年 3 月 31 日までとする。

なお、医療受給者証又は指定難病登録者証を取得した場合は、本書類は破棄し、受給者証又は指定難病登録者証を医療機関に提示すること。

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 日

関 係 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について

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)長あて通知しましたので、別添団体各位におかれましても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

保 医 発 0930 第 7 号
令 和 8 年 9 月 30 日

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 殿
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

厚 生 労 働 省 保 険 局 医 療 課 長
(公 印 省 略)

厚 生 労 働 省 保 険 局 歯 科 医 療 管 理 官
(公 印 省 略)

「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める
掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医
薬品等」の実施上の留意事項について」の一部改正について

標記については、令和8年9月30日に、「健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う
厚生労働省関係告示の整備に関する告示」（令和8年厚生労働省告示第360号）が告示され、要指導
医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養が
令和9年3月1日から施行されることに伴い、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚
生労働大臣が定める掲示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の
実施上の留意事項について」（平成18年3月13日保医発第0313003号）を下記のように改正し、令
和9年3月1日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に対し周知徹底
を図られたい。

記

記以下を別添のとおり改める。

第1 厚生労働大臣が定める掲示事項（掲示事項等告示第1関係）

- 1 保険医療機関が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号。以下「療担規則」という。）上院内掲示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内掲示の対象としたこと。

また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとする。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

- 2 具体的には、従来から院内掲示とされていたものを含め、以下の5つの事項を院内掲示事項及びウェブサイト掲載事項として定めたこと。

（1）入院基本料に関する事項

保険医療機関は、入院基本料に係る届出内容の概要（看護要員の対患者割合、看護要員の構成）を掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載するものとする。

（掲示例）

- ① 入院患者数42人の一般病棟で、一般病棟入院基本料の急性期一般入院料6を算定している病院の例

「当病棟では、1日に13人以上の看護職員（看護師及び准看護師）が勤務しています。なお、時間帯毎の配置は次のとおりです。」

- ・ 朝9時～夕方17時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は6人以内です。
- ・ 夕方17時～深夜1時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。
- ・ 深夜1時～朝9時まで、看護職員1人当たりの受け持ち数は14人以内です。

- ② 有床診療所入院基本料1を算定している診療所の例

「当診療所には、看護職員が7名以上勤務しています。」

- （2）厚生労働大臣が指定する病院の病棟並びに厚生労働大臣が定める病院、基礎係数、機能評価係数Ⅰ、機能評価係数Ⅱ、救急補正係数及び激変緩和係数（平成24年厚生労働省告示第165号）別表第一から第三までの病院の欄に掲げる病院であること。

（3）地方厚生（支）局長への届出事項に関する事項

- ① 診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定告示」という。）又は入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第99号）に基づき、保険医療機関が地方厚生（支）局長へ届け出ることとされている事項を届け出た場合は、当該届け出た事項を掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載するものとする。

- ② 具体的には、各種施設基準及び入院時食事療養（Ⅰ）又は入院時生活療養（Ⅰ）の基準に適合するものとして届け出た内容のうち、当該届出を行ったことにより患者が受けられるサービス等を分かりやすく掲示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載するものであること。

（掲示例）

入院時食事療養（Ⅰ）に係る食事療養を実施している病院の例

「入院時食事療養（Ⅰ）の届出を行っており、管理栄養士又は栄養士によって管理された

ること。

- (7) 患者から間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (8) 本制度に基づき、間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の提供を行った保険医療機関は、毎年定期的に間歇スキャン式持続血糖測定器の使用に係る費用を含めた間歇スキャン式持続血糖測定器の使用の実施状況について地方厚生（支）局長に報告するものとする。

29 医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に関する事項

- (1) 本制度は、医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解に対するニーズの動向等を踏まえて創設されたものであること。
- (2) 本制度による精子の凍結又は融解は、医科点数表区分番号K917-5に掲げる精子凍結保存管理料の算定対象とならない患者であって、当該患者の都合により、採卵時に射出精子を持参することが困難であるものについて、K917-5に掲げる精子凍結保存管理料の施設基準を満たす保険医療機関において行われるものに限られるものであること。
- (3) 精子の凍結又は融解に係る特別の料金については、K917-5に掲げる精子凍結保存管理料の1の所定点数相当額を標準とすること。
- (4) 本制度に基づき、精子の凍結又は融解に係る費用を徴収する保険医療機関は、精子の凍結又は融解に係る費用について、あらかじめ院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとする。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。
- (5) 本制度が適用されるのは、患者に対して精子の凍結又は融解に関する十分な情報提供がなされ、医療機関との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。
- (6) 患者から精子の凍結又は融解に係る費用徴収を行った保険医療機関は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

30 長期収載品の処方等又は調剤に関する事項

- (1) 創薬力強化に向けて、革新的な医薬品等の開発強化、研究開発型のビジネスモデルへの転換促進等を行うため、イノベーションの適切な評価などの更なる薬価上の措置等を推進することとしているところ、医療保険財政の中で、こうしたイノベーションを推進するため、後発医薬品の安定供給を図りつつ、長期収載品の保険給付の在り方の見直しを行うこととしている。本制度は、こうした政策的な要素を考慮した上で、具体的には、医療上の必要性があると認められる場合等は、保険給付するという前提に立ちつつ、後発医薬品が存在する中においても、薬剤工夫による付加価値等への患者の選好により使用されることがある等の長期収載品の使用実態も踏まえ、長期収載品の処方等又は調剤について、患者の自己の選択に係るものとして、その費用を患者から徴収することとしたものである。
- (2) 長期収載品とは、後発医薬品のある先発医薬品（昭和42年9月30日以前の薬事法（現行の医薬品医療機器等法）の規定による製造の承認がされた医薬品であって、価格差のある後発医薬品があるもの（いわゆる「準先発品」）を含む。）をいうものであること。

(3) 本制度の対象となる長期収載品は、次の①又は②の要件を満たす医薬品あって、当該長期収載品の薬価が、当該長期収載品の後発医薬品（組成、剤形及び規格が同一であるものに限り。以下同じ。）のうち最も薬価が高いものの薬価を超えているものであること。

① 当該長期収載品に係る後発医薬品が初めて薬価基準に収載された日の属する月の翌月の初日から起算して5年を経過した長期収載品（バイオ医薬品を除く。）

② 当該長期収載品に係る後発医薬品が初めて薬価基準に収載された日の属する月の翌月の初日から起算して5年を経過しない長期収載品であって、当該長期収載品に係る後発医薬品の数量を、当該長期収載品に係る後発医薬品の数量に当該長期収載品の数量を加えて得た数で除して得た数（以下「後発品置換え率」という。）が50%以上であるもの（バイオ医薬品を除く。）

ただし、①の要件を満たす医薬品であっても、(6)③に記載のとおり、保険医療機関又は保険薬局において後発医薬品を提供することが困難な場合には選定療養の対象外とすることを踏まえ、後発品置換え率が極めて低い長期収載品（後発品置換え率が1%未満の長期収載品）は、対象外とする。

なお、対象となる長期収載品の具体的な品目の一覧（長期収載品の薬価、当該長期収載品の後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価等を含む。）は厚生労働省のウェブサイトに掲載している。

(4) 保険外併用療養費の支給額は、所定点数から次に掲げる点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、先発医薬品の薬価から当該先発医薬品の後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価を控除して得た価格に2分の1を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて次の各区分の例により算定した点数を加えた点数をもとに計算されるものである。

① 別表第一区分番号C200に掲げる薬剤

② 別表第一区分番号F200に掲げる薬剤

③ 別表第一区分番号G100に掲げる薬剤

④ 別表第二区分番号F200に掲げる薬剤

⑤ 別表第二区分番号G100に掲げる薬剤

⑥ 別表第三区分番号20に掲げる使用薬剤料

(5) 長期収載品の処方等又は調剤を行おうとする保険医療機関又は保険薬局は、本制度の趣旨を患者に適切に情報提供する観点から、(1)に示す本制度の趣旨及び特別の料金について院内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。

また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとする。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関又は保険薬局については、この限りではない。

(6) 本制度が適用されるのは、次の①から④までのすべてを満たす場合に限られるものであること。

① 患者に対して長期収載品の処方等又は調剤に関する十分な情報提供がなされ、医療機関又は薬局との関係において患者の自由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

なお、今般、本制度の導入にあたっては、院外処方や院内処方等及びそれを踏まえた調剤時における患者の希望による長期収載品の選択を対象とし、入院中の患者については対象外とする。

② 長期収載品を処方等又は調剤することに医療上必要があると認められる場合に該当しないこと。具体的には、処方箋の「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載された長期収載品は、医療上必要があると認められるため保険給付の対象となり、選定療養の対象にはならないこと。他方、患者の希望を踏まえ銘柄名処方され、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載された長期収載品や、一般名処方され、患者が調剤を希望した長期収載品は、選定療養の対象となること。

③ 当該保険医療機関又は保険薬局において、後発医薬品の在庫状況等を踏まえ、後発医薬品を提供することが困難な場合に該当しないこと。

④ 長期収載品が、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養として処方又は調剤される場合に該当しないこと。

(7) 患者から長期収載品の処方等又は調剤に係る特別の料金の費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。

(8) 特別の料金については、医療上の必要性等の場合は長期収載品の薬価で保険給付されることや、市場実勢価格等を踏まえて長期収載品の薬価が定められていることを踏まえ、長期収載品と後発医薬品の価格差の一定割合とすること。また、後発医薬品の使用促進を進めていく観点からも、当該一定割合分を徴収しなければならないとすること。

具体的には、当該長期収載品の薬価から、当該長期収載品の後発医薬品の薬価を控除して得た価格に2分の1を乗じて得た価格に投薬全量を乗じて得た額とすること。ここでいう当該長期収載品の後発医薬品の薬価とは、該当する後発医薬品のうち最も薬価が高いものの薬価をいうこと。

なお、「選定療養」に係る費用として徴収する特別の料金は消費税の課税対象であるところ、前述で算定方法を示している長期収載品の特別の料金の額に消費税分は含まれておらず、前述の額に消費税分を加えて徴収する必要があること。

31 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に関する事項

(1) 本制度は、裸眼視力 1.0 未満の小中学生の割合が年々増加しており、近視の進行抑制については一定のニーズが存在すること等を踏まえて創設されたものであること。

(2) 本制度による近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に当たって行う検査については、医科点数表「眼科学的検査」の通則2に基づき算定すること。

(3) 近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品に係る特別の料金については、社会的にみて妥当適切な範囲の額とすること。

(4) 本制度に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る費用を徴収する保険医療機関及び保険薬局は、近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品に係る費用について、あらかじめ院内及び薬局内の見やすい場所に患者にとって分かりやすく掲示しておかなければならないこと。また、当該掲示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとする。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関及び保険薬局については、この限りではない。

(5) 本制度が適用されるのは、患者に対して近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に関する十分な情報提供がなされ、保険医療機関及び保険薬局との関係において患者の自

由な選択と同意があった場合に限られるものであること。

- (6) 患者から近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品の支給に係る費用徴収を行った保険医療機関及び保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (7) 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式23により地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関及び保険薬局については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について地方厚生（支）局長に報告すること。

32 要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養に関する事項

- (1) 医療保険制度の持続可能性の確保の観点から、適正な医療の提供を確保しつつ、公平かつ効率的な保険給付を行う必要性に鑑みその要する費用のうち一部を保険給付の対象としないものとする一部保険外療養として、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品（以下「対象医薬品」という。）の処方又は調剤を行った場合に、その費用の一部を患者から徴収することとしたものである。本制度に基づき特別の料金を徴収する際は、懇切丁寧を旨とし、一部保険外療養の対象医薬品であることから特別の料金を徴収する旨を説明することが適当である。
- (2) 対象医薬品とは、医薬品医療機器等法に規定する要指導医薬品又は一般用医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異ならない医療用医薬品をいうものであること。なお、対象医薬品の具体的な品目の一覧は厚生労働省のホームページに掲載している。
- (3) 保険外併用療養費の支給額は、所定点数から次に掲げる点数を控除した点数に、当該療養に係る医薬品の薬価から、対象医薬品の薬価に4分の1を乗じて得た価格を控除して得た価格を用いて、次の各区分の例により算定した点数を加えた点数をもとに計算されるものである。
 - ① 別表第一区分番号F200に掲げる薬剤
 - ② 別表第二区分番号F200に掲げる薬剤
 - ③ 別表第三区分番号20に掲げる使用薬剤料
- (4) 以下に該当する場合は、一部保険外療養の対象にはならず、保険給付の対象となる。保険医療機関が対象医薬品を処方する場合は、患者が以下に該当するかを確認し、必要に応じて患者に説明を行うとともに、処方箋を交付する場合は、「一部保険外療養」欄に特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「一」を記入すること。

なお、以下の一部保険外療養の対象にならない場合の具体的な考え方は「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養について」（令和8年9月30日付け保医発0930第6号）を参照すること。

 - ① 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への処方又は調剤
 - ② がん又はがん治療に関連して生じた状態への処方又は調剤
 - ③ 指定難病若しくは小児慢性特定疾病（18歳から20歳までの者に限る。）又は指定難病治療若しくは小児慢性特定疾病に関連して生じた状態への処方又は調剤
 - ④ 国の公費負担医療における処方又は調剤

- ⑤ 入院時の処方（退院時処方を含む。）
 - ⑥ 侵襲を伴う検査、処置又は手術に伴う処方又は調剤（当該検査等後、14 日以内分の処方又は調剤に限る。）
 - ⑦ 医師が年間を通じた症状の持続と治療の継続性を確認し、対象医薬品の長期の使用が医療上必要であると認められる場合における処方又は調剤
 - ⑧ 類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態への処方又は調剤
 - ⑨ 要指導医薬品又は一般用医薬品の使用が特に困難である場合における処方又は調剤（妊婦、妊娠している可能性がある者又は授乳婦が、代替性が特に高い要指導医薬品又は一般用医薬品を服用できない場合の処方又は調剤をいう。）
- (5) 30 の（6）の④のとおり、一部保険外療養の対象医薬品が長期収載品にも該当する場合について、当該対象医薬品の処方又は調剤が一部保険外療養に該当する場合は、当該対象医薬品の処方又は調剤は、長期収載品の選定療養の対象とはならないこと。
- (6) 患者から要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の特別の料金の費用徴収を行った保険医療機関又は保険薬局は、患者に対し、保険外併用療養費の一部負担に係る徴収額と特別の料金に相当する自費負担に係る徴収額を明確に区分した当該費用徴収に係る領収書を交付するものとする。
- (7) 特別の料金については、対象医薬品の薬価に 4 分の 1 を乗じて得た価格に投薬全量を乗じて得た額を徴収しなければならないとする。

第4 療担規則第 11 条の 3 第 1 項及び療担基準第 11 条の 3 の厚生労働大臣が定める報告事項（揭示事項等告示第 4 関係）

- 1 健康保険法第 63 条第 2 項及び高齢者の医療の確保に関する法律第 64 条第 2 項に規定する評価療養、患者申出療養及び選定療養（金属床による総義歯の提供、う蝕に罹患している患者の指導管理、前歯部の金属歯冠修復に使用する金合金又は白金合金の支給、医療上必要があると認められない、患者の都合による精子の凍結又は融解及び長期収載品の処方等又は調剤を除く。）に関する事項
- 2 酸素及び窒素の購入価格に関する事項
- 3 算定告示及び「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準」に基づき、地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項
- 4 療担規則第 5 条の 2 第 2 項及び第 5 条の 2 の 2 第 1 項並びに療担基準第 5 条の 2 第 2 項及び第 5 条の 2 の 2 第 1 項に規定する明細書の発行状況に関する事項
- 5 保険医療機関が、地方厚生（支）局長に届け出た事項については、毎年 8 月 1 日現在の届出事項に係る状況等を地方厚生（支）局長に報告するものであること。この中には、算定告示に係る届出に関する事項が含まれているものであること。

第5 特殊療法に係る厚生労働大臣が定める療法等（揭示事項等告示第 5 関係）

特殊療法等の禁止の例外である療担規則第 18 条及び療担基準第 18 条の厚生労働大臣が定める療法等として、次の療法を定めたものであること。

厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 1 条各号に掲げ

る評価療養及び1条の2に規定する患者申出療養に係る療法

第6 保険医の使用医薬品（揭示事項等告示第6関係）

薬価基準に収載されている医薬品等について、保険医が施用し又は処方することができることとしたものであること。その他保険医の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

第7 医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第7関係）

1 保険医について、第6に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、**厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養**第1条第4号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合又は厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準（平成20年厚生労働省告示第129号）第3項各号に掲げる先進医療に係る薬物を使用する場合であること。

