

- (5) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者ごとに一元的に保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であること。
- (6) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の施設基準に係る届出は、別添2の様式38を用いること。なお、平成19年3月31日以前において、改正前の別添2の様式38により呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)の施設基準に係る届出が行われている場合には、平成19年4月1日において、改正後の別添2の様式38により呼吸器リハビリテーション(Ⅱ)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(Ⅱ)の届出があったものとみなすものであること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

10 別添1の「第47 障害児（者）リハビリテーション料」の(2)を次のように改める。

- (2) ア又はイのいずれかに該当していること。

ア 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士が2名以上勤務していること。

イ 専従の常勤理学療法士又は専従の常勤作業療法士のいずれか1名以上及び障害児（者）リハビリテーションの経験を有する専従の常勤看護師1名以上の併せて2名以上が勤務していること。

ただし、回復期リハビリテーション病棟における常勤従事者との兼任はできないが、脳血管疾患等リハビリテーション料(I)又は(Ⅱ)、運動器リハビリテーション料(I)又は(Ⅱ)、呼吸器リハビリテーション料(I)又は(Ⅱ)、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料(I)又は(Ⅱ)、運動器リハビリテーション医学管理料(I)又は(Ⅱ)及び呼吸器リハビリテーション医学管理料(I)又は(Ⅱ)における常勤従事者との兼任は可能であること。

- (3) 言語聴覚療法を行う場合は、常勤の言語聴覚士が1名以上勤務していること。
- (4) 障害児（者）リハビリテーションを行うにふさわしい専用の施設（少なくとも、60平方メートル以上とする。）を有すること。ただし、言語聴覚療法を行う場合は、遮蔽等に配慮した8平方メートル以上の専用の個別療法室を有すること。
- (5) 当該訓練を行うために必要な専用の器械・器具として、以下のものを具備していること。

ア 訓練マットとその付属品

イ 姿勢矯正用鏡

ウ 車椅子

エ 各種杖

オ 各種測定用器具（角度計、握力計等）

- (6) リハビリテーションに関する記録（医師の指示、実施時間、訓練内容、担当者等）は患者毎に同一ファイルとして保管され、常に医療従事者により閲覧が可能であるようにすること。
- (7) 定期的に担当の多職種が参加するカンファレンスが開催されていること。

2 届出に関する事項

- (1) 障害児（者）リハビリテーション料の施設基準に係る届出は、別添2の様式39を用いること。
- (2) 当該治療に従事する医師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士その他の従事者の氏名、勤務の態様（常勤・非常勤、専従・非専従の別）及び勤務時間を別添2の様式4を用いて提出すること。なお、その他の従事者が障害児（者）リハビリテーションの経験を有する者である場合はその旨を備考欄に記載すること。
- (3) 当該治療が行われる専用の施設の配置図及び平面図を添付すること。

11 様式37及び様式38を次のように改める。

〔心大血管疾患リハビリテーション(I)及び医学管理料(I)
心大血管疾患リハビリテーション(II)及び医学管理料(II)〕の施設基準に係る届出書添付書類

※該当する届出事項を○で囲むこと。

標榜診療科		循環器科 ・ 心臓血管外科					
緊急時に備える体制		1. 救命救急入院料の届出が受理されている。 2. 特定集中治療室管理料の届出が受理されている。 3. 緊急手術・検査が行える体制が整っている。					
従 事 者	医 師	常 勤	専 任	名	非 常 勤	専 任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
	看 護 師	常 勤	専 従	名	非 常 勤	専 従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積		平方メートル					
専用施設に備えている装置・器具の一覧（製品名及び台数等）							
酸素供給装置							
除細動器							
心電図モニター装置							
ホルター心電図 （携帯用心電図記録器）							
トレッドミル							
エルゴメーター							
血 圧 計							
救 急 カ ー ト							
運動負荷試験装置							
そ の 他							

[記載上の注意]

- 1 「標榜診療科」欄及び「緊急時に備える体制」欄については、該当するものに○を付けること。
- 2 緊急手術・検査が行える体制とは、心大血管疾患リハビリテーション実施時において、緊急時に使用可能な手術室及び血管造影室があり、緊急時に対応可能な職員が配置されている体制である。

リハビリテーションの施設基準に係る届出書添付書類

届出区分 (該当するものに○)		<input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 総合リハビリテーション施設 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患等リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 運動器リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料(Ⅰ)及び医学管理料(Ⅰ) <input type="checkbox"/> 呼吸器リハビリテーション料(Ⅱ)及び医学管理料(Ⅱ)					
従事者数	医師	常勤	専任	名	非常勤	専任	名
			非専任	名		非専任	名
	理学療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	作業療法士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	言語聴覚士	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
	経験を有する従事者	常勤	専従	名	非常勤	専従	名
			非専従	名		非専従	名
専用施設の面積	合計		平方メートル				
当該リハビリテーションを行うための器械・器具の一覧							

