

オンライン又は光ディスク等による
請求に係る記録条件仕様（DPC用）

目 次

頁

第1章 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する事項	1
1 電気通信回線	1
2 こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項	1
3 こども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める方式	1
(1) 記録形式	1
(2) ファイル構成	1
(3) 情報表記仕様	1
ア 請求ファイルの構成	1
イ 請求ファイル構成イメージ	6
ウ レコード形式	7
エ 内容表現する文字の符号	8
(4) 各種レコードの記録要領に関する事項	9
ア 医療機関情報	9
(ア) 医療機関情報レコード	9
(イ) マルチボリューム識別情報	9
イ レセプト共通情報	10
レセプト共通レコード	10
ウ レセプト総括情報	13
(ア) 保険者レコード	13
(イ) 公費レコード	15
(ウ) 資格確認レコード	16
(エ) 受診日等レコード	17
(オ) 窓口負担額レコード	17
エ コメント情報	18
コメントレコード	18
オ 症状詳細情報	18
症状詳細レコード	18
カ レセプト情報	19
(ア) 保険者レコード	19
(イ) 公費レコード	21
(ウ) 資格確認レコード	22
(エ) 受診日等レコード	23
(オ) 窓口負担額レコード	24
(カ) 包括評価対象外理由レコード	24
キ 診断群分類情報	25
診断群分類レコード	25
ク 傷病情報	26
傷病レコード	26
ケ 傷病名情報	27
傷病名レコード	27
コ 患者基礎情報	28
患者基礎レコード	28
サ 診療関連情報	30
診療関連レコード	30
シ 包括評価情報	31
(ア) 外泊レコード	31
(イ) 包括評価レコード	32
(ウ) 合計調整レコード	33
ス 出来高情報、摘要情報	34
(ア) 診療行為レコード	34
(イ) 医薬品レコード	36
(ウ) 特定器材レコード	37
(エ) コメントレコード	38

セ	コーディングデータ情報	38
	コーディングデータレコード	38
ソ	臓器提供者レセプト情報	39
(ア)	臓器提供医療機関情報レコード	39
(イ)	臓器提供者レセプト情報レコード	40
(ウ)	臓器提供者請求情報レコード	41
(エ)	傷病名レコード	41
(オ)	診療行為レコード	41
(カ)	医薬品レコード	41
(キ)	特定器材レコード	41
(ク)	コメントレコード	41
(ケ)	症状詳記レコード	41
タ	診療報酬請求書情報	42
	診療報酬請求書レコード	42