2 1のほか、他医薬品の使用等に関し留意すべき事項は以下のとおりであること。

（1）我が国の健康保険制度においては、一連の診療の中で、①保険医が保険診療と特殊療法等を併せて行うこと、②保険診療と自由診療とを併せて行い、保険医療機関が、自由診療部分について患者から追加的な負担を求めることは、原則として禁止されており、これを行った場合には、当該診療は健康保険制度の対象としない（全て自由診療とする。）こととしているため、日本で承認を受けていない医薬品を医師が個人的に輸入し、患者に処方した場合、当該診療は健康保険制度の対象とならないものであること。

ただし、患者自身が、自己の責任においてこのような医薬品を輸入し、これを使用すること自体は禁止されておらず、また、このような患者に対する保険給付が一律に制限されるものではない。

なお、このような医薬品の輸入・使用は、患者個人の責任において行われるものであり、当該医薬品の使用により生ずる副作用等については、公的な補償の対象とならないものであること。

（2）保険医が使用することが認められる医薬品は、揭示事項等告示第6に定められており、当該告示に規定されている医薬品を、当該医薬品の医薬品医療機器等法上の承認に係る効能・効果の範囲外でを使用すること自体は禁止されているものではないこと。

（3）保険薬局において、患者の希望に基づき次の①から③までに定めるサービスを提供した場合には、当該サービスについて、患者からその費用を徴収しても差し支えないものとする。ただし、患者から費用を徴収する場合には、「療養の給付と直接関係ないサービス等の取扱いについて」に定める手続きを経る必要があるものであること。

① 患者の希望に基づく内服薬の一包化（治療上の必要性がない場合に限る。）

ア 一包化とは、服用時点の異なる2種類以上の内服用固型剤又は1剤であっても3種類以上の内服用固形剤が処方されているとき、その種類にかかわらず服用時点毎に一包として患者に投与することであること。なお、一包化に当たっては、錠剤等は直接の被包から取り出した後行うものであること。

イ 治療上の必要性の有無について疑義がある場合には、処方箋を交付した医師に確認すること。

- ウ 患者の服薬及び服用する薬剤の識別を容易にすること等の観点から、錠剤と散剤を別々に一包化した場合、臨時の投薬に係る内服用固形剤とそれ以外の内服用固形剤を別々に一包化した場合等は、その理由を調剤録に記載すること。
- ② 患者の希望に基づく甘味剤等の添加（治療上の必要性がなく、かつ、治療上問題がない場合に限る。）
- 治療上の必要性及び治療上の問題点の有無について疑義がある場合には、処方箋を交付した医師に確認すること。
- ③ 患者の希望に基づく服薬カレンダー（日付、曜日、服用時点等の別に薬剤を整理することができる資材をいう。）の提供

第8 保険医の使用歯科材料（揭示事項等告示第8 関係）

特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）（平成 20 年厚生労働省告示第 61 号）に掲げられている歯科材料について、歯冠修復及び欠損補綴において使用することができることとしたものである。

第9 厚生労働大臣が定める歯科材料の使用に係る場合（揭示事項等告示第9 関係）

第8に規定する歯科材料以外の歯科材料の使用が認められる場合として、次の場合を定めたものであること。

- ① 金合金又は白金加金を前歯部の金属歯冠修復に使用する場合
- ② 揭示事項等告示第8に掲げる保険医療材料（金属であるものに限る。）以外の金属を総義歯の床部に使用する場合
- ③ 医薬品医療機器等法第80条の3第1項に規定する治験に係る機械器具等を使用する場合
- ④ 厚生労働大臣の定める先進医療及び患者申出療養並びに施設基準第3項各号に掲げる先進医療に係る機械器具等を使用する場合

第10 厚生労働大臣が定める注射薬等（揭示事項等告示第10 関係）

- 1 保険医が投与することができる注射薬として電解質製剤等を定めたものである。
- 2 在宅血液透析を行っている患者とは以下に定めるものであること。
 - ① 在宅血液透析指導管理料を算定している患者
 - ② 介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で人工腎臓を行っている患者
 - ③ 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」（平成 18 年3月31日保医発第 0331002 号）の1の(1)から(6)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で人工腎臓を行っている患者
- 3 在宅腹膜灌流を行っている患者とは以下に定めるものであること。
 - ① 在宅自己腹膜灌流指導管理料を算定している患者
 - ② 介護老人保健施設入所者であって、当該介護老人保健施設内で腹膜灌流を行っている患者
 - ③ 「特別養護老人ホーム等における療養の給付の取扱いについて」の1の(1)から(6)に規定される施設に入所している者又はサービスを利用している者であって、当該施設内で腹膜灌流を行っている患者
- 4 投薬期間に上限が設けられている医薬品

- ① 投薬量又は投与量が14日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第2条第1号に規定する麻薬等を定めたものである。
- ② 投薬量又は投与量が30日分を限度とされる内服薬及び外用薬並びに注射薬として、アルプラゾラム等を定めたものである。
- ③ 投薬量が90日分を限度とされる内服薬として、ジアゼパム等を定めたものである。
- ④ 投与期間に上限が設けられている麻薬又は向精神薬の処方は、薬物依存症候群の有無等、患者の病状や疾患の兆候に十分注意した上で、病状が安定し、その変化が予見できる患者に限って行うものとする。

そのほか、当該医薬品の処方に当たっては、当該患者に既に処方した医薬品の残量及び他の医療機関における同一医薬品の重複処方の有無について患者に確認し、診療録に記載するものとする。

第10の2 リフィル処方箋に係る厚生労働大臣が定める医薬品（揭示事項等告示第10の2関係）

療担規則第20条第3号ロ及び療担基準第20条第4号ロに規定するリフィル処方箋により処方することができない医薬品として、第10の4の①から③までに掲げる投薬期間に上限が設けられている医薬品及び鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤（麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。）を定めたものであること。

第11 処方箋の交付に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第12関係）

介護老人保健施設の入所者である患者に対する薬剤又は治療材料の支給を目的とした処方箋の交付の禁止の例外として、次の場合を定めたものであること。

- ① 悪性新生物に罹患している患者に対して抗悪性腫瘍剤（注射薬を除く。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ② HIF- α 阻害剤（人工腎臓又は腹膜灌流を受けている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して投与された場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ③ JAK阻害薬（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ④ 生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の治療のために入所前から投与が継続されており、他の治療薬で代替不能な場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑤ 疼痛コントロールのための医療用麻薬の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑥ 抗ウイルス剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するもの及び後天性免疫不全症候群又はHIV感染症の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑦ インターフェロン製剤（B型肝炎又はC型肝炎の効能若しくは効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑧ 血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑨ 自己連続携帯式腹膜灌流に用いる薬剤の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑩ 調剤報酬点数表第4節区分番号「30」特定保険医療材料の支給を目的とする処方箋を交付する場合

- ⑪ エリスロポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑫ ダルベポエチン（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑬ エポエチンベータペゴル（在宅血液透析又は在宅腹膜灌流を行っている患者のうち腎性貧血状態にあるものに対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑭ 人工腎臓用透析液（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑮ 血液凝固阻止剤（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合
- ⑯ 生理食塩水（在宅血液透析患者に対して使用する場合に限る。）の支給を目的とする処方箋を交付する場合

第 12 保険薬局に係る厚生労働大臣が定める揭示事項（揭示事項等告示第 13 関係）

- 1 保険薬局が提供する医療サービスの内容及び費用に関する事項について、患者に対する情報の提供の促進を図る観点から、保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則（昭和 32 年厚生省令第 16 号。以下「薬担規則」という。）上院内揭示が義務付けられている保険外併用療養費に係るものを除き、届出事項等を院内揭示の対象としたこと。

また、当該揭示事項について、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないものとする。ただし、自ら管理するホームページ等を有しない保険医療機関については、この限りではない。

- 2 具体的には、従来から院内揭示とされていたものを含め、以下の 3 つの事項を院内揭示事項及びウェブサイト掲載事項として定めたものであること。

- ① 調剤報酬点数表の第 2 節区分番号「10 の 2」調剤管理料及び区分番号「10 の 3」服薬管理指導料に関する事項
- ② 調剤報酬点数表に基づき地方厚生（支）局長に届け出た事項に関する事項
- ③ 薬担規則第 4 条の 2 第 2 項及び第 4 条の 2 の 2 第 1 項並びに療担基準第 26 条の 5 第 2 項及び第 26 条の 5 の 2 第 1 項に規定する明細書の発行状況に関する事項

- 3 なお、2 に掲げる事項のほか、保険外併用療養費に係る事項については、薬担規則第 4 条の 3 第 2 項及び療担基準第 26 条の 6 第 2 項に基づき、その内容及び費用につき院内揭示を行うこととしており、今後、当該事項を院内の見やすい場所に揭示するとともに、原則としてウェブサイトに掲載することの徹底が図られるべきものであること。

第 12 の 2 明細書を発行しなければならない保険薬局（揭示事項等告示第 13 の 2 及び第 13 の 3 関係）

- ① 領収証を交付するときは、個別の調剤報酬点数の算定項目が分かる明細書を無償で交付しなければならない保険薬局として、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費等の請求を行うことが義務付けられた保険薬局を定めたものであること。
- ② 明細書の発行に当たっては、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目

の分かる明細書の交付について」によるものであること。

第 13 保険薬剤師の使用医薬品（揭示事項等告示第 14 関係）

薬価基準に収載されている医薬品等について、保険薬剤師が使用することができることとしたものであること。その他保険薬剤師の使用医薬品に係る留意事項については、別途通知するものであること。

第 14 保険薬剤師の医薬品の使用に係る厚生労働大臣が定める場合（揭示事項等告示第 15 関係）

保険薬剤師について、第 13 に規定する医薬品以外の医薬品の使用が認められる場合は、**厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養**第 1 条第 4 号に掲げる療養に係る医薬品を使用する場合であること。

第 15 その他

- 1 署名又は記名・押印を要する文書については、自筆の署名（電子的な署名を含む。）がある場合には印は不要であること。
- 2 文書による提供等を行うこととされている個々の患者の診療に関する情報等を、電磁的方法によって、患者、他の保険医療機関、保険薬局、指定訪問看護事業者等に提供等する場合は、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」を遵守し、安全な通信環境を確保するとともに、書面における署名又は記名・押印に代わり、本ガイドラインに定められた電子署名（厚生労働省の定める準拠性監査基準を満たす保健医療福祉分野 PKI 認証局の発行する電子証明書を用いた電子署名、認定認証事業者（電子署名及び認証業務に関する法律（平成 12 年法律第 102 号）第 2 条第 3 項に規定する特定認証業務を行う者をいう。）又は認証事業者（同条第 2 項に規定する認証業務を行う者（認定認証事業者を除く。）をいう。）の発行する電子証明書を用いた電子署名、電子署名等に係る地方公共団体情報システム機構の認証業務に関する法律（平成 14 年法律第 153 号）に基づき、平成 16 年 1 月 29 日から開始されている公的個人認証サービスを用いた電子署名等）を施すこと。

<抄>

事務連絡
令和8年9月30日

関係団体 御中

厚生労働省保険局医療課

「診療報酬請求書の記載要領等について」の一部改正について

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)長あて通知しましたので、別添団体各位におかれま
しても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

保医発 0930 第 8 号
令和 8 年 9 月 30 日

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 殿
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

厚生労働省保険局医療課長
（ 公 印 省 略 ）

厚生労働省保険局歯科医療管理官
（ 公 印 省 略 ）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」の一部改正について

「健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示」（令和 8 年厚生労働省告示第 360 号）が告示され、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養が令和 9 年 3 月 1 日から施行されるところである。

これに伴い、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号。以下「記載要領通知」という。）の一部を別添のとおり改正し、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の診療報酬請求書における記載方法を定め、令和 9 年 3 月 1 日から適用する。

なお、記載要領通知の主な改正内容は下記のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう、関係者に周知徹底を図られたい。

記

改正内容は以下のとおり。

- ・ 「診療報酬請求書等の記載要領等について」別紙 1 「診療報酬請求書等の記載要領」Ⅱ第 3 の 2 の（20）のカの（カ）、Ⅲの第 3 の 2 の（23）のアの（テ）及び（24）のチ並びにⅣの第 2 の 2 の（21）のス及び別紙 2 「診療録等の記載上の注意事項」第 5 の 7 の（8）に要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性

が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の診療報酬請求書等における記載方法を規定する。

- ・ 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（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）の告示名が厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養となったことを踏まえ、告示名の手当てを行う。
- ・ 別表 1 診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧の（医科）613 番及び（歯科）192 番に一部保険外療養に関する取扱いを追加する。

以上

「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号）

別紙 1

診療報酬請求書等の記載要領

I 一般的事項

- 1 診療報酬請求書、診療報酬明細書、調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書（以下「診療報酬請求書等」という。）については、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式」（平成 20 年厚生労働省告示第 126 号）に定める様式により扱うものとするが、「療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する命令附則第四条の二第二項の規定に基づきこども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める様式の一部を改正する件」（令和 8 年こども家庭庁・厚生労働省告示第二号）により改正のあった様式については、令和 8 年 7 月 1 日（6 月診療分）から新様式により扱うものとし、令和 8 年 5 月診療分までは旧様式によっても差し支えないこと。
- 2 診療報酬請求書等の用紙の大きさは A 列 4 番とすること。
ただし、電子計算機により作成する場合は、A 列 4 番と ± 6 mm（縦方向）、+ 6 mm、－ 4 mm（横方向）の差は差し支えないものであること。
- 3 診療報酬請求書等は、別添 1「診療報酬請求書等一覧表」の区分によるものであること。
- 4 診療報酬請求書等においては、単に保険医療機関又は保険薬局とのみ表示しているが、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和 57 年法律第 80 号。以下「高齢者医療確保法」という。）の規定による療養の給付（以下「後期高齢者医療」という。）又は公費負担医療に係るもの（後期高齢者医療のうち保険医療機関におけるものを除く。）については「保険医療機関」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医療機関」と、「保険薬局」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当薬局」と読み替え、また、「保険医氏名」とあるのは「後期高齢者医療又はそれぞれの公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものであること。
- 5 診療報酬請求書及び診療報酬明細書に記載した数字等の訂正を行うときは、修正液を使用することなく、誤って記載した数字等を＝線で抹消の上、正しい数字等を記載すること。
なお、診療報酬請求書等の記載に当たっては、黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用すること。
- 6 「※」が付されている欄には、記載する必要がないこと。

Ⅱ 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）に関する事項（様式第1（1））

1 「令和 年 月分」欄について

診療年月を記載すること。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、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こと。

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については、この限りではないこと。

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桁を記載すること（別添2「保険者番号 公費負担者番号、公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領」（以下「設定要領」という。）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こと。

（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 「令和 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こと。

5 「保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名」欄について

（1） 保険医療機関の所在地及び名称、開設者氏名については、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こと。なお、開設者氏名については、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こと。

（2） 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、記名の労を省くため、保険医療機関の所在地、名称及び開設者氏名のゴム印を製作の上、これを押捺することは差し支えないこと。

6 「入・外」欄について

入院・外来については、入院・外来別にそれぞれ請求することとしたことに伴い入院に係る分は「入」の文字を、入院外に係る分は「外」の文字を○で囲むこと。なお、「入」又は「外」のみを印刷した様式を用いても差し支えないこと。

なお、救急患者として受け入れた患者が、処置室、手術室等において死亡した場合で、当該保険医療機関が救急医療を担う施設として確保することとされている専用病床（救急医療管理加算又は救命救急入院料を算定する病床に限る。）に入院したものとみなす場合は、入院に係るものとして取り扱うこと。

7 「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することとし、医療保険単独の者に係る分については医療保険制度ごとに記載すること。

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」

〇１精神（精神病棟）、〇２結核（結核病棟）、〇７療養（療養病棟）

(11) 「氏名」欄について

ア 姓名を記載すること。ただし、健康保険の被保険者については、姓のみの記載で差し支えないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に漢字を読み替えたカタカナを使用すること又はひらがなをカタカナに読み替えて記載することも差し支えないこととするが、この場合には被保険者であっても姓名を記載することとし、姓と名の間にスペースをとること。

イ 性別は該当するものを○で囲むこと。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こと。

ウ 生年月日は以下によること。

(ア) 該当する元号を○で囲み、生まれた年月日を記載すること。

(イ) 電子計算機の場合は、元号については「１ 明」、「２ 大」、「３ 昭」、「４ 平」、「５ 令」と記載すること。

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。

(12) 「職務上の事由」欄について

船員保険の被保険者については、「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○で囲むこと。ただし、「１ 職務上」及び「３ 通勤災害」については、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については、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○で囲むこと。

なお、同一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、入院外分についてはそれぞれ１枚、入院分については、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枚の診療報酬明細書の取扱いとすること。

