

『保険診療の手引』 2018 年 4 月版 正誤及び追補 (2018.9.27)

※本書発刊以降に新たに示された告示・通知を追補として■印で示している。

頁	訂正箇所	誤	正																														
■9	下から 2 行目	4. ※ 2 は <u>2018 年 10 月</u> に受領委任払い制度が導入される。	4. ※ 2 は <u>2019 年 1 月</u> に受領委任払い制度が導入される。																														
■60	高額療養費（負担限度額までの徴収時）の窓口確認が必要な認定証等 右のように訂正	高額療養費（負担限度額までの徴収時）の窓口確認が必要な認定証等（2018 年 8 月以降）																															
		<table><tr><th colspan="2">年齢と所得区分</th><th>外来・入院</th></tr><tr><td rowspan="3">70 歳未満 （後期高齢者除く）</td><td>低所得者（オ）</td><td>被保険者証（保険証）＋限度額適用・標準負担額減額認定証</td></tr><tr><td>一般所得（ウ）（エ） 上位所得者（ア）（イ）</td><td>被保険者証（保険証）＋<u>限度額適用認定証</u></td></tr><tr><td rowspan="4">70 歳～74 歳 高齢受給者 （後期高齢者除く）</td><td>低所得者Ⅰ</td><td>被保険者証（保険証）＋高齢受給者証＋<u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u></td></tr><tr><td>低所得者Ⅱ</td><td>被保険者証（保険証）＋<u>高齢受給者証</u></td></tr><tr><td>一般所得者</td><td>被保険者証（保険証）＋<u>高齢受給者証</u></td></tr><tr><td>現役並み所得Ⅰ、Ⅱ</td><td>被保険者証（保険証）＋高齢受給者証＋限度額適用認定証</td></tr><tr><td>現役並み所得Ⅲ</td><td>被保険者証（保険証）＋高齢受給者証</td></tr><tr><td rowspan="5">75 歳以上 65 歳以上で一定以上の障がい状態にある者 （後期高齢者）</td><td>低所得者Ⅰ</td><td>後期高齢者医療被保険者証＋<u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u></td></tr><tr><td>低所得者Ⅱ</td><td>後期高齢者医療被保険者証</td></tr><tr><td>一般所得者</td><td>後期高齢者医療被保険者証</td></tr><tr><td>現役並み所得Ⅰ、Ⅱ</td><td>後期高齢者医療被保険者証＋限度額適用認定証</td></tr><tr><td>現役並み所得Ⅲ</td><td>後期高齢者医療被保険者証</td></tr></table>		年齢と所得区分		外来・入院	70 歳未満 （後期高齢者除く）	低所得者（オ）	被保険者証（保険証）＋限度額適用・標準負担額減額認定証	一般所得（ウ）（エ） 上位所得者（ア）（イ）	被保険者証（保険証）＋ <u>限度額適用認定証</u>	70 歳～74 歳 高齢受給者 （後期高齢者除く）	低所得者Ⅰ	被保険者証（保険証）＋高齢受給者証＋ <u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u>	低所得者Ⅱ	被保険者証（保険証）＋ <u>高齢受給者証</u>	一般所得者	被保険者証（保険証）＋ <u>高齢受給者証</u>	現役並み所得Ⅰ、Ⅱ	被保険者証（保険証）＋高齢受給者証＋限度額適用認定証	現役並み所得Ⅲ	被保険者証（保険証）＋高齢受給者証	75 歳以上 65 歳以上で一定以上の障がい状態にある者 （後期高齢者）	低所得者Ⅰ	後期高齢者医療被保険者証＋ <u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u>	低所得者Ⅱ	後期高齢者医療被保険者証	一般所得者	後期高齢者医療被保険者証	現役並み所得Ⅰ、Ⅱ	後期高齢者医療被保険者証＋限度額適用認定証	現役並み所得Ⅲ	後期高齢者医療被保険者証
		年齢と所得区分		外来・入院																													
		70 歳未満 （後期高齢者除く）	低所得者（オ）	被保険者証（保険証）＋限度額適用・標準負担額減額認定証																													
			一般所得（ウ）（エ） 上位所得者（ア）（イ）	被保険者証（保険証）＋ <u>限度額適用認定証</u>																													
			70 歳～74 歳 高齢受給者 （後期高齢者除く）	低所得者Ⅰ	被保険者証（保険証）＋高齢受給者証＋ <u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u>																												
		低所得者Ⅱ		被保険者証（保険証）＋ <u>高齢受給者証</u>																													
		一般所得者		被保険者証（保険証）＋ <u>高齢受給者証</u>																													
		現役並み所得Ⅰ、Ⅱ		被保険者証（保険証）＋高齢受給者証＋限度額適用認定証																													
		現役並み所得Ⅲ	被保険者証（保険証）＋高齢受給者証																														
75 歳以上 65 歳以上で一定以上の障がい状態にある者 （後期高齢者）	低所得者Ⅰ	後期高齢者医療被保険者証＋ <u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u>																															
	低所得者Ⅱ	後期高齢者医療被保険者証																															
	一般所得者	後期高齢者医療被保険者証																															
	現役並み所得Ⅰ、Ⅱ	後期高齢者医療被保険者証＋限度額適用認定証																															
	現役並み所得Ⅲ	後期高齢者医療被保険者証																															
注 1：太字（ ）内のア～オは限度額適用認定証等に表示されている区分																																	
注 2：アンダーラインを付した認定証は、患者が保険者に申請して交付を受けておかなければならない																																	
注 3： 高齢受給者、後期高齢者の高額療養費の取扱いが変更されているので注意が必要																																	
■61	左段下から 23 行目	(13) 70 歳以上の高額療養費 2012（平成 24）年 4 月 1 日から 70 歳以上の患者の窓口負担について、被保険者が高齢受給者証、または後期高齢者被保険者証、限度額適用・標準負担額減額認定証を医療機関の窓口提出することにより、医療機関は高額療養費の自己負担限度額までを徴収すればよいことになっている（自己負担限度額を超えた分については現物給付）。なお、認定証は個人ごとに交付される。 70 歳以上の高額療養費の現物給付にあたっては、「特記事項」欄への記載は求められていないが、「低所得者の世帯」の限度額適用・標準負担額減額認定証（資料 3 ⇒P.66）（適用区分が「Ⅰ」、「Ⅱ」であるもの）が提示された場合には、「摘要」欄に「低所得Ⅰ」、「低所得Ⅱ」と記載する。 「療養の給付」欄については、高額療養費に該当する場合のみ一部負担金を記載する。	(13) 70 歳以上の高額療養費 2012（平成 24）年 4 月 1 日から 70 歳以上の患者の窓口負担について、被保険者が高齢受給者証、または後期高齢者被保険者証、 <u>限度額適用認定証</u> 、 <u>限度額適用・標準負担額減額認定証</u> を医療機関の窓口提出することにより、医療機関は高額療養費の自己負担限度額までを徴収すればよい（自己負担限度額を超えた分については現物給付）。なお、認定証は個人ごとに交付される。 70 歳以上の高額療養費の現物給付にあたっては、 <u>2018（平成 30）年 8 月の高額療養費の改定により、現役並み所得（Ⅰ）（Ⅱ）の患者も限度額適用認定証が必要になった。</u> また、 <u>限度額適用区分と「特記事項」欄の記号について、「特記事項」欄への記載が必要となった。</u> 区分と記号は上記 70 未満の表と同じ。なお、「低所得者の世帯」の限度額適用・標準負担額減額認定証（資料 3 ⇒P.66）（適用区分が「Ⅰ」、「Ⅱ」であるもの）が提示された場合には、「摘要」欄への「低所得Ⅰ」、「低所得Ⅱ」の記載が引き続き必要である。 「療養の給付」欄については、高額療養費に該当する場合のみ一部負担金を記載する。																														