[記載上の注意]

- 1 総合リハビリテーション施設とは、脳血管疾患等リハビリテーション(Ⅰ)施設のうち、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士が常勤で従事しており、リハビリテーションを適切に実施できる体制を整えている施設をいう。
- 2 医師又はその他の従業者が各疾患別リハビリテーションの経験を有している場合はその旨を様式4の備考欄に記載すること。なお、経歴(疾患別リハビリテーションの経験がわかるもの)を添付すること。

「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する事項等について」(平成18年4月28日老老発第0428001号・保医発第0428001号)の一部改正について

1 第4の5を次のように改める。

5. リハビリテーションに関する留意事項について

(1) 要介護被保険者等である患者であって、特定施設入居者生活介護又は地域密着型特定施設入居者生活介護の受給者及びグループホーム(認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護の受給者の入居施設)の入所者以外のものに対して行うリハビリテーションは、同一の疾患等について、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション料、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料又は呼吸器リハビリテーション料(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション料」という。)を算定するリハビリテーション(以下「医療保険における疾患別リハビリテーション」という。)を行った後、介護保険における通所リハビリテーション、訪問リハビリテーション、介護予防訪問リハビリテーション又は介護予防通所リハビリテーション(以下「介護保険におけるリハビリテーション」という。)に移行した日以降は、医療保険における疾患別リハビリテーション料は算定できない。

また、同一の疾患等について、介護保険におけるリハビリテーションを行った月においては、医療保険における心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料又は呼吸器リハビリテーション医学管理料は算定できない。

ただし、医療保険における疾患別リハビリテーションを実施後、介護保険におけるリハビリテーションに移行した場合であっても、当該リハビリテーションに係る疾患等について、手術、急性増悪等により医療保険における疾患別リハビリテーション料を算定する患者に該当することとなった場合には、新たに医療保険における疾患別リハビリテーション料が算定できるものであること。

(2) 介護老人保健施設の入所者に対しては、特掲診療料の施設基準等(平成18年厚生労働省告示第94号)別表第十二第二号に掲げるリハビリテーション又は脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料若しくは呼吸器リハビリテーション医学管理料はいずれも算定できないものであること。

2 別紙を次のように改める。

区分	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養 介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設 又は地域密着型介護 老人福祉施設 (特養ホーム) (短期入所生活介護 又は介護予防短期 入所生活介護を受け ているものを含む)		
	自宅 (短期入所生活介護、 介護予防短期入所生活 介護、短期入所療養介護 又は介護予防短期入所 療養介護を受けている ものを除く)	有料老人ホーム (特定施設入居者生活 介護以外)	認知症対応型 グループホーム (認知症対応型共同生活 介護又は介護予防認知 症対応型共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着 型特定施設) うち外部サービス利用 型指定特定施設入居者 生活介護	併設保険医療機関 以外の保険医療機関の 医師	併設保険医療機関 の医師	介護療養病床等以外の 病室 (短期入所療養介護又は 介護予防短期入所療養 介護を受けている患者を 除く)	介護療養病床等(老人性 認知症疾患療養病棟の 病床を除く)(短期入所 療養介護又は介護予防 短期入所療養介護を受け ているものを含み、(※1) を除く)	介護療養病床等(老人性 認知症疾患療養病棟の 病床に限る)(老人性認 知症疾患療養病棟の病 床において短期入所療 養介護又は介護予防短 期入所療養介護を受け ているものを含む)	介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定 しない日の場合		介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定 した日の場合	介護療養施設サービス 費のうち、外泊時費用 (444単位)を算定しない 日の場合
在宅医療	在宅時医学総合管理料	○	○ (※2)	○ <small>(在宅療養支援診療所の保険 医が定期的に訪問して診療を 行う場合に限る。)</small>	○	×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅末期医療総合診療料		○	×	○	×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅患者訪問看護・指導料	(末期の悪性腫瘍等の患者及び急性増悪等により一時的に頻回の訪問看護が必要である患者に限る)				×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅患者訪問薬剤管理指導料		×			×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅訪問リハビリテーション指導管理料		×			×	×	×	×	×	×	×	×
	在宅患者訪問栄養食事指導料		×			×	×	×	×	×	×	×	×
	第2節第1款に掲げる在宅療養指導管理料	○				×	×	×	×	×	×	×	×
	第2節第2款に掲げる在宅療養指導管理材料加算	○				○	×	×	×	×	×	×	×
検査		○			○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	×	○	×	○	×	○	
画像診断		○			○	○	○ (単純撮影を除く)	○	×	○	×	○	
投薬		○			○ (大臣の定める項目に限り算定可。 (悪性腫瘍患者に対する腫瘍用薬は可))	○	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	
注射		○			○ (大臣の定める項目に限り算定可。 (人工腎臓等の患者に対するエリスロポエチンは可))	○	○ (人工腎臓又は腹膜透析を受けている患者 (腎性貧血状態にある者に限る)に係るエリスロポエチンに限る)	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	×	○ (専門的な診療に特有な薬剤に係るものに限る)	
リハビリテーション	○ (同一の疾患等について介護保険におけるリハを行った日以降は算定不可)					○ (大臣の定める項目は算定不可)	○						
リハビリテーション医学管理	○ (同一の疾患等について介護保険におけるリハを実施している月は算定不可)				○	○ (脳血管疾患等リハ、運動器リハ、呼吸器リハに係る医学管理は算定不可)	○		○ (視能訓練及び難病患者リハビリテーション料に係る部分に限る)	×		×	

