

日 薬 業 発 第 55 号

令 和 8 年 5 月 7 日

都道府県薬剤師会担当役員 殿

日 本 薬 剤 師 会

副 会 長 森 昌 平

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

平素より、本会会務に格段のご高配を賜り厚く御礼申し上げます。

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正につきましては、令和8年4月7日付け日薬業発第22号にてお知らせしたところですが、今般、別添のとおり追加の通知等の一部訂正について連絡がありましたのでお知らせいたします。

つきましては、貴会会員へご周知下さいますようお願い申し上げます。

(別添)

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

(令和8年5月1日付け事務連絡、厚生労働省保険局医療課)

<抄>

事務連絡
令和8年5月1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

令和8年度診療報酬改定関連通知及び官報掲載事項の一部訂正について

下記の通知について、それぞれ別添1から別添11までのとおり訂正しますので、その取扱いについて周知徹底を図られますよう、お願いいたします。

また、令和8年3月5日付官報（号外第46号）及び令和8年3月27日付官報（号外第71号）に掲載された令和8年度診療報酬改定に伴う関係告示については、別添12のとおり、官報掲載事項の訂正が行われる予定ですので、あらかじめお知らせします。

- ・「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」
（令和8年3月5日保医発 0305 第6号）（別添1）
- ~~・「基本診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第7号）（別添2）~~
- ・「特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第8号）（別添3）
- ~~・「訪問看護ステーションの基準に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第9号）（別添4）~~
- ~~・「特定保険医療材料及びその材料価格（材料価格基準）の一部改正に伴う特定保険医療材料料（使用歯科材料料）の算定について」
（令和8年3月5日保医発 0305 第2号）（別添5）~~
- ~~・「特定保険医療材料の定義について」
（令和8年3月5日保医発 0305 第4号）（別添6）~~
- ・「「診療報酬における加算等の算定対象等となるバイオ後続品」について」
（令和8年3月5日保医発 0305 第13号）（別添7）
- ~~・「院時食事療養及び入院時生活療養の食事の提供たる療養の基準等に係る届出に関する手続きの取扱いについて」
（令和8年3月5日保医発 0305 第17号）（別添8）~~

- ・「「診療報酬請求書の記載要領等について」等の一部改正について」
(令和8年3月27日保医発 0327 第2号) (別添9)
- ~~・「~~歯科の診療録及び診療報酬明細書に使用できる略称について~~~~
~~(令和8年3月27日保医発 0327 第3号) (別添10)~~
- ・「「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に関連する事項等について」の一部改正について」
(令和8年3月27日老老発 0327 第2号・保医発 0327 第3号) (別添11)

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
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 6 号)

別添 1

医科診療報酬点数表に関する事項

第 1 章 基本診療料

第 2 部 入院料等

第 1 節 入院基本料

A 1 0 4 特定機能病院入院基本料

(12) 病棟の管理栄養士は、次に掲げる管理を実施する。

ア 入院前の食生活等の情報収集、入退院支援部門との連携、入院患者に対する栄養スクリーニング、食物アレルギーの確認、栄養状態の評価及び栄養管理計画の策定を行う。

なお、第 1 章第 2 部入院料等の通則第 ~~7-8~~ 号に規定する栄養管理体制の基準における栄養管理計画を当該病棟に専従の管理栄養士が作成した場合は、当該加算における栄養管理計画に代えることができる。

イ 当該病棟に入院している患者に対して、栄養状態に関する定期的な評価、必要に応じミールラウンドや栄養食事指導又は当該患者の病態等に応じた食事内容の調整等の栄養管理を行う。

ウ 医師、看護師等と連携し、当該患者の栄養管理状況等について共有を行う。

第 2 節 入院基本料等加算

A 2 1 5 看護・多職種協働加算

(4) 看護・多職種協働加算において配置された者は、病棟における業務に従事している時間において、原則として第 2 章特掲診療料の点数は別に算定できない。ただし、常態として勤務時間の大部分は病棟に配置され、第 7 部第 1 節リハビリテーション料（「H 0 0 4」摂食機能療法を除く。）の算定を行わない者に限り、「H 0 0 4」摂食機能療法の算定は可能である。なお、病棟における業務に従事している時間に、「B 0 0 5」退院時共同指導料 ~~2~~ 及び「B 0 0 5 - 1 - 2」介護支援等連携指導料に係る指導等に従事することは差し支えない。

A 2 3 3 - 3 口腔管理連携加算

(4) 当該保険医療機関と特別の関係にある歯科医療機関による歯科 ~~訪問~~ 診療が行われた場合は、算定できない。

調剤報酬点数表に関する事項

< 通則 >

- 6 「調剤する薬剤を減量した~~後、上で~~保険医療機関~~へ~~に情報提供」の欄にその旨の指示がある処方箋を受け付けた場合は、調剤録又は薬剤服用歴の記録等（以下「薬剤服用歴等」という。）及び残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況を確認した上で、処方箋に記載された医薬品について、用法及び用量の変更は行わずに投与日数等を減らす調剤（以下「減数調剤」という。）を、必要に応じて行うこと。当該指示に基づき減数調剤を行った場合は、保険薬剤師は、患者に対して次回受診時に処方医へ残薬の状況を報告することを促すとともに、手帳を用いて服薬管理指導を行う場合には当該手帳にその旨を記載すること。また、患者の残薬の状況、その理由及び実際に患者へ交付した薬剤の投与量、患者への説明内容等について、原則、翌営業日までに当該減数調剤に係る処方箋を発行した保険医療機関に情報提供すること。なお、残薬を確認した結果、減数調剤を行うに当たって、調剤する医薬品の調剤日数又は数量を「0」とすることはできず、必要な場合には従前のとおり、処方医への事前の照会を行うこと。

< 薬学管理料 >

区分 10 の 2 調剤管理料

1 調剤管理料

- (5) 調剤管理料 2 は、処方箋受付 1 回につき所定点数を算定する。また、調剤管理料 1 を算定した場合は、調剤管理料~~の~~ 2 は算定することができない。

2 調剤時残薬調整加算

- (2) 処方箋の「調剤する薬剤を減量した~~後、上で~~保険医療機関~~へ~~に情報提供」の欄にその旨の指示があり、薬剤服用歴等や患者又はその家族等から収集した情報等に基づき、残薬の外形状態・保管状況その他の残薬の状況が確認された患者においては、7 日分以上相当の減数調剤を行った場合に、処方箋受付 1 回につき算定する。調剤日数の変更は、患者が次回受診日等を考慮して意図的に残薬を生じさせているのかなど、残薬調整の必要性を患者又はその家族等に確認してから行うこととし、単に 7 日分以上の残薬があったことをもって機械的に行ってはならない。

ただし、薬剤師が患者の服薬状況等により必要性があると判断し、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調剤報酬明細書に記載すること。この場合において、次回受診日（調剤日）を患者又はその家族等に確認した上で、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患者又はその家族等に説明するとともに、これらの概要を薬剤服用歴へ記録しなければならない。

認知機能に問題が無い患者等について、継続的に同じような内容の処方箋の発行を受けているため残薬が 7 日分を超えるまで待つことが合理的な状況において、6 日分以下相当の処方日数の変更を行う場合には算定できない。また、処方医が同意していることのみをもって 6 日分以下相当の処方日数の変更を行う場合も算定できない。

なお、残薬を確認した結果、減数調剤を行うに当たって、調剤する医薬品の調剤日数又は数量を「0」とすることはできない。

区分10の3 服薬管理指導料

2 服薬管理指導料1及び2

(2) 服薬管理指導料「1のイ」及び「2のイ」に係るかかりつけ薬剤師による指導等に係る留意点

カ かかりつけ薬剤師は、担当患者に対して、以下の服薬指導等を行う。

(~~ハ~~ヘ) 患者が他の保険薬局等で調剤を受けた場合は、その服用薬等の情報を入手し、薬剤服用歴等に記載すること。

(~~ホ~~ト) 継続的な薬学的管理のため、患者に対して、服用中の薬剤等を保険薬局に持参する動機付けのために薬剤等を入れる袋等を必要に応じて提供し、その取組(いわゆるブラウンバッグ運動)の意義等を説明すること。

(~~ニ~~チ) 必要に応じ、患者が入手している調剤及び服薬指導に必要な血液・生化学検査結果の提示について、患者の同意が得られた場合は当該情報を参考として、薬学的管理及び指導を行うこと。

4 服薬管理指導料4

(1) 服薬管理指導料4は、オンライン服薬指導等を行った場合に、以下の区分により算定する。

ア 服薬管理指導料「4のイ」

(イ) 3月以内に再度処方箋を持参した患者であって、手帳を提示したもの

(ロ) 介護老人福祉施設等の患者

イ～エ (略)

(3) 服薬管理指導料「4のイ」の留意点

介護老人福祉施設等の患者に対して、情報通信機器を用いた薬剤管理指導を行った場合に、服薬管理指導料3及び服薬管理指導料「4のイ」を合わせて月4回に限り算定する。

(~~3~~4) 服薬管理指導料「4のロ」の留意点

ア 服薬管理指導料「4のロ」は、訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局において、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、情報通信機器を用いた薬剤管理指導(訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。)を行った場合に、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3まで並びに服薬管理指導料「4のロ」を合わせて月4回(末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者にあつては、週2回かつ月8回)に限り算定する。

イ 当該指導料は、保険薬剤師1人につき、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週40回に限り算定できる。

ウ 訪問診療を行った医師に対して、在宅患者オンライン薬剤管理指導の結果について必要な情報提供を文書で行うこと。

エ 在宅患者訪問薬剤管理指導料又は服薬管理指導料「4のロ」を月2回以上算定する場合(末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養

法の対象患者に対するものを除く。)は、算定回数は週1回を限度する。末期の悪性腫瘍の患者、注射による麻薬の投与が必要な患者又は中心静脈栄養法の対象患者については、在宅患者訪問薬剤管理指導料1から3までと合わせて週2回かつ月8回に限り算定できる。

(4.5) 服薬管理指導料「4のハ」の留意点

服薬管理指導料「4のハ」は、訪問薬剤管理指導を行っている保険薬局において、在宅での療養を行っている患者であって通院が困難なものの状態の変化等に伴い、情報通信機器を用いた薬剤管理指導を行った場合（訪問薬剤管理指導と同日に行う場合を除く。）に、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1及び2並びに服薬管理指導料「4のハ」を合わせて月4回（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あつては、月8回）に限り算定する。この場合において、在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料は算定できない。

区分14の3 服用薬剤調整支援料

(2) 服用薬剤調整支援料2

ク 服用薬剤調整支援料2 服用薬剤総合評価の実施にあたっては、次に掲げる事項等を患者又はその家族等に対して結果の伝達を行うこと。ただし、患者又はその家族等に対して結果の伝達を行う際には、一律の内容ではなく、患者若しくはその家族等又は医療従事者との関係性等を踏まえて内容を適宜変更すること。

- (イ) 患者への聞き取り等により確認した内容
- (ロ) 薬物有害事象であると疑われる症状
- (ハ) 服薬の状況（薬剤の管理状況等も含む。）
- (ニ) 医療従事者と共有する内容
- (ホ) 今後生活を送る上での注意点

区分15の9 訪問薬剤管理医師同時指導料

(4) 在宅患者緊急時等共同指導料又は在宅移行初期管理料に係る必要な指導等を同日に行った場合は、算定しない できない。

別表 1

~~(1)~~服薬管理指導料等を算定する場合における他の薬学管理料の算定の可否

			服薬管理指導料 1イ※1・2イ	服薬管理指導料 1ロ・2ロ	服薬管理指導料 3	服薬管理指導料 4イ・4ニ	服薬管理指導料 4ロ・4ハ	在宅患者訪問薬剤管理指導料 1	在宅患者訪問薬剤管理指導料 2・3	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	訪問薬剤管理医師同時指導料
項目		算定回数										
調剤管理料等の加算	調剤時残薬調整加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	薬学的有害事象等防止加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
在宅患者訪問薬剤管理指導料の加算	特定薬剤管理指導加算 1	処方箋受付ごと	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算 2	月 1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	特定薬剤管理指導加算 3	処方箋受付ごと1回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
	吸入薬指導加算	6 月に 1 回まで	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師フォローアップ加算※1	3 月に 1 回まで	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	かかりつけ薬剤師訪問加算※1	6 月に 1 回まで	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×
	麻薬管理指導加算	処方箋受付ごと1回ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	乳幼児服薬指導加算	処方箋受付ごと1回ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	小児特定加算	処方箋受付ごと1回ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
	在宅中心静脈栄養法加算	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	○	○	○	×
外来服薬支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×
外来服薬支援料 2		処方箋受付ごと	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 1		月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服用薬剤調整支援料 2※1		6 月に 1 回まで	○	×	×	○	○	○	○	○	○	×