68	<u>2</u> 患者負担割合（額）一覧 一般 表内	（国保） <u>市町村</u>	<u>都道府県</u>																														

■68	70 歳以上の高齢者（後期高齢者・高齢受給者） の表を右のように訂正	<table><tr><th rowspan="2">限度額適用区分※3</th><th rowspan="2">区分（年収）</th><th rowspan="2">一部負担割合</th><th colspan="2">レセプト単位</th></tr><tr><th>入院外（個人単位）</th><th>入院外+ 入院（世帯単位）</th></tr><tr><td rowspan="3">現役Ⅲ</td><td rowspan="3">年収約 1160 万円～ 健保：標報 83 万円以上 国保：課税所得 690 万円以上</td><td rowspan="3">3 割</td><td colspan="2">252,600 円+（医療費－842,000 円）× 1 % 多数該当：140,100 円</td></tr><tr><td colspan="2">167,400 円+（医療費－558,000 円）× 1 % 多数該当：93,000 円</td></tr><tr><td colspan="2">80,100 円+（医療費－267,000 円）× 1 % 多数該当：44,400 円</td></tr><tr><td>現役Ⅱ</td><td>年収 770 万～1160 万円 健保：標報 53～79 万円 国保：課税所得 380 万円以上</td><td rowspan="4">1 割 又は 2 割（※1、2）</td><td>18,000 円（※2） （年間上限 144,000 円）</td><td>57,600 円 多数該当：44,400 円</td></tr><tr><td>現役Ⅰ</td><td>年収 370 万～770 万円 健保：標報 28～50 万円 国保：課税所得 145 万円以上</td><td rowspan="3">8,000 円</td><td>24,600 円</td></tr><tr><td rowspan="2">一般</td><td rowspan="2">年収 156 万～約 370 万円 健保：標報 26 万円以下 国保：課税所得 145 万円未満（※4）</td><td>15,000 円</td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">低所得者Ⅱ</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2">低所得者Ⅰ</td><td></td><td></td><td></td></tr></table>				限度額適用区分※3	区分（年収）	一部負担割合	レセプト単位		入院外（個人単位）	入院外+ 入院（世帯単位）	現役Ⅲ	年収約 1160 万円～ 健保：標報 83 万円以上 国保：課税所得 690 万円以上	3 割	252,600 円+（医療費－842,000 円）× 1 % 多数該当：140,100 円		167,400 円+（医療費－558,000 円）× 1 % 多数該当：93,000 円		80,100 円+（医療費－267,000 円）× 1 % 多数該当：44,400 円		現役Ⅱ	年収 770 万～1160 万円 健保：標報 53～79 万円 国保：課税所得 380 万円以上	1 割 又は 2 割（※1、2）	18,000 円（※2） （年間上限 144,000 円）	57,600 円 多数該当：44,400 円	現役Ⅰ	年収 370 万～770 万円 健保：標報 28～50 万円 国保：課税所得 145 万円以上	8,000 円	24,600 円	一般	年収 156 万～約 370 万円 健保：標報 26 万円以下 国保：課税所得 145 万円未満（※4）	15,000 円			低所得者Ⅱ					低所得者Ⅰ				
限度額適用区分※3	区分（年収）	一部負担割合	レセプト単位																																										
			入院外（個人単位）	入院外+ 入院（世帯単位）																																									
現役Ⅲ	年収約 1160 万円～ 健保：標報 83 万円以上 国保：課税所得 690 万円以上	3 割	252,600 円+（医療費－842,000 円）× 1 % 多数該当：140,100 円																																										
			167,400 円+（医療費－558,000 円）× 1 % 多数該当：93,000 円																																										
			80,100 円+（医療費－267,000 円）× 1 % 多数該当：44,400 円																																										
現役Ⅱ	年収 770 万～1160 万円 健保：標報 53～79 万円 国保：課税所得 380 万円以上	1 割 又は 2 割（※1、2）	18,000 円（※2） （年間上限 144,000 円）	57,600 円 多数該当：44,400 円																																									
現役Ⅰ	年収 370 万～770 万円 健保：標報 28～50 万円 国保：課税所得 145 万円以上		8,000 円	24,600 円																																									
一般	年収 156 万～約 370 万円 健保：標報 26 万円以下 国保：課税所得 145 万円未満（※4）			15,000 円																																									
低所得者Ⅱ																																													
低所得者Ⅰ																																													
■70	左段下から 18 行目	ただし、70 歳以上の高齢受給者・後期高齢者ともに低所得の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要。		ただし、70 歳以上の高齢受給者・後期高齢者ともに限度額適用区分（イ）（ウ）の方は「限度額適用認定証」が、低所得の方は「限度額適用・標準負担額減額認定証」が必要。																																									
■70	右段 7 行目の次に追加	(7) 地域国保の都道府県単位化に伴う変更点 2018（平成 30）年 4 月に国保が都道府県単位化したことに伴い、都道府県国保の一般患者、高齢受給者の高額療養費について、以下の変更があった。 ① 被保険者が都道府県内市町村に転居しても、世帯の継続性が認められる場合は、高額療養費の多数回該当に係る該当回数を引き継ぐ（回数がリセットされない）。 ② 世帯の継続性は、国保上の世帯主に着目して転居先の市町村が行う。 ③ 住所移動月においては、自己負担限度額を 2 分の 1 に設定 ※ 以上は患者の申請による。																																											
■72	一部負担金等一覧表	表中、「75 歳以上の誕生日以外（平成 30 年 8 月 1 日～）」について、上記 P.68 の「限度額適用区分」同様の追記をする。																																											
99	表中段 在宅患者訪問診療料	【訪問診療料（Ⅰ）の 2、（Ⅱ）の注口を算定する場合】		【訪問診療料（Ⅰ）の 2、（Ⅱ）の注 1 の口を算定する場合】																																									