「特別養護老人ホーム等における療養の給付(医療)の取扱いについて」を参照

区分		入院中以外の患者			介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設又は地域密着型介護老人福祉施設(特養ホーム) (短期入所生活介護又は介護予防短期入所生活介護を受けているものを含む)		
		自宅 (短期入所生活介護、介護予防短期入所生活介護、短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを除く)	有料老人ホーム (特定施設入居者生活介護以外)	認知症対応型グループホーム (認知症対応型共同生活介護又は介護予防認知症対応型共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着型特定施設) うち外部サービス利用型指定特定施設入居者生活介護	併設保険医療機関以外の保険医療機関の医師	併設保険医療機関の医師	介護療養病床等以外の病室 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けている患者を除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療養病床の病床を除く)(短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含み、(※1)を除く)	介護療養病床等(老人性認知症疾患療養病床の病床に限る)(老人性認知症疾患療養病床の病床において短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養介護を受けているものを含む)		介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定しない日の場合	介護療養施設サービス費のうち、他科受診時費用(444単位)を算定した日の場合
特掲	精神科専門療法	重度認知症デイ・ケア料	○ (介護保険で認知症通所介護、通所リハを行った日以外の日は算定可)	○ (認知症である老人の日常生活自立度判定基準がランクⅡのものに限る)	○	×	○	○	○	○	○	○	○
		入院集団精神療法 入院生活技能訓練療法		×		×	○ (特定診療費を算定する場合を除く)	○ (特定診療費を算定する場合を除く)	○ (特定診療費を算定する場合を除く)				
	精神科専門療法	精神科作業療法		○		×	○	×	○	×	○	×	○
		精神科退院指導料		×		×	○	×	○	×	○	×	○
		精神科退院前訪問指導料		×		×	○	×	○	×	○	×	○
		上記以外		○		×	○	○	○	○	○	○	○
	処置		○		○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	○ (別に厚生労働大臣が定めるもの(※3)を除く)	○	×	○	×	○	
	手術		○		○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	○	○	×	○	×	○	
	麻酔		○		○ (大臣の定める項目は算定不可)	○	○	○	×	○	×	○	
	放射線治療		○		○	○	○	○	×	○	×	○	
歯科	訪問歯科衛生指導料		×		○	○	○	○	○	○	○	○	
	在宅患者訪問薬剤管理指導料		×		○	○	○	○	○	○	○	○ (末期の悪性腫瘍の患者に対し、在宅療養支援診療所の保険医の指示に基づき実施した場合に限る)	
	老人訪問口腔指導管理料		×		○	○	○	○	○	○	○	○	
	歯科口腔衛生指導料 歯周疾患指導管理料 歯科衛生実地指導料 歯科特定疾患療養管理料 診療情報提供料(1)(注2)		○ (在宅療養管理指導費又は介護予防居宅療養管理指導費が算定されている場合を除く。)		○	○	○	○	○	○	○	○	
	上記以外		○		○	○	○	○	○	○	○	○	