調剤後薬剤管理指導料 1	月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
調剤後薬剤管理指導料 2	月 1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
服薬情報等提供料 1	月 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料 2	月 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
服薬情報等提供料 3	3 月に 1 回まで	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×
経管投薬支援料	1 回まで	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
<u>在宅移行初期管理料</u>	<u>1 回まで</u>	<u>×</u>	<u>×</u>	<u>×</u>	<u>×</u>	<u>×</u>	<u>○</u>	<u>×</u>	<u>×</u>	<u>×</u>	<u>×</u>
複数名薬剤管理指導訪問料※ ²	1 回ごと	×	×	×	×	×	○	×	○	×	×

※ 1 はかかりつけ薬剤師のみ算定可能

※ 2 は単一建物診療患者 1 名のみ算定可能

※ 3 は、かかりつけ薬剤師が指導や訪問等を実施し、その後の服薬管理指導を当該保険薬局の他の保険薬剤師が実施した場合については、併算定可能

入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先保険医療機関名：〇〇病院

担当者：薬剤部 〇〇 〇〇 殿

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

(F A X)

保 険 薬 剤 師 氏 名

印

◎月▲日より入院予定の△△△△様の服用薬について、ご報告いたします。

患者氏名
性別（男・女） 生年月日 年 月 日生（ 歳）
電話番号
住所
最終調剤日：〇〇年〇〇月〇〇日

特記事項：◎年◎月◎日より、抗凝固薬の服用を中止しています。

以下のとおり、情報提供いたします。

1 受診中の医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	備考
1	〇〇病院		
2	△△クリニック		
3			
4			
5			

2 現在服用中の薬剤の一覧

※用法・用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

[illegible]

医師の指示による 入院前中止薬	
自己調節している薬	

3 患者の服薬状況（アドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 （当てはまるものに☑）	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ 介助者 ☐ その他（ ）
服薬状況に関する留意点	
退院時の処方の際に お願いしたいこと	

4 併用薬剤等（要指導・一般用医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む。）の情報

5 その他

[記載上の注意]

- 1 保険医療機関への情報提供にあたっては、「1」、「2」及び「3」を記載した上で、必要に応じて「4」又は「5」により、患者の処方状況を報告すること。
- 2 服薬管理を行っている者について、あてはまる項目に☑を付けること
- 3 必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること。
- 4 必要に応じて、続紙に記載して添付すること。
- 5 必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること。

(別添別紙様式2)

服用薬剤調整支援料 2 に係る情報提供書

情報提供先保険医療機関名：

殿

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電話

(F A X)

保 險 藥 劑 師 氏 名

印

患者氏名

性別 (男・女) 生年月日 年 月 日生 (歳)

住所

電話番号

以下の薬剤について、ご検討のほど宜しくお願い致します。

对象薬剤；

ご相談内容：（事前電話相談の有無： 有・無）

1 受診中の他の保険医療機関、診療科等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	疾患名 等
1			
2			
3			

2 現在服用中の薬剤の一覧 ※必要に応じて手帳等の写しを添付

[illegible]

服用薬剤総合評価シート

1 患者情報

年齢	性別	身長・体重・ (体表面積)	投与量設計等薬物治療に係る臓器 機能障害（腎機能障害の有無等）	介護度	服薬管理者
----	----	------------------	------------------------------------	-----	-------

理解度（病識・服薬アドヒアランス・服薬コンプライアンス等）

調剤上の留意点（一包化・粉碎等）

服用上の留意点（簡易懸濁、服薬ゼリー等）

疾患名（主病名／併存疾患）

薬物治療上の留意点（アレルギー歴／副作用歴／サプリメント・OTC等）

薬物治療に関連する検査値・バイタルデータ（必要に応じて経時的記録）

※保険医療機関で発行されている検査値一覧の写しを添付可（特に必要な項目がわかるように整理すること）

患者総合評価その他特記事項（患者ナラティブデータ、患者インタビュー等を含む）

※収集した情報のローデータ等を添付

- ① 患者インタビュー日時：
- ② 患者の主訴：
- ③ 患者の希望：
- ④ 非薬物療法の状況（栄養、運動等）：
- ⑤ 総合評価その他：

2 薬物治療の薬学的評価

- ① 処方された薬剤に対する薬学的評価；
- ② 服薬に対する薬学的評価；
- ③ 服用効果（治療ゴールとの比較）に対する薬学的評価；
- ④ 薬物有害事象；
- ⑤ 減薬・薬剤調整の提案内容；

その他必要な指導／医師との連携として実施した内容（上記提案内容を除く）

3 フォローアップ

- ① 上記提案後の患者インタビューの概要；

② 患者インタビューを踏まえた効果判定；

③ 効果判定が良くなかった場合の改善策；

4 患者への伝達内容

〔記載上の注意〕

- 1 保険医療機関に対し、本様式を送付すること。ただし、「服用薬剤総合評価シート」については、この限りでない。
- 2 「服用薬剤総合評価シート」については、保険医療機関の求めに応じて当該保険医療機関に送付すること。
- 3 本様式の作成後、薬剤服用歴に添付して保管すること。

特掲診療料の施設基準等及びその届出に関する手続きの取扱いについて

(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 8 号)

第 2 届出に関する手続き

- 4 届出に当たっては、当該届出に係る基準について、特に定めがある場合を除き、実績期間を要しない。

ただし、以下に定める施設基準については、それぞれ以下に定めるところによる。

(12) 調剤基本料の施設基準

ア 処方箋受付回数等

新規届出の場合

例：令和 8 年 8 月 1 日に新規指定された薬局（（ロ）の場合）

- ・①から④までは調剤基本料 1 に該当するものとして取り扱う（ただし、保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係を有しているものとして第 88 の 4 の 2（2）に該当する場合は、特別調剤基本料 A とする。特別調剤基本料 A の施設基準に該当する場合を除き、特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している等の施設基準に該当する場合は調剤基本料 3 のイ又はロとする。上記の場合を除き、同一グループの保険薬局における処方箋の受付回数の合計が 1 月に 40 万回を超えるグループに属する場合は調剤基本料 3 のハとする。）。
- ・②から③までにおける実績で判断し、その翌々月（④の翌日）から⑥まで適用する。
- ・令和 9 年 6 月 1 日（⑥の翌日）から令和 10 年 5 月末日（⑦）までの調剤基本料の施設基準の適合は②から⑤までの期間における実績で判断する。



- 6 届出の要件を満たしている場合は届出を受理し、次の受理番号を決定し、地方厚生（支）局において閲覧（ホームページへの掲載等を含む。）に供するとともに、審査支払機関に対して受理番号を付して通知するものであること。なお、入院基本料等区分があるものについては、区分も付すこと。

（中略）

在宅患者訪問診療料（Ⅰ）の注 13（在宅患者訪問診療料（Ⅱ）の注 6 の規定により準用する場合を含む。）、在宅がん医療総合診療料の注 8 及び歯科訪問診療料の注 21 に規定する在宅医療情報活用加算在宅医療 DX 情報活用加算（在宅 DX）第 号

（中略）

第 47 の 7 通院・在宅精神療法

6 通院・在宅精神療法の注 13 に関する施設基準

以下のいずれかを満たすこと

(1) 以下のいずれかを満たす保険医療機関において実施されていること。

ア 「精神科救急医療体制整備事業の実施について」に規定する以下のいずれかの医療機関において、行われていること。

(イ) 身体合併症救急医療確保事業において指定を受けている医療機関

(ロ) 精神科救急医療確保事業において常時対応型施設又は病院群輪番型施設として指定を受けている医療機関

イ 精神病床を有する特定機能病院

ウ 急性期病院精神科棟入院基本料を届け出ている病院

エ 急性期病院 A 一般入院料又は急性期病院 B 一般入院料を届け出ている病院であって、かつ精神科救急急性期医療入院料、精神科急性期治療病棟入院料、精神科救急・合併症入院料又は児童・思春期精神科入院医療管理料のいずれかを届け出ている病院

第 48 認知療法・認知行動療法

3 認知療法・認知行動療法 3 に関する施設基準

(2) 当該保険医療機関内に、以下の全てを満たす専任の常勤公認心理師が 1 名以上勤務していること。

イ うつ病等の気分障害、強迫性障害、社交不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害又は、神経性過食症又は不眠症の患者に対して、当該公認心理師が認知行動療法的アプローチに基づく心理支援に係る面接を過去に 5 症例 60 回以上実施していること。

第 78 の 3 の 1 の 2 子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 1 又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 2 を算定する場合に限る。）

1 子宮悪性腫瘍手術（子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 1 又は子宮悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算 2 を算定する場合に限る。）に関する施設基準

(2) 当該保険医療機関が産婦人科又は婦人科を標榜しているとともに、放射線科を標榜しており、当該診療科において常勤の医師が2 名以上それぞれ配置されていること。

第 79 の 7 外科医療確保特別加算

1 外科医療確保特別加算の施設基準

(6) 臨床研修終了修了後の医師を対象として、対象手術に係る診療科における医師法第 16 条の 10 に規定する計画に定められた研修体制が整備されていること。

第 88 の 3 調剤基本料 3

2 調剤基本料 3 の施設基準に関する留意点

(3) 「特定の保険医療機関と不動産の取引等その他特別な関係を有している保険薬局」における「不動産」とは、土地又は建物を指すものとし、保険医療機関及び又は保険薬局の事業の用に供されるものに限るものである。

第 92 地域支援・医薬品供給対応体制加算

~~3.7~~ 届出に関する事項

第 97 の 2 服薬管理指導料の注 1 に規定する保険薬局

3 届出に関する事項

- (2) 令和 8 年 5 月 31 日において、現にかかりつけ薬剤師指導料~~又はかかりつけ薬剤師包括管理料~~に係る届出を行っていた保険薬局については、令和 8 年 11 月 30 日までの間に限り、2 の (2) に掲げる要件を満たすものとみなす。

第 102 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算

1 在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算に関する施設基準

- (1) 麻薬及び向精神薬取締法第 3 条の規定による麻薬小売業者の免許を取得し、必要な指導を行うことができること。
- (2) 医薬品医療機器等法第 39 条第 1 項の規定による高度管理医療機器の販売業の許可を受けていること。

第 105 外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、~~場合~~
~~には、~~別添 2 の様式 100 の別添 1 の代わりに、別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。

第 106 の 2 歯科外来・在宅ベースアップ評価料 (I)

3 届出に関する事項

- (5) 法人内の同一の給与体系に基づく複数の保険医療機関において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険医療機関を集約して作成する場合には、~~場合~~
~~には、~~別添 2 の様式 100 の別添 1 の代わりに、別添 2 の様式 100 の別添 2 を用いることとする。

第 109 調剤ベースアップ評価料

2 届出に関する事項

- (5) 法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、「賃金改善実績報告書」及び「賃金改善中間報告書」を複数の保険~~医療機関薬局~~を集約して作成する場合には、別添 2 の様式 104 の別添 1 の代わりに、別添 2 の様式 104 の別添 2 を用いることとする。

(参考)