105	中段「褥瘡評価実施加算」欄を右のように訂正	<table><tr><th colspan="2">点数</th><th>要カルテ記載事項</th></tr><tr><td rowspan="2">入院基本料</td><td>褥瘡評価実施加算</td><td>【ADL 区分 3 の患者で褥瘡等が発生又は身体抑制を実施している場合】 「治療・ケアの確認リスト」の写しを添付（今後の治療・看護の計画を見直した場合は、その内容）</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		点数		要カルテ記載事項	入院基本料	褥瘡評価実施加算	【ADL 区分 3 の患者で褥瘡等が発生又は身体抑制を実施している場合】 「治療・ケアの確認リスト」の写しを添付（今後の治療・看護の計画を見直した場合は、その内容）			<table><tr><th colspan="2">点数</th><th>要カルテ記載事項</th></tr><tr><td rowspan="2">入院基本料</td><td>褥瘡対策加算 1、2</td><td>【ADL 区分 3 の患者で、「別紙様式 46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ、毎日評価している場合】 褥瘡の状態の評価の結果を「医療区分・ADL 区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画見直した場合には、その内容。</td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table>		点数		要カルテ記載事項	入院基本料	褥瘡対策加算 1、2	【ADL 区分 3 の患者で、「別紙様式 46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ、毎日評価している場合】 褥瘡の状態の評価の結果を「医療区分・ADL 区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画見直した場合には、その内容。																										
点数		要カルテ記載事項																																											
入院基本料	褥瘡評価実施加算	【ADL 区分 3 の患者で褥瘡等が発生又は身体抑制を実施している場合】 「治療・ケアの確認リスト」の写しを添付（今後の治療・看護の計画を見直した場合は、その内容）																																											
点数		要カルテ記載事項																																											
入院基本料	褥瘡対策加算 1、2	【ADL 区分 3 の患者で、「別紙様式 46」の「褥瘡対策に関する評価」を用いて褥瘡の状態を確認し、治療及びケアの内容を踏まえ、毎日評価している場合】 褥瘡の状態の評価の結果を「医療区分・ADL 区分等に係る評価票」の所定欄に記載し、治療及び看護の計画見直した場合には、その内容。																																											
217	右側 4 留意事項（4） 2 つ目編注を削除	編注 同一医療機関において、研修を受けた医師とそれ以外の医師が対応した場合、がん性疼痛緩和指導管理料の 1 と 2 を別々の患者に算定できる。（2012. 3. 3 厚労省事務連絡）		削除																																									
394	C002-2 施設入居時等医学総合管理料（施医総管） 1 算定点数 （B）施設入居時等医学総合管理料（月 1 回） 表内、最下段を右のように訂正	<table><tr><th colspan="3" rowspan="2">訪問診療の回数</th><th colspan="3">単一建物診療患者数</th></tr><tr><th>1 人</th><th>2～9 人</th><th>10 人以上</th></tr><tr><td rowspan="3">3 上記以外</td><td rowspan="2">月 2 回以上</td><td>別に定める状態の患者</td><td>2,450</td><td>2,025</td><td>1,800</td></tr><tr><td>上記以外</td><td>1,950</td><td>1,025</td><td>750</td></tr><tr><td colspan="2">月 1 回</td><td>1,280</td><td>725</td><td>560</td></tr></table>				訪問診療の回数			単一建物診療患者数			1 人	2～9 人	10 人以上	3 上記以外	月 2 回以上	別に定める状態の患者	2,450	2,025	1,800	上記以外	1,950	1,025	750	月 1 回		1,280	725	560																
訪問診療の回数			単一建物診療患者数																																										
			1 人	2～9 人	10 人以上																																								
3 上記以外	月 2 回以上	別に定める状態の患者	2,450	2,025	1,800																																								
		上記以外	1,950	1,025	750																																								
	月 1 回		1,280	725	560																																								

448	左段上から 6 行目	2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 300 点	2 単一建物診療患者が 2 人以上 9 人以下の場合 320 点																																																																																			
594	左段下から 17 行目 「明細書記載の要点」の（3）	（3）抗シトルリン化ペプチド抗体定性・定量を実施した場合は、「摘要」欄に前回実施日（初回の場合は初回である旨）を記載する。なお、当該検査を 2 回以上算定するに当たっては、検査値を「摘要」欄に記載する。	（3）関節リウマチの確定診断がつかず抗シトルリン化ペプチド抗体定性又は定量を 2 回以上算定する場合は、「摘要」欄に「未確」と表示し、当該検査の実施月日及び検査値をすべて記載する。																																																																																			
597	左表中	17. HIV ジェノタイプ薬剤耐性 注 迅速微生物核酸同定・定量検査加算	17. HIV ジェノタイプ薬剤耐性 注 迅速微生物核酸同定・定量検査加算 5.6.8 百日咳菌核酸検出に限る）又は 9（結核菌核酸検出に限る）に掲げる検査の結果について、検査実施日のうちに説明した上で文書により情報を提供した場合に加算する。																																																																																			
598	左段上から 26 行目	嫌気性培養加算 (118 点)	嫌気性培養加算 (115 点)																																																																																			
603	左最上段	(22) 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出	(22) 細菌核酸・薬剤耐性遺伝子同時検出 基準																																																																																			
667	右最下段 明細書記載の要点枠内	(2) 時間内緊急院内画像診断加算を算定した	(2) 時間外緊急院内画像診断加算を算定した																																																																																			
1051	左段上から 22 行目	K133 黄色靱帯骨化症手術 脊 28,370 点	K133 黄色靱帯骨化症手術 脊 28,730 点																																																																																			