区分	入院中以外の患者				介護老人保健施設 (短期入所療養介護又は介護予防短期入所療養 介護を受けているものを含む)		入院中の患者				介護老人福祉施設 又は地域密着型介護 老人福祉施設 (特養ホーム) (短期入所生活介護 又は介護予防短期 入所生活介護を受け ているものを 含む)		
	自宅 (短期入所生活介護、 介護予防短期入所生活 介護、短期入所療養介護 又は介護予防短期入所 療養介護を受けている ものを除く)	有料老人ホーム (特定施設入居者生活 介護以外)	認知症対応型 グループホーム (認知症対応型共同生活 介護又は介護予防認知 症対応型共同生活介護)	特定施設入居者 (特定施設又は地域密着 型特定施設) うち外部サービス利用 型指定特定施設入居者 生活介護	併設保険医療機関 以外の保険医療機関の 医師	併設保険医療機関 の医師	介護療養病床等以外の 病室 (短期入所療養介護又は 介護予防短期入所療養 介護を受けている患者を 除く)	介護療養病床等(老人性 認知症疾患療養病床の 病床を除く)(短期入所 療養介護又は介護予防 短期入所療養介護を受け ているものを含み、(※1) を除く)	介護療養病床等(老人性 認知症疾患療養病床の 病床に限る)(老人性認 知症疾患療養病床の病 床において短期入所療 養介護又は介護予防短 期入所療養介護を受け ているものを含む)	介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定し ない日の場合		介護療養施設サービス 費のうち、他科受診時 費用(444単位)を算定し た日の場合	介護療養施設サービス 費のうち、外泊時費用 (444単位)を算定しない 日の場合
調剤	在宅患者訪問薬剤管理 指導料		×			×	×	×				×	○ (末期の悪性腫瘍の患 者に対し、在宅療養支 援診療所の保険医の指 示に基づき実施した場 合に限る)
	・薬剤服用歴管理料 ・薬剤情報提供料 ・長期投薬情報提供料 ・後発医薬品情報提供料 ・調剤情報提供料 ・服薬情報提供料	○ (在宅療養管理指導費又は 介護予防在宅療養管理 指導費が算定されてい る場合を除く。)			×		×	×				×	○
調剤	上記以外		○		×		×	×				×	○
訪問看護 療養費	訪問看護管理療養費		○ (末期の悪性腫瘍等の患 者及び急性増悪等によ り一時的に頻回の訪問 看護が必要である患者 に限る。)		×		×	×				×	○ (末期の悪性腫瘍の患 者に対し、在宅療養支 援診療所の保険医の指 示に基づき実施した場 合に限る。)
	24時間連絡体制加算		○ (介護保険の訪問看護 において緊急時訪問 看護を算定していない 場合に限る。)		×		×	×				×	
	重症者管理加算		×		×		×	×				×	
	訪問看護情報提供療養費		×		×		×	×				×	
	上記以外		○ (末期の悪性腫瘍等の患 者及び急性増悪等によ り一時的に頻回の訪問 看護が必要である患者 に限る。)		×		×	×				×	

※1) 介護老人保健施設の療養室、老人性認知症疾患療養病床の病床、指定居宅サービス等の事業の人員、設備及び運営に関する基準(平成十一年厚生省令第三十七号)附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第四百四十四条に規定する基準適合診療所に係る病床又は指定介護予防サービス等の事業の人員、設備及び運営並びに指定介護予防サービス等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準(平成十八年厚生労働省令第三十五号)附則第五条第三項の規定により読み替えて適用される同令第八十九号に規定する基準適合診療所に係る病床

※2) 特別な関係の医療機関では算定できない。ただし、当該施設と特別な関係にある保険医療機関であっても、在宅療養支援診療所の保険医が実施する場合には在宅時医学総合管理料を、療養病床を有料老人ホーム等に転換する措置を講じた病院であって、在宅療養支援診療所と同様の施設基準を満たすものとして地方社会保険事務局長に届け出た保険医療機関の保険が実施する場合には在宅時医学総合管理料の「2」を算定できる。

※3) 基本診療料の施設基準等(平成十八年厚生労働省告示第九十三号)別表第五第二号に掲げる処置。

「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)
の一部改正について

1 別紙1のⅡの第1の9の(2)を次のように改める。

9 「公費負担」欄の「公費と医保(老人)の併用」欄について

- (2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療(例えば、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「感染症法」という。)による結核患者の適正医療と障害者自立支援法)の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

2 別紙1のⅡの第1の10の(1)を次のように改める。

10 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

- (1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。公費負担医療が2種の場合、例えば生活保護法に係る分と感染症法による

結核患者の適正医療に係る分とを併せて請求する場合には

1 2 (生保)
1 0 (感37 の2)

欄に記載することとし

、これ以外の公費負担医療の組合せについて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

3 別紙1のⅡの第1の14の(3)を次のように改める。

14 「備考」欄について

- (3) 老人被爆、老人保健と感染症法の併用、老人保健と生活保護法の併用、老人保健と障害者自立支援法の併用、老人保健と精神保健及び精神障害者福祉に関する法律との併用、老人保健と麻薬及び向精神薬取締法との併用又は老人保健と特定疾患治療研究事業の併用分については、次の要領で件数、日数等を記載すること。ただし、「備考」欄に書ききれない場合は、続紙として診療報酬請求書と同じ大きさの用紙を請求書に添付しても差し支えないこと。なお、入院外分にあつては療養の給付に係る事項のみで差し支えないこと。

区 分	件数	日数	一 部 負担金	控除額	食事 件数	食事 回数	食事療養 の金額	標準負担額 (公費分)
43(老人被爆)								
10(感37の2)								
11(結核入院)								
12(生保)								
15(更生)								
20(精29)								
21(精神通院)								
22(麻薬)								
28(感染症)								
51(特疾)								

4 別紙1のIIの第3の2の(15)の表に次のように加える。

(15) 「特記事項」欄について

コード	略 号	内 容
17	上位	「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証が提示された場合
18	一般	「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証が提示された場合
19	低所	「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が提示された場合