※ 本様式は保険医療機関が届出に当たり確認に用いるための参考様式であって、届出書に添付する必要はない。

1 「区分」欄ごとに、「今回届出」欄、「既届出」欄又は「算定しない」欄のいずれかにチェックする。

2 「今回届出」欄にチェックをした場合は、「様式」欄に示す様式を添付する。

3 「既届出」欄にチェックをした場合は、届出年月を記載する。

4 届出保険医療機関において「区分」欄に掲げる診療報酬を算定しない場合は、「算定しない」欄をチェックする。

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2 （又は別添2の2））
1の1の2	遠隔電子処方箋活用加算	☐	☐ 年 月	☐	1の4
1の2	ウイルス疾患指導料	☐	☐ 年 月	☐	1, 4
1の6	外来栄養食事指導料（注2）	☐	☐ 年 月	☐	1の2
1の6	外来栄養食事指導料（注3）	☐	☐ 年 月	☐	1の2
1の7	遠隔モニタリング加算（ペースメーカー指導管理料）	☐	☐ 年 月	☐	1の3
3	喘息治療管理料	☐	☐ 年 月	☐	3
4	糖尿病合併症管理料	☐	☐ 年 月	☐	別添2の2
4の2	がん性疼痛緩和指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	別添2の2, 5
4の3	がん患者指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の3
4の4	外来緩和ケア管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の4
4の5	移植後患者指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の5
4の6	糖尿病透析予防指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の6, 5の8
4の7	小児運動器疾患指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の8の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料 1	☐	☐ 年 月	☐	別添2の2
4の8	乳腺炎重症化予防ケア・指導料 2	☐	☐ 年 月	☐	別添2の2
4の9	婦人科特定疾患治療管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の10
4の10	腎代替療法指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	2の2
4の11	一般不妊治療管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の11
4の12	生殖補助医療管理料 1	☐	☐ 年 月	☐	5の12
4の12	生殖補助医療管理料 2	☐	☐ 年 月	☐	5の12
4の13	二次性骨折予防継続管理料 1	☐	☐ 年 月	☐	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料 2	☐	☐ 年 月	☐	5の13
4の13	二次性骨折予防継続管理料 3	☐	☐ 年 月	☐	5の13
4の15	下肢創傷処置管理料	☐	☐ 年 月	☐	5の14
4の16	慢性腎臓病透析予防指導管理料	☐	☐ 年 月	☐	13の9
6	地域連携小児夜間・休日診療料 1	☐	☐ 年 月	☐	7
6	地域連携小児夜間・休日診療料 2	☐	☐ 年 月	☐	7
6、6の3、6の5	院内トリアージ実施体制加算	☐	☐ 年 月	☐	7の1の2
6の3	地域連携夜間・休日診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の2
6の5	救急外来医学管理料	☐	☐ 年 月	☐	7の3
6の5	救急時医療情報取得加算	☐	☐ 年 月	☐	1の4
6の7	外来放射線照射診療料	☐	☐ 年 月	☐	7の6
6の8	外来データ提出加算	☐	☐ 年 月	☐	7の10, 7の11, 7の12
6の8の3	小児かかりつけ診療料 1	☐	☐ 年 月	☐	7の8
6の8の3	小児かかりつけ診療料 2	☐	☐ 年 月	☐	7の8
6の8の4	外来腫瘍化学療法診療料 1	☐	☐ 年 月	☐	39

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
81の3	麻酔管理料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	75
81の2及び81の3	周術期薬剤管理加算	☐	☐ 年 月	☐	75の3
81の4	歯科麻酔管理料	☐	☐ 年 月	☐	75の2
81の5	歯科吸入麻酔又は歯科静脈麻酔（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	75の5
82	放射線治療専任加算	☐	☐ 年 月	☐	76
82の2	外来放射線治療加算	☐	☐ 年 月	☐	76
82の3	遠隔放射線治療計画加算	☐	☐ 年 月	☐	76の2
83	高エネルギー放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	77
83の2	高エネルギー放射線治療の乳癌に対する全乳房照射の場合（寡分割照射に係るものに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	77
83の2	強度変調放射線治療（IMRT）の前立腺癌に対する前立腺照射（寡分割照射に係るものに限る。）	☐	☐ 年 月	☐	77
83の3	強度変調放射線治療（IMRT）	☐	☐ 年 月	☐	52, 78
83の4	画像誘導放射線治療加算（IGRT）	☐	☐ 年 月	☐	78の2
83の5	体外照射呼吸性移動対策加算	☐	☐ 年 月	☐	78の3
84	定位放射線治療	☐	☐ 年 月	☐	79
84の2	定位放射線治療呼吸性移動対策加算	☐	☐ 年 月	☐	78の3
84の2の2	粒子線治療	☐	☐ 年 月	☐	52, 79の1の2
84の2の3	粒子線治療適応判定加算	☐	☐ 年 月	☐	79の1の3
84の2の4	粒子線治療医学管理加算	☐	☐ 年 月	☐	79の1の3
84の2の5	ホウ素中性子捕捉療法	☐	☐ 年 月	☐	52, 79の1の4
84の2の6	ホウ素中性子捕捉療法適応判定加算	☐	☐ 年 月	☐	79の1の4
84の2の7	ホウ素中性子捕捉療法医学管理加算	☐	☐ 年 月	☐	79の1の4
84の2の8	画像誘導密封小線源治療加算	☐	☐ 年 月	☐	78の2
84の3	保険医療機関間の連携による病理診断	☐	☐ 年 月	☐	79の2
84の4	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による術中迅速病理組織標本作製	☐	☐ 年 月	☐	80
84の5	保険医療機関間の連携におけるデジタル病理画像による迅速細胞診	☐	☐ 年 月	☐	80
84の6	デジタル病理画像による病理診断	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の7	病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の8	悪性腫瘍病理組織標本加算	☐	☐ 年 月	☐	80の2
84の9	口腔病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の3
84の10	国際標準病理診断管理加算	☐	☐ 年 月	☐	80の2
85	クラウン・ブリッジ維持管理料	☐	☐ 年 月	☐	81
86	歯科矯正診断料	☐	☐ 年 月	☐	82
87	顎口腔機能診断料（顎変形症（顎離断等の手術を必要とするもの）に限る。）の手術前後における歯科矯正に係るもの	☐	☐ 年 月	☐	83
88	調剤基本料 1	☐	☐ 年 月	☐	84
88の2	調剤基本料 2	☐	☐ 年 月	☐	84
88の3	調剤基本料 3	☐	☐ 年 月	☐	84
88の4	特別調剤基本料 A	☐	☐ 年 月	☐	84
89	調剤基本料の注 1 ただし書に規定する施設基準	☐	☐ 年 月	☐	87の2
91	調剤基本料の注 4 に規定する保険薬局	☐	☐ 年 月	☐	85
92	地域支援・医薬品供給対応体制加算	☐	☐ 年 月	☐	87の3の1, 87の3の2

施設基準通知	名 称	今回届出	既届出	算定しない	様式（別添2（又は別添2の2））
92の2	連携強化加算	☐	☐ 年 月	☐	87の3の4
94	調剤基本料の注8_後発医薬品調剤割合が著しく低い保険薬局	☐	☐ 年 月	☐	87
93	バイオ後続品調剤体制加算	☐	☐ 年 月	☐	87の3の7
95	在宅薬学総合体制加算	☐	☐ 年 月	☐	87の3の5
95の2	電子的調剤情報連携体制整備加算	☐	☐ 年 月	☐	87の3の6
95の3	門前薬局等立地依存減算	☐	☐ 年 月	☐	84
96	無菌製剤処理加算	☐	☐ 年 月	☐	88
98	特定薬剤管理指導加算 2	☐	☐ 年 月	☐	92
97の2	服薬管理指導料の注1_かかりつけ薬剤師	☐	☐ 年 月	☐	90
102	在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算	☐	☐ 年 月	☐	89
103	在宅中心静脈静脈栄養法加算	☐	☐ 年 月	☐	89
104	看護職員処遇改善評価料	☐	☐ 年 月	☐	97
105	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	95
106	外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	96
106の2	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅰ）	☐	☐ 年 月	☐	95
106の3	歯科外来・在宅ベースアップ評価料（Ⅱ）	☐	☐ 年 月	☐	96
107	入院ベースアップ評価料	☐	☐ 年 月	☐	97
108	歯科技工所ベースアップ支援料	☐	☐ 年 月	☐	101
109	調剤ベースアップ評価料	☐	☐ 年 月	☐	103

※様式2、5の2、5の7、5の9、6、7の4、7の5、7の9、8の2、11の4、13の5、14、18の2、20の5、20の8、24の2、44の5の4、49の5、65、65の2、68、68の2、72、74の2、86、87の3の3、87の10の2、87の40、87の41、91、93は欠番。

調剤基本料の施設基準に係る届出書添付書類

1 当該保険薬局における調剤基本料の区分（「参考」を踏まえ、いずれかに○を付ける）	()	調剤基本料 1
	()	調剤基本料 2
	()	調剤基本料 3－イ
	()	調剤基本料 3－ロ
	()	調剤基本料 3－ハ
	()	特別調剤基本料 A
2 保険薬局指定日	指定年月日	令和 年 月 日
	指定期開始	令和 年 月 日
3 届出の区分（該当する項目の□に「☑」を記入する）		
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められない場合）	
□	新規指定に伴う届出（遡及指定が認められる場合）	
□	調剤基本料の区分変更に伴う届出	
□	その他（ ）	
4 調剤基本料の注 1 ただし書への該当の有無		☐ 該当（様式 87 の 2 に記入） ☐ 非該当
5 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係（特別調剤基本料 A への該当性）		
(1)	ア 保険医療機関と不動産取引等その他の特別な関係の有無	☐ なし→（2）へ ☐ あり→別紙 1 を添付すること
	イ 特別な関係のある医療機関の処方箋集中率の合計 ※別紙 1 の⑪A の数字を記載すること	%
	ウ 経過措置の該当性 I～IVのいずれかに該当する場合は「該当」に☑すること	☐ 該当 ☐ 非該当
	I 平成 28 年 9 月 30 日以前から、病院である保険医療機関と特別な関係にあった場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	II 平成 30 年 3 月 31 日以前から、診療所である保険医療機関と特別な関係にあった場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	III 平成 30 年 3 月 31 日以前に当該保険薬局の開局に係る手続きが相当程度進捗していた場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	IV 令和 8 年 3 月 4 日以前に当該保険薬局の所在する建物内に診療所が所在している場合 (①と②において両方「該当」に☑している場合に限る)	☐ 該当 ☐ 非該当
	①令和 8 年 3 月 5 日以降も当該診療所が所在し続けている場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	②令和 8 年 3 月 5 日以降も新たに他の保険医療機関と特別な関係を有しない場合	☐ 該当 ☐ 非該当
	(2)	保険薬局の敷地内のオンライン診療受診施設の有無
	オンライン診療受診施設が、医療計画におけるへき地に所在する保険薬局に設置されている	☐ 該当 ☐ 非該当
(3)	特別調剤基本料 A の該当性（ア、イいずれも非該当→「6」へ）	
	ア 次のすべてに該当する場合に該当に☑すること ・ 4 について「非該当」に☑をしている場合	☐ 該当 ☐ 非該当

	・ 5 (1) アについて「あり」に☑をしている場合 ・ 5 (1) イについて 50%超である場合 ・ 5 (1) ウについて「非該当」に☑をしている場合	
	イ 5 (2)について「あり」に☑している場合であって、へき地に所在する薬局でないこと	□該当 □非該当

6 処方箋の受付回数及び集中度等※同一の敷地又は建物にある複数の保険医療機関は1の保険医療機関と扱う

期間： 年 月 ～ 年 月 (か月間①)

処方箋集中度第一位の保険医療機関名	i :	処方箋集中度第二位の保険医療機関名	ii :	処方箋集中度第三位の保険医療機関名	iii :
-------------------	-----	-------------------	------	-------------------	-------

(1) 処方箋受付回数等

ア 処方箋受付回数の計算

当該保険薬局で受け付けた全ての処方箋の受付回数				② 回	
i からの受付回数	②-i 回	ii からの受付回数	②-ii 回	iii からの受付回数	②-iii 回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日等加算の対象となった患者の全ての処方箋の受付回数				③ 回	
i からの受付回数	③-i 回	ii からの受付回数	③-ii 回	iii からの受付回数	③-iii 回
一月の処方箋の受付回数 = (②-③) / ①				④ 回	
i からの受付回数	④-i 回	ii からの受付回数	④-ii 回	iii からの受付回数	④-iii 回

イ 処方箋集中度の計算

情報通信機器を用いた服薬指導を受けた患者の全ての処方箋の受付回数				⑤ 回	
i からの受付回数	⑤-i 回	ii からの受付回数	⑤-ii 回	iii からの受付回数	⑤-iii 回
同一グループの保険薬局の勤務者（非常勤を含む。）の全ての処方箋の受付回数				⑥ 回	
i からの受付回数	⑥-i 回	ii からの受付回数	⑥-ii 回	iii からの受付回数	⑥-iii 回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の全ての処方箋の受付回数				⑦ 回	
i からの受付回数	⑦-i 回	ii からの受付回数	⑦-ii 回	iii からの受付回数	⑦-iii 回
介護老人福祉施設・介護老人保健施設・介護医療院・サービス付き高齢者向け住宅・有料老人ホーム・養護老人ホーム・軽費老人ホーム・認知症高齢者グループホームの入居者に係る全ての処方箋の受付回数				⑧ 回	
i からの受付回数	⑧-i 回	ii からの受付回数	⑧-ii 回	iii からの受付回数	⑧-iii 回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が1人の場合の患者の処方箋の受付回数				⑨ 回	
i からの受付回数	⑨-i 回	ii からの受付回数	⑨-ii 回	iii からの受付回数	⑨-iii 回
処方箋集中度 ※計算は以下のとおり					
$\textcircled{10}n = \frac{\textcircled{2}n - (\textcircled{5}n + \textcircled{6}n + \textcircled{7}n + \textcircled{8}n - \textcircled{9}n)}{\textcircled{2} - (\textcircled{5} + \textcircled{6} + \textcircled{7} + \textcircled{8} - \textcircled{9})}$					
i からの処方箋集中度	⑩-i %	ii からの処方箋集中度	⑩-ii %	iii からの処方箋集中度	⑩-iii %