1097	右中段 K655-5 腹腔鏡下噴門側胃切除術	届 (支)	削除																																																																																			
1191	表中 I012-2 精神科訪問看護指示料の短期入所生活介護の場合に記されている※を訂正	<table><tr><th colspan="3" rowspan="2">区分</th><th colspan="2">特別養護老人ホーム（注）</th><th colspan="2">短期入所生活介護</th></tr><tr><th>配置医師</th><th>それ以外</th><th>配置医師</th><th>それ以外</th></tr><tr><td rowspan="5">特掲診療料</td><td rowspan="5">精神科専門療法</td><td>I002 通院・在宅精神療法 I003 -2 認知療法・認知行動療法</td><td colspan="4">○ (ただし、往診時に行う場合は精神療法が必要な理由を診療録に記載する)</td></tr><tr><td>I012 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ</td><td colspan="2">○ (※7)</td><td colspan="2">○ (※8)</td></tr><tr><td>I012 -2 精神科訪問看護指示料</td><td colspan="2">○ (※7)</td><td colspan="2">○ (※8)</td></tr><tr><td>I016 精神科在宅患者支援管理料</td><td colspan="4">○ (「1」の「ハ」を除く)</td></tr><tr><td>上記以外</td><td colspan="4">○</td></tr></table>		区分			特別養護老人ホーム（注）		短期入所生活介護		配置医師	それ以外	配置医師	それ以外	特掲診療料	精神科専門療法	I002 通院・在宅精神療法 I003 -2 認知療法・認知行動療法	○ (ただし、往診時に行う場合は精神療法が必要な理由を診療録に記載する)				I012 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ	○ (※7)		○ (※8)		I012 -2 精神科訪問看護指示料	○ (※7)		○ (※8)		I016 精神科在宅患者支援管理料	○ (「1」の「ハ」を除く)				上記以外	○																																																
区分			特別養護老人ホーム（注）				短期入所生活介護																																																																															
			配置医師	それ以外	配置医師	それ以外																																																																																
特掲診療料	精神科専門療法	I002 通院・在宅精神療法 I003 -2 認知療法・認知行動療法	○ (ただし、往診時に行う場合は精神療法が必要な理由を診療録に記載する)																																																																																			
		I012 精神科訪問看護・指導料Ⅰ及びⅢ	○ (※7)		○ (※8)																																																																																	
		I012 -2 精神科訪問看護指示料	○ (※7)		○ (※8)																																																																																	
		I016 精神科在宅患者支援管理料	○ (「1」の「ハ」を除く)																																																																																			
		上記以外	○																																																																																			
1309	上の表中、6 段目	<table><tr><td></td><td>入院基本料</td><td></td><td>15～30 日</td></tr><tr><td>急性期一般入院基本料</td><td>急性期一般入院料4</td><td></td><td>1,597</td></tr></table>		入院基本料		15～30 日	急性期一般入院基本料	急性期一般入院料4		1,597	<table><tr><td></td><td>入院基本料</td><td></td><td>15～30 日</td></tr><tr><td>急性期一般入院基本料</td><td>急性期一般入院料4</td><td></td><td>1,579</td></tr></table>		入院基本料		15～30 日	急性期一般入院基本料	急性期一般入院料4		1,579																																																																			
	入院基本料		15～30 日																																																																																			
急性期一般入院基本料	急性期一般入院料4		1,597																																																																																			
	入院基本料		15～30 日																																																																																			
急性期一般入院基本料	急性期一般入院料4		1,579																																																																																			
1316	右段の下から 4 行目	(6) 褥瘡対策加算 1 又は 2 を算定した場合は、「摘要」欄に褥対 1 又は褥対 2 と表示し、当該加算を算定した日数を記載するとともに、当該加算の算定根拠となる評価（当該加算の基準に基づく ADL 得点又はランク）及び評価日を記載する。なお、月の途中で加算点数に変更がある場合には、その都度、評価及び評価日を記載する。	(6) 褥瘡対策加算 1 又は 2 を算定した場合は、「摘要」欄に褥対 1 又は褥対 2 と表示する。																																																																																			
1360	上部、 「(2) 算定点数 障害者施設等入院基本料 (1 日につき)」の「外泊点数」を右のように訂正	<table><tr><th colspan="4">入院基本料</th><th colspan="2">外泊点数</th></tr><tr><td rowspan="6">10 対 1 入院基本料</td><td rowspan="3">脳卒中後遺症による 重度意識障害以外</td><td>基本料算定患者※</td><td></td><td>90 日超</td><td></td></tr><tr><td>特定患者</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>医療区分 3</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">重度意識障害 (脳卒中後遺症)</td><td>医療区分 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>医療区分 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">13 対 1 入院基本料</td><td rowspan="3">脳卒中後遺症による 重度意識障害以外</td><td>基本料算定患者※</td><td></td><td>168</td><td></td></tr><tr><td>特定患者</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>医療区分 