電子計算機の場合は、番号と名称又は次の略号を記載することとしても差し支えないこと。

１ 職上（職務上）、２ 下３（下船後３月以内）、３ 通災（通勤災害）

(13) 「特記事項」欄について

記載する略号をまとめると、以下のとおりであること。なお、電子計算機の場合はコードと略号を記載すること。

コード	略 号	内 容
〇 １	公	医療保険単独の者及び後期高齢者医療単独の者に係る明細書で、「公費負担医療が行われる療養に係る高額療養費の支給について」（昭和 48 年 10 月 30 日付保発第 42 号、庁保発第 26 号）による公費負担医療が行われる療養に要する費用の額が、健康保険法施行令（大正 15 年勅令第 243 号）第 42 条及び高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成 19 年政令第 318 号。以下「高齢者医療確保法施行令」という。）第 15 条に規定する金額を超える場合
〇 ２	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供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 号に

		規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第 15 条第 6 項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
03	長処	慢性腎不全に係る自己連続携行式腹膜灌流（CAPD）を行っている患者に対して、同一月内の投薬を院外処方箋のみにより行い、保険医療機関では当該患者の負担額を受領しない場合
04	後保	公費負担医療のみの場合であって、請求点数を高齢者医療確保法の規定による医療の提供をする場合
07	老併	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（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
08	老健	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（なお、同一月に同一患者につき、介護老人保健施設に入所中の診療と介護老人保健施設に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
09	施	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（なお、同一月に同一患者につき、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できるよう「摘要」欄に記載すること。）
10	第三	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
11	薬治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）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（昭和 35 年法律第 145 号）（以下「医薬品医療機器等法」という。）に規定する治験（人体に直接使用される薬物に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
12	器治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 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（機械器具等に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
13	先進	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（この場合にあつては、当該先進医療の名称及び当該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こと。）
14	制超	「診療報酬の算定方法」に規定する回数を超えて行った診療であって「保険外

		併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」（平成 18 年厚生労働省告示第 498 号）の第 7 号の 5 に規定する診療（以下「制限回数を超えて行う診療」という。）に係る診療報酬の請求である場合（この場合にあっては、当該「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「摘要」欄へ記載すること。）
1 6	長 2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第 42 条第 9 項第 2 号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
2 1	高半	月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日に 75 歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が 75 歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
2 5	出産	平成 23 年 1 月 31 日保発 0131 第 2 号から 4 号までにより定める「「出産育児一時金等の医療機関等への直接支払制度」実施要綱」に基づき、直接支払制度を利用する者の出産に係る診療報酬請求である場合
2 6	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある難病の患者に対する医療等に関する法律（平成 26 年法律第 50 号。以下「難病法」という。）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。）、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（特記事項「3 1」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（3 割））の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「3 1」に該当する場合を除く。）
2 7	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合

		① 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。）
28	区ウ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。）
29	区エ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）

		70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（2 割））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合 ② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「3 4」に該当する場合を除く。）
3 0	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「3 5」に該当する場合を除く。） 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分（Ⅰ又はⅡ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「3 5」に該当する場合を除く。）
3 1	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近 1 2 か月間において 4 月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「3 4」及び同「3 5」に限る。） ② 70 歳以上で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（3 割））が提示又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療資格確認書情報が提供された場合であっ

		て、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
3 2	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
3 3	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
3 4	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用

		区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（2 割））が提示又は高齢受給者証情報が提供された場合であって、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合又は適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
3 5	多才	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合、又は適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
3 6	加治	厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 1 条第 3 号の 2 の規定に基づく医薬品医療機器等法に規定する治験（加工細胞等（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施行規則（昭和 36 年厚生省令第 1 号）第 275 条の 2 に規定する加工細胞等をいう。以下同じ。）に係るものに限る。）に係る診療報酬の請求である場合
3 7	申出	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（この場合にあつては、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。）

38	医併	介護医療院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（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
39	医療	介護医療院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（なお、同一月に同一患者につき、介護医療院に入所中の診療と介護医療院に入所中以外の外来分の診療がある場合は、それぞれ別個の明細書に記載すること。）
41	区力	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（2 割））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（2 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「43」に該当する場合を除く。）
42	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（1 割））の提示のみ又は後期高齢者医療資格確認書情報の提供のみの場合 ② 課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（1 割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「44」に該当する場合を除く。）
43	多力	後期高齢者医療で課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円以上（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円以上）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（2 割））かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究

		促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
4 4	多キ	後期高齢者医療で課税所得 28 万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得 28 万円以上 145 万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で 200 万円未満（後期高齢者が 2 人以上の世帯の場合は 320 万円未満）の後期高齢者医療資格確認書（一部負担金の割合（1 割））かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療資格確認書情報が提供かつ特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）

※ 「区力」、「区キ」、「多力」及び「多キ」については、令和 4 年 10 月 1 日から適用する。令和 4 年 9 月 30 日までの間は、後期高齢者医療にあつては従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

(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と。この場合、所在地とともに、連絡先電話番号を記載することが望ましいものであること。

なお、外来診療料を算定する場合は、「（床）」の欄に、医療法の規定に基づき許可を受け、若しくは届出をし、又は承認を受けた病床（以下「許可病床」という。）のうち一般病床に係るものの数を記載すること。また、特定疾患療養管理料を算定する場合、病院である保険医療機関にあつては、「（床）」の欄に、許可病床の数を記載すること。また、月の途中において当該病床数が増減した場合は、当該欄には変更後の病床数（以下「病床数」という。）を記載し、「摘要」欄に変更日と変更前の病床数を記載すること。

(15) 「傷病名」欄について

ア 傷病名については、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」（令和 6 年 4 月 22 日付保発 0422 第 2 号）（本通知が改正された場合は改正後の通知によること。）別添 3 に規定する傷病名を用いること。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については、「傷病名コードの統一の推進について」（令和 8 年 3 月 27 日医療課事務連絡）に取りまとめたので、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こと。

イ 主傷病、副傷病の順に記載すること。主傷病については原則として 1 つ、副傷病については主なものについて記載することとし、主傷病が複数ある場合は、主傷病と副傷病の間を線で区切るなど、主傷病と副傷病とが区別できるようにすること。

ウ 薬剤料に係る所定単位当たりの薬価が 175 円以下の薬剤の投与又は使用の原因となった傷病のうち、健胃消化剤、鎮咳剤などの投与又は使用の原因となった傷病など、イに基づき記載した傷病名から判断して、その発症が類推できる傷病については、傷病名を記載する必要はな

15号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、力の(工)の例によること。

カ 「投薬」欄について

(ア) 入院分について

- ① 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の項にそれぞれの調剤単位数及び薬剤料の総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

また、調剤料を算定する場合は、調剤の項に日数及び点数を記載すること。

- ② 薬剤名、規格単位(%又はmg等)及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険医療機関(以下「届出保険医療機関」という。)については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

- ③ 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に日数及び点数を記載すること。
- ④ 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。なお、院内製剤加算を算定した場合は、調基の項に名称及び当該加算を加算した点数を記載すること。

(イ) 入院外分について

- ① 内服薬及び浸煎薬を投与した場合は内服の「薬剤」の項に、屯服薬を投与した場合は屯服の項に、外用薬を投与した場合は外用の「薬剤」の項にそれぞれの薬剤料の所定単位による総投与単位数と総点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所定単位当たりの薬剤名、投与量及び投与日数等を記載すること。

- ② 内服の「調剤」の項には内服薬、浸煎薬及び屯服薬の投与回数及び点数を、外用の「調剤」の項には、外用薬の投与回数及び点数を記載すること。

- ③ 処方の項は、処方箋を交付しない場合において処方回数及び点数を記載すること。

- ④ 薬剤名、規格単位(%又はmg等)及び投与量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、薬剤料に掲げる所定単位当たりの薬価が175円以下の場合は、薬剤名、投与量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

- ⑤ 1回の処方において、抗不安薬を3種類以上、睡眠薬を3種類以上、抗うつ薬を3種類以上、抗精神病薬を3種類以上又は抗不安薬及び睡眠薬を4種類以上投与した場合であって、薬剤料(抗不安薬、睡眠薬、抗うつ薬及び抗精神病薬に係るものに限る。)を所定点数の100分の80に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄に、薬剤名の下に算定点数を記載(合計点数のみを記載)し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に **精減** と表示すること。

- ⑥ 常態として、内服薬7種類以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の90に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に「減」と表示すること。
- ⑦ また、初診料の注2、注3又は外来診療料の注2、注3を算定する保険医療機関において投与期間が30日以上を処方し、薬剤料を所定点数の合計の100分の40に相当する点数で算定した場合は、「摘要」欄の当該処方に係る薬剤名を区分して記載するとともに、薬剤名の下に算定点数を記載（合計点数のみを記載）し又は算定点数から所定点数の合計を控除して得た点数を△書きにより記載し、その区分の前に「減」と表示すること。
- ⑧ 麻薬、向精神薬、覚醒剤原料又は毒薬を処方調剤した場合は、麻毒の項に処方回数及び点数を記載すること。
- ⑨ 調剤技術基本料を算定した場合は、調基の項に所定点数を記載すること。
- ⑩ 乳幼児加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。
- ⑪ 特定疾患処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称、回数及び点数を記載すること。
- ⑫ 抗悪性腫瘍剤処方管理加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。
- ⑬ 地域支援・外来医薬品供給対応体制加算1、2又は3を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。
- ⑭ 向精神薬調整連携加算を算定した場合は、処方の項に当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。
- (ウ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、次の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

〔記載例〕

ラシックス錠 20 mg	1 錠	
アルダクトンA錠 25 mg	1 錠	2 × 5
リピトール錠 10 mg	1 錠	3 × 5

(薬評)

エフピーOD錠 2.5

- (エ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第15号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）	1 錠	
△△△錠	1 錠	17 × 5

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため処方する場合は、その理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。

- (オ) 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2条第16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「摘要」欄に「薬選（近視）」と記載し、薬剤名を記載すること。

- (カ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第3条に基づき、対象医薬品を一部保険外療養として処方した場合（対象医薬品について特別の料金の対象とする場合）（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該対象医薬品名の後に「（類）」を記載し、所定単位につき、一部保険外療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（類）

1錠

△△△錠

1錠

17×5

また、対象医薬品について、一部保険外療養の対象とはせずに処方する場合は、その理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。ただし、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又は入院時に対象医薬品を処方した場合は、一部保険外療養の対象とはならないが、この場合において理由の記載は不要である。

キ 「注射」欄について

- (ア) 外来化学療法加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称及び算定回数を記載すること。

- (イ) 看護師等遠隔診療注射実施料を算定した場合は、「摘要」欄に実施した注射の区分番号を記載すること。

- (ウ) 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射を行った場合は、皮下筋肉内及び静脈内の項に、その他の注射を行った場合は、その他の項に、注射の種類を記して、それぞれ回数及び点数を記載し、その内訳については、「摘要」欄に所要単位当たりの使用薬剤の薬名、使用量及び回数等を記載すること。

なお、注射の手技料を包括する点数を算定するに当たって、併せて当該注射に係る薬剤料を算定する場合は、「注射」欄及び「摘要」欄に同様に記載すること。

- (エ) 点滴注射及び中心静脈注射に係る血漿成分製剤加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載し、「摘要」欄に名称を記載すること。

- (オ) 皮内、皮下及び筋肉内注射、及び静脈内注射等については、入院外分はそれぞれ1回分ごとに、入院分はそれぞれ1日分ごとに、点滴注射及び中心静脈注射等については1日分ごとに、使用した薬名、規格単位（%、mL又はmg等）及び使用量を「摘要」欄に記載すること。

ただし、届出保険医療機関については、注射の各手技料の算定単位（1回又は1日）当たりの薬価が175円以下の場合は、使用薬剤の薬名、使用量等を記載する必要はないものとする。

なお、複数の規格単位のある薬剤について最も小さい規格単位を使用する場合は、規格単位は省略して差し支えない。

- (カ) 特別入院基本料を算定している病棟を有する病院に入院している患者であって入院期

間が1年を超えるものに対する同一月の投薬に係る薬剤料と注射に係る薬剤料とを合算して得た点数が上限点数を超える場合は、当該上限点数から合算点数を控除して得た点数を「注射」欄のその他の項の「摘要」欄に「その他薬剤」と表示して△書きにより記載し、その合計点数をその他の項に記載すること。

- (キ) 特定保険医療材料を使用した場合は、クの(イ)の例により「摘要」欄に記載すること。
- (ク) 乳幼児加算を算定した場合は、当該加算を加算した点数を記載すること。この場合、乳幼児加算の表示は必要がないこと。
- (ケ) 無菌製剤処理料の「1」、「2」又は「注2」に係る加算を算定した場合は、「摘要」欄にそれぞれ名称及び算定回数を記載すること。
- (コ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、カの(ウ)の例により「摘要」欄に「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。
- (サ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第15号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、カの(エ)の例によること。

ク 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

- (ア) 処置又は手術については、名称（処置名又は手術名）、回数及び点数を、麻酔については、麻酔の種類、回数及び点数を記載すること。麻酔を処置又は検査・画像診断に伴って行った場合は、当該処置又は検査・画像診断の種類を「摘要」欄に記載すること。対称器官の両側に対し、処置又は手術（ともに片側の点数が告示されているものに限る。）を行った場合は、左右別にそれぞれ処置名又は手術名、回数及び点数を記載すること。
- (イ) 麻酔等（麻酔に伴う前処置を含む。）に伴って薬剤を使用した場合は、それぞれ使用した薬剤総量の薬価が15円を超えるものについては、個々の処置、手術又は麻酔ごとに、当該薬価から15円を控除して算定した点数を薬剤の項に記載し、使用した薬剤の薬名、規格単位（％、mL又はmg等）及び使用量を個々の処置、手術及び麻酔別に「摘要」欄に記載すること。ただし、神経破壊剤については、薬価にかかわらず使用した薬剤の薬名及び規格単位を「摘要」欄に記載すること。麻酔中のショック等に対する治療等に伴う薬剤については、注射等当該治療等の該当欄に記載すること。また、処置等に伴って使用した酸素又は窒素の費用を請求する場合は、地方厚生（支）局長に届け出た単価（単位 円・銭）（酸素のみ）及び当該請求に係る使用量（単位 リットル）を「摘要」欄に、手術等において特定保険医療材料等を使用した場合は、「摘要」欄にそれぞれ以下のように記載すること（酸素について、複数の単価で請求する場合は、単価ごとに、単価及び使用量を記載すること。）。
 - a 手術、処置、検査等の名称は告示名又は通知名を使用する。
 - b 手術、処置、検査等の手技料については、必ず点数を明記する。
 - c 材料は商品名及び告示の名称又は通知の名称、規格又はサイズ、材料価格及び使用本数又は個数の順で記載する。
なお、告示の名称又は通知の名称については（ ）書きとすること。
 - d 保険医療機関における購入価格によってなっているものは、定価ではなく保険医療機関が実際に購入した価格で請求すること。
 - e 処置、手術等の名称、手技の加算、処置（手術）医療機器等加算、薬剤、特定保険医

- (ク) 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。
- (ケ) 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 28)
- (コ) 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。
- (サ) 歯科遠隔連携診療料は、点数を記載する。(項番 29)
- (シ) 薬剤管理指導料の「1」又は「2」は、それぞれ点数及び回数を記載する。また、麻薬管理指導加算は、加算した点数を記載する。(項番 31、32、33)
- (ス) 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 34)
- (セ) 診療情報提供料(Ⅰ)若しくは(Ⅱ)又は連携強化診療情報提供料は、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 35、36、37、39)
- (ソ) 診療情報等連携共有料 1 又は 2 は、点数を記載する。(項番 38)
- (タ) 電子的診療情報評価料は、点数及び回数を記載する。
- (チ) 栄養情報連携料は、点数を記載する。
- (ツ) 傷病手当金意見書交付料は、点数を記載する。(項番 41)
- (テ) 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。
- (ト) 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。
- (ナ) 摂食機能療法は、点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番 85、86)
- (ニ) 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。
- (ヌ) 歯科口腔リハビリテーション料 1 (3 小児保隙装置の場合)は、点数及び回数を記載する。
- (ネ) 歯科口腔リハビリテーション料 1 (4 その他の場合)は、点数及び回数を記載する。
- (ノ) 歯科口腔リハビリテーション料 3 は点数及び回数を記載する。
- (ハ) リハビリテーションを算定した場合は、(ナ)、(ニ)、(ヌ)、(ネ)及び(ノ)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 84)
- (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、歯科訪問診療 3、歯科訪問診療 4 及び歯科訪問診療 5 の点数及び回数を記載する。緊急歯科訪問診療加算、夜間歯科訪問診療加算若しくは深夜歯科訪問診療加算、患家診療時間加算、歯科診療特別対応加算 1、歯科診療特別対応加算 2、歯科診療特別対応加算 3 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 45、46、47)
- 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 48)
- (イ) 区分番号 C O O O の注 16 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。
- (ウ) 在宅療養支援歯科診療所加算及び在宅療養支援歯科病院加算は、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 49)