ウ	処方箋受付回数が多い上位 3 の保険医療機関に係る処方箋集中度の合計 (⑩- i ~ iii の合計)	% (⑪)
(2) 同一グループ内の処方箋受付回数等 (調剤基本料 3 への該当性)		
ア	薬局グループへの所属の有無	☐ 所属なし (個店) → (3) へ ☐ 所属あり (薬局グループ名:)
イ	⑩- i が 85% 超	☐ 該当 ☐ 非該当
ウ	1 月当たりの同一グループ内の処方箋受付回数の合計	回
エ	調剤基本料 3 イ ~ ハ の該当性 (いずれかの区分の該当に ☒ すること)	
	調剤基本料 3 イ (以下のいずれかに該当があれば該当に ☒ すること)	☐ 該当
	次のすべてに該当する場合に該当に ☒ すること ・アについて「所属している」に ☒ をしている場合 ・イについて「該当」に ☒ をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合	☐ 該当
	次のすべてに該当する場合に該当に ☒ すること ・アについて「所属している」に ☒ をしている場合 ・ウが 3.5 万回超 40 万回以下の場合 ・「5」の (1) ウについて「該当」に ☒ している場合	☐ 該当
	調剤基本料 3 ロ	
	次のすべてに該当する場合に該当に ☒ すること ・アについて「所属している」に ☒ をしている場合 ・イについて「該当」に ☒ をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合	☐ 該当
	次のすべてに該当する場合に該当に ☒ すること ・アについて「所属している」に ☒ をしている場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・「5」の (1) ウについて「該当」に ☒ している場合	☐ 該当
	調剤基本料 3 ハ	
	次のすべてに該当する場合に該当に ☒ すること ・アについて「所属している」に ☒ をしている場合 ・イについて「非該当」に ☒ している場合 ・ウが 40 万回以上の場合 ・⑪が 70% 以下	☐ 該当
(3) 処方箋の集中状況等 (調剤基本料 2 の該当性)		
ア	④が 4000 回超かつ⑪が 70% 超	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「イ」へ
イ	④が 1800 回超かつ⑩- i が 85% 超	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「ウ」へ
ウ	I ~ V のすべてに該当すること	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「エ」へ
	I 当該保険薬局の指定日が令和 8 年 6 月 1 日以降である	☐ 該当 ☐ 非該当
	II 特別区又は政令指定都市に所在する	☐ 該当 ☐ 非該当
	III 当該保険薬局から 500m 以内に他の保険薬局がある	☐ 該当 ☐ 非該当
	IV ④が 600 回超かつ 1800 回以下である	☐ 該当 ☐ 非該当
	V ⑩- i が 85% 超である	☐ 該当 ☐ 非該当
エ	④②- i が 4000 回超	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「オ」へ
オ	以下の⑫と④- i を合計した処方箋受付回数が 4000 回超	☐ 該当 ☐ 非該当 → 「(4)」へ
	ア 主たる保険医療機関が同一であるグループ内の他の保険薬局数	施設

	イ アの保険薬局における主たる保険医療機関からの処方箋受付回数の合計	⑫	回
(4)	4、5(3)ア若しくはイ又は6(2)エ若しくは(3)アからオまでのいずれも該当しない(調剤基本料1の該当性)	☐ 該当	
7	門前薬局等立地依存減算の該当性 ((1)に該当、かつ、(2)又は(3)に該当があれば該当に☑すること)	☐ 該当	
(1)	当該保険薬局の指定日が令和8年6月1日以降である	☐ 該当	☐ 非該当
(2)	門前薬局の該当性		
	ア 6(3)ウのⅡとⅢのいずれにも該当する	☐ 該当	☐ 非該当
	イ ⑩- i が85%超である	☐ 該当	☐ 非該当
	ウ 次の①から③までのいずれかに該当する	☐ 該当	☐ 非該当
	① 200床以上の保険医療機関から100m以内に所在し、当該区域内及び当該保険医療機関の敷地内に他の保険薬局が2以上ある	☐ 該当	☐ 非該当
	② 周囲50m以内に他の保険薬局が2以上ある	☐ 該当	☐ 非該当
	③ 周囲50m以内にある他の保険薬局が②に該当する	☐ 該当	☐ 非該当
(3)	医療モール等の該当性		
	ア ⑩- i が85%超である	☐ 該当	☐ 非該当
	イ 保険医療機関と同一の敷地又は建物に所在する	☐ 該当	☐ 非該当

〔記載上の注意〕

- 「2」については、地方厚生局ホームページに掲載されている「コード内容別医療機関一覧表」を確認の上記載する。
- 「3」については、保険薬局の新規指定（遡及指定が認められる場合を除く。）の場合は、指定日の属する月の翌月から3ヶ月間の実績から、調剤基本料の区分が調剤基本料1等から変更になる場合は届出が必要になることに注意する。
- 「3」については、「その他」に☑を記入した場合は、理由を記載する。
- 「3」については、令和8年度改定に伴い新たに区分変更の届出を行う場合には、「その他」に☑を記入し、「令和8年度改定に伴う届出」と記載する。
- 「4」については、調剤基本料の注1ただし書に該当する保険薬局の場合においては、「該当」に☑を記入し、様式87の2を添付する。
- 「6」については、処方箋集中率第1位の保険医療機関が同一敷地内又は同一建物内に所在する場合は「医療モール」と記載し、別紙2に各保険医療機関名等を記載する。
- 「6」②については、リフィル処方箋による調剤を行う場合、調剤実施ごとに受付回数の計算に含める。
- 「6(2)ア」については、グループ内で統一したグループ名を記載する。
- 「6(2)ウ」については、1月当たりの処方箋受付回数の合計は、当年4月末時点でグループに属している保険薬局の④の値（小数点以下は四捨五入）を合計した値を記載する。

[illegible]

医療モ－ル等の施設基準に係る届出書添付書類

	医療モ－ ル全体	処方箋集 中率 1 位	処方箋集 中率 2 位	処方箋集 中率 3 位	処方箋集 中率 4 位	処方箋集 中率 5 位	処方箋集 中率 6 位	処方箋集 中率 7 位	処方箋集 中率 8 位
保険医療機関又は敷地若しくは建物の名称									
ア 処方箋受付回数 の計算									
処方箋受付回数 (②)	回 i	回 ii	回 iii	回 iv	回 v	回 vi	回 vii	回 viii	回
時間外加算、休日加算、深夜加算又は夜間・休日 等加算を算定した処方箋受付回数 (③)	回 i	回 ii	回 iii	回 iv	回 v	回 vi	回 vii	回 viii	回
一月の処方箋の受付回数 (④) = (②－③) / ①	回 i	回 ii	回 iii	回 iv	回 v	回 vi	回 vii	回 viii	回
イ 処方箋集中率									
情報通信機器を用いた服薬指導を行った場合の処 方箋受付回数 (⑤)	回 i	回 ii	回 iii	回 iv	回 v	回 vi	回 vii	回 viii	回
同一グループの保険薬局の勤務者 (非常勤を含 む。) の処方箋受付回数 (⑥)	回 i	回 ii	回 iii	回 iv	回 v	回 vi	回 vii	回 viii	回
同一グループの保険薬局の勤務者の家族の処方箋 受付回数 (⑦)	回 i	回 ii	回 iii	回 iv	回 v	回 vi	回 vii	回 viii	回
介護老人福祉施設、介護老人保健施設若しくは介 護医療院、高齢者の居住の安定確保に関する法律 で定めるサービス付き高齢者向け住宅又は老人福 祉法で定める有料老人ホーム、養護老人ホーム、 軽費老人ホーム若しくは認知症高齢者グループホ ームに入居する患者に係る処方箋受付回数 (⑧)	回 i	回 ii	回 iii	回 iv	回 v	回 vi	回 vii	回 viii	回
単一建物診療患者又は単一建物居住者が 1 人 の場合の処方箋受付回数 (⑨)	回 i	回 ii	回 iii	回 iv	回 v	回 vi	回 vii	回 viii	回
処方箋集中率⑩ ※⑩N＝ $\frac{②N - (⑤N + ⑥N + ⑦N + ⑧N - ⑨N)}{② - (⑤ + ⑥ + ⑦ + ⑧ - ⑨)}$		%	%	%	%	%	%	%	%

欄が不足する場合には複写し作成すること

様式87の3の2

地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分 (いずれかに○)	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 2
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 3
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 4
	()	地域支援・医薬品供給対応体制加算 5

2 保険薬局における直近 1 年間の処方箋受付回数 (①)	回
-------------------------------	---

3 各基準の実績回数
地域支援・医薬品供給対応体制加算 2 : (4)を含む3つ以上を満たすこと。
地域支援・医薬品供給対応体制加算 3・5 : いずれか7つ以上を満たすこと。
地域支援・医薬品供給対応体制加算 4 : (4)と(6)を含む3つ以上を満たすこと。

処方箋受付回数 1 万回当たりの基準 (1 年間の各基準の算定回数) (満たす実績に○)		各基準に①を乗じて 1 万で除して得た回数※	保険薬局における実績の合計
期間: 年 月 ~ 年 月	※下記 () 内は各加算の実績基準を示す		
()	(1) 時間外加算等及び夜間・休日等加算 (加算 2・3 : 40回、加算 4・5 : 400回)	回	回
()	(2) 麻薬の調剤回数 (加算 2・3 : 1 回、加算 4・5 : 10回)	回	回
()	(3) 調剤時残薬調整加算及び薬学的有害事象等防止加算 (加算 2・3 : 20回、加算 4・5 : 40回)	回	回
()	(4) 服薬管理指導料 1 のイ及び 2 のイ (加算 2・3 : 20回、加算 4・5 : 40回)	回	回
()	(5) 外来服薬支援料 1 (加算 2・3 : 1 回、加算 4・5 : 12回)	回	回
()	(6) 訪問薬剤管理指導料等 (単一建物診療患者又は単一建物居住者が 1 人の場合に限る。) (加算の区分によらず 24回)	回	回
()	(7) 服薬情報等提供料等 (加算 2 又は 3 : 30回、加算 4 又は 5 : 60回)	回	回
()	(8) 小児特定加算 (加算の区分によらず 1 回)	回	回

※直近 1 年間の処方箋受付回数が 1 万回未満の場合は、処方箋受付回数 1 万回とみなす

保険薬局当たりの基準		保険薬局における実績の合計
()	(9) 薬剤師認定制度認証機構が認証している研修認定制度等の研修認定を取得した保険薬剤師が地域の多職種と連携する会議の出席回数 (加算 2・3 : 1 回、加算 4・5 : 5 回)	回

在宅薬学総合体制加算の施設基準に係る届出書添付書類

1 届出区分	()	在宅薬学総合体制加算 1
(該当するものに○)	()	在宅薬学総合体制加算 2

2 在宅薬学総合体制加算 1 及び 2 の共通の施設基準		
(1) 在宅患者訪問薬剤管理指導に係る届出		☐ あり
(2) 緊急時等の開局時間以外の時間における在宅業務に対応できる体制		☐ あり
(3) 在宅業務実施体制に係る自局及びグループによる周知		☐ している
(4) 在宅業務実施体制に係る地域での周知の方法（該当するものに☑）	☐ 地域の行政機関を通じて周知している。	
	☐ 地域の薬剤師会等を通じて周知している。	
(5) 在宅業務に必要な体制の整備状況		
・ 在宅業務に関する職員等研修の実施実績及び計画		☐ あり
・ 外部の学術研修の受講		☐ あり
(6) 医療材料及び衛生材料の供給に必要な整備状況		☐ あり
(7) 麻薬小売業者免許の取得	(免許証の番号を記載：)	
(8) <u>服薬管理指導料 1 のイに規定するかかりつけ薬剤師による服薬管理指導を行う旨の届出服薬管理指導料の注 1 に係る届出（かかりつけ薬剤師）</u>		☐ あり
(9) 直近 1 年間の訪問薬剤管理指導の実績回数（施設在宅等を含む） （実績回数の期間： 年 月～ 年 月）		回