第2章 光ディスク等を用いた費用の請求に関する事項 43

1 光ディスクに関する事項 43

(1) マグネットオプティカルディスク (MO) 43

ア 媒体関連仕様 43

(ア) 媒体及び物理フォーマット 43

(イ) 論理フォーマット 43

(ウ) ファイル構成 43

イ 情報表記仕様 43

(ア) 請求ファイルの構成 43

(イ) 請求ファイル構成イメージ 43

(ウ) レコード形式 43

(エ) 内容を表現する文字の符号 43

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項 43

(ア) 医療機関情報 43

(イ) レセプト共通情報 43

(ウ) レセプト総括情報 43

(エ) コメント情報 43

(オ) 症状詳記情報 43

(カ) レセプト情報 43

(キ) 診断群分類情報 43

(ク) 傷病情報 44

(ケ) 傷病名情報 44

(コ) 患者基礎情報 44

(サ) 診療関連情報 44

(シ) 包括評価情報 44

(ス) 出来高情報、摘要情報 44

(セ) コーディングデータ情報 44

(ソ) 臓器提供者レセプト情報 44

(タ) 診療報酬請求書情報 44

(2) コンパクトディスク (CD-R) 44

ア 媒体関連仕様 44

(ア) 媒体及び物理フォーマット 44

(イ) 論理フォーマット 44

(ウ) ファイル構成 44

イ 情報表記仕様 44

(ア) 請求ファイルの構成 44

(イ) 請求ファイル構成イメージ 44

(ウ) レコード形式 44

(エ) 内容を表現する文字の符号 44

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項 44

(ア) 医療機関情報 44

(イ) レセプト共通情報 44

(ウ) レセプト総括情報 44

(エ) コメント情報 44

(オ) 症状詳記情報	4 4
(カ) レセプト情報	4 4
(キ) 診断群分類情報	4 4
(ク) 傷病情報	4 4
(ケ) 傷病名情報	4 4
(コ) 患者基礎情報	4 4
(サ) 診療関連情報	4 4
(シ) 包括評価情報	4 5
(ス) 出来高情報、摘要情報	4 5
(セ) コーディングデータ情報	4 5
(ソ) 臓器提供者レセプト情報	4 5
(タ) 診療報酬請求書情報	4 5
2 フレキシブルディスク (F D) に関する事項	4 6
(1) 媒体関連仕様	4 6
ア 媒体及び物理フォーマット	4 6
(ア) 媒体	4 6
(イ) 物理フォーマット	4 6
イ 論理フォーマット	4 6
ウ ファイル構成	4 6
(2) 情報表記仕様	4 6
ア 請求ファイルの構成	4 6
イ 請求ファイル構成イメージ	4 6
ウ レコード形式	4 6
エ 内容を表現する文字の符号	4 6
(3) 各種レコードの記録要領に関する事項	4 6
ア 医療機関情報	4 6
イ レセプト共通情報	4 6
ウ レセプト総括情報	4 6
エ コメント情報	4 6
オ 症状詳記情報	4 6
カ レセプト情報	4 6
キ 診断群分類情報	4 6
ク 傷病情報	4 6
ケ 傷病名情報	4 6
コ 患者基礎情報	4 6
サ 診療関連情報	4 6
シ 包括評価情報	4 6
ス 出来高情報、摘要情報	4 6
セ コーディングデータ情報	4 6
ソ 臓器提供者レセプト情報	4 6
タ 診療報酬請求書情報	4 6

別 表 各種コードに関する事項	4 7
別表 1 審査支払機関コード	4 7
別表 2 都道府県コード	4 8
別表 3 点数表コード	4 9
別表 4 削除 (年号区分コード)	4 9
別表 5 レセプト種別コード (D P C)	4 9
別表 6 男女区分コード	5 0
別表 7 病棟区分コード	5 0
別表 8 一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分コード	5 0
別表 9 レセプト特記事項コード	5 1
別表 1 0 診療科名コード	5 2
別表 1 1 人体の部位等コード	5 3
別表 1 2 性別等コード	5 3
別表 1 3 医学的処置コード	5 4
別表 1 4 特定疾病コード	5 4
別表 1 5 レセプト総括区分コード	5 4
別表 1 6 職務上の事由コード	5 4

別表 1 7	減免区分コード	5 4
別表 1 8	医科点数表算定理由コード	5 5
別表 1 9	診療識別コード	5 6
別表 2 0	負担区分コード	5 7
別表 2 1	症状詳記区分コード	5 8
別表 2 2	D P C 転帰区分コード	5 8
別表 2 3	傷病名区分コード	5 8
別表 2 4	転帰区分コード	5 9
別表 2 5	主傷病コード	5 9
別表 2 6	予定・緊急入院区分コード	5 9
別表 2 7	診療区分コード	6 0
別表 2 8	請求調整区分コード	6 6
別表 2 9	外泊等コード	6 6
別表 3 0	自他保険区分コード	6 7
別表 3 1	入院期間区分コード	6 7
別表 3 2	特定器材単位コード	6 7
別表 3 3	臓器提供区分コード	6 8
別表 3 4	臓器提供医療機関区分コード	6 8
別表 3 5	臓器提供者レセプト種別コード	6 8
別表 3 6	患者の状態コード	6 9
別表 3 7	負担者種別コード	6 9
別表 3 8	確認区分コード	6 9
別表 3 9	受診等区分コード	6 9
別表 4 0	窓口負担額区分コード	6 9

第1章 電子情報処理組織の使用による費用の請求に関する事項

審査支払機関の使用に係る電子計算機と、保険医療機関の使用に係る電子計算機とを電気通信回線で接続した電子情報処理組織を使用した費用の請求を行う場合の電気通信回線、子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める事項並びに方式については本章の定めるところによる。