5 別紙1のIIの第3の2の(17)のアを次のように改める。

(17) 「傷病名」欄について

ア 傷病名については、原則として、「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方式及び規格並びに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」（平成18年4月10日）別添3に規定する傷病名を用いること。

6 別紙1のIIの第3の2の(21)のウを次のように改める。

(21) 「点数」欄について

ウ 公費負担医療のみの場合であっても、当月診療に係るすべての回数及び点数を記載すること。
感染症法と生活保護法との併用の場合は、生活保護法に係る診療内容が該当するものであること。

7 別紙1のIIの第3の2の(24)のコを次のように改める。

(24) 「医学管理」欄について

コ 感染症法による公費負担申請に係る診断書料及び協力料を算定した場合は、その旨及び点数を記載すること。

8 別紙1のIIの第3の2の(28)のウのfを次のように改める。

(28) 「処置」欄又は「手術・麻酔」欄について

f 「特定保険医療材料の材料価格算定に関する留意事項について」(平成18年3月6日保医発第0306005号) Iの3の(30)のイ、同3の(42)及び同3の(77)に該当する場合には、所定の事項を「摘要」欄に記載すること。また、同通知のIVに規定する略称を使用しても差し支えないこと。

9 別紙1のIIの第3の2の(29)のヌの次に次のように加える。

(29) 「検査」欄について

ネ 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精密測定を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こと。

10 別紙1のIIの第3の2の(31)のウを次のように改める。

ウ リハビリテーションを算定した場合は、当該項目、算定単位数及び合計点数を記載するとともに、「摘要」欄に実施日数を記載すること。また、精神科専門療法を算定した場合は、当該項目、回数及び合計点数を記載すること。ただし、持続性抗精神病注射薬剤治療指導管理料を算定した場合は、持精と表示すること。心大血管疾患リハビリテーション料及び呼吸器リハビリテーション料については、疾患名及び治療開始日を、脳血管疾患等リハビリテーション料、運動器リハビリテーション料及び難病患者リハビリテーション料については、疾患名及び、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日を、障害児(者)リハビリテーション料については、発症月日を、心大血管疾患リハビリテーション医学管理料、脳血管疾患等リハビリテーション医学管理料、運動器リハビリテーション医学管理料及び呼吸器リハビリテーション医学管理料については、疾患名及び当該疾患の治療開始日、発症月日、手術月日又は急性増悪した月日、当該医学管理の開始月日及びリハビリテーションの実施日を、それぞれ「摘要」欄に記載すること。心大血管疾患リハビリテーション、脳血管疾患等リハビリテーション、運動器リハビリテーション及び呼吸器リハビリテーションを実施している患者であって、算定日数の上限を超えて継続して疾患別リハビリテーションを行う患者のうち、治療を継続することにより状態の改善が期待できると医学的に判断される場合(特掲診療料の施設基準等別表第九の八第一号に掲げる患者であって、別表第九の九第一号に掲げる場合)は、①これまでのリハビリテーションの実施状況(期間及び内容)、

②前月の状態との比較をした当月の患者の状態、③将来的な状態の到達目標を示した今後のリハビリテーション計画、④機能的自立度評価法（Functional Independence Measure、以下この部において「FIM」という。）、基本的日常生活活動度（Barthel Index、以下この部において「BI」という。）、関節の可動域、歩行速度及び運動耐用能などの指標を用いた具体的な改善の状態等を示した継続の理由を「摘要」欄に記載すること。ただし、リハビリテーション実施計画書を作成した月にあつては、当該計画書を添付することでも差し支えないこと。なお、継続の理由については、具体的には次の例を参考にして記載すること。

本患者は、2006年9月21日に脳出血を発症し、同日開頭血腫除去術を施行。右片麻痺を認めしたが、術後に敗血症を合併したため、積極的なリハビリテーションが実施できるようになったのは術後40日目からであった。2007年2月中旬まで1日5単位週4日程度のリハビリテーションを実施し、BIは45点→65点に改善を認めた。3月末に算定日数上限に達するが、BIの改善を引き続き認めており、リハビリ開始が合併症のために遅れたことを考えると、リハビリテーションの継続により、更なる改善が見込めると判断される。

また、新たな疾患が発症し、新たに他の疾患別リハビリテーションを要する状態となった場合には、新たな疾患名及び、治療開始日又は発症月日等を「摘要」欄に記載すること。治療開始日から3月以内の患者について摂食機能療法を算定した場合は、「摘要」欄に治療開始日に記載すること。