3 在宅薬学総合体制加算 2 の施設基準		
(1) 単一建物診療患者又は単一建物居住者等の実績 （実績回数の期間： 年 月～ 年 月）		
ア 在宅患者訪問薬剤管理指導料 1 の実績回数		回
イ 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の実績回数		回
ウ 在宅患者緊急時等共同指導料の実績回数		回
エ 単一建物居住者の居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の実績回数		回
オ アからエまでについて、在宅協力薬局として連携した場合の実績回数		回
カ アからエまでについて、同等の業務を行った場合の実績回数		回
(2) 次のいずれかの実績要件満たす		
ア 3 (1) アからカまでの合計回数が240回以上、かつ、その合計回数が 2 (9) の直近 1 年間の訪問薬剤管理指導の実績回数全体に占める割合が 2 割を超える。	☐ 該当	
イ 3 (1) アからカまでの合計回数が480回以上、かつ、その合計回数が 2 (9) の直近 1 年間の訪問薬剤管理指導の実績回数全体に占める割合が 1 割を超える。	☐ 該当	
(3) 当該保険薬局に在籍する保険薬剤師の人数 （常勤換算による保険薬剤師の人数）	() 人 (常勤換算) 人	
(4) 高度管理医療機器等の販売業の許可等	許可番号：	

(5) ア、イ又はウについて、実績回数があるものに○を記載すること。	
() ア. 訪問薬剤管理指導に係る麻薬指導加算等の実績回数 (10回以上／年)	回／年
() イ. 無菌製剤処理加算の実績回数 (1回以上／年)	回／年
() ウ. 小児在宅患者に対する体制	
小児在宅患者に対する訪問薬剤管理指導の実績回数 (6回以上／年) (A+B)	回
(参考)	
A 小児特定加算の算定実績 (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に係るものに限る。)	回
B 乳幼児加算の算定実績 (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に係るものに限る。)	回

[届出上の注意]

- 「1」の届出区分は、該当するものに○をすること。
- 在宅薬学総合体制加算1を届出する場合、2について記載すること。
- 在宅薬学総合体制加算2を届出する場合、2及び3について記載すること。
- 2(9)の実績については、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、居宅療養管理指導費及び介護予防居宅療養管理指導費の算定回数の合計を記載する。ただし、情報通信機器を用いた場合は除く。
- 3(1)のオについて、在宅協力薬局として実施した場合には、ア及びイに含めず、エとして記載すること。
- 3(1)のカの「同等の業務」については、在宅患者訪問薬剤管理指導料で規定される患者1人当たりの同一月内の訪問回数を超えて行った訪問薬剤管理指導業務を含む。
- 3の(5)ア、イ及びウについては、複数に適合する場合は、いずれにも○を記載すること。
- 3の(5)アについては、麻薬管理指導加算若しくは在宅患者医療用麻薬持続注射療法加算(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に係る加算)又は居宅療養管理指導費若しくは介護予防居宅療養管理指導費(薬剤師が行う場合)に係る加算の実績回数の合計を記載すること。

調剤ベースアップ評価料の施設基準に係る届出書添付書類

◎以下について確認の上、必ず☑を記載すること

※項目が未チェックです

- ☐ 毎月8月に、前年度の賃金改善の取組状況について、様式104「賃金改善実績報告書」により報告すること、算定を行っている年度における賃金改善の取組状況について、様式104「賃金改善中間報告書」により報告することについて、理解しました。
- ☐ 本評価料による収入については全て対象職員の賃上げに充当することについて、誓約します。
- ☐ 同一法人又はグループに属する場合は、同一当該法人内又はグループに属する内の本提出をする他の全ての保険薬局において、本様式を用いて同一内容(保険薬局コード、所在地及び名称は除く)を記入し、地方厚生(支)局長に届け出ています。(または、どのグループにも属していません。)

年 月 日 開設者名：

◎必要記載項目

1 保険薬局コード

保険薬局名

2 対象職員の該当

☐ 対象職員の該当あり

※ 対象職員とは、当該保険薬局に直接勤務する職員をいう。ただし、他の保険薬局又は事業所を主たる勤務先とし、当該保険薬局における調剤業務等に直接従事していない管理的業務に専従する者(本部職員、エリアマネージャー等)は、対象職員に含めない。
(ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。)

「賃金改善実績報告書・ 賃金中間報告書（調剤）」

1. 調剤ベースアップ評価料を算定する保険薬局については、別添1の「実績報告書・中間報告書」を提出すること。
2. 法人内又はグループ内の同一の給与体系に基づく複数の保険薬局において、保険薬局の「月額賃金総額」及び「対象職員数」を通算して届出を行う場合には、別添2「実績報告書・中間報告書（法人）」を用いること。

(保険薬局) _____ (令和 _____ 年度分)

保険薬局コード	
保険薬局名	

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和		年		月	～	令和		年		月		ヶ月
----	--	---	--	---	---	----	--	---	--	---	--	----

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和		年		月	～	令和		年		月		ヶ月
----	--	---	--	---	---	----	--	---	--	---	--	----

III. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円
--------------------------	--	---

- 基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ (9)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いた額も必ず記載すること
- 対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
- ※ ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

IV. ベースアップ評価料対象職員(全体)の月額賃金総額に係る事項

(4) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		人
(5) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		円
(6) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(7) 基本給等総額に係る賃金改善実績額(ベア実績額)(1か月分)【(5)-(6)】		円
(8) ベア等による賃金増率【(7)÷(6)】		%
(9) 上記(8)以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いた額		円

V-1. 事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		円
(12) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額(ベア実績額)(1か月分)【(11)-(12)】		円
(14) ベア等による賃金増率【(13)÷(12)】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-2. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(17) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(18) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(19) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(20) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
(21) ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
(22) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(23) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. 保険調剤による収入の割合

(24) 保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(25) 全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(26) 保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※ 保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

VII. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(27) ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
(28) 対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
(29) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）×（算定期間）】		円
(30) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋（29））－（27）】		円
(31) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 2 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。
- 3 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 4 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

(保険薬局) _____ (令和 _____ 年度分)

保険薬局コード	
保険薬局名	
同一グループ保険薬局名	
同一グループ保険薬局数	

I. 提出書類の種類 ※どちらか1つを選択してください。

- ☐ 賃金改善中間報告書
- ☐ 賃金改善実績報告書

II. 賃金改善実施期間及びベースアップ評価料算定期間

(1) 賃金改善実施期間

令和		年		月	～	令和		年		月
----	--	---	--	---	---	----	--	---	--	---

											ヶ月
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

(2) ベースアップ評価料算定期間

令和		年		月	～	令和		年		月
----	--	---	--	---	---	----	--	---	--	---

											ヶ月
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

III. ベースアップ評価料による収入の実績額【(2)の期間中】

(3) 調剤ベースアップ評価料による収入の実績額		円
--------------------------	--	---

- 基本給等総額については1か月当たりの額を記載してください。
- ※ 「基本給等総額」とは、基本給等の合計をいい、賞与、期末・勤勉手当等特定の時期にのみ支払われる手当を含まない。
- ※ (9)のベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いた額も必ず記載すること
- 対象職員とは、当該保険薬局に勤務する職員をいう。
- ※ ただし、事業主、使用者、開設者、管理者、40歳以上の薬剤師並びに業務委託により勤務する者を除く。

【ベースアップ評価料対象職種について】

IV. ベースアップ評価料対象職員(全体)の月額賃金総額に係る事項

(4) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		人
(5) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		円
(6) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(7) 基本給等総額に係る賃金改善実績額(ベア実績額)(1か月分)【(5)－(6)】		円
(8) ベア等による賃金増率【(7)÷(6)】		%
(9) 上記(8)以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費(事業者負担分等を含む。)等の増加分に用いた額		円

V-1. 事務職員の基本給等総額に係る事項

(10) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		人
(11) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間(1)の開始月時点】		円
(12) 令和8年3月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(13) 基本給等総額に係る賃金改善実績額(ベア実績額)(1か月分)【(11)－(12)】		円
(14) ベア等による賃金増率【(13)÷(12)】		%
(15) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(16) 前年度の賞与の支給月数		か月

V-2. 薬剤師の基本給等総額に係る事項

(17) 対象職員の常勤換算数【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		人
(18) 当該評価料を算定した年度に勤務している対象職員の基本給等総額【賃金改善実施期間（１）の開始月時点】		円
(19) 令和８年３月時点の給与体系を、当該年度に勤務している職員の賃金に当てはめた場合の対象職員の基本給等総額		円
(20) 基本給等総額に係る賃金改善実績額（ベア実績額）（１か月分）【（18）－（19）】		円
(21) ベア等による賃金増率【（20）÷（19）】		%
(22) 報告書届出年度の賞与の支給月数		か月
(23) 前年度の賞与の支給月数		か月

VI. 保険調剤による収入の割合

(24) 保険調剤による収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(25) 全ての収入の総額【前会計年度における１年間の総額】		円
(26) 保険調剤による収入の割合【（24）／（25）】		%

※ 保険調剤による収入の総額：調剤報酬（保険外併用療養費を除く。）、介護保険、国、地方公共団体、保険者等が交付する補助金等に係るものの総額（労災保険に係るものを除く）。

VII. ベースアップ評価料による収入が対象職員へ充当されているか

(27) ベースアップ評価料による収入の実績額【（３）】		円
(28) 対象職員全体の賃金改善実績額における、保険調剤分（算定期間分）【（７）×（26）×（算定期間）】		円
(29) ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む。）等の増加分に用いた額（算定期間分）【（９）】		円
(30) 収入の実績額と賃金改善実績額の差分【（（28）＋（29））－（27）】		円
(31) ベースアップ評価料算定による収入額が対象職員への賃上げに実施されているか		賃金改善額充当済み

本報告書の記載内容に虚偽が無いことを証明するとともに、記載内容を証明する資料を適切に保管していることを誓約します。

令和 年 月 日

開設者名：

【記載上の注意】

- 1 「対象職員の常勤換算数」は、当該時点における対象職員の人数を常勤換算で記載すること。常勤の職員の常勤換算数は１とする。常勤でない職員の常勤換算数は、「当該常勤でない職員の所定労働時間」を「当該保険医療機関において定めている常勤職員の所定労働時間」で除して得た数（当該常勤でない職員の常勤換算数が１を超える場合は、１とする。）
- 2 VIについて、大臣折衝において賃上げの実行性確保の観点から、「対象職員の賃金改善実績額」の総額が、「ベースアップ評価料により得られた収入額」の総額と「ベア等以外で、ベア等に伴う賞与、時間外手当、法定福利費（事業者負担分等を含む）の増加分に用いた額」の総額を合わせた額と比べて、同額以上となること。
- 3 Vについて、「報告書届出年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。
- 4 Vについて、「前年度の賞与の支給月数」は、本様式を届け出る年度の前年度に係る賞与の月数を記載する。なお、賞与等を月数賞与等を月数ではなく、定額などの金額で支給している場合は、空欄でもよい。

(別添 7)

「診療報酬における加算等の算定対象等となるバイオ後続品」について
(令和 8 年 3 月 5 日保医発 0305 第 13 号)