- (オ) 通信画像情報活用加算は、加算点数及び回数を記載する。(項番 50)
 - (カ) 区分番号 C O O O の注 20 に規定する歯科訪問診療料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。
 - (キ) 医科連携訪問加算は、加算点数及び回数を記載する。
 - (ク) 訪問歯科衛生指導料はそれぞれ点数(加算を含む。)及び回数を記載する。(項番 51)
 - (ケ) 区分番号 C O O 1 の注 4 に規定する訪問歯科衛生指導料を算定する場合は、初診時は点数、再診時は点数及び回数を記載する。
 - (コ) 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、在宅歯科医療連携加算 1 又は 2、在宅歯科医療情報連携加算は、点数を記載する。(項番 52、53)
 - (サ) 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 54)
 - (シ) 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。在宅歯科医療連携加算 1 又は 2、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。(項番 55)
 - (ス) 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。小児在宅歯科医療連携加算 1 又は 2、在宅歯科医療情報連携加算を算定する場合は、点数を記載する。(項番 56)
 - (セ) 在宅歯科栄養サポートチーム等連携指導料 1、2、3 又は 4 は、点数を記載する。(項番 57)
 - (ソ) 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。
 - (タ) 在宅患者連携指導料は、点数を記載する。(項番 58)
 - (チ) 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 59)
 - (ツ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 2 条第 15 号に基づき、選定療養として長期収載品を処方等した場合の記載については、(24) のタの例によること。
 - (テ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 3 条に基づき、一部保険外療養として対象医薬品を処方した場合の記載については、(24) のチの例によること。
- (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 80)
 - 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 81、82)
 - 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、地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 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 78、83）

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。また、投与時閉鎖式接続器具使用加算は、「摘要」欄に点数及び回数を記載する。

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。

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。

セ バイオ後続品導入初期加算は、加算点数を記載する。

ソ 区分番号 F400 の注 6 に規定する処方箋料を発行した場合は、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。

タ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 2 条第 15 号に基づき、長期収載品を選定療養として処方した場合（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該医薬品名の後に「（選）」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（選）	1 錠	
△△△錠	1 錠	1 7 × 5

また、長期収載品について、医療上の必要性があるため処方する場合は、その理由について、別表 I に示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。

チ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第 3 条に基づき、対象医薬品を一部保険外療養として処方した場合（対象医薬品について特別の料金の対象とする場合）（処方箋を交付する場合を除く。）は、当該対象医薬品名の後に「（類）」を記載し、所定単位につき、一部保険外療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠（類）	1 錠	
△△△錠	1 錠	1 7 × 5

また、対象医薬品について、一部保険外療養の対象とはせずに処方する場合は、その理由に

について、別表Ⅰに示す項目を参照して「その他」欄に記載すること。ただし、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又は入院時に対象医薬品を処方した場合は、一部保険外療養の対象とはならないが、この場合において理由の記載は不要である。

(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」の項のうち所定点数を算定した場合は左欄に、所定点数の合計の100分の50に相当する点数で算定し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 65）

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 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 64）

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 62）

キ 1回目の口腔細菌定量検査1は「菌検」の項の左欄に点数を記載し、2回以上行った場合は右欄に点数及び回数を記載する。

ク 「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 74、77）

（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）の場合歯科部分パノラマ断層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 74、77）

（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。

下に掲げる調剤又は薬学管理料を算定すべき薬学管理のみを行った場合については、受付回数としては計上しないこと。

(ア) 14 日分を超える投薬又は後発医薬品に係る分割調剤に係る調剤基本料を算定すべき調剤

(イ) 医師の指示による分割調剤に係る当該保険薬局における2回目以降の調剤

(ウ) 調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

(エ) 服薬情報等提供料

(オ) 在宅患者訪問薬剤管理指導料

(カ) 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料

(キ) 在宅患者緊急時等共同指導料

(ク) 服薬管理指導料4口及び4ハ

(ケ) 服用薬剤調整支援料

(コ) 外来服薬支援料1

(サ) 外来服薬支援料2（在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）

(シ) 退院時共同指導料

(ス) 経管投薬支援料

(セ) 調剤後薬剤管理指導料

(ソ) 在宅移行初期管理料

(タ) 訪問薬剤管理医師同時指導料

(チ) 複数名薬剤管理指導訪問料

(17) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

「医師番号」欄から「加算料」欄までの該当欄には、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法による医療扶助との併用の場合は、生活保護法による医療扶助に係る調剤が該当するものであること。

(18) 「医師番号」欄について

当該処方箋を発行した医師又は歯科医師の「保険医氏名」欄の該当番号を記載すること。ただし、処方箋を発行した医師又は歯科医師が1枚の明細書において1名の場合は、番号の記載を省略しても差し支えないこと。

(19) 「処方月日」欄について

処方箋が交付された月日を記載すること。

(20) 「調剤月日」欄について

保険薬剤師が調剤した月日を記載すること。

なお、「処方月日」欄の月と調剤した月とが同一の場合は、月の記載を省略しても差し支えないこと。

(21) 「処方」欄について

ア 所定単位（内服薬（浸煎薬及び湯薬を除く。以下同じ。）にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬に

あつては1調剤分)ごとに調剤した医薬品名、用量(内服薬及び湯薬については、1日用量、内服用滴剤、注射薬及び外用薬(ただし、鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。))を除く。))については、投薬全量、屯服薬については1回用量及び投薬全量)、剤形及び用法(注射薬及び外用薬については、省略して差し支えない。)を記載し、次の行との間を線で区切ること。

なお、浸煎薬の用量については、投薬全量を記載し、投薬日数についても併せて記載すること。また、貼付剤の用量については、貼付剤の枚数としての投薬全量を記載するとともに、貼付剤の枚数としての1日用量又は投与日数を併せて記載すること。

ただし、服用時点が同一であっても投薬日数が異なる内服薬に係る調剤及び同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、それぞれ別の欄(線により区切られた部分をいう。以下同じ。)に記載すること。

イ 特別調剤基本料A又は特別調剤基本料Bを算定する保険薬局において、1処方につき7種類以上の内服薬の調剤を行い、薬剤料を所定点数の100分の90に相当する点数で算定した場合は、該当の「処方」欄の薬剤名の下に「薬剤料逡減(90/100)(内服薬)」と表示すること。

ウ 異なる調剤日に調剤を行った場合又は同一処方を異なった医師が発行した場合であっても、調剤数量以外の処方内容が同一である場合には1欄の記載のみで差し支えないこと。ただし、この場合であっても、前イに該当する調剤日と該当しない調剤日の調剤については、それぞれ別の「処方」欄として記載すること。

エ 医薬品名は原則として調剤した薬剤の名称、剤形及び含量を記載すること。

オ 剤形は「内服」、「内滴」、「屯服」、「浸煎」、「湯」、「注射」、「外用」と記載すること。

カ 医事会計システムの電算化が行われていないものとして地方厚生(支)局長に届け出た保険薬局については、所定単位当たりの薬剤料が175円以下の場合は医薬品名、規格、用量の記載を省略しても差し支えないが、剤形及び用法は記載すること。

なお、次の場合は医薬品名、規格、用量、剤形、用法を記載するものであること。

(ア) 自家製剤加算(予製剤による場合又は錠剤を分割する場合を含む。以下同じ。)、麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、計量混合調剤加算(予製剤による場合を含む。以下同じ。)及び外来服薬支援料2(在宅協力薬局が当該指導等を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合を除く。)を算定した場合

(イ) 同一処方箋により、2以上の医薬品を用いて内服薬を調剤した場合であつて、別剤として薬剤調製料及び調剤管理料を算定した場合

(ウ) 前イの薬剤料逡減に該当する場合

キ 特定保険医療材料(自己注射に用いる自己注射用ディスポーザブル注射器(針を含む。)、万年筆型注入器用注射針及び「特定保険医療材料及びその材料価格(材料価格基準)」(平成20年3月厚生労働省告示第61号)の別表のIに規定されている特定保険医療材料)を支給した場合は、他の処方とは別の欄に名称及びセット数等を記載すること。この場合、剤形は「材料」とすること。また、支給月日は「調剤月日」欄に、支給回数は「調剤数量」欄に、単位材料料は「単位薬剤料」欄に、材料料は「薬剤料」欄にそれぞれ記載すること。

ク 同一明細書の同一「処方」欄において、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、

当該「処方」欄の公費負担医療に係る分にアンダーラインを付すこと。

ケ 電子計算機の場合は、カタカナで記載しても差し支えないこと。

コ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第1条第4号又は第6号に係る医薬品を投与した場合は、Ⅱの第3の2の(20)の力の(ウ)の例により「薬評」と記載し、当該医薬品名を他の医薬品と区別して記載すること。

サ 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第15号に基づき、長期収載品を選定療養として調剤した場合は、当該医薬品名の後に「(選)」を記載し、所定単位につき、選定療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠 (選)	1 錠	
△△△錠	1 錠	1 7 × 5

また、長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合は、理由について、別表Ⅰに示す項目を参照して記載すること。

シ 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2条第16号に基づき、近視の進行抑制を効能又は効果とした医薬品を選定療養として支給した場合は、「薬選(近視)」と記載し、「摘要」欄に薬剤名を記載すること。

ス 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第3条に基づき、対象医薬品を一部保険外療養として調剤した場合(対象医薬品について特別の料金の対象とする場合)は、当該対象医薬品名の後に「(類)」を記載し、所定単位につき、一部保険外療養に係る額を除いた薬価を用いて算出した点数を記載すること。

〔記載例〕

●●●錠 (類)	1 錠	
△△△錠	1 錠	1 7 × 5

(22) 「単位薬剤料」欄について

「処方」欄の1単位(内服薬にあつては1剤1日分、湯薬にあつては内服薬に準じ1調剤ごとに1日分、内服用滴剤、屯服薬、浸煎薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分)当たりの薬剤料を記載すること。

なお、医療保険と公費負担医療の支給薬剤が異なる場合は、行を改めて公費負担医療に係る薬剤料を記載し、当該薬剤料にアンダーラインを付すか、又はその左側に「*」を付すこと。

(23) 「調剤数量」欄について

ア 「処方」欄記載の処方内容に係る調剤の単位数(内服薬及び湯薬にあつては投薬日数、内服用滴剤、浸煎薬、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては調剤回数)を調剤月日ごとに記載すること。

イ 分割調剤の場合は以下によること。

(ア) 14日分を超える投薬に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 分 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、分 に代えて「B」と記載することも差し支えないものであること。

(イ) 後発医薬品に係る分割調剤を同一保険薬局において行う場合には、単位数に 試 の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、試 に代えて「T」と記載することも差し支えないものであること。

(ウ) 医師の分割指示に係る分割調剤を行う場合は、単位数及び医の記号を付した総単位数を

別表Ⅰ 調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧

項番	区分	調剤行為 名称等	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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
1	00	同日に複数の保険医療機関が交付した同一患者の処方箋を受け付けた際に、2回目以降の受付に対して調剤基本料の減算規定を適用しない場合（注3に該当しない場合）	同日の異なる時刻に処方箋を複数受け付けた場合は、処方箋を受け付けた年月日及び時刻をそれぞれ記載すること。	850100486	処方箋受付年月日（調剤基本料）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		
				851100065	処方箋受付時刻（同日1回目受付）：hh“時”mm“分”		
				851100066	処方箋受付時刻（同日2回目以降受付）：hh“時”mm“分”		
2	00	在宅薬学総合体制加算2のイ	（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）ア及びビに規定するもののうち、該当するものを選択して記載すること。	842100124	在宅薬学総合体制加算1を届け出ており、所定の算定項目の算定回数の総計が直近一年間で480回以上の保険薬局、算定回数****回		※
				820101939	在宅薬学総合体制加算2を届け出ている保険薬局		※
			（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9（7）ウに規定するものについては、以下のとおりであること。	820101940	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：末期の悪性腫瘍		※
				820101941	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：スモン		※
				820101942	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病		※
			（イ）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 ・難病の患者に対する医療等に関する法律第五条第一項に規定する指定難病 ・後天性免疫不全症候群 ・脊髄損傷 ・真皮を越える褥瘡	820101943	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：後天性免疫不全症候群		※
				820101944	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：脊髄損傷		※
				820101945	該当する疾患（在宅薬学総合体制加算2のイ）：真皮を越える褥瘡		※
			（ロ）次に掲げる状態の患者 ・在宅自己連続携帯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	820101946	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅自己連続携帯式腹膜灌流を行っている状態		※
				820101947	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅血液透析を行っている状態		※
				820101948	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅酸素療法を行っている状態		※
			・横込型脳・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2 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	820101949	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅中心静脈栄養法を行っている状態		※
				820101950	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅成分栄養経管栄養法を行っている状態		※
				820101951	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅自己導尿を行っている状態		※
			・横込型脳・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2 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	820101952	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：在宅人工呼吸を行っている状態		※
				820101953	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：横込型脳・脊髄刺激装置による疼痛管理を行っている状態		※
				820101954	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：肺高血圧症であって、プロスタグランジン2 製剤を投与されている状態		※
			（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9（7）エに規定するものについては、以下のとおりであること。	820101955	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：気管切開を行っている状態		※
				820101956	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：気管カニューレを使用している状態		※
				820101957	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：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		※
			（「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」別添3の9（7）に該当する場合）別添3の9（7）エの対象の患者を選択して記載すること。なお、9（7）エに規定するものについては、以下のとおりであること。	820101958	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：人工肛門又は人工膀胱を設置している状態		※
				820101959	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－1 要介護3		※
				820101960	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－2 要介護4		※
			[1 要介護3以上の状態又はこれに準ずる状態] 1－1 要介護3 1－2 要介護4 1－3 要介護5 1－4 障害支援区分2以上	820101961	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－3 要介護5		※
				820101962	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：1－4 障害支援区分2以上		※
				820101963	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－1 ランク3a		※
			[2 認知症高齢者の日常生活自立度におけるランクⅢ以上] 2－1 ランクⅢa 2－2 ランクⅢb 2－3 ランクⅣ 2－4 ランクⅤ	820101964	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－2 ランク3b		※
				820101965	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－3 ランク4		※
				820101966	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：2－4 ランクⅤ		※
			3 頻回の訪問看護を受けている状態 4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態 5 介護保険法第8条第11項に規定する特定施設等看護職員が配置された施設に入院し、医師の指示を受けた看護職員による処置を受けている状態 6 麻薬投薬を受けている状態 7 その他関係機関との調整等のために訪問診療を行う医師による特別な医学管理を必要とする状態	820101967	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：3 頻回の訪問看護を受けている状態		※
				820101968	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：4 訪問診療又は訪問看護において処置を受けている状態		※
				820101969	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：5 施設に入院し、看護職員による処置を受けている状態		※
			7－1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者 7－2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者 7－3 「超重症児（者）」・「準超重症児（者）」の判定基準」による判定スコアが10以上である患者 7－4 訪問診療を行う医師又は当該医師の指示を受けた看護職員の指導管理に基づき、家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者	820101970	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：6 麻薬投薬を受けている状態		※
				820101971	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：7－1 脳性麻痺等、小児慢性特定疾病、障害児に該当する15歳未満の患者		※
				820101972	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：7－2 出生時体重が1,500g未満であった1歳未満の患者		※
			（配合禁忌等の理由により内服薬を別剤とした場合） 「配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合」、「内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合」、「内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は、具体的な理由を記載すること。	820101973	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：7－3 「超重症児（者）」・「準超重症児（者）」の判定基準」による判定スコアが10以上である患者		※
				820101974	該当する状態（在宅薬学総合体制加算2のイ）：7－4 家族等患者の看護に当たる者が注射又は喀痰吸引、経管栄養等の処置を行っている患者		※
				820100367	薬剤調剤料（内服薬）：配合不適等調剤技術上の必要性から個別に調剤した場合		
3	01	薬剤調剤料（内服薬）		820100368	薬剤調剤料（内服薬）：内服用固形剤（錠剤、カプセル剤、散剤等）と内服用液剤の場合		
				820100369	薬剤調剤料（内服薬）：内服錠、チュアブル錠及び舌下錠等のように服用方法が異なる場合		
				830100001	薬剤調剤料（内服薬）：その他理由：*****		
4	01	自家製剤加算	（自家製剤加算を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき）算定理由が明確となるように記載すること。	830100438	算定理由（自家製剤加算）：*****		
				830100908	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名（自家製剤加算）：*****		
			（医薬品の供給上の問題により当該加算を算定する場合）調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情を記載すること。	820101255	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：医薬品の供給上の問題		
				830100909	調剤に必要な数量が確保できなかったやむを得ない事情（自家製剤加算）：その他：*****		