11 別紙1のIIの第3の2の(32)のエを次のように改める。

(32) 「入院」欄について

エ 患者の急性増悪により、療養病棟入院基本料2を算定する病棟において、同一の保険医療機関の一般病棟へ転棟又は別の保険医療機関の一般病棟へ転院する場合であつて、療養病棟入院基本料2の入院基本料Eを算定した場合、又は有床診療所療養病床入院基本料2を算定する病室において、同一の保険医療機関の療養病床以外へ転室又は別の保険医療機関の一般病棟若しくは有床診療所の療養病床以外の病室へ転院する場合であつて、有床診療所療養病床入院基本料2の入院基本料Eを算定した場合は、その医療上の必要性について、回復期リハビリテーション入院料を算定する療養病棟において当該入院料に係る算定要件に該当しない患者について、療養病棟入院基本料2の入院基本料Eを算定する場合は、非該当患者である旨について、「摘要」欄に詳細に記載すること。

療養病棟入院基本料2又は有床診療所療養病床入院基本料2を算定した場合にあつては、次の例により、当該入院基本料を算定する病棟又は病床に入院する患者について、該当する日ごとの入院基本料の区分、及び当該区分に係る全ての疾患又は状態等並びにADL区分を「摘要」欄に記載すること。ただし、平成18年9月診療分までについては、これらの「摘要」欄への記載を要しないものであること。なお、平成18年10月診療分以降であっても、入院基本料の区分に係る全ての疾患又は状態等の記載が困難な場合にあつては、主となる疾患又は状態等の記載であっても差し支えないものであること。また、これらの記載については、診療報酬明細書に「医療区分・ADL区分に係る評価票」を添付することにより代えることができる。

[記載例 1]

7月1日	1,220×1日（入院基本料C） 15 その他難病(スモンを除く。), ADL10点
7月2日～7月15日	1,344×14日（入院基本料B） 15 その他難病(スモンを除く。), ADL23点
7月16日～7月31日	1,740×16日（入院基本料A） 3 中心静脈栄養を実施している状態, ADL23点 15 その他難病(スモンを除く。)

※)疾患又は状態等については、「医療区分・ADL区分に係る評価票」において該当する番号の記載のみでもよい。

[記載例 2]

7月1日～7月15日	764点×15日（入院基本料E）, ADL10点
7月16日～7月31日	885点×16日（入院基本料D）, ADL23点

12 別紙1のIIの第3の2の(35)のイ、ウ及びエを次のように改める。

(35) 「療養の給付」欄について

イ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。）に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 船員保険の被保険者について、「職務上の事由」欄中「通勤災害」に該当する場合には、初診時における一部負担金の金額を記載すること。

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

また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。

ウ 医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものに限る。）及び老人医療に係る入院における「負担金額」の項、入院外における「一部負担金額」の項については、以下によること。

(ア) 「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けた場合にはその金額を記載すること。なお、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

(イ) 「一部負担金額」の項は、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載すること。なお、この場合において、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給

付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載すること。

- (ウ) 健康保険法施行令第43条第1項並びに同条第4項、国民健康保険法施行令（昭和33年政令第362号）第29条の4第1項並びに同条第3項又は老人保健法施行令（昭和57年政令第293号）第16条第1項並びに同条第3項の規定が適用される者の場合は、「負担金額」及び「一部負担金額」の項には、これらの規定により算定した額（この額に1円未満の端数がある場合において、その端数金額が50銭未満であるときは、これを切り捨て、その端数金額が50銭以上であるときは、これを切り上げた額）を記載すること。
- (エ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ニ、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号ニに掲げる者又は老人保健法施行令第16条第1項第1号ニ及び同令附則第3条第5項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅰ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅰ」と記載すること。
- (オ) 健康保険法施行令第43条第1項第2号ハ及び同令附則第2条第7項に掲げる者、国民健康保険法施行令第29条の4第1項第2号ハ及び同令附則第2条第8項に掲げる者又は老人保健法施行令第16条第1項第1号ハ及び同令附則第2条第5項に掲げる者の場合は、入院分にあつては、「Ⅱ」の字句を○で囲むこととし、入院外分にあつては、在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定している場合に限り、「摘要」欄に、「低所得Ⅱ」と記載すること。
- (カ) 健康保険、国民健康保険及び退職者医療の場合は、患者の負担額が「割」の単位で減額される場合には、減額割合を記載して「割」の字句を○で囲み、「円」単位で減額される場合には、減額後の一部負担金の金額を記載して「円」の字句を○で囲むこと。
また、負担額が免除される場合は「免除」の字句を○で囲み、支払いが猶予される場合は「支払猶予」の字句を○で囲むこと。
- (キ) 老人医療の場合で、老人保健法第28条第3項の規定に基づき市町村長から一部負担金の減免を受けた者の場合は、「減」又は「免」のいずれかを○で囲み、減額を受けた者の場合は減額後の一部負担金の金額を記載すること。
- (ク) 老人医療の入院分及び入院外分（在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定する場合に限る。）にあつて、保険者を変更したが、世帯に変更がない場合は、「摘要」欄に保険者の変更日を記載すること。