別紙3

バイオ後続品の使用(調剤)割合の算出に当たって対象となる「バイオ後続品のある先行バイオ医薬品」

区分 (中略)	薬価基準収載 医薬品コード	成分名	規格	品名	メーカー名	薬価
注射薬	3399410G1020	ベグフィルグラスチム（遺伝子 組換え）	3. 6 m g 0. 3 6 m L 1 筒	ジーラスタ皮下注 3. 6 m g	協和キリン	77,753.00
<u>注射薬</u>	<u>3399410G2027</u>	<u>ベグフィルグラスチム（遺伝子 組換え）</u>	<u>3. 6 m g 0. 3 6 m L 1 キット</u>	<u>ジーラスタ皮下注 3. 6 m g ボディーボッド</u>	<u>協和キリン</u>	<u>90,969.00</u>
注射薬	3959409D1029	アガリンダーゼベータ（遺伝子 組換え）	5 m g 1 瓶	ファブラザイム点滴静注用 5 m g	サノフィ	95,674.00
注射薬	3959409D2025	アガリンダーゼベータ（遺伝子 組換え）	3 5 m g 1 瓶	ファブラザイム点滴静注用 3 5 m g	サノフィ	528,502.00
注射薬	3999424D1029	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	2 5 m g 1 瓶	エンブレル皮下注用 2 5 m g	ファイザー	12,337.00
注射薬	3999424D2025	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	1 0 m g 1 瓶	エンブレル皮下注用 1 0 m g	ファイザー	4,485.00
注射薬	3999424G1025	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	2 5 m g 0. 5 m L 1 筒	エンブレル皮下注 2 5 m g シリンジ 0. 5 m L	ファイザー	8,396.00
注射薬	3999424G2021	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	5 0 m g 1 m L 1 筒	エンブレル皮下注 5 0 m g シリンジ 1. 0 m L	ファイザー	17,524.00
注射薬	3999424G3028	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	5 0 m g 1 m L 1 キット	エンブレル皮下注 5 0 m g ペン 1. 0 m L	ファイザー	14,591.00
注射薬	3999424G4024	エタネルセプト（遺伝子組換 え）	2 5 m g 0. 5 m L 1 キット	エンブレル皮下注 2 5 m g ペン 0. 5 m L	ファイザー	7,592.00
<u>注射薬</u>	<u>3999424G5020</u>	<u>エタネルセプト（遺伝子組換 え）</u>	<u>2 5 m g 0. 5 m L 1 カ セット</u>	<u>エンブレル皮下注 2 5 m g クリックワイズ用 0. 5 m L</u>	<u>ファイザー</u>	<u>8,880.00</u>
<u>注射薬</u>	<u>3999424G6027</u>	<u>エタネルセプト（遺伝子組換 え）</u>	<u>5 0 m g 1 m L 1 カセッ ト</u>	<u>エンブレル皮下注 5 0 m g クリックワイズ用 1. 0 m L</u>	<u>ファイザー</u>	<u>16,429.00</u>
注射薬	3999425S5028	ダルベゴエチンアルファ（遺伝 子組換え）	1 0 μ g 0. 5 m L 1 筒	ネスブ注射液 1 0 μ g プラシリンジ	協和キリン	841.00

(別添 9)

「診療報酬請求書等の記載要領等について」等の一部改正について
(令和 8 年 3 月 27 日保医発 0327 第 2 号)

別添 1

「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

Ⅱ 診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領

第 3 診療報酬明細書の記載要領(様式第 2)

2 診療報酬明細書の記載要領に関する事項

- (20) 「初診」、「再診」、「医学管理」、「在宅」、「投薬」、「注射」、「処置」、「手術・麻酔」、「検査・病理」、「画像診断」、「その他」及び「入院」欄について

キ 「注射」欄について

(~~エ~~コ) 厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養第 1 条第 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。

(~~コ~~サ) 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 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。

シ 「入院」欄について

(シ) 「厚生労働大臣の定める入院患者数の基準及び医師等の員数の基準並びに入院基本料の算定方法」に規定する医師等の員数の基準に該当する保険医療機関にあっては、当該入院基本料の 1 日当たりの所定点数(離島等所在保険医療機関以外の場合は所定点数に 100 分の 90 又は 100 分の 85 を乗じて得た点数を、離島等所在保険医療機関の場合は~~所定点数から~~所定点数に 100 分の 98 又は 100 分の 97 を乗じて得た点数)、日数及び合計点数を記載し、「摘要」欄に 標欠 7、標欠 5 と表示すること。

- (24) 「摘要」欄について

イ 特別養護老人ホームの入所者(末期の悪性腫瘍の患者に限る。)について、在宅療養支援診療所、在宅療養支援病院又は当該特別養護老人ホームの協力医療機関の医

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「多キ」と記載すること。

※ ネからヒまでについては、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ってはチ及びニに従い、従前どおり「区エ」及び「多エ」を使用されたい。

IV 調剤報酬請求書及び調剤報酬明細書に関する事項

第1 調剤報酬請求書に関する事項（様式第4）

1 「令和 年 月分」欄について

調剤年月又は外来服薬支援料1、服用薬剤調整支援料2、服薬情報等提供料3若しくは退院時共同指導料を算定した年月（以下「調剤年月等」という。）を記載すること。したがって、調剤年月等の異なる調剤報酬明細書（以下「明細書」という。）がある場合には、それぞれの調剤年月分等について調剤報酬請求書を作成すること。なお、調剤年月等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。

12 その他

(2) 服薬管理指導料4ロ、服薬管理指導料4ハ、服用薬剤調整支援料、服薬情報等提供料、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を算定した月とその基となる調剤月が異なる場合は、「処方箋受付回数」は調剤月について計上すること。また、長期14日分を超える投薬若しくは後発医薬品に係る分割調剤の調剤基本料を算定する場合、医師の指示による分割調剤に係る自局での初回以外の調剤を行う場合、調剤管理料（在宅協力薬局が当該分析、評価を行い、在宅基幹薬局が当該点数を算定する場合に限る。）又は服薬管理指導料4ロ、服薬管理指導料4ハ、服薬情報等提供料、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、服用薬剤調整支援料、外来服薬支援料1、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。）、退院時共同指導料、経管投薬支援料、調剤後薬剤管理指導料1、調剤後薬剤管理指導料2若しくは在宅移行初期管理料のみの算定を行っている場合は、「件数」としては1件、「受付回数」としては0件として計上すること。

第2 調剤報酬明細書の記載要領（様式第5）

1 調剤報酬明細書の記載要領に関する一般的事項

(9) 月の途中において保険者番号又は本人・家族等の種別の変更があった場合は、保険者番号ごとに、それぞれ別の明細書を作成すること。高齢受給者証又は後期高齢者の被保険者証資格確認書が月の途中に発行されること等により給付額を調整する必要がある

ある場合又は公費負担医療単独の場合において公費負担者番号若しくは公費負担医療の受給者番号の変更があった場合も同様とすること。なお、それぞれ別の明細書を作成する場合は、変更後の明細書の「摘要」欄にその旨を記載すること。

- (10) 1枚の明細書に書ききれない場合は、明細書又は明細書と同じ大きさの用紙に、調剤年月等、薬局コード、患者氏名、保険種別（例：1社・国 1単独 2本外）、保険者番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担者番号）、被保険者証・被保険者手帳等の資格に係る記号・番号（公費負担医療のみの場合は第1公費の公費負担医療の受給者番号）を記載した上、所定の内容を記載し、続紙として、当該明細書の次に重ね、左上端を貼り付けること。

2 調剤報酬明細書に関する事項

- (7) 「被保険者証・被保険者手帳等の資格に係る記号・番号」欄について

ア 被保険者証資格確認書等の「記号及び番号」欄の記号及び番号を記載すること。
また、後期高齢者医療被保険者証資格確認書の「被保険者番号」欄の「被保険者番号」を記載すること。被保険者証資格確認書等の「記号及び番号」欄に枝番の記載がある場合は、併せて枝番を記載すること。なお、電子資格確認の場合は、オンラインにより提供された資格情報から、これらの記載を行うこと。

- (14) 「保険医療機関の所在地及び名称」欄、「都道府県番号」欄、「点数表番号」欄及び「医療機関コード」欄について

処方箋を発行した保険医（以下「処方医」という。）が診療に従事する保険医療機関の所在地、名称、都道府県番号、点数表番号及び医療機関コードを処方箋に基づいて記載すること。また、外来服薬支援料1、服用薬剤調整支援料2、服薬情報等提供料3及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

なお、電子計算機の場合は、例外的に所在地及び名称をカタカナで記載しても差し支えないこと。

- (15) 「保険医氏名」欄について

処方医である医師又は歯科医師の姓名を記載すること。

なお、同一医療機関で同一患者に対し、異なる医師又は歯科医師が処方箋を発行した場合には、当該欄に当該処方医の姓名を1の項から順番に記載すること。処方箋を発行した医師又は歯科医師の数が10人を超えた場合は、「摘要」欄に11以降の番号を付して医師又は歯科医師の姓名を記載すること。また、外来服薬支援料1、服用薬剤調整支援料2、服薬情報等提供料3及び退院時共同指導料に係る明細書については記載しないこと。

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、この場合には姓と名の間にスペースをとること。

(16) 「受付回数」欄について

イ 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交付された処方箋を同一日に受け付けた場合は、複数診療科に係るものであっても枚数にかかわらず受付回数は1回となること。ただし、歯科診療に係る処方箋とそれ以外の処方箋についてはこの限りでない。また、以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) 長期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ロ及び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

(21) 「処方」欄について

サ 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 17×5

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。

(23) 「調剤数量」欄について

イ 分割調剤の場合は以下によること。

- (ア) 長期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 $\frac{\text{分}}$ の記号を付すこと。なお、電子計算機の場合は、 $\frac{\text{分}}$ 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。

(24) 「薬剤調製料 調剤管理料」欄について

「処方」欄に掲げる調剤を行った際の調剤数量に応じた薬剤調製料及び調剤管理料の点数を記載すること。ただし、薬剤調製料及び調剤管理料が算定できない場合又は医師の指示による分割調剤の場合は、「0」を記載すること。

なお、内服薬及び湯薬について、長期14日分を超える投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を同一薬局において行う場合には、第1回目の調剤から通算した日数に対応する薬剤調製料及び調剤管理料から前回までに請求した薬剤調製料及び調剤管理料の点数を減じた点数を記載すること。

(26) 「加算料」、「調剤基本料」、「時間外等加算」及び「薬学管理料」欄について

ア 通則

各欄又は「摘要」欄への調剤行為等の名称（以下この項において単に「名称」という。）、「回数及び点数の記載方法は、次のイからオまでのとおりであること。また、名称、回数及び点数以外の「摘要」欄に記載する事項等は、別表Ⅰ「調剤報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧」及び別表Ⅳ「診療報酬明細書の「摘要」欄への記載事項等一覧（材料価格基準）」のとおりであること。

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

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

イ 「加算料」欄について

- (ア) 麻薬・向精神薬・覚醒剤原料・毒薬加算、時間外加算、休日加算、深夜加算、時間外加算の特例、自家製剤加算、計量混合調剤加算、予製剤加算、無菌製剤処理加算又は外来服薬支援料2を算定した場合は、当該名称を記載して加算点数(無菌製剤処理加算においては加算点数に日数を乗じた点数)の合計点数(ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「0」)を記載すること。

また、外来服薬支援料2の算定対象となる剤が複数ある場合は、外来服薬支援料2を算定する点数に対応する投薬日数が分かるように、原則として、当該日数が「調剤数量」欄に記載されている剤の欄に(当該日数の剤が複数ある場合は、いずれかの1欄にのみ)、外来服薬支援料2に係る点数(ただし、医師の指示による分割調剤にあつては「0」)を記載すること。

ただし、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、これに該当する場合であっても、これらの加算又は外来服薬支援料2はどちらか1欄にのみ記載すること。

(中略)

ウ 「調剤基本料」欄について

- (ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」、「公費①」及び「公費②」の項に、それぞれ医療保険、第1公費及び第2公費に係る調剤基本料(地域支援・医薬品供給対応体制加算の施設基準の届出を行った場合等にあつては、調剤基本料に地域支援・医薬品供給対応体制加算1、地域支援・医薬品供給対応体制加算2、地域支援・医薬品供給対応体制加算3、地域支援・医薬品供給対応体制加算4若しくは地域支援・医薬品供給対応体制加算5、連携強化加算、パイオ後続品調剤体制加算、在宅薬学総合体制加算1、在宅薬学総合体制加算2イ若しくは在宅薬学総合体制加算2ロ、又は区分番号00の注3、注4、注8若しくは門前薬局等立地依存減算を適用して算出した点数。)に処方箋受付回数に乗じた点数、電子的調剤情報連携体制整備加算については月1回分の点数、長期14日分を超える投薬又は後発医薬品に係る分割調剤を行った場合は算定可能な分割調剤の回数に5点に乗じた点数を記載すること。また、記載した点数の上部に該当する調剤基本料及びその加算等について、名称を記載すること。

なお、「公費①」及び「公費②」の項の記載については、(28)のウを参照すること。

(中略)

オ 「薬学管理料」欄について

- (ア) 医師の指示による分割調剤の場合を除き、「保険」の項の上欄には、算定し

た薬学管理料（薬学管理料の加算~~及びその他の項目~~を含む。以下同じ。）の名称と回数を下記により記載すること。

（中略）

⑮ 調剤物価対応料を算定した場合は、名称~~及びその回数~~を記載すること。

（中略）

（エ） 前（ア）の~~⑮⑯~~の場合を除き、調剤管理料及び外来服薬支援料 2 に係る点数については本欄に記載せず、前（24）及び前（26）のイのとおり記載すること。

（30） その他

イ 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、法別番号等によらず、次の記載要領によること。

（ア） 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~~証・被保険者手帳等の資格に係る~~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「公費負担者番号①」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「公費負担者番号②」欄に記載すること。