項番	区分	調剤行為 名称等	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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
5	01	自家製剤加算 計量混合調剤加 算	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、自家製剤加算及び計量混合調剤加算を算定した場合であつて「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100439	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(自家製剤加算); *****		
				830100441	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(計量混合調剤加算); *****		
6	01	時間外加算 休日加算 深夜加算 時間外加算の特 例	処方箋を受け付けた年月日及び時刻を記載すること。	850100366	処方箋受付年月日(時間外加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100035	処方箋受付時刻(時間外加算):hh"時"mm"分"		
				850100367	処方箋受付年月日(休日加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				850100368	処方箋受付年月日(深夜加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100036	処方箋受付時刻(深夜加算):hh"時"mm"分"		
				850100369	処方箋受付年月日(時間外加算の特例):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				851100037	処方箋受付時刻(時間外加算の特例):hh"時"mm"分"		
7	1002	調剤時残薬調整 加算	6日分以下相当の調剤日数の変更を行う場合には、残薬が7日分を超えないにもかかわらず調整する必要性を記載すること。 さらに、「変更のあった主な薬剤名」の記載をすること。	820101907	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):高価医薬品のため		※
				820101908	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):治療終了予定日との日数調整のため		※
				820101909	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):投与間隔が長い薬剤のため		※
				830100982	調整した残薬日数が6日以下の場合、残薬調整をする理由(調剤時残薬調整加算):その他薬学的専門的観点:*****		※
				830100983	調整した残薬日数が6日分以下の場合、変更のあった主な薬剤名(調剤時残薬調整加算):****		※
8	1002	調剤時残薬調整 加算のイ	処方箋が交付される前に処方内容を処方医に相談した年月日を記載すること。	850100600	相談年月日(調剤時残薬調整加算のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		※
9	1002	薬学的有害事象 等防止加算	処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	820101910	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):同種・同効の併用薬との重複投薬		※
				820101911	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):併用薬・飲食物等との相互作用		※
				820101912	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):過去のアレルギー歴、副作用歴		※
				820101913	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):年齢や体重による影響		※
				820101914	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):肝機能、腎機能等による影響		※
				820101915	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):授乳・妊婦への影響		※
				830100984	内容の要点(薬学的有害事象等防止加算):その他薬学的観点から必要と認める事項:*****		※
10	1002	薬学的有害事象 等防止加算のイ	処方箋が交付される前に処方医に対する相談(残薬調整に係るものを除く。)を行った年月日を記載すること。 薬剤の変更内容について選択し記載すること。	850100601	相談年月日(薬学的有害事象等防止加算のイ):(元号)yy"年"mm"月"d d"日"		※
				820101916	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):同種同効薬への変 更		※
				820101917	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):剤形の変更		※
				820101918	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用量の変更		※
				820101919	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):用法の変更		※
				830100985	薬剤の変更内容(薬学的有害事象等防止加算のイ):その他:*****		※
11	1003	特定薬剤管理指 導加算2	当該患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850100372	情報提供を行った年月日(特定薬剤管理指導加算2):(元号)yy"年"mm "月"dd"日"		
				830100445	患者に抗悪性腫瘍剤を注射している保険医療機関名(特定薬剤管理指導加算2):*****		
12	1003	特定薬剤管理指 導加算3ロ	(医薬品の供給の状況を踏まえ説明を行った場合) 調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名を記載すること。	830100910	調剤に必要な数量が確保できなかった薬剤名(特定薬剤管理指導加算3):*****		
13	1003	吸入薬指導加算	対象となる吸入薬の調剤年月日及び吸入薬の名称を記載すること。	850100480	吸入薬の調剤年月日(吸入薬指導加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日"		
				830100446	吸入薬の名称(吸入薬指導加算):*****		
14	1003	かかりつけ薬剤師 フォローアップ加 算	電話等により、服薬状況、残薬状況等の継続的な確認及び必要な指導等を個別に実施した年月日を記載すること。	850100602	フォローアップ年月日(かかりつけ薬剤師フォローアップ加算):(元号)yy "年"mm"月"dd"日"		※
15	1003	かかりつけ薬剤 師訪問加算	患者で訪問指導を行った年月日を記載すること。	850100604	訪問指導年月日(かかりつけ薬剤師訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"d d"日"		※

項番	区分	調剤行為 名称等	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	紙レセ のみ記載	令和8年 6月1日 適用
16	14の4	調剤後薬剤管理 指導料1	当該患者に糖尿病用剤を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190255 830100911	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 糖尿病用剤を処方した保険医療機関名(調剤後薬剤管理指導料1); *****		
17	14の4	調剤後薬剤管理 指導料2	当該患者に循環器用薬等を処方している保険医療機関の名称及び当該保険医療機関に情報提供を行った年月日を記載すること。	850190256 830100912	情報提供を行った年月日(調剤後薬剤管理指導料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 循環器用薬等を処方した保険医療機関名(調剤後薬剤管理指導料2); *****		
18	10の3	服薬管理指導料	(在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定している患者)について、当該患者の薬学的管理指針計画に係る疾病と別の疾病又は負傷に係る臨時の投薬が行われ、服薬管理指導料を算定する場合) 算定年月日を記載すること。	850100374	算定年月日(服薬管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
19	10の3	服薬管理指導料 3	服薬管理指導料3の対象患者の入所する施設類型について選択し記載すること。(介護医療院又は介護老人保健施設)に入所中の患者については、医師が高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合に服す。)	820101258 820101259 820101260 820101261	服薬管理指導料3:介護老人福祉施設(特養)に入所している患者 服薬管理指導料3:短期入所生活介護(ショートステイ)を受けている患者 服薬管理指導料3:介護医療院に入所している患者 服薬管理指導料3:介護老人保健施設(老健)に入所している患者		
20	14の2	外来服薬支援料 1	外来服薬支援料1の「注1」又は「注2」のどちらに該当するかを記載し、服薬管理を実施した年月日、保険医療機関の名称を記載すること。 なお、保険医療機関の名称については、注1の場合においては、服薬支援の必要性を確認した保険医療機関の名称を、注2の場合においては情報提供をした保険医療機関の名称をそれぞれ記載すること。	820100793 820100794 850100370 830100442	外来服薬支援料1:注1 外来服薬支援料1:注2 服薬管理を実施した年月日(外来服薬支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 保険医療機関の名称(外来服薬支援料1);*****		
21	14の2	外来服薬支援料 2	(同一の保険医療機関で一連の診療に基づいて同一の患者に対して交付され、受付回数1回とされた異なる保険医の発行する処方箋に係る調剤については、同一調剤であっても、それぞれ別の「処方」欄に記載することとされているが、このことにより、外来服薬支援料2を算定した場合であって「処方」欄の記載内容からは加算理由が不明のとき) 算定理由が明確となるように記載すること。	830100776	異なる保険医の発行する処方箋に係る算定理由(外来服薬支援料2); *****		
22	14の2	施設連携加算	特に重点的な服薬管理の支援を行うことが必要な理由を選択し記載すること。	820101262 820101263 820101264	算定理由(施設連携加算):施設入所時であって、服用している薬剤が多いため 算定理由(施設連携加算):新たな薬剤が処方された若しくは薬剤の用法又は用量が変更となったため 算定理由(施設連携加算):患者が服薬している薬剤に関する副作用・体調の変化等における当該施設職員からの相談があったため		
23	14の3	服用薬剤調整支 援料1	減薬の提案を行った年月日、保険医療機関の名称及び保険医療機関における調整前後の薬剤種類数を記載すること。	850100371 830100443 842100122 842100123	減薬の提案を行った年月日(服用薬剤調整支援料1):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 保険医療機関名(服用薬剤調整支援料1);***** 調整前の種類数(服用薬剤調整支援料1);***** 調整後の種類数(服用薬剤調整支援料1);*****		
24	14の3	服用薬剤調整支 援料2	処方医に文書を用いて提案した年月日を記載すること。	850100616	提案年月日(服用薬剤調整支援料2):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
25	10の3 15の3 15の3 15の3	服薬管理指導料 4の口及びハ 在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料 在宅患者緊急時 等共同指導料 服薬情報等提供 料(服薬情報等提 供料3を除く)	(調剤を行っていない月に服薬管理指導料4の口及びハ、在宅患者訪問薬剤管理指導料、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急時等共同指導料又は服薬情報等提供料(服薬情報等提供料3を除く)を算定した場合) 情報提供又は訪問の対象となる調剤の年月日及び投薬日数を記載すること。	基本料・薬学管理 料レコード 「前回調剤年月日」 基本料・薬学管理 料レコード 「前回調剤数量」	(元号)yy"年"mm"月"dd"日調剤 ddd"日分投薬"	○ ○	
26	15	在宅患者訪問薬 剤管理指導料	(単一建物診療患者が2人以上の場合) その人数を記載すること。 (1つの患者に当該指導料の対象となる同居する同一世帯の患者が2人以上いる場合、保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が当該建築物の戸数の10%以下の場合、当該建築物の戸数が20戸未満で保険薬局が在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する患者数が2人以下の場合又はユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所のそれぞれのユニットにおいて在宅患者訪問薬剤管理指導料を算定する人数を単一建物診療患者の人数とみなす場合) 「同居する同一世帯の患者が2人以上」、「訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下」、「当該建築物の戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下」又は「ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所」の中から、該当するものを選択して記載すること。	842100071 820100103 820100371 820100372 820100094	単一建物診療患者人数(在宅患者訪問薬剤管理指導料);***** 同居する同一世帯の患者が2人以上 訪問薬剤管理指導を行う患者数が当該建築物の戸数の10%以下 当該建築物戸数が20戸未満で訪問薬剤管理指導を行う患者が2人以下 ユニット数が3以下の認知症対応型共同生活介護事業所		
27	15 15の2	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料	(訪問薬剤管理指導を主に実施している保険薬局(以下「在宅基幹薬局」という。))に代わって連携する他の薬局(以下「在宅協力薬局」という。))が訪問薬剤管理指導を実施し、在宅患者訪問薬剤管理指導料又は在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を算定した場合) 在宅基幹薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付及び在宅協力薬局名を記載すること。	850100379 830100448 850100380 830100449	(在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 (在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者訪問薬剤管理指導料); ***** (在宅基幹薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 (在宅基幹薬局)在宅協力薬局名(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料); *****		
28	15 15の2	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料	(在宅基幹薬局に代わって在宅協力薬局が訪問薬剤管理指導(この場合においては、介護保険における居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を含む。))を実施した場合であって、処方箋が交付されている場合) 在宅協力薬局は当該訪問薬剤管理指導を実施した日付を記載すること。	850100381 850100382	(在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 (在宅協力薬局)実施年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
29	15 15の2 15の3	在宅患者訪問薬 剤管理指導料 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料 在宅患者緊急時 等共同指導料	(介護老人福祉施設(特別養護老人ホーム))の入所者であって末期の悪性腫瘍の患者に対して実施した場合) 訪問薬剤管理指導等を実施した日付を記載すること。	850190257 850190259 850190261	(特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 (特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日 (特養のがん末期の患者)訪問指導年月日(在宅患者緊急時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日	※ ※ ※	
30	15の2	在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料1 在宅患者緊急訪 問薬剤管理指導 料2	(末期の悪性腫瘍の患者又は注射による麻薬の投与が必要な患者に対して実施する場合であって、1と2及び服薬管理指導料4のハ)を合わせて月8回を超えて算定する場合) 当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101265 820101266 820101267 830100913 820101268 820101269 820101270	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1):その他;***** 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍患者に対する麻薬以外の処方 訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):悪性腫瘍以外の患者に対する麻薬の処方	※ ※ ※ ※ ※ ※ ※	

項番	区分	調剤行為 名称等	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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
				830100914	訪問が必要であった理由(在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2):その他:*****		※
31	15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2	(在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定していない月に在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定する場合) 最近の在宅患者訪問薬剤管理指導料、居宅療養管理指導及び介護予防居宅療養管理指導費を算定した年月日を記載すること。	850100383	直近算定年月日(訪問薬剤管理指導):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
32	15の3	夜間訪問加算 休日訪問加算 深夜訪問加算	処方箋を受け付けた年月日及び時刻、訪問指導した年月日及び時刻を記載すること。	850190262	保険医から訪問指示があった年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100071	保険医から訪問指示があった時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190263	訪問指導年月日(夜間訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100072	訪問指導時刻(夜間訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190264	保険医から訪問指示があった年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100073	保険医から訪問指示があった時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190265	訪問指導年月日(休日訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100074	訪問指導時刻(休日訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190266	保険医から訪問指示があった年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100075	保険医から訪問指示があった時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分"		
				850190267	訪問指導年月日(深夜訪問加算):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				851100076	訪問指導時刻(深夜訪問加算):hh"時"mm"分"		
			当該訪問が必要であった理由を選択し記載すること。	820101271	訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):末期の悪性腫瘍患者であるため		
				820101272	訪問が必要であった理由(夜間・休日・深夜訪問加算):注射による麻薬の投与が必要な患者であるため		
33	15の4	退院時共同指導料	指導年月日、共同して指導を行った患者が入院する保険医療機関の保険医等の氏名及び保険医療機関の名称並びに退院後の在宅医療を担う保険医療機関の名称を記載すること。	850100385	指導年月日(退院時共同指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				830100450	患者が入院している保険医療機関の保険医等の氏名(退院時共同指導料):****		
				830100451	患者が入院している保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
				830100452	退院後の在宅医療を担う保険医療機関名(退院時共同指導料):*****		
34	15の5	服薬情報等提供料3	情報提供先の保険医療機関の名称及び診療科名を記載すること。 なお、情報提供先の保険医療機関の名称について、複数の保険医療機関に対して服薬情報等の提供を行った場合は各保険医療機関の名称を記載すること。診療科名については、同一保険医療機関の複数の診療科に対して服薬情報等の提供を行った場合に各診療科名を記載すること。	830100638	情報提供先の保険医療機関名(服薬情報等提供料3):*****		
				830100639	情報提供先の診療科名(服薬情報等提供料3):*****		
35	15の8	在宅移行初期管理料	(計画的な訪問薬剤管理指導を実施する前であって別の日に患者を訪問して実施した場合)訪問を実施した日付について、記載すること。 特に重点的な服薬支援を行う必要性があると判断した対象患者を選択し記載すること。	850190270	訪問を実施した年月日(在宅移行初期管理料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820101289	対象患者(在宅移行初期管理料):認知症患者、精神障害者である患者など自己による服薬管理が困難な患者		
				820101290	対象患者(在宅移行初期管理料):障害児である18歳未満の患者		
				820101291	対象患者(在宅移行初期管理料):6歳未満の乳幼児		
				820101292	対象患者(在宅移行初期管理料):末期のがん患者		
				820101293	対象患者(在宅移行初期管理料):注射による麻薬の投与が必要な患者		
36	15の9	訪問薬剤管理医師同時指導料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。また、同時訪問した保険医の保険医療機関の名称を記載すること。	850100608	訪問指導年月日(訪問薬剤管理医師同時指導料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				830100987	同時訪問した保険医の保険医療機関の名称(訪問薬剤管理医師同時指導料):*****		※
37	15の10	複数名薬剤管理指導訪問料	算定の対象となる訪問指導を行った年月日を記載すること。 また、処方医が複数名訪問が必要であると判断した建目について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	850100610	訪問指導年月日(複数名薬剤管理指導訪問料):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				820101937	処方箋記載により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)		※
				820101938	疑義照会により確認(複数名薬剤管理指導訪問料)		※
38	—	一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった場合	(一般名処方が行われた医薬品について後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった場合) その理由について、「患者の意向」、「保険薬局の備蓄」、「後発医薬品又はバイオ後続品なし」又は「その他」から最も当てはまる理由をひとつ記載すること。	820100373	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:患者の意向		
				820100374	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:保険薬局の備蓄		
				820100375	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:後発医薬品又はバイオ後続品なし		
				820100376	後発医薬品又はバイオ後続品を調剤しなかった理由:その他		
39		長期収載品の選定療養に関する取扱い	(長期収載品について、選定療養の対象とはせずに、保険給付する場合)理由のうち、該当するものを記載すること。 ①医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断したため ・ 長期収載品と後発医薬品で薬事上承認された効能・効果に差異がある場合であって、当該患者の疾病に対する治療において長期収載品を処方等する医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断する場合。 ・ 当該患者が後発医薬品を使用した際に、副作用や、他の医薬品との飲み合わせによる相互作用、先発医薬品との間で治療効果に差異があったと医師又は歯科医師が判断する場合であって、安全性の観点から長期収載品の処方等をする医療上の必要があると判断する場合。 ・ 学会が作成しているガイドラインにおいて、長期収載品を使用している患者について後発医薬品へ切り替えないことが推奨されており、それを踏まえ、医師又は歯科医師が長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ・ 後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を処方等する医療上の必要があると判断する場合。 ②後発医薬品の剤形では飲みにくい、吸湿性により一包化ができないなど、剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断する場合。ただし、単に剤形の好みによって長期収載品を選択することは含まれない。 ③後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難な場合。	820101325	医療上の必要があると医師又は歯科医師が判断したため(処方箋の「変更不可(医療上必要)」欄に「レ」又は「×」の記載があった場合等)		
				820101326	剤形上の違いにより、長期収載品を調剤する必要があると薬剤師が判断したため		
				820101324	後発医薬品の在庫状況等を踏まえ後発医薬品を提供することが困難なため		