3</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="3">重度意識障害 (脳卒中後遺症)</td><td>医療区分 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>医療区分 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="4">15 対 1 入院基本料</td><td rowspan="2">脳卒中後遺症による 重度意識障害以外</td><td>基本料算定患者※</td><td></td><td>147</td><td></td></tr><tr><td>特定患者</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td rowspan="2">重度意識障害 (脳卒中後遺症)</td><td>医療区分 3</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>医療区分 2</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>医療区分 1</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>		入院基本料				外泊点数		10 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※		90 日超		特定患者				医療区分 3				重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 2					医療区分 1					13 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※		168		特定患者				医療区分 3				重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 2					医療区分 1					15 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※		147		特定患者				重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 3					医療区分 2					医療区分 1					
入院基本料				外泊点数																																																																																		
10 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※		90 日超																																																																																		
		特定患者																																																																																				
		医療区分 3																																																																																				
	重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 2																																																																																				
		医療区分 1																																																																																				
		13 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※		168																																																																																
特定患者																																																																																						
医療区分 3																																																																																						
重度意識障害 (脳卒中後遺症)	医療区分 2																																																																																					
	医療区分 1																																																																																					
	15 対 1 入院基本料	脳卒中後遺症による 重度意識障害以外	基本料算定患者※		147																																																																																	
特定患者																																																																																						
重度意識障害 (脳卒中後遺症)		医療区分 3																																																																																				
		医療区分 2																																																																																				
医療区分 1																																																																																						

1367	図表下※部分	※4 7対1入院基本料、10対1入院基本料のみ算定可能（特別入院基本料等を算定するものを除く）。 ※7 13対1入院基本料 、15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料のみ算定可能。 ※9 18対1入院基本料、20対1入院基本料を算定するものを除く。 ※10 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関のみ算定可能。 ※11 10対1入院基本料、13対1入院基本料のみ算定可能（特別入院基本料等を算定するものを除く）。				※4 特別入院基本料等を算定するものを除く。 また急性期一般入院料7については「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすことが必要。 ※7 15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料のみ算定可能。 ※9 特別入院基本料等を算定するものを除く。 また地域一般入院料1及び2については「重症度、医療・看護必要度」の基準を満たすことが必要。 ※10 13対1入院基本料、15対1入院基本料、18対1入院基本料、20対1入院基本料のみ算定可能。 ※11 10対1入院基本料、13対1入院基本料、15対1入院基本料のみ算定可能。 ※12 精神科救急入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料の届出を行っている医療機関のみ算定可能。 ※13 10対1入院基本料、13対1入院基本料又は精神科急性期治療病棟入院料を算定する病棟のみ算定可能（特別入院基本料等を算定するものを除く）。																											
1402	上から 17 行目	平成 <u>28</u> 年3月 31 日において…				平成 <u>30</u> 年3月31日において…																											
1411	右段上から 2 行目	③ 看護配置加算1は、…				③ 看護補助加算1は、…																											