（中略）

キ 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）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「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」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ア）であるもの）が提示された場合、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~~被保険者証資格確認書~~（一部負担金の割合（3 割））の提示のみ若しくは高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療~~被保険者証資格確認書~~情報の提供のみの場合又は「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には、「特記事項」欄に「区ア」と記載すること。

（中略）

ケ 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）が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供され

た場合又は「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは小児慢性特定疾病医療受給者証（適用区分が（ウ）であるもの）が提示された場合、又は 70 歳以上の場合であつて「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び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））が提示若しくは限度額適用認定証情報が提供された場合又は「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「区ウ」と記載すること。

（中略）

- シ 後期高齢者医療において「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~~被保険者証資格確認書~~（一部負担金の割合（2 割））が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証資格確認書~~情報が提供された場合、又は「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~~被保険者証資格確認書~~（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若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証資格確認書~~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には、「特記事項」欄に「区カ」と記載すること。
- ス 後期高齢者医療において「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~~被保険者証資格確認書~~（一部負担金の割合（1 割））が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証資格確認書~~情報が提供された場合、又は「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~~被保険者証資格確認書~~（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若しくは特定疾患医療受給者証が提示若しくは後期高齢者医療~~被保険者証資格確認書~~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には、「特記事項」欄に「区キ」と記載すること。

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）	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	01	薬剤調製料（内服薬）	（配合薬品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。	820100367	薬剤調製料（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		
				820100368	薬剤調製料（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	薬剤調製料（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	薬剤調製料（内服薬）：その他理由：*****		
3	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。 （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薬剤名を記載すること。 （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。	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）：*****		
				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：*****		
4	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。	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）：*****		
5	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"		
6	1002	調剤時残薬調整 加算	確認した残薬日数及び調整した残薬日数を記載すること。 また、7日分以上相当の調剤日数の変更を行う場合には、調整した理由を記載すること。 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。	842100119	内容の要点（調剤時残薬調整加算）-確認した残薬日数：****		※
				842100120	内容の要点（調剤時残薬調整加算）-調整した残薬日数：****		※
				820101905	処方箋の「調剤する薬剤を減量した後、保険医療機関へ情報提供」の欄にその旨の指示があり調整した場合（調剤時残薬調整加算）		※
				820101906	疑義照会により調整した場合（調剤時残薬調整加算）		※
				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：*****		※
8	1002	薬学的有害事象 予防加算	処方医に連絡・確認を行った内容の要点を記載すること。	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）：****		※
				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"		※
				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与		※
				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：*****		※
				830100987	変更のあった薬剤名（薬学的有害事象等防止加算）：*****		※

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
9	10の2	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照会（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。	850100601	相談照会年月日（薬学的有害事象等防止加算のイ）：（元号）yy“年”mm“月”dd“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：*****		※
			薬剤の変更内容について選択し記載すること。 また、「変更のあった薬剤名」の記載をすること。	830100986	変更のあった薬剤名（薬学的有害事象等防止加算のイ）：*****		※
10	10の3	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）：*****		
11	10の3	特定薬剤管理指導加算3	（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）：*****		
12	10の3	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）：*****		
13	10の3	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”		※
				820101920	初回（かかりつけ薬剤師フォローアップ加算）		※
				850100603	前回算定年月（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”		※
14	10の3	かかりつけ薬剤師 訪問加算	患者に訪問指導を行ったとして、残薬の整理、服用薬の管理方法の指導等を行い、その結果を保険医療機関に情報提供した年月日を記載すること。	850100604	保険医療機関に情報提供した訪問指導年月日（かかりつけ薬剤師訪問加算）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		※
				820101921	初回（かかりつけ薬剤師訪問加算）		※
				850100605	前回算定年月（かかりつけ薬剤師訪問加算）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		※
				820101922	初回（服用薬剤調整支援料2）		※
14	14の3	服用薬剤調整支援料2	前回算定年月（初回であれば初回の旨）を記載すること。	850100606	前回算定年月（服用薬剤調整支援料2）：（元号）yy“年”mm“月”dd“日”		※
15	14の3	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	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”		
				830100911	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）：*****		
16	14の3	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	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”		
				830100912	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）：*****		
17	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導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”		
18	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連年第20条第4号ハに係る処方箋を交付した場合に服す。）	820101258	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		
				820101259	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		
				820101260	服薬管理指導料3：介護医療院に入所している患者		
				820101261	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		
19	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	外来服薬支援料1：注1		
				820100794	外来服薬支援料1：注2		
				850100370	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”		
				830100442	保険医療機関の名称（外来服薬支援料1）：*****		
20	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）：*****		
21	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	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		
				820101263	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		
				820101264	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		
22	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。 〔記載例〕 〇〇市立病院にて〇種類から〇種類に調整、〇〇医師にて〇種類から〇種類に調整。	850100371	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”		
				830100443	保険医療機関名及び調整前後の種類数（服用薬剤調整支援料1）：***** *****保険医療機関名（服用薬剤調整支援料1）：*****		
				842100122	調整前の種類数（服用薬剤調整支援料1）：*****		
				842100123	調整後の種類数（服用薬剤調整支援料1）：*****		
23	14の3	服用薬剤調整支援料2	提案を行った全ての保険医療機関の名称を記載すること。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	提案を行った保険医療機関名（服用薬剤調整支援料2）：*****提案年月日（服用薬剤調整支援料2）：（元号）yy“年”mm“月”dd“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
33	15の9	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):*****		
			前回算定年月(初回であれば初回の旨)を記載すること。	820104923	初回(服薬情報等提供料3)		※
				850100607	前回算定年月(服薬情報等提供料3):(元号)yy"年"mm"月"		※
34	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。	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"d "d"日"		
			特に重点的な服薬支援を行う必要があると判断した対象患者を選択し記載すること。	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		
35	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及び保険医の氏名を記載すること。	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):*****		※
				830100988	同時訪問した保険医氏名(訪問薬剤管理医師同時指導料):****		※
				820104924	初回(訪問薬剤管理医師同時指導料)		※
				850100609	前回算定年月(訪問薬剤管理医師同時指導料):(元号)yy"年"mm"月"		※
36	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、 <u>処方箋が複数名訪問の必要性があると認めた理由を記載すること</u> 。処方医が複数名訪問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。	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)		※
				830100989	複数名の訪問が必要な理由:****		※
37	—	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		
38	41	調剤物価対応料	前回算定年月(初回であれば初回の旨)を記載すること。	820104925	初回(調剤物価対応料)		※
				850100611	前回算定年月(調剤物価対応料):(元号)yy"年"mm"月"		※
38		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、安全性の観点等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、単に剤形のお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		
39	—	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」から最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:*****		
40	—	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)		

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
41	—	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経管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。	820400377 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〕		※
				820400378 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〕		※
42	—	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等）：（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		
43	-	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		
44	—	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		

※「記載事項」欄における括弧書は、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。

別表Ⅴ 調剤行為名称等の略号一覧

項番	区分	項目	略称	記載欄
1	区分番号01	麻薬加算を算定した場合	麻	「加算料」欄
2	区分番号01	向精神薬加算を算定した場合	向	「加算料」欄
3	区分番号01	覚醒剤原料加算を算定した場合	覚原	「加算料」欄
4	区分番号01	毒薬加算を算定した場合	毒	「加算料」欄
5	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算を算定した場合	薬時	「加算料」欄
6	区分番号01	薬剤調製料に係る休日加算を算定した場合	薬休	「加算料」欄
7	区分番号01	薬剤調製料に係る深夜加算を算定した場合	薬深	「加算料」欄
8	区分番号01	薬剤調製料に係る時間外加算の特例を算定した場合	薬特	「加算料」欄
9	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合	調時	「加算料」欄
10	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合	調休	「加算料」欄
11	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合	調深	「加算料」欄
12	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合	調特	「加算料」欄
13	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合	自	「加算料」欄
14	区分番号01	自家製剤加算を算定した場合：錠剤を分割する場合（100分の20に該当する場合）	分自	「加算料」欄
15	区分番号01	計量混合調剤加算を算定した場合	計	「加算料」欄
16	区分番号01	予製剤加算を算定した場合	予	「加算料」欄
17	区分番号01	無菌製剤処理加算を算定した場合	菌	「加算料」欄
18	区分番号00	調剤基本料1の場合	基A	「調剤基本料」欄
19	区分番号00	調剤基本料2の場合	基B	「調剤基本料」欄
20	区分番号00	調剤基本料3のイの場合	基C	「調剤基本料」欄
21	区分番号00	調剤基本料3のロの場合	基D	「調剤基本料」欄
22	区分番号00	調剤基本料3のハの場合	基E	「調剤基本料」欄
23	区分番号00	特別調剤基本料Aの場合	特基A	「調剤基本料」欄
24	区分番号00	特別調剤基本料Bの場合	特基B	「調剤基本料」欄
25	区分番号00	調剤基本料注3（受付2回目以降）に該当する場合	同	「調剤基本料」欄
26	区分番号00	調剤基本料注4（未妥結減算等）に該当する場合	妥減	「調剤基本料」欄
27	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算1を算定した場合	地支A	「調剤基本料」欄
28	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算2を算定した場合	地支B	「調剤基本料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
29	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算3を算定した場合	地支C	「調剤基本料」欄
30	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合	地支D	「調剤基本料」欄
31	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合	地支E	「調剤基本料」欄
32	区分番号00	連携強化加算を算定した場合	連強	「調剤基本料」欄
33	区分番号00	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合	バ後体	「調剤基本料」欄
34	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算4を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷D	「調剤基本料」欄
35	区分番号00	地域支援・医薬品供給対応体制加算5を算定した場合：100分の10に該当する場合	地敷E	「調剤基本料」欄
36	区分番号00	バイオ後続品調剤体制加算を算定した場合：100分の10に該当する場合	バ後体敷	「調剤基本料」欄
37	区分番号00	調剤基本料注8（後発医薬品減算）に該当する場合	後減	「調剤基本料」欄
38	区分番号00	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合	在総A	「調剤基本料」欄
39	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合	在総Bイ	「調剤基本料」欄
40	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合	在総Bロ	「調剤基本料」欄
41	区分番号00	在宅薬学総合体制加算1を算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷A	「調剤基本料」欄
42	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2イを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bイ	「調剤基本料」欄
43	区分番号00	在宅薬学総合体制加算2ロを算定した場合：100分の10に該当する場合	在敷Bロ	「調剤基本料」欄
44	区分番号00	電子的調剤情報連携体制整備加算を算定した場合	薬DX	「調剤基本料」欄
45	区分番号00	調剤基本料の加減算を行うと3点以下になり3点を算定した場合	基一定	「調剤基本料」欄
46	区分番号00	門前薬局等立地依存減算に該当する場合	門減	「調剤基本料」欄
47	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数2回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/2	「時間外等加算」欄
48	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数2回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/2	「時間外等加算」欄
49	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数3回のうち、1回目の調剤を行う場合	リ1/3	「時間外等加算」欄
50	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数3回のうち、2回目の調剤を行う場合	リ2/3	「時間外等加算」欄
51	区分番号00	リフィル処方箋による調剤を行う場合：総使用回数3回のうち、3回目の調剤を行う場合	リ3/3	「時間外等加算」欄
52	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算を算定した場合	時	「時間外等加算」欄
53	区分番号00	調剤基本料に係る休日加算を算定した場合	休	「時間外等加算」欄
54	区分番号00	調剤基本料に係る深夜加算を算定した場合	深	「時間外等加算」欄
55	区分番号00	調剤基本料に係る時間外加算の特例を算定した場合	特	「時間外等加算」欄
56	区分番号01	薬剤調製料に係る夜間・休日等加算を算定した場合	夜	「時間外等加算」欄
57	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調時	「時間外等加算」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
58	区分番号01	調剤管理料に係る休日加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調休	「時間外等加算」欄
59	区分番号01	調剤管理料に係る深夜加算を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調深	「時間外等加算」欄
60	区分番号01	調剤管理料に係る時間外加算の特例を算定した場合：在宅協力薬局が当該分析等を行い、在宅基幹薬局が当該店数を算定する場合	調特	「時間外等加算」欄
61	区分番号10の2	調剤管理料の調剤時残薬調整加算を算定した場合	調残	「薬学管理料」欄
62	区分番号10の2	調剤管理料の薬学的有害事象等防止加算を算定した場合	調有	「薬学管理料」欄
63	区分番号10の2	調剤管理料を算定した場合：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	調管	「薬学管理料」欄
64	区分番号10の3	服薬管理指導料1イを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合	薬Aイ	「薬学管理料」欄
65	区分番号10の3	服薬管理指導料1ロを算定した場合：3月以内に再度処方箋と手帳を持参し、1イ以外の場合	薬Aロ	「薬学管理料」欄
66	区分番号10の3	服薬管理指導料2イを算定した場合：3月を超えて再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合	薬Bイ	「薬学管理料」欄
67	区分番号10の3	服薬管理指導料2イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参し、かかりつけ薬剤師が行った場合（手帳なし）	薬Bイ無	「薬学管理料」欄
68	区分番号10の3	服薬管理指導料2ロを算定した場合：初めて処方箋を持参した患者等、来局した患者において、2イ以外の場合	薬Bロ	「薬学管理料」欄
69	区分番号10の3	服薬管理指導料2ロを算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参し、2イ以外の場合（手帳なし）	薬Bロ無	「薬学管理料」欄
69 70	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護老人福祉施設に入所している患者又は短期入所生活介護若しくは介護予防短期入所生活介護を受けている患者を訪問し、対面により必要な指導等を行った場合	薬Cア	「薬学管理料」欄
70 71	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：薬剤師が介護医療院又は介護老人保健施設に入所している患者を訪問し、対面で必要な指導を行った場合	薬Cイ	「薬学管理料」欄
72	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳あり）	薬C再	「薬学管理料」欄
73	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者（手帳なし）	薬C無	「薬学管理料」欄
74	区分番号10の3	服薬管理指導料3を算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者以外	薬C	「薬学管理料」欄
74 75	区分番号10の3	服薬管理指導料4イを算定した場合：3月以内に再度処方箋を提出した患者	薬Dイ再	「薬学管理料」欄
76	区分番号10の3	服薬管理指導料4イを算定した場合：介護老人福祉施設等の患者	薬Dイ施	「薬学管理料」欄
76 77	区分番号10の3	服薬管理指導料4ロを算定した場合：在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なもの	薬Dロ	「薬学管理料」欄
77 78	区分番号10の3	服薬管理指導料4ハを算定した場合：ロのうち、患者の急変等に伴い行った場合	薬Dハ	「薬学管理料」欄
78 79	区分番号10の3	服薬管理指導料4ニを算定した場合：イからハまで以外（手帳あり）	薬Dニ	「薬学管理料」欄
80	区分番号10の3	服薬管理指導料4ニを算定した場合：イからハまで以外（手帳なし）	薬Dニ無	「薬学管理料」欄
75 81	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり）	特1A	「薬学管理料」欄
76 82	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし）	特1B	「薬学管理料」欄
77 83	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：3月以内に再度処方箋を持参した患者以外	特1C	「薬学管理料」欄
78 84	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳あり））	特1才A	「薬学管理料」欄
79 85	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者（手帳なし））	特1才B	「薬学管理料」欄
80 86	区分番号10の3	服薬管理指導料の特例（13点）を算定した場合：情報通信機器を用いた服薬指導（3月以内に再度処方箋を持参した患者以外）	特1才C	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
81 87	区分番号10の3	服薬管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
82 88	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のイを算定した場合	特管Aイ	「薬学管理料」欄
83 89	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算1のロを算定した場合	特管Aロ	「薬学管理料」欄
84 90	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算2を算定した場合	特管B	「薬学管理料」欄
85 91	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のイを算定した場合	特管Cイ	「薬学管理料」欄
86 92	区分番号10の3	服薬管理指導料の特定薬剤管理指導加算3のロを算定した場合	特管Cロ	「薬学管理料」欄
87 93	区分番号10の3	服薬管理指導料の乳幼児服薬指導加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
88 94	区分番号10の3	服薬管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
89 95	区分番号10の3	服薬管理指導料の吸入薬指導加算を算定した場合	吸	「薬学管理料」欄
90 96	区分番号10の3	服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師フォローアップ加算を算定した場合	薬FU	「薬学管理料」欄
91 97	区分番号10の3	服薬管理指導料のかかりつけ薬剤師訪問加算を算定した場合	薬訪	「薬学管理料」欄
92 98	区分番号14の2	外来服薬支援料1を算定した場合	支A	「薬学管理料」欄
93 99	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合	支B	「加算料」欄
94 100	区分番号14の2	外来服薬支援料2を算定した場合: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	支B	「薬学管理料」欄
95 101	区分番号14の2	施設連携加算を算定した場合	施連	「薬学管理料」欄
96 102	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料1を算定した場合	剤調A	「薬学管理料」欄
97 103	区分番号14の3	服用薬剤調整支援料2を算定した場合	剤調B	「薬学管理料」欄
98 104	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料1を算定した場合	調後A	「薬学管理料」欄
99 105	区分番号14の4	調剤後薬剤管理指導料2を算定した場合	調後B	「薬学管理料」欄
100 106	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	訪A	「薬学管理料」欄
101 107	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	訪B	「薬学管理料」欄
102 108	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料3を算定した場合	訪C	「薬学管理料」欄
103 109	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
104 110	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
105 111	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
106 112	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
107 113	区分番号15	在宅患者訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
108 114	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1を算定した場合	緊訪A	「薬学管理料」欄
109 115	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料2を算定した場合	緊訪B	「薬学管理料」欄