項番	区分	調剤行為 名称等	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	紙レセの み記載	令和8年 6月1日 適用
40	—	長期の旅行等特殊の事情がある場合に、日数制限を超えて投与された場合	長期の旅行等特殊の事情がある場合において、必要があると認められ、投薬量が1回14日分を限度とされる内服薬及び外用薬であって14日を超えて投与された場合は、処方箋の備考欄に記載されている長期投与の理由について、「海外への渡航」、「年末・年始又は連休」又は「その他」からもっとも当てはまるものをひとつ記載すること。「その他」を選択した場合は具体的な理由を記載すること。	820100795	長期投与の理由:海外への渡航(年末・年始又は連休に該当するものは除く。)		
				820100796	長期投与の理由:年末・年始又は連休		
				830100453	長期投与の理由:その他理由:*****		
41	—	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	63枚を超えて鎮痛・消炎に係る効能・効果を有する貼付剤(ただし、麻薬若しくは向精神薬であるもの又は専ら皮膚疾患に用いるものを除く。以下同じ。)が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、処方医が当該貼付剤の投与が必要であると判断した趣旨について、処方箋の記載により確認した旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820100377	処方箋記載により確認(63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		
				820100378	疑義照会により確認(63枚を超えて鎮痛・消炎に係る貼付剤が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		
42	—	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合	栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合は、手術後の患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨又は疑義により栄養補給を行っている患者に栄養保持を目的とした医薬品を投与した旨、処方医が当該栄養保持を目的とした医薬品の投与が必要であると判断した理由について処方箋の記載により確認した患者はその旨又は疑義照会により確認した旨を記載すること。	820101929	処方箋記載により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		※
				820101930	疑義照会により確認(栄養保持を目的とした医薬品が処方されている処方箋に基づき調剤を行った場合)		※
43	—	介護保険に相当するサービスを行った場合に、当該患者が要介護者又は要支援者である場合	居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費により訪問指導を行った日を記載すること。 要支援度及び要介護度(月末時点)を選択し、記載すること。	850190271	訪問指導年月日(居宅療養管理指導費):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		
				820101294	要支援1		
				820101295	要支援2		
				820101296	要介護1		
				820101297	要介護2		
				820101298	要介護3		
				820101299	要介護4		
				820101300	要介護5		
44	-	プログラム医療機器の評価療養に関する取扱い	「器評」と記載し、当該プログラム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こと。	820000095	(器評)		
				820101251	第1段階承認後のプログラム医療機器		
				820101252	チャレンジ申請による再評価を目指すプログラム医療機器		
45	—	プログラム医療機器の選定療養に関する取扱い	「器選」と記載し、当該プログラム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こと。	820101253	(器選)		
				820101254	保険適用期間を超えたプログラム医療機器		
46	10の2	調剤管理料	(内服薬が長期処方(28日以上)されている患者であって、減数調剤を行うことにより、実際の調剤する内服薬の投与日数が1日分以上かつ27日分以下となり、調剤管理料1のイを算定する場合)減数調剤を実施した年月日、減数調剤を実施した薬剤名及び調整前の日数を記載すること。	850100617	減数調剤を実施した年月日(調剤管理料1のイ):(元号)yy"年"mm"月"dd"日		※
				830100999	減数調剤を実施した薬剤名(調剤管理料1のイ):****		※
				842100125	調整前の日数(調剤管理料1のイ):****"日分"		※
47	-	近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品を調剤する場合	(厚生労働大臣が定める評価療養、患者申出療養、選定療養及び一部保険外療養第2条第16号に基づき薬剤名を記載すること。	830101000	薬剤名(近視の進行抑制を効能又は効果とする医薬品):*****		※

※「記載事項」欄における括弧書きは、該当する場合に記載する事項であること。

※「記載事項」欄の記載事項は、「摘要」欄へ記載するものであること。

※「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」に基づき請求する場合、「紙レセのみ記載」列の○の記載事項については、請求上、該当する「レセプト電算処理システム用コード」の記録により必然的に記載される内容になるので、別途コメントとしての記載は不要であること。

診療録等の記載上の注意事項

第 1 一般的事項

- 1 診療録、歯科診療録及び処方箋（以下「診療録等」という。）の様式については、「保険医療機関及び保険医療費担当規則」（昭和 32 年厚生省令第 15 号）によるものであること。保険薬局に分割調剤を指示する場合は、様式第二号の二を用いること。
- 2 処方箋の用紙は、A 列 5 番を標準とすること。なお、診療録及び歯科診療録の用紙については、用紙の大きさに特段の定めはないが、A 列 4 番とすることが望ましいものであること。
- 3 医療保険単独の者に係る診療録等については公費負担医療に係る欄は空欄のままとし、公費負担医療単独の者に係る診療録等については療養の給付に係る欄は空欄のままとして差し支えないこと。
- 4 公費負担医療に係る診療録等については、「保険医療機関」とあるのは公費負担医療の担当医療機関と、「保険医氏名」とあるのは公費負担医療の担当医氏名と読み替えるものであること。

第 2 診療録等の記載上の注意事項（共通）

1 「公費負担者番号」欄について

- (1) 医療券等に記入されている公費負担者番号 8 桁を記載すること（別添 2「保険者番号、公費負担者番号・公費負担医療の受給者番号並びに医療機関コード及び薬局コード設定要領（以下「設定要領」という。）の第 2 を参照）。
- (2) 1 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、当該公費負担医療に係る分は左上部の該当欄に記載すること（以下左上部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 1 公費」という。）。
- (3) 2 種の公費負担医療が医療保険と併用される場合は、別添 2 の別表 1「法別番号及び制度の略称表」に示す順番により、先順位の公費負担医療を「第 1 公費」とし、後順位の公費負担医療に係る分は右下部の該当欄（歯科診療録にあっては「備考」欄。以下同じ。）に記載すること（以下右下部の該当欄に記載される公費負担医療を「第 2 公費」という。）。
- (4) 公費負担医療単独の場合は、左上部の該当欄に記載すること。
- (5) 公費負担医療のみが 2 種併用される場合は、第 1 公費に係るものは左上部の該当欄に、第 2 公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法による医療扶助、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者総合支援法による精神通院医療等の 3 種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあっては、生活保護法による医療扶助に係る公費負担者番号は「保険者番号」欄に、公費負担医療の受給者番号は「被保険者資格に係る記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者総合支援法による精神通院医療等に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

- (6) 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が変更となった場合は、変更前の公費負担医療に係る分は第 1 公費とし、変更後の公費負担医療に係る分は第 2 公費として取り扱うものとする。

なお、該当欄に書ききれない場合は、「備考」欄に記載すること。

2 「公費負担医療の受給者番号」欄について

局より支給させる場合は名称及びセット数等を記載すること。

(5) 処方医が処方箋に記載した医薬品の一部又はすべてについて、医療上の必要性があるため、後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、差し支えがあると判断した医薬品ごとに「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載し、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても変更不可であることが明確に分かるように記載すること。この場合において、「患者希望」欄には「✓」又は「×」は記載しないこと。なお、一般名処方の趣旨からして、一般名処方に対して「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」が記載されることはあり得ないものであること。

(6) 処方医が処方箋に記載した医薬品のうち(5)に基づいて「変更不可（医療上必要）」欄に「✓」又は「×」を記載していないもののうち、当該医薬品と含量規格が異なる後発医薬品又は類似する別剤形（※）の後発医薬品への変更に差し支えがあると判断したときには、「備考」欄中の「保険医署名」欄に署名等を行うとともに、当該医薬品の銘柄名の近傍に「含量規格変更不可」又は「剤形変更不可」と記載するなど、患者及び処方箋に基づき調剤を行う保険薬局の保険薬剤師のいずれに対しても含量規格変更不可又は剤形変更不可であることが明確に分かるように記載すること。

※ 類似する別剤形の医薬品とは、内服薬であって、次の各号に掲げる分類の範囲内の他の医薬品をいう。

ア 錠剤（普通錠）、錠剤（口腔内崩壊錠）、カプセル剤、丸剤

イ 散剤、顆粒剤、細粒剤、末剤、ドライシロップ剤（内服用固形剤として調剤する場合に限る。）

ウ 液剤、シロップ剤、ドライシロップ剤（内服用液剤として調剤する場合に限る。）

(7) 患者の希望を踏まえ、長期収載品を銘柄名処方する場合には、「患者希望」欄に「✓」又は「×」を記載すること。

(8) 要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品を処方する場合には、「一部保険外療養」欄に、一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は「○」を、特別の料金の対象外である場合は「—」を記載すること。

(9) リフィル処方を行う場合には、「処方」欄の「リフィル可」欄に「✓」を記載するとともに、総使用回数（上限3回）を記載すること。なお、「処方」欄には、リフィル処方箋1回の使用による投与日数（回数）等を記載すること。

(10) 外用薬をリフィル処方する場合について、1回当たりの使用量及び1日当たりの使用回数を記載した場合であっても、必ず投与日数を記入すること。

(11) なお、内服薬の処方箋への記載に当たっては、「内服薬処方せんの記載方法の在り方に関する検討会報告書の公表について」（平成22年1月29日付医政発0129第3号・薬食発0129第5号）も参考にされたい。

8 「備考」欄について

(1) 保険薬局が調剤を行うに当たって留意すべき事項等を記載すること。

(2) 麻薬を処方する場合には、麻薬及び向精神薬取締法（昭和28年法律第14号）第27条に規定する事項のうち、患者の住所及び麻薬施用者の免許証の番号を記載すること。

5

<抄>

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 日

関 係 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書
の交付について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生（支）局長及び都道府県知事あ
て通知しましたので、別添団体各位におかれましても、関係者に対し周知を図
られますよう協力方お願いいたします。

保 発 0930 第 2 号
令和 8 年 9 月 30 日

地方厚生（支）局長

殿

都 道 府 県 知 事

厚生労働省保険局長
（ 公 印 省 略 ）

医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について

標記については、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費等の請求を行うこと（以下「レセプト電子請求」という。）が義務付けられた保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者において、義務付けられているところであるが、今般、「健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示」（令和 8 年厚生労働省告示第 360 号）が告示され、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養が令和 9 年 3 月 1 日から施行されることとされた。

これに併せ、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（令和 8 年 3 月 5 日保発 0305 第 18 号。以下「旧通知」という。）の一部を変更し、令和 9 年 3 月 1 日から適用することとするので、御了知の上、管内保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者に対し、周知徹底を図られたい。なお、旧通知については、令和 9 年 2 月 28 日限りで廃止する。

記

- 1 保険医療機関及び保険薬局に交付が義務付けられる領収証は、医科診療報酬及び歯科診療報酬にあつては点数表の各部単位で、調剤報酬にあつては点数表の各節単位で金額の内訳の分かるものとし、医科診療報酬については別紙様式 1 を、歯科診療報酬については別紙様式 2 を、調剤報酬については別紙様式 3 を標準とすること。
- 2 指定訪問看護事業者については、健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 88 条第 9 項及び健康保険法施行規則（大正 15 年内務省令第 36 号）第 72 条の規定により、患者から指定訪問看護に要した費用の支払を受ける際、個別の費用ごとに区分して記載した領収証を交付しなければならないこととされているが、指定訪問看護事業者にあつても、保険医療機関及び保険薬局と同様に、正当な理由がない限り無償で交付しなければならないものであるとともに、交付が義務付けられている領収証は、指定訪問看護の費用額算定表における訪問看護基本療養費、訪問看護管理療養費、訪問看護情報提供療養費、包括型訪問看護療養費、訪問看護ターミナルケア療養費、訪問看護遠隔診療補助料、訪問看護ベースアップ評価料及び訪問看護物価対応料の別に

金額の内訳の分かるものとし、別紙様式4を標準とするものであること。

3 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関（正当な理由を有する診療所を除く。）及び保険薬局については、領収証を交付するに当たっては、明細書が無償で交付しなければならないこと。その際、病名告知や患者のプライバシーにも配慮するため、明細書を発行する旨を院内掲示等により明示するとともに、会計窓口「明細書には薬剤の名称や行った検査の名称が記載されます。ご家族の方が代理で会計を行う場合のその代理の方への交付も含めて、明細書の交付を希望しない場合は事前に申し出て下さい。」と掲示すること等を通じて、その意向を的確に確認できるようにすること。院内掲示は別紙様式7を参考とすること。

4 3の「正当な理由」に該当する診療所については、患者から明細書の発行を求められた場合には明細書を交付しなければならないものであり、「正当な理由」に該当する旨及び希望する患者には明細書を発行する旨（明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ若しくは自動入金機の改修時期を含む。）を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。

- （1）明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合
- （2）自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

5 レセプト電子請求が義務付けられた保険医療機関、保険薬局及び指定訪問看護事業者は、公費負担医療の対象である患者等、一部負担金等の支払いがない患者（当該患者の療養に要する費用の負担の全額が公費により行われるものを除く。）についても、明細書が無償で発行しなければならないこと。ただし、明細書を常に交付することが困難であることについて正当な理由がある診療所については患者から求められたときに交付することで足りるものとする。なお、院内掲示等については、3と同様に取り扱うこと。

6 5の「正当な理由」に該当する診療所については、「正当な理由」に該当する旨並びに明細書を発行する場合には費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額、当該金額が1,000円を超える場合には料金設定の根拠及びレセプトコンピュータ又は自動入金機の改修時期を院内掲示等で明示するとともに、別紙届出様式により、地方厚生（支）局長に届出を行うこと。ただし、4により届出を行っている診療所については、別途届出を行うことは要しないこと。院内掲示等の例は別紙様式8を参考とすること。なお、「正当な理由」に該当する診療所とは、以下に該当する場合であること。

- （1）一部負担金等の支払いがない患者に対応した明細書発行機能が付与されていないレセプトコンピュータを使用している場合
- （2）自動入金機を使用しており、自動入金機で明細書発行を行おうとした場合には、自動入金機の改修が必要な場合

7 明細書については、療養の給付に係る一部負担金等の費用の算定の基礎となった項目（5の場合にあっては、療養に要する費用の請求に係る計算の基礎となった項目）ごとに明細が記載

されているものとし、具体的には、個別の診療報酬点数又は調剤報酬点数の算定項目（投薬等に係る薬剤又は保険医療材料の名称を含む。以下同じ。）が分かるものであること。なお、明細書の様式は別紙様式5を標準とするものであるが、このほか、診療報酬明細書又は調剤報酬明細書の様式を活用し、明細書としての発行年月日等の必要な情報を付した上で発行した場合にも、明細書が発行されたものとして取り扱うものとする。

さらに、明細書の発行が義務付けられた保険医療機関及び保険薬局において、無償で発行する領収証に個別の診療報酬点数の算定項目が分かる明細が記載されている場合には、明細書が発行されたものとして取り扱うこととし、当該保険医療機関及び保険薬局において患者から明細書発行の求めがあった場合にも、別に明細書を発行する必要はないこと。

- 8 レセプト電子請求が義務付けられていない保険医療機関及び保険薬局については、医療の透明化や患者への情報提供を積極的に推進していく必要がある一方で、明細書を即時に発行する基盤が整っていないと考えられることから、当該保険医療機関及び保険薬局の明細書発行に関する状況（明細書発行の有無、明細書発行の手続き、費用徴収の有無、費用徴収を行う場合の金額を含む。）を院内又は薬局内に掲示すること。院内掲示等の例は別紙様式9を参考とすること。
- 9 患者から診断群分類点数に関し明細書の発行を求められた場合は、入院中に使用された医薬品、行われた検査について、その名称を付記することを原則とし、その明細書の様式は別紙様式6を参考とするものであること。
- 10 指定訪問看護事業者においては、領収証兼明細書は無償で交付すること。領収証兼明細書の様式は別紙様式4を参考とするものであること。
- 11 明細書の発行の際の費用について、仮に費用を徴収する場合にあっても、実費相当とするなど、社会的に妥当適切な範囲とすることが適当であり、実質的に明細書の入手の妨げとなるような高額の料金を設定してはならないものであること。特に、現在の状況等を踏まえれば、例えば、1,000円を超えるような額は、実費相当としてふさわしくないものであること。
- 12 明細書の記載内容が毎回同一であるとの理由により、明細書の発行を希望しない患者に対しても、診療内容が変更された場合等、明細書の記載内容が変更される場合には、その旨を患者に情報提供するよう努めること。
- 13 「正当な理由」に該当する診療所において着実に明細書の無償発行体制を整備するため、当該診療所は、4及び6の届出の記載事項について、毎年8月1日現在の状況の報告を行うこと。
- 14 「正当な理由」については、令和10年以降の標準型レセプトコンピュータ提供が実施される時期を目途に廃止する予定であることに留意すること。
- 15 明細書の発行状況に関し、院内掲示することとされている事項については、原則として、ウェブサイトに掲載しなければならないこと。ただし、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。