1413	上から 26 行目の下に挿入 以下（5）を（6）とする。	(5) 看護補助加算に係る看護補助業務に従事する看護補助者は、基礎知識を習得できる内容を含む院内研修を年1回以上受講した者である。ただし、院内研修を受講していない場合にあっては、平成31年3月31日までに受講予定であれば、差し支えない。なお、院内研修の内容については、療養病棟入院基本料の施設基準〔通知〕の9の(4)（※P. 1322）による。																															
1413	下から 9 行目の下に（7）挿入	(7) 看護補助加算1について、平成30年3月31日において現に当該加算に係る届出を行っている保険医療機関（13対1入院基本料に係る届出を行っている保険医療機関に限る）にあっては、平成30年9月30日までの間は、平成30年度改定後の看護補助加算1の重症度、医療・看護必要度の基準を満たすものとみなす。																															
1625	表中下から 2 段目	<table><tr><td></td><td></td><td>医学 管理 等</td><td>在宅 医 療</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料</td><td></td><td>×</td><td>△ (※25)</td></tr></table>						医学 管理 等	在宅 医 療					A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料		×	△ (※25)	<table><tr><td></td><td></td><td>医学 管理 等</td><td>在宅 医 療</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料</td><td></td><td>△ (※25)</td><td>○</td></tr></table>						医学 管理 等	在宅 医 療					A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料		△ (※25)	○
		医学 管理 等	在宅 医 療																														
A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料		×	△ (※25)																														
		医学 管理 等	在宅 医 療																														
A308 回復期リハビリ テーション病棟入院料		△ (※25)	○																														
1629	右段下から 6 行目～4 行目	リン脂質、 遊離脂肪酸 、HDL- コレステロール、LDL- コレステロール、 前立腺酸性ホスファターゼ 、無機リン及びリン酸				リン脂質、HDL- コレステロール、LDL- コレステロール、無機リン及びリン酸																											
1711	左段下から 18 行目に挿入	ただし、他医療機関において、M001 体外照射の 3 の強度変調放射線治療（IMRT）、M001-2 ガンマナイフによる定位放射線治療、M001-3 直線加速器による放射線治療の 1 の定位放射線治療の場合又は M001-4 粒子線治療に係る費用を算定する場合は、出来高入院料は当該出来高入院料の基本点数の 5%を控除した点数により算定する。																															

1767 ～ 1768	「特記事項」欄を右 のように訂正	13	「特記事項」欄 (2018 年 8 月以降)	
		コード	略号	内 容
		17	削除	(削除)
		18	削除	(削除)
		19	削除	(削除)
		22	削除	(削除)
		26	区ア	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② 「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（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（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「31」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つては、課税所得 690 万円以上）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（3 割））の提示のみの場合 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つては、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「31」に該当する場合を除く）
		27	区イ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② (変更なし) 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つては、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つては、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 (変更なし) ② (変更なし) 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つては、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つては、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 (変更なし) ② (変更なし) 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（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証又は後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割）又は（1 割））の提示のみの場合 ② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く）
		30	区オ	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① (変更なし) ② (変更なし) 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又は限度額適用・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又は特定疾患医療受給者証が提示された場合
		31	多ア	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で（中略）（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） ② 70 歳以上で「標準報酬月額 83 万以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 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であつて、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）