エ 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合で、「負担金額」の項又は「一部負担金額」の項に金額を記載するもの場合はウの(ア)又は(イ)により記載した額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。）を、金額の記載を要しないもの場合は10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含む。））を記載すること。ただし、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額（一部負担金）については、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を含まない額とすること。なお、老人医療又は医療保険（高齢受給者及び高齢受給者以外であつて限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があつた者で高

額療養費が現物給付された者に係るものに限る。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合(入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。)には、一部負担金から同負担金のうち当該公費負担医療が給付する額を控除した額(即ち、窓口で徴収した額)を記載すること。また、障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前的一部負担金の額を記載し、老人医療又は医療保険(高齢受給者に係るものに限る。)と障害者自立支援法による精神通院医療、更生医療、育成医療、療養介護医療及び基準該当療養介護医療並びに児童福祉法による障害児施設医療との併用の場合(入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合に限る。)には、10円未満の端数を四捨五入した後の一部負担金の額を記載すること。

ただし、老人医療又は医療保険(高齢受給者に係るものに限る。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合(入院の場合及び在宅時医学総合管理料又は在宅末期医療総合診療料を算定した場合を除く。)及び医療保険(高齢受給者以外であって限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証の提示があった者で高額療養費が現物給付された者に係るものを除く。)と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

13 別紙1のⅡの第3の2の(40)のアを次のように改め、スの次にセからタを加える。

(40) その他

ア 3種の公費負担医療の併用の者に係る明細書の記載要領の特例について

特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあつては、法別番号順等によらず、次の記載要領によること。

(ア) 生活保護法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、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(イ) 「職務上の事由」欄は記載しないこと。

(ウ) 生活保護法に係る診療実日数は「診療実日数」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

なお、感染症法による結核患者の適正医療又は障害者自立支援法に係る診療実日数が、生活保護法に係る診療実日数と同じ場合は、当該診療実日数の記載を省略しても差し支えないこと。

(エ) 「初診」欄から「入院」欄には生活保護法に係る回数及び点数を記載すること。

(オ) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る請求点数を記載することとするが、生活保護法に係る請求点数と同じ請求点数の公費負担医療がある場合は、縦に2区分すること及び当該請求点数を記載することを省略しても差し支えないこと。

(カ) 生活保護法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数及び合計金額は、それぞれ「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項にそれぞれ記載すること。

セ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

ソ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

タ 「低所得者の世帯」の限度額認定証（適用区分がCであるもの）又は限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が低所得であるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

14 別紙1のⅢの第2の8の(2)を次のように改める。。

8 「公費負担分」欄の「公費と医保（老人）の併用」欄について

(2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療（例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法）の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

15 別紙1のⅢの第3の2の(34)を次のように改める。。

2 歯科診療に係る診療報酬明細書の記載要領に関する事項

(34) 「患者負担額（公費）」欄について

医療券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と感染症法による結核患者の適正医療との併用の場合には、当該公費に係る負担額は「患者負担額（公費）」欄には記載することを要しないこと。

16 別紙1のⅢの第3の2の(35)のセの次に次のように改める。

(35) その他

サ 「上位所得者の世帯」の限度額適用認定証（適用区分がAであるもの）が提示された場合には、「特記事項」欄に「上位」と記載すること。

シ 「上位所得者の世帯」又は「低所得者の世帯」以外の限度額適用認定証（適用区分がBである

もの) が提示された場合には、「特記事項」欄に「一般」と記載すること。

ス 「低所得者の世帯」の限度額認定証(適用区分がCであるもの)又は限度額適用・標準負担額減額認定証(適用区分が低所得であるもの)が提示された場合には、「特記事項」欄に「低所」と記載すること。

17 別紙1のIVの第1の8の(2)を次のように改める。

8 「公費負担」欄の「公費と医保(老人)の併用」欄について

(2) 「件数」欄には、公費負担医療制度ごとに明細書の件数を合計して、それぞれの制度の該当欄に記載すること。したがって、医療保険と2種の公費負担医療(例えば、感染症法による結核患者の適正医療と児童福祉法)の併用の場合は、1枚の明細書であっても公費負担医療に係る件数は2件となること。

18 別紙1のIVの第1の9の(1)を次のように改める。

9 「公費負担」欄の「公費と公費の併用」欄について

(1) 公費負担医療のみで2種以上の公費負担医療の併用が行われた場合には、当該併用の者に係る明細書分を記載すること。

公費負担医療が2種の場合、例えば、感染症法による結核患者の適正医療と生活保護法に係る分とを併せて請求する場合には、空欄にそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載して当該公費負担医療に係る分を記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合は、空欄を取り繕ってそれぞれの公費負担医療の法別番号を記載し、当該公費負担医療に係る分を記載すること。