(別紙様式3)

(調剤報酬の例)

領 収 証

患者番号	氏 名
	様

領収証N o.	発 行 日	費 用 区 分	負担割合	本・家
	年 月 日			

保 険	調剤技術料	薬学管理料	薬剤料	特定保険医療材料料	その他
	点	点	点	点	点

保険外 負 担	評価療養・選定療養 ・一部保険外療養等	その他
	(内訳)	(内訳)

	保 険	保険外負担
合 計	円	円
負担額	円	円
領収額 合 計	円	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇薬局 〇 〇 〇 〇

領収印

調剤明細書(記載例)

調剤		保険	
患者番号		氏名	〇〇 〇〇 様
		調剤日	YYYY/MM/DD

区分	項 目 名	点 数	備考
調剤技術料	調剤基本料	〇〇	
	地域支援・医薬品供給対応体制加算1	〇〇	
	調剤料		
	内服薬(28日分)	〇〇	
	内服薬(14日分)	〇〇	
	屯服薬	〇〇	
薬学管理料	服薬管理指導料	〇〇	
	特定薬剤管理指導加算1	〇〇	
薬剤料	A錠 1日2錠×28日分	〇〇	後発医薬品
	B錠 1日1錠×14日分	〇〇	
	C錠 1回1錠×5回分	〇〇	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇薬局 〇〇 〇〇

⑥

<抄>

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 日

関 係 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の
処方又は調剤に係る一部保険外療養の明細書の記載例について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)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)あて通知しましたので、別添団体各位におかれましても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 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） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の
処方又は調剤に係る一部保険外療養の明細書の記載例について

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養（以下単に「一部保険外療養」という。）の施行に向けて、「医療費の内容の分かる領収証及び個別の診療報酬の算定項目の分かる明細書の交付について」（令和 8 年 9 月 30 日付け保発 0930 第 2 号）を示したところであるが、一部保険外療養に係る明細書の記載例について、別添のとおり示すこととしたため、参考にされたい。

なお、別添はあくまで記載例であるが、一部保険外療養のみならず、選定療養、評価療養又は患者申出療養が同一の会計に含まれる場合にあっては、領収証又は明細書において個別に記載すること。

調剤明細書(記載例)

調剤		保険	
患者番号		氏名	〇〇 〇〇 様
調剤日		YYYY/MM/DD	

区分	項 目 名	点 数	備考
調剤技術料	調剤基本料	〇〇	
	地域支援・医薬品供給対応体制加算1	〇〇	
	調剤料		
	内服薬(28日分)	〇〇	
	内服薬(14日分)	〇〇	
	屯服薬	〇〇	
薬学管理料	服薬管理指導料	〇〇	
	特定薬剤管理指導加算1	〇〇	
薬剤料	A錠(類) 1日2錠×28日分	〇〇	
	B錠 1日1錠×14日分	〇〇	
	C錠 1回1錠×5回分	〇〇	
一部保険外療養	一部保険外療養に係る患者負担額	〇〇円	

※厚生労働省が定める診療報酬や薬価等には、医療機関等が仕入れ時に負担する消費税が反映されています。

東京都〇〇区〇〇 〇-〇-〇
〇〇〇薬局 〇〇 〇〇

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 日

系 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の
処方又は調剤に係る一部保険外療養における費用の計算方法について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主
管部(局)国民健康保険主管課(部)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)あて通知しましたので、別添団体各位におかれましても、
関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 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） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の
処方又は調剤に係る一部保険外療養における費用の計算方法について

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養における保険外併用療養費及び特別の料金の額の計算方法については、「療担規則及び薬担規則並びに療担基準に基づき厚生労働大臣が定める揭示事項等」及び「保険外併用療養費に係る厚生労働大臣が定める医薬品等」の実施上の留意事項について」（平成 18 年 3 月 13 日付け保医発第 0313003 号）の第 3 の 32 においてお示したところであるが、その具体的な計算方法は次のとおりであるので、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関、保険薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

なお、一部保険外療養に係る特別の料金に対する消費税の取扱いについては、今後の税制改正に係る議論を踏まえ、本年末を目途に追ってお示しする。

記

第 1 計算方法の概要

1 基本的な考え方

- 患者の診療に係る費用は、大きく次の（１）及び（２）から構成される。
 - （１） 一部保険外療養の「特別の料金」となる費用（要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品（以下「対象医薬品」という。）の価格（使用薬剤の薬価）の 4 分の 1 に相当する費用）
 - （２） 一部保険外療養を除く保険対象となる費用（保険外併用療養費と患者自己負担の合計額）
- 患者負担の総額は、（１）の一部保険外療養の「特別の料金」と、（２）のうち「患

者自己負担」の合計となる。

- 費用の計算に用いる数値のうち、医薬品の規格単位ごとの、「対象医薬品の価格の4分の1」と、「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、厚生労働省ホームページで公表している対象医薬品リスト（以下「厚労省マスタ」という。）において示す数値を用いる。

2 計算の手順

1 の基本的な考え方を踏まえた計算の手順は次のとおり。

(1) 一部保険外療養による「特別の料金」となる費用（対象医薬品の価格の4分の1に相当する費用）

- ① 対象医薬品の規格単位ごとの「対象医薬品の価格の4分の1」の価格を用いる。（厚労省マスタで「対象医薬品の価格の4分の1に相当する費用」として公表）（単位：円）
- ② ①の価格に基づき、投薬全量（処方箋に基づいて患者に交付される対象医薬品の合計量。例えば内服薬（錠剤）の場合、投薬全量＝1回○錠×1日○回×○日分となる。）を乗じる。（単位：円）
- ③ ②の額（同一の処方又は調剤（院外処方の場合は、同一の処方箋をいう。）に対象医薬品が複数含まれる場合は、これらを合算した額）が10円以上である場合において、5円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げる。②の額が10円未満であるときは、これを10円に切り上げる。（単位：円）

(2) 一部保険外療養を除く保険対象となる費用（保険外併用療養費と患者自己負担の合計額）

- ① 対象医薬品の規格単位ごとの「一部保険外療養を除く保険対象となる費用」に係る価格を用いる。（厚労省マスタで「保険外併用療養費の算出に用いる価格」として公表）（単位：円）
- ② ①の価格に基づき、数量等を踏まえ診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定告示」という。）の例により薬剤料に係る点数を算定（単位：点）
- ③ ②の対象医薬品の薬剤料に係る点数に10円を乗じる。（単位：円）（※）
- ④ ③に、患者に応じた自己負担率を乗じた額が「患者自己負担」となり（単位：円）、③に、1から自己負担率を控除した率を乗じた額が「保険外併用療養費」となる。
- (※) 当該対象医薬品に係る分

(3) 患者負担の総額

2 (2) ④で求めた「患者自己負担」の額に2 (1) ③で求めた「特別の料金」を加えた額が「患者負担の総額」となる。

第2 詳細な計算方法

1 「特別の料金」に係る費用の計算方法

第1の2(1)①で公表されている「対象医薬品の価格の4分の1」の額を用い、投薬全量を乗じて「特別の料金」を算定する。なお、「特別の料金」の算定に当たっては、算定告示の例により薬価を点数に換算する手順はとらないこと、「対象医薬品の価格の4分の1」について薬価改定等に伴い国が更新した場合、特別の料金を患者に求める時点で有効な「対象医薬品の価格の4分の1」を使用し、計算すること（「保険外併用療養費の算出に用いる価格」についても同様）に留意すること。

算式

「特別の料金」に係る費用（A）

＝対象医薬品の価格の4分の1×投薬全量（円）

※（A）が10円以上である場合において、5円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げる。（A）の額が10円未満であるときは、これを10円に切り上げる。

2 一部保険外療養を除く保険対象となる費用の計算方法

一部保険外療養を除く保険対象となる費用は、以下のとおり計算されるものである。

(1) 第1の2(2)①で公表されている「保険外併用療養費の算出に用いる価格」を用いて算定告示の例により薬剤料に係る点数を算定する。なお、点数は算定告示における所定単位ごとに算定するため、以下の点に留意すること。

ア 所定単位に一部保険外療養の対象となる対象医薬品が複数含まれる場合にあっては、各対象医薬品について「保険外併用療養費の算出に用いる価格」（当該対象医薬品が内服薬の場合、1日の処方又は調剤における数量を乗じた額）を合算した上で点数を算定すること。

イ 所定単位に一部保険外療養の対象となる対象医薬品以外の医薬品が含まれる場合にあっては、当該一部保険外療養の対象となる対象医薬品以外の医薬品の規格単位ごとの薬価（当該対象医薬品が内服薬の場合、1日の処方又は調剤における数量を乗じた額）を合算した上で点数を算定すること。

ウ 一部保険外療養の対象となる所定単位が複数存在する場合は、所定単位ごとに点数を算定し、当該算定後に各点数を合算すること。

(2) 上記(1)で算定した「「保険外併用療養費の算出に用いる価格」に係る点数」に、10円を乗じて得た額が、「一部保険外療養を除く保険対象となる費用（以下「B」という。）」である。

算式

一部保険外療養を除く保険対象となる費用（B）

＝「保険外併用療養費の算出に用いる価格」に係る点数×10（円）

(3) 患者自己負担の計算方法

上記で求めたBに自己負担率を乗じ、保険対象となる費用のうち患者自己負担（以下「C」という。）を求める。

算式

$$\text{患者自己負担 (C)} = B \times \text{自己負担率} \quad (\text{円})$$

(参考) 保険外併用療養費の計算方法

Bに1から自己負担率を控除した率を乗じると、保険外併用療養費となる。

算式

$$\text{保険外併用療養費} = B \times (1 - \text{自己負担率}) \quad (\text{円})$$

(4) 患者負担の総額の計算方法

患者負担の総額は、1で求めたAと(3)で求めたCの合計となる。

第3 厚労省マスタについて

厚労省マスタにおける「対象医薬品の価格の4分の1」及び「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、以下のとおり計算した数値を公表する。

1 「対象医薬品の価格の4分の1」

対象医薬品の価格の4分の1（小数第3位を四捨五入する。）の数値を用いる。

ただし、薬価基準における対象医薬品の規格単位が1以外（例：消毒用エタノール（規格単位10mL））の品目については、小数第2位を四捨五入したものをを用いる。

(計算例)

対象医薬品の規格単位ごとの薬価＝63.0 円の場合、価格の1／4は、15.75 円となる。

2 「保険外併用療養費の算出に用いる価格」

対象医薬品の規格単位ごとの薬価から、上記1で計算した価格を控除した価格を用いる。

(計算例) 1の場合

$$63.0 - 15.75 = 47.25 \text{ 円となる。}$$

第4 長期収載品の選定療養との関係について

一部保険外療養の対象医薬品であって、長期収載品でもある場合については、

- ・ 一部保険外療養の特別の料金の対象である場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象外
- ・ 一部保険外療養の特別の料金の対象外である場合で、患者の自己の選択で長期収載品を使用する場合は、長期収載品の選定療養の特別の料金の対象

という関係のため、同一の対象医薬品について、一部保険外療養と長期収載品の選定療養が重複して適用されることはない。

他方で、同一の処方又は調剤（院外処方の場合は、同一の処方箋をいう。）に一部保険外療養の対象医薬品と長期収載品がそれぞれ含まれる場合、一部保険外療養の特別の料金と長期収載品の選定療養の特別の料金の両方が生じることがある。

この場合の費用の額の計算方法については、それぞれの計算方法（長期収載品の選定療養については、「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について」の一部改正について」（令和8年9月30日厚生労働省保険局医療課事務連絡）を参照）に基づき計算することとするが、

- ・ 特別の料金の計算については、長期収載品の選定療養の特別の料金には消費税が課税されることから、一部保険外療養の特別の料金と長期収載品の選定療養の特別の料金をそれぞれ算出すること。
- ・ 保険対象となる費用の計算方法については、第2の2の（1）のとおり、所定単位ごとに合算して点数を算定すること。

に留意すること。

（参考）

○別添 対象医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養における費用の計算方法の例

○厚生労働省ホームページ「O T C類似薬の保険給付の在り方の見直しについて（O T C類似薬の一部保険外療養）」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/juuyou/kougakuiryou/index_00001.html

(別添) 一部保険外療養における費用の計算方法のイメージ①

●●錠（内服薬） 1日2錠30日分の場合

薬価基準収載 医薬品コード	品名	薬価	対象医薬品の価格の 4分の1	保険外併用療養費の 算出に用いる価格
●●●●	●●錠	16.50	4.13 [a]	12.37 [b]

特別の料金

患者自己負担

保険外併用療養費

患者負担の総額 (E)

保険対象となる費用 (B)

対象医薬品の
費用構造のイメージ

A 「特別の料金」に係る費用

1. 対象医薬品の価格の4分の1×投薬全量で計算

$$4.13\text{円 [a]} \times 1\text{回}1\text{錠} \times 1\text{日}2\text{回} \times 30\text{日} = 247.8\text{円} \approx 250\text{円}$$

B 一部保険外療養を除く保険対象となる費用

(注) 当該対象医薬品に係る費用のみ

1. 算定告示に基づき薬剤料に係る点数に換算

- ・ 所定単位（1剤1日分）あたり $12.37\text{円 [b]} \times 2\text{錠} = 24.74\text{円} \rightarrow 2\text{点}$
- ・ 30日分 $2\text{点} \times 30\text{日} = 60\text{点}$ ※ 保険適用分点数

2. 一部保険外療養を除く保険対象となる費用

$$60\text{点} \times 10\text{ (円/点)} = 600\text{円}$$

D 保険外併用療養費

$$B \times (1 - \text{自己負担率})$$

$$600\text{円} \times (1 - 0.30) = 420\text{円}$$

C 患者自己負担

$$B \times \text{自己負担率}$$

$$600\text{円} \times 0.30 = 180\text{円}$$

E 患者負担の総額

$$A + C$$

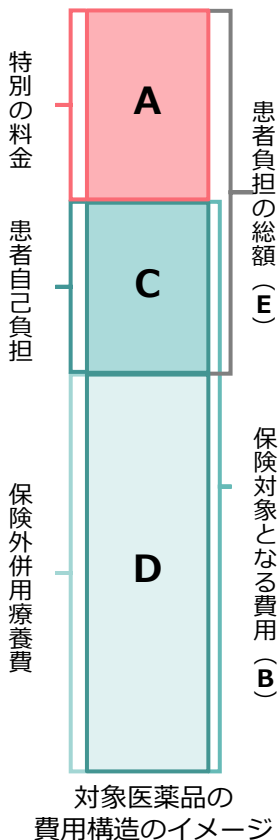
$$250\text{円} + 180\text{円} = 430\text{円}$$

※ 一部保険外療養に係る別途の負担に対する消費税の取扱いについては、現在、政府内で検討中。特別の料金は1の位を四捨五入する。

(別添) 一部保険外療養における費用の計算方法のイメージ②

●●クリーム（外用薬）25g/本を2本の場合

薬価基準収載 医薬品コード	品名	薬価	対象医薬品の価格の 4分の1	保険外併用療養費の 算出に用いる価格
●●●●	●●クリーム	11.90	2.98 【a】	8.92 【b】



A 「特別の料金」に係る費用

1. 対象医薬品の価格の4分の1×投薬全量で計算

$$2.98\text{円}【a】 \times 25\text{g} \times 2\text{本} = 149\text{円} \approx 150\text{円}$$

B 一部保険外療養を除く保険対象となる費用

(注) 当該対象医薬品に係る費用のみ

1. 算定告示に基づき薬剤料に係る点数に換算

・ 所定単位（1調剤）あたり $8.92\text{円}【b】 \times 25\text{g} \times 2\text{本} = 446\text{円} \rightarrow 45\text{点}$