		<table><tr><td>32</td><td>多イ</td><td>以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で（中略）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）</td></tr><tr><td>33</td><td>多ウ</td><td>以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で（中略）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）</td></tr><tr><td>34</td><td>多エ</td><td>以下のいずれかに該当する場合 ① （変更なし） ② 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、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）、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る）の自院における高額療養費の支給が直近 1・2 か月間において 4 月目以上である場合</td></tr></table>	32	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で（中略）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）	33	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で（中略）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）	34	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ① （変更なし） ② 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、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）、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る）の自院における高額療養費の支給が直近 1・2 か月間において 4 月目以上である場合																																			
32	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で（中略）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）																																												
33	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で（中略）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）																																												
34	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ① （変更なし） ② 70 歳以上で「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、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）、難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る）の自院における高額療養費の支給が直近 1・2 か月間において 4 月目以上である場合																																												
■ 1769	「※ 2 適用区分一覧表」を右のように訂正。 その下に※ 3 を右のように挿入。	※ 2 適用区分一覧表 <table><tr><td></td><td>受給者証の適用区分</td><td colspan="2">レセプトの特記事項欄への記載</td></tr><tr><td rowspan="5">70 歳未満 高齢受給者 後期高齢者</td><td>ア</td><td>26 区ア</td><td>31 多ア（※多数該当の場合）</td></tr><tr><td>イ</td><td>27 区イ</td><td>32 多イ（※多数該当の場合）</td></tr><tr><td>ウ</td><td>28 区ウ</td><td>33 多ウ（※多数該当の場合）</td></tr><tr><td>エ</td><td>29 区エ</td><td>34 多エ（※多数該当の場合）</td></tr><tr><td>オ</td><td>30 区オ</td><td>35 多オ（※多数該当の場合。高齢受給者、後期高齢者の場合は、多数回該当はない）</td></tr></table> 高齢受給者・後期高齢者について「特記事項」欄に記載するのは「特定医療」「特定疾患」の患者のみ。 ※ 3 医療機関における難病法による特定医療及び小児慢性特定疾病医療支援の受給者証の提示パターンとレセプトの取扱いについて（平成 30 年 8 月 1 日以降、当面の間適用） 【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】 <table><tr><td colspan="2">提示パターン</td><td colspan="2">レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い</td></tr><tr><td colspan="2">反映後の受給者証</td><td colspan="2">受給者証の所得区分に応じた記載とする</td></tr></table> 【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】 <table><tr><td colspan="2">提示パターン</td><td colspan="2">レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い</td></tr><tr><td>①</td><td>反映前の受給者証（受給者証に所得区分の記載がないもの）のみ</td><td colspan="2">[70 歳未満の場合] 特記事項へは記載しない [70 歳以上の場合]「29 区エ」を記載する</td></tr><tr><td>②</td><td>反映前の受給者証＋「3 割」（現役並み所得者の記載がある高齢受給者証等）</td><td colspan="2">「26 区ア」を記載する</td></tr><tr><td>③</td><td>反映前の受給者証＋限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証</td><td colspan="2">限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証に応じた記載とする</td></tr></table> ※ 本取扱いは、平成 28 年 2 月 2 日健難発第 0202 第 1 号通知「難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療に係る高額療養費の支給に係る事務について」及び平成 28 年 2 月 2 日健難発 0202 第 2 号通知「児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る事務について」に基づく内容である。		受給者証の適用区分	レセプトの特記事項欄への記載		70 歳未満 高齢受給者 後期高齢者	ア	26 区ア	31 多ア（※多数該当の場合）	イ	27 区イ	32 多イ（※多数該当の場合）	ウ	28 区ウ	33 多ウ（※多数該当の場合）	エ	29 区エ	34 多エ（※多数該当の場合）	オ	30 区オ	35 多オ（※多数該当の場合。高齢受給者、後期高齢者の場合は、多数回該当はない）	提示パターン		レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い		反映後の受給者証		受給者証の所得区分に応じた記載とする		提示パターン		レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い		①	反映前の受給者証（受給者証に所得区分の記載がないもの）のみ	[70 歳未満の場合] 特記事項へは記載しない [70 歳以上の場合]「29 区エ」を記載する		②	反映前の受給者証＋「3 割」（現役並み所得者の記載がある高齢受給者証等）	「26 区ア」を記載する		③	反映前の受給者証＋限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証	限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証に応じた記載とする	
	受給者証の適用区分	レセプトの特記事項欄への記載																																												
70 歳未満 高齢受給者 後期高齢者	ア	26 区ア	31 多ア（※多数該当の場合）																																											