項番	区分	項目	略称	記載欄
119 116	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
111 117	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
112 118	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
113 119	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
114 120	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
115 121	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の夜間訪問加算を算定した場合	夜訪	「薬学管理料」欄
116 122	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の休日訪問加算を算定した場合	休訪	「薬学管理料」欄
117 123	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料の深夜訪問加算を算定した場合	深訪	「薬学管理料」欄
118 124	区分番号15の2	在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料を「注10」に基づき算定した場合	感訪	「薬学管理料」欄
119 125	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料を算定した場合	緊共	「薬学管理料」欄
120 126	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の麻薬管理指導加算を算定した場合	麻	「薬学管理料」欄
121 127	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の医療用麻薬持続注射療法加算を算定した場合	医麻	「薬学管理料」欄
122 128	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の乳幼児加算を算定した場合	乳	「薬学管理料」欄
123 129	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の小児特定加算を算定した場合	小特	「薬学管理料」欄
124 130	区分番号15の3	在宅患者緊急時等共同指導料の在宅中心静脈栄養法加算を算定した場合	中静	「薬学管理料」欄
125 131	区分番号15の4	退院時共同指導料を算定した場合	退共	「薬学管理料」欄
126 132	区分番号15の5	服薬情報等提供料1を算定した場合	服A	「薬学管理料」欄
127 133	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のイを算定した場合	服Bイ	「薬学管理料」欄
128 134	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のロを算定した場合	服Bロ	「薬学管理料」欄
129 135	区分番号15の5	服薬情報等提供料2のハを算定した場合	服Bハ	「薬学管理料」欄
130 136	区分番号15の5	服薬情報等提供料3を算定した場合	服C	「薬学管理料」欄
131 137	区分番号15の7	経管投薬支援料を算定した場合	経	「薬学管理料」欄
132 138	区分番号15の8	在宅移行初期管理料を算定した場合	在初	「薬学管理料」欄
133 139	区分番号15の9	訪問薬剤管理医師同時指導料を算定した場合	医同	「薬学管理料」欄
134 140	区分番号15の10	複数名薬剤管理指導訪問料を算定した場合	調複	「薬学管理料」欄
135 141	区分番号40	調剤ベースアップ評価料	調べ	「薬学管理料」欄
136 142	区分番号41	調剤物価対応料	調物	「薬学管理料」欄

※略称については、「**麻**」等と四角囲みをし記載することとするが、電子計算機の場合は、口を省略しても差し支えないこと。

診療録等の記載上の注意事項

第5 処方箋の記載上の注意事項

8 「備考」欄について

- (8) 保険薬局が調剤時に患者の残薬を確認した際に、当該保険薬局に対して、「保険医療機関へ疑義照会をした上で調剤」すること又は「保険医療機関へ情報提供調剤する薬剤を減量した上で保険医療機関に情報提供」することを指示する場合には、該当するチェック欄に「✓」又は「×」を記載すること。

(中略)

- (11) 保険薬剤師が訪問薬剤管理指導を実施するにあたり、保険薬剤師単独での訪問では当該指導の実施が担保できないおそれがある場合など、当該指導の安全かつ確実な実施を確保する観点で複数名で訪問する必要があると処方医が認めている場合はその旨を記載すること。

なお、この場合において、保険薬局に複数名で訪問することを指示しておくべき理由等があれば具体的に記載すること。

- (12) 栄養保持を目的とした医薬品を投与する場合は、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場合はその旨又は経管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場合はその旨、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場合はその理由を記載すること。

(別添 11)

「医療保険と介護保険の給付調整に関する留意事項及び医療保険と介護保険の相互に
関連する事項等について」の一部改正について
(令和 8 年 3 月 27 日老老発 0327 第 2 号・保医発 0327 第 3 号)

(別紙 1)

区 分		
在宅医療	第 2 節第 1 款 に掲げる在宅 療養指導管理 料	C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓 (非拍動流型) 指導管理料
		その他の指導管理料

※ 5 次に掲げる費用に限る。

(中略)

・肝動脈塞栓を伴う抗悪性腫瘍剤肝動脈内注入（外来腫瘍化学療法診療料の 1 の
イ、2 のイ又は ~~は~~ 3 のイを算定するものに限る。）

(別紙 2)

区 分	
在宅医療	C 0 0 0 往診料
	C 0 0 4 - 2 救急患者連携搬送料
	C 1 1 6 在宅植込型補助人工心臓（非拍動流型）指導管理料
	第 2 節第 2 款に掲げる在宅療養指導管理材料加算
	上記以外

官報掲載事項の一部訂正

【令和 8 年 3 月 5 日（号外第 46 号）】

○ 診療報酬の算定方法の一部を改正する件（厚生労働省告示第 69 号）

該当箇所	誤	正
別表第二 H 0 0 1 摂食 機能療養（1 日につき）	4 治療開始日から起算して 3 月を超えた場合においては、摂食機能療法と区分番号 H 0 0 1－2 に掲げる歯科口腔リハビリテーション料 1（2 及び 3 に限る。）を合わせて月 6 回に限り算定する。	4 治療開始日から起算して 3 月を超えた場合においては、摂食機能療法と区分番号 H 0 0 1－2 に掲げる歯科口腔リハビリテーション料 1（2 及び 4 に限る。）を合わせて月 6 回に限り算定する。
別表第二 第 2 章 第 9 部 手術 通則	7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は 4,000 点を、両側は 6,000 点を加算する。また、上記に掲げる手術については、放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000 点を所定点数に加算する。	7 区分番号 J 0 1 6、J 0 1 8、J 0 2 1 の 2、J 0 3 1、J 0 3 2、J 0 3 5、J 0 3 9 の 2 及び 3、J 0 4 2、J 0 5 7 並びに J 0 6 0 に掲げる手術については、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、頸部郭清術と併せて行った場合は、所定点数に片側は 4,000 点を、両側は 6,000 点を加算する。また、上記に掲げる手術については、放射性同位元素を用いたセンチネルリンパ節生検を行った場合には、頭頸部悪性腫瘍センチネルリンパ節生検加算として、3,000 点を所定点数に加算する。
別表第二 K 0 0 6 歯科 吸入麻酔又は 歯科静脈麻酔 （Ⅱ）	—	5 3 及び 4 について、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、当該保険医療機関の歯科医師が行った場合に算定する。

○ 基本診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第 70 号）

該当箇所	誤	正
------	---	---

第三十五の四 病棟薬剤業務 実施加算 (3) 病棟薬剤 業務実施加算 3の施設基準	ロ 病棟薬剤業務実施加算1に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。	ロ 病棟薬剤業務実施加算1又は2に係る施設基準の届出を行っている保険医療機関であること。
--	---	--

○ 特掲診療料の施設基準等の一部を改正する件（厚生労働省告示第71号）

該当箇所	誤	正
第十二の二 麻酔 四 歯科麻酔管理料の施設基準	(1) <u>常勤の</u> 麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。	(1) 麻酔に従事する歯科医師が配置されていること。
第十五 調剤 三 調剤基本料の注4に規定する保険薬局	(3) <u>服薬管理指導料の注1に規定する</u> 保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。	(3) <u>薬剤師のかかりつけ機能に係る基本的な業務を一年間実施していない</u> 保険薬局（処方箋の受付回数が一月に六百回以下の保険薬局を除く。）であること。

【令和8年3月27日（号外第71号）】

- 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（こども家庭庁・厚生労働省告示第2号）

別紙1のとおり、様式第三を訂正する予定である。

- 訪問看護療養費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三条第一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（こども家庭庁・厚生労働省告示第3号）

別紙2のとおり、様式第四の二の1及び様式第四の二の2を訂正する予定である。