※ 保険適用点数

2. 一部保険外療養を除く保険対象となる費用

$$45\text{点} \times 10\text{（円/点）} = 450\text{円}$$

D 保険外併用療養費

$$B \times (1 - \text{自己負担率})$$

$$450\text{円} \times (1 - 0.30) = 315\text{円}$$

C 患者自己負担

$$B \times \text{自己負担率}$$

$$450\text{円} \times 0.30 = 135\text{円} \approx 140\text{円}$$

E 患者負担の総額

$$A + C$$

$$150\text{円} + 140\text{円} = 290\text{円}$$

※ 一部保険外療養に係る別途の負担に対する消費税の取扱いについては、現在、政府内で検討中。特別の料金は1の位を四捨五入する。

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 日

関 係 団 体 御 中

厚生労働省保険局医療課

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の
処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)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)あて通知しましたので、別添団体各位におかれましても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 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） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の
処方又は調剤に係る一部保険外療養の対象医薬品等について

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養について」（令和 8 年 9 月 30 日付け保医発 0930 第 6 号）等において、その取扱いを示したところ、その対象となる具体的な医薬品について、下記のとおりであるため、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関・保険薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

1. 対象医薬品の考え方について

要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養において、対象とする医薬品については、要指導医薬品又は一般用医薬品と成分、投与経路が同一で、一日最大用量が異ならない医療用医薬品（以下「対象医薬品」という。）とする。

2. 対象医薬品リストについて

1 の考え方に基づき対象医薬品についてリストを作成し、厚生労働省ホームページで公表しているため、参照されたい（別添 1）。

3. 対象医薬品が特別の料金の対象外となる場合のリストについて

「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養について」で示したとおり、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養において

は、特別の料金の対象外となる者・療養があり、そのうち、

- ・ 類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態に対象医薬品を使用する場合
- ・ 妊婦、妊娠の可能性がある者及び授乳婦に対して特定の対象医薬品を使用する場合（妊婦及び妊娠の可能性がある者と授乳婦で対象となる対象医薬品がそれぞれ異なるため、留意すること。）

については、それぞれ該当する対象医薬品のリスト（類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態に対象医薬品を使用する場合については、該当する対象医薬品について特別の料金の対象外となる効能・効果又は傷病名の対応関係のリスト）を作成し、厚生労働省ホームページで公表しているため、参照されたい（別添２・３）。

なお、対象医薬品と特別の料金の対象外となる効能・効果又は傷病名の対応関係のリスト（別添２）中の対象医薬品と傷病名の対応関係については、あくまで参考であり、対象医薬品について本リストに記載していない傷病名に対して使用した場合であっても、類似の要指導医薬品又は一般用医薬品において承認されている効能・効果では対応できない状態に対象医薬品を使用する場合であれば、特別の料金の対象外となることに留意すること。

４．その他

一部保険外療養に係る診療報酬の請求に用いる医薬品マスターについては、厚生労働省の診療報酬情報提供サービスにおいて掲載しているため、参照されたい。

別添１ 対象医薬品リスト

別添２ 対象医薬品と特別の料金の対象外となる効能・効果又は傷病名の対応関係のリスト

別添３ 妊婦等が特別の料金の対象外となる対象医薬品リスト

（参考１） 厚生労働省ホームページ「ＯＴＣ類似薬の保険給付の在り方の見直しについて（ＯＴＣ類似薬の一部保険外療養）」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuuhoken/juuyou/kougakuiryuu/index_00001.html

（参考２） 厚生労働省 診療情報提供サービス

<https://shinryohoshu.mhlw.go.jp/shinryohoshu/searchMenu/doSearchInputYp>

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 日

関 係 団 体 御中

厚生労働省保険局医療課

「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における
費用の計算方法について」の一部改正について

標記につきまして、別紙のとおり、地方厚生(支)局医療課、都道府県民生主管部(局)国民健康保険主管課(部)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)あて通知しましたので、別添団体各位におかれましても、関係者に対し周知を図られますよう協力方お願いいたします。

事 務 連 絡
令和 8 年 9 月 30 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） 御中
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）

厚生労働省保険局医療課

「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について」の
一部改正について

長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における保険外併用療養費及び特別の料金の額の計算方法については、これまで「長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法について」（令和 6 年 7 月 12 日厚生労働省保険局医療課事務連絡（令和 8 年 3 月 27 日最終改正）。以下単に「事務連絡」という。）においてお示ししてきたところであるが、今般、「健康保険法等の一部を改正する法律の一部の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備に関する告示」（令和 8 年厚生労働省告示第 360 号）が告示され、要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養が令和 9 年 3 月 1 日から施行されることに合わせ、令和 9 年 3 月 1 日以降に長期収載品の選定療養に係る特別の料金を徴収する際に使用する計算方法を下記のとおり変更することとしたため、事務連絡を下記のように改め、令和 9 年 3 月 1 日から適用することとしたので、その取扱いに遺漏のないよう、保険医療機関、保険薬局、審査支払機関等に対し周知徹底を図られたい。

記

記以下を別添のとおり改める。

第1 計算方法の概要

1 基本的な考え方

- 患者の診療に係る費用は、大きく次の（１）及び（２）から構成される。
 - （１） 選定療養による「特別の料金」となる費用（長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1に相当する費用）
 - （２） 選定療養を除く保険対象となる費用（保険外併用療養費と患者自己負担の合計額）
- 患者負担の総額は、（１）である選定療養による「特別の料金」と、（２）のうち「患者自己負担」の合計となる。
- 費用の計算に用いる数値のうち、医薬品の規格単位ごとの、「長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1」と、「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、厚生労働省ホームページで公表している対象医薬品リスト（以下「厚労省マスタ」という。）において示す数値を用いる。

2 計算の手順

- 1の基本的な考え方を踏まえた計算の手順は次のようなイメージとなる。
 - （１） 選定療養による「特別の料金」となる費用（長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1に相当する費用）
 - ① 長期収載品の規格単位ごとの「長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1」の価格を用いる。（厚労省マスタで「長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1に相当する費用」として公表）（単位：円）
 - ② ①の価格に基づき、投薬全量を乗じる。（単位：円）
 - ③ ②の額（同一の処方又は調剤（院外処方の場合は、同一の処方箋をいう。）に対象医薬品が複数含まれる場合は、これらを合算した額）が10円以上である場合において、5円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5円以上10円未満の端数があるときはこれを10円に切り上げる。②の額が10円未満であるときは、これを10円に切り上げる。（単位：円）
 - ④ ③に消費税分を加える。（単位：円）
 - （２） 選定療養を除く保険対象となる費用（保険外併用療養費と患者自己負担の合計額）
 - ① 長期収載品の規格単位ごとの「選定療養を除く保険対象となる費用」に係る価格を用いる。（厚労省マスタで「保険外併用療養費の算出に用いる価格」として公表）（単位：円）
 - ② ①の価格に基づき、数量等を踏まえ診療報酬の算定方法（平成20年厚生労働省告示第59号。以下「算定告示」という。）の例により薬剤料に係る点数を算定（単位：点）

- ③ ②の長期収載品の薬剤料に係る点数に 10 円を乗じる。（単位：円）（※）
- ④ ③に、患者に応じた自己負担率を乗じた額が「患者自己負担」となり（単位：円）、③に、1 から自己負担率を控除した率を乗じた額が「保険外併用療養費」となる。
- （※） 当該長期収載品に係る分

（３） 患者負担の総額

- ２（２）④で求めた「患者自己負担」の額に２（１）④で求めた「特別の料金」を加えた額が「患者負担の総額」となる。

第２ 詳細な計算方法

（１） 「特別の料金」に係る費用の計算方法

「特別の料金」に係る費用は、以下のとおり計算する。

- 第１の２（１）①で公表されている「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」の額を用い、投薬全量に乗じて「特別の料金」を算定する。なお、「特別の料金」の算定に当たっては、算定告示の例により薬価を点数に換算する手順はとらないことに留意すること。
- 「特別の料金」は消費税の課税対象であるところ、「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」の額、及びこの額を用いて算定した額には消費税分は含まれていないため、上記１．で得た額に消費税分を加え、「特別の料金」に係る費用（以下「Ａ」という。）を求める。

算式

「特別の料金」に係る費用（Ａ）

$$=（「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」 \times 投薬全量）^{※} \times （1 + 消費税率）（円）$$

※ （「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」×投薬全量）が 10 円以上である場合において、5 円未満の端数があるときはこれを切り捨て、5 円以上 10 円未満の端数があるときはこれを 10 円に切り上げる。（「長期収載品と後発医薬品の価格差の２分の１」×投薬全量）の額が 10 円未満であるときは、これを 10 円に切り上げる。

（２） 選定療養を除く保険対象となる費用の計算方法

選定療養を除く保険対象となる費用は、以下のとおり計算されるものである。

- 第１の２（２）①で公表されている「保険外併用療養費の算出に用いる価格」を用いて算定告示の例により薬剤料に係る点数を算定する。なお、点数は算定告示における所定単位ごとに算定するため、以下の点に留意すること。
 - 所定単位に選定療養の対象となる長期収載品が複数含まれる場合にあつては、各長期収載品について「保険外併用療養費の算出に用いる価格」（当該長期

収載品が内服薬の場合、1日の処方等又は調剤における数量を乗じた額)を合算した上で点数を算定すること。

イ 所定単位に選定療養の対象となる長期収載品以外の医薬品が含まれる場合にあっては、当該選定療養の対象となる長期収載品以外の医薬品の規格単位ごとの薬価(当該長期収載品が内服薬の場合、1日の処方等又は調剤における数量を乗じた額)を合算した上で点数を算定すること。

ウ 選定療養の対象となる所定単位が複数存在する場合は、所定単位ごとに点数を算定し、当該算定後に各点数を合算すること。

2. 上記1.で算定した「選定療養の対象となる長期収載品の薬剤料に係る点数」に、10円を乗じて得た額が、「選定療養を除く保険対象となる費用(以下「B」という。)」である。

算式

選定療養を除く保険対象となる費用(B)

＝「保険外併用療養費の算出に用いる価格」に係る点数×10(円)

3. 患者自己負担の計算方法

上記で求めたBに自己負担率を乗じ、保険対象となる費用のうち患者自己負担(以下「C」という。)を求める。

算式

患者自己負担(C)＝B×自己負担率(円)

(参考) 保険外併用療養費の計算方法

Bに1から自己負担率を控除した率を乗じると、保険外併用療養費となる。

算式

保険外併用療養費＝B×(1－自己負担率)(円)

- (3) 患者負担の総額の計算方法

患者負担の総額は、(1)で求めたAと(2)で求めたCの合計となる。

第3 厚労省マスタについて

厚労省マスタにおける「長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1」及び「保険外併用療養費の算出に用いる価格」については、以下のとおり計算した数値を公表する。

- (1) 「長期収載品と後発医薬品の価格差の2分の1」

長期収載品と後発医薬品(該当する後発医薬品のうち最も薬価が高いもの)の価格差の2分の1の数値を用いる。ただし、薬価基準における長期収載品の規格単位が10(例：イソジン液10%(規格単位10%10mL))の品目については、小数第2位を四捨五入したものをを用いる。

(計算例)

長期収載品の規格単位ごとの薬価＝100.0 円

後発医薬品の規格単位ごとの薬価＝49.3 円の場合、

価格差の $1/2$ は、 $(100.0 - 49.3) \times 1/2 = 25.35$ 円となる。

(2) 「保険外併用療養費の算出に用いる価格」

長期収載品の規格単位ごとの薬価から、上記(1)で計算した価格を控除した価格を用いる。

(計算例) (1) の場合

$100.0 - 25.35 = 74.65$ 円となる。

第4 一部保険外療養との関係について

同一の処方又は調剤（院外処方の場合は、同一の処方箋をいう。）に選定療養の対象となる長期収載品と、一部保険外療養の対象となる対象医薬品が含まれている場合の費用の計算方法については、「要指導医薬品又は一般用医薬品との代替性が特に高い医療用医薬品の処方又は調剤に係る一部保険外療養における費用の計算方法について」（令和8年9月30日厚生労働省保険局医療課事務連絡）を参照すること。

(参考)

○別添1 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法（イメージ）

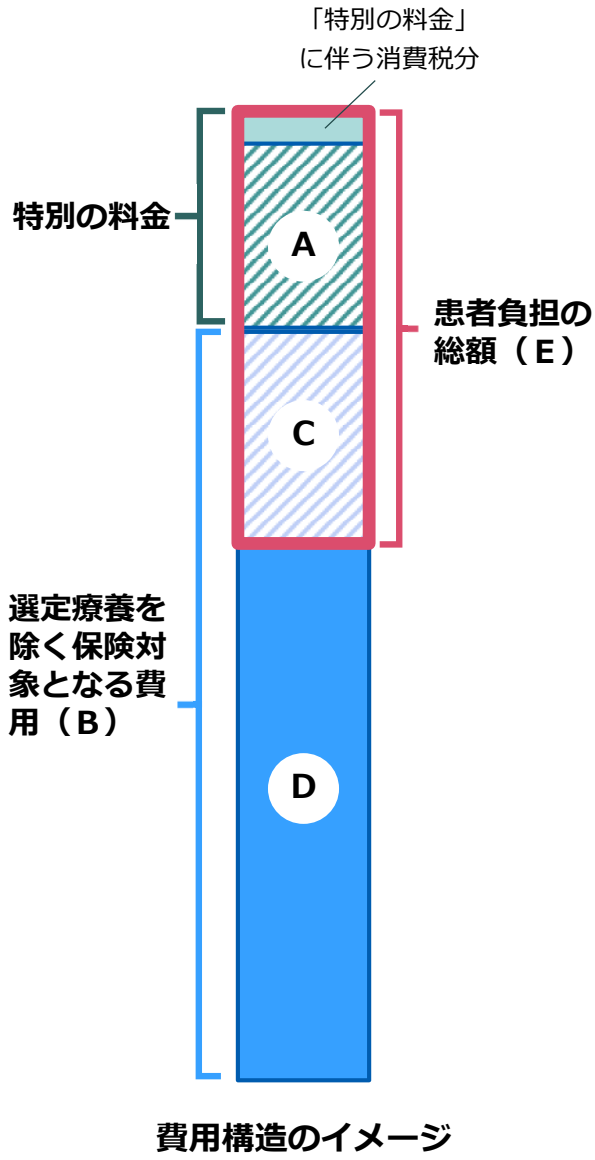
○別添2 計算の具体例（イメージ）

○厚労省マスタ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_39830.html

別添 1 長期収載品の処方等又は調剤に係る選定療養における費用の計算方法（イメージ）

<厚生労働省のホームページで公開されている「厚労省マスタ」>

薬価基準収載 医薬品コード	品名	薬価	後発医薬品 最高価格	長期収載品と後発医薬 品の価格差の2分の1	保険外併用療養費の 算出に用いる価格
●●●●	●●	●●●	●●●	●●●● 【a】	●●●● 【b】



A 「特別の料金」に係る費用

1. 【a】の値に投薬全量を乗じる。（単位：円）

2. 1. で求めた額に消費税を加える

$【a】 \times 投薬全量 \times (1 + 消費税率)$

B 選定療養を除く保険対象となる費用（※ 当該長期収載品に係る分）

1. 【b】の値を用い、数量等に応じて算定告示に基づき薬剤料（点）に換算する。

2. 選定療養を除く保険対象となる費用 **B**（円）は以下の算式で求める。

1. で求めた薬剤料（点） $\times 10$ （円/点）

D 保険外併用療養費

保険外併用療養費は以下の算式で求める。

$B \times (1 - 自己負担率)$

C 患者自己負担

患者の自己負担額は以下の算式で求める。

$B \times 自己負担率$



別添 2 計算の具体例（イメージ）

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

薬価基準収載 医薬品コード	品名	薬価	後発医薬品 最高価格	長期収載品と後発医薬 品の価格差の2分の1	保険外併用療養費の 算出に用いる価格
●●●●	XX錠 10mg	100.0	49.3	25.35 【a】	74.65 【b】

A 「特別の料金」に係る費用

「特別の料金」（※ 課税対象、消費税率 10%）

- ・ 25.35 円【a】 × 1 回 1 錠 × 1 日 2 回 × 30 日 = 1,521 円 ≒ **1,520 円**
※ 1 の位を四捨五入する。
- ・ 1,520 円 × (1+0.10) = **1,672 円**（消費税込み）

B 選定療養を除く保険対象となる費用

（注）当該長期収載品に係る分

1. 算定告示に基づき薬剤料に係る点数に換算

- ・ 所定単位（1 剤 1 日分）あたり 74.65 円【b】 × 2 錠 = 149.3 円 ➡ 15 点
- ・ 30 日分 15 点 × 30 日 = 450 点 ※ 保険適用分点数

2. 選定療養を除く保険対象となる費用

450 点 × 10（円/点） = **4,500 円**

D 保険外併用療養費

B × (1 - 自己負担率)
4,500 円 × (1 - 0.30) = 3,150 円

C 患者自己負担

B × 自己負担率
4,500 円 × 0.30 = 1,350 円

E 患者負担の総額

A + C
1,672 円 + 1,350 円 = 3,022 円