19 別紙1のIVの第1の13を次のように改める。

13 「備考」欄について

老人被爆、老人保健と感染症法による結核患者の適正医療の併用、老人保健と生活保護法の併用、老人保健と障害者自立支援法の併用、老人保健と特定疾患治療研究事業の併用分については、次の要領で件数、処方せん受付回数等を記載すること。

区 分	件 数	処方せん受付回数	一部負担金	控除額
43(老人被爆)				
10(感37の2)				
12(生保)				
15(更生)				
21(精神通院)				
51(特疾)				

20 別紙1のIVの第2の2の(19)を次のように改める。

2 調剤報酬明細書に関する事項

(19) 「医師番号」欄から「加算料」欄について

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

なお、公費負担医療のみの場合であっても、当月調剤に係るすべての医師番号等を記載すること。感染症法と生活保護法との併用の場合は生活保護法に係る調剤が該当するものであること。

21 別紙1のIVの第2の2の(34)のイの(ウ)を次のように改める。

(34) 「請求」欄及び「一部負担金額」欄について

イ 「一部負担金額」欄については、以下によること。

(ウ) 「公費①」及び「公費②」の項には、それぞれ第1公費及び第2公費に係る調剤券等に記入されている公費負担医療に係る患者の負担額（一部負担金の額が医療券等に記載されている公費負担医療に係る患者の負担額を下回る場合は、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額）を記載すること。なお、障害者自立支援法による自立支援医療に係る患者の負担額については、10円未満の端数を四捨五入する前の一部負担金の額を記載すること。

ただし、医療保険と感染症法との併用の場合には、当該公費に係る患者負担額は「公費①」及び「公費②」の項には記載することを要しないこと。

22 別紙1のIVの第2の2の(35)のイの(ア)、(ウ)から(カ)まで、(ク)及び(ケ)を次のように改める。

(35) その他

イ 特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の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、障害者自立支援法に係る分は「公費負担者番号②」欄に記載すること。

(ウ) 生活保護法に係る処方せん受付回数は「受付回数」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「受付回数」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「受付回数」欄の「公費②」の項に記載すること。

(エ) 生活保護法に係る調剤基本料は「調剤基本料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「調剤基本料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「調剤基本料」欄の「公費②」の項に記載すること。

- (オ) 生活保護法に係る調剤基本料の時間外等加算は「時間外等加算」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「時間外等加算」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「時間外等加算」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (カ) 生活保護法に係る薬学管理料は「薬学管理料」欄の「保険」の項に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は「薬学管理料」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る分は「薬学管理料」欄の「公費②」の項に記載すること。
- (ク) 「公費分点数」欄は縦に2区分し、左欄に感染症法による結核患者の適正医療、右欄に障害者自立支援法に係る調剤報酬点数を記載することとするが、生活保護法に係る調剤報酬点数と同じものがある場合は、縦に2区分すること及び当該調剤報酬点数を記載することを省略しても差し支えないこと。
- (ケ) 生活保護法に係る合計点数は「請求」欄の「保険」の項に、感染症法による結核患者の適正医療に係る合計点数は「請求」欄の「公費①」の項に、障害者自立支援法に係る合計点数は「請求」欄の「公費②」の項に記載すること。

23 別紙2の第2の1の(5)を次のように改める。

1 「公費負担者番号」欄について

- (5) 公費負担医療のみが2種併用される場合は、第1公費に係るものは左上部の該当欄に、第2公費に係るものは右下部の該当欄に記載すること。

なお、特例的に、生活保護法、感染症法による結核患者の適正医療及び障害者自立支援法の3種の公費負担医療の併用の場合があるが、この場合にあつては、生活保護法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・被保険者手帳の記号・番号」欄に記載し、感染症法による結核患者の適正医療に係る分は左上部の該当欄に、障害者自立支援法に係る分は右下部の該当欄に記載すること。

24 別紙2の第3の5を次のように改める。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

25 別紙2の第4の5を次のように改める。

5 「事業所（船舶所有者）」欄について

- (1) 「所在地」欄には、被保険者の勤務する事業所の所在地及び電話番号を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の所在地及び電話番号を記載することでも差し支えないこと。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。
- (2) 「名称」欄には、被保険者の勤務する事業所の名称を記載することを原則とするが、当該事業所の本社等の名称を記載することでも差し支えない。なお、必要のない場合は記載を省略しても差し支えないこと。

26 別紙2の別添3の(3)中、

結核予防法による	○適正医療（法第34条関係）	10	（結34）	を
	○従業禁止、命令入所（法第35条関係）	11	（結35）	

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○結核患者の適正医療（法第37条の2関係）	10	（感37の2）	に改め、
	○結核患者の入院（法第37条関係）	11	（結核入院）	

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○一類感染症等の患者の入院（法第37条関係）	28	—	を
-------------------------------	------------------------	----	---	---

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による	○一類感染症等の患者の入院（法第37条関係）	28	（感染症入院）	に改める。
-------------------------------	------------------------	----	---------	-------