	イ	27 区イ	32 多イ（※多数該当の場合）																																											
	ウ	28 区ウ	33 多ウ（※多数該当の場合）																																											
	エ	29 区エ	34 多エ（※多数該当の場合）																																											
	オ	30 区オ	35 多オ（※多数該当の場合。高齢受給者、後期高齢者の場合は、多数回該当はない）																																											
提示パターン		レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い																																												
反映後の受給者証		受給者証の所得区分に応じた記載とする																																												
提示パターン		レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い																																												
①	反映前の受給者証（受給者証に所得区分の記載がないもの）のみ	[70 歳未満の場合] 特記事項へは記載しない [70 歳以上の場合]「29 区エ」を記載する																																												
②	反映前の受給者証＋「3 割」（現役並み所得者の記載がある高齢受給者証等）	「26 区ア」を記載する																																												
③	反映前の受給者証＋限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証	限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証に応じた記載とする																																												
■ 1779	左段	(10)、(11)、(12)、(15) を削除。																																												

■ 1780 ～ 1781	右段 3 行目	(20) 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「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被保険者証（一部負担金の割合（3 割））の提示のみの場合又は「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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区ア」と記載する。 (21) 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（イ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「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））が提示された場合又は「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には「特記事項」欄に「区イ」と記載する。 (22) 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、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）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「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））が提示された場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区ウ」と記載する。 (23) 70 歳未満の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（エ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2 割）又は（1 割））の提示のみの場合又は「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）には、「特記事項」欄に「区エ」と記載する。 (24) 70 歳未満の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合又は「低所得者の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（オ）であるもの）が提示された場合（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合を除く）、又は 70 歳以上の場合であって、「低所得者の世帯」の限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅰ又はⅡ））が提示された場合又は「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若しくは特定疾患医療受給者証が提示された場合には、「特記事項」欄に「区オ」と記載する。 (25) 70 歳未満において(20)における「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 83 万以上（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）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載する。 (26) 70 歳未満において(21)における「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び退職者医療にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～901 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「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
--	--------------------	---

		<u>記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、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）</u>には、「特記事項」欄に「多イ」と記載する。 (27) <u>70歳未満において(28)における</u>「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「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つては、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）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載する。 (28) <u>70歳未満において(23)における</u>「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、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）難病法による特定医療又は特定疾患治療研究事業に係る公費負担医療（入院に限る）の自院における高額療養費の支給が直近 1・2 か月間において 4 月以上である場合 には、「特記事項」欄に「多エ」と記載する。 (29) <u>70歳未満において(24)における</u>「低所得者の世帯」の適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合には、「特記事項」欄に「多才」と記載する。
--	--	--

最新の正誤表については、愛知県保険医協会 HP(<https://aichi-hkn.jp/member/120101-000000.html>)でも紹介していますので、ご確認下さい。