1 電気通信回線

電気通信回線は、ISDN回線を利用したダイヤルアップ接続、閉域IP網を利用したIP-VPN接続またはオープンなネットワークにおいてはIPsec(IETF(Internet Engineering Task Force)において標準とされた、IP(Internet Protocol)レベルの暗号化機能。認証や暗号のプロトコル、鍵交換のプロトコル、ヘッダー構造など複数のプロトコルの総称)とIKE(Internet Key Exchange;IPsecで用いるインターネット標準の鍵交換プロトコル)を組み合わせた接続とする。

2 子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める事項

診療報酬明細書情報及び診療報酬請求書情報とする。

3 子ども家庭庁長官及び厚生労働大臣が定める方式

(1) 記録形式

CSV形式とする。

(2) ファイル構成

ファイル名を“RECEIPTD”とし、拡張名を“UKE”とする。

(3) 情報表記仕様

ア 請求ファイルの構成

ファイルの構成は、次のとおりとする。

(ア) ファイルは1ボリューム1ファイルとする。

(イ) 1ボリュームに収まらないような保険医療機関単位のレセプトは、レセプト単位に分割して別ボリュームに記録する。

(ウ) ファイルは改行コードにより複数レコードに分割し、レコードの組み合わせにて構成する。

(エ) 1ファイル内のレコードの種類及び記録順は、次の表のとおりとする。

レコードの種類		識別情報	備考	記録
医療機関情報	医療機関情報レコード	I R	1ファイル単位の先頭に記録	必須
レセプト	(別記)	(別記)	1ファイル単位内に1以上記録	必須
診療報酬請求書情報	診療報酬請求書レコード	G O	1ファイル単位の最後に記録	必須

(オ) レセプトファイルを構成するレセプトは、DPCレセプト、総括レセプト、総括対象DPCレセプト及び総括対象医科入院レセプトとする。

区 分	内 容
DPCレセプト	診断群分類適用入院レセプト
総括レセプト	診断群分類適用入院レセプト及び診断群分類適用外入院レセプトの総括表となるレセプト
総括対象DPCレセプト	総括レセプトの明細情報である診断群分類適用入院レセプト
総括対象医科入院レセプト	総括レセプトの明細情報である診断群分類適用外入院レセプト

なお、DPCレセプト、総括レセプト、総括対象DPCレセプト及び総括対象医科入院レセプトは同一ファイルに記録する。

(カ) 1 レセプト内のレコードの種類及び記録順は、次の表のとおりとする。

a D P C レセプトの場合

レコードの種類		識別情報	備考	記録	複数
レセプト共通レコード		R E	レセプト単位データの先頭に記録	必須	不可
レセプト情報	保険者レコード	H O	医療保険レセプトの場合に記録	(別記)	不可
	公費レコード	K O	公費負担医療レセプトの場合に記録	(別記)	(別記)
	資格確認レコード	S N	資格確認の状況を記録	任意	可※2
	受診日等レコード	J D	受診日等を記録	任意	可
	窓口負担額レコード	M F	窓口負担額等に係る情報を記録	任意	可※3
診断群分類レコード		B U	診断群分類番号等を記録	必須	不可
傷病レコード		S B	傷病名、副傷病名、主傷病名を記録	必須	可※4
患者基礎レコード		K K	入退院情報、年齢等を記録	必須	不可
診療関連レコード		S K	診断群分類区分を決定するための手術名等を記録	任意	可
包括評価情報	外泊レコード	G A	外泊情報を記録	必須	可※5
	包括評価レコード	H H	診断群分類点数表による請求点数を記録	必須	可※5
	合計調整レコード	G T	各月の合計点数及び退院時の調整点数を記録	任意	可※5
出来高情報	診療行為レコード	S I	診療行為を記録	任意※1	可
	医薬品レコード	I Y	医薬品を記録	任意※1	可
	特定器材レコード	T O	特定器材を記録	任意※1	可
	コメントレコード	C O	コメントを記録	任意	可
症状詳記レコード		S J	症状詳記を記録	任意	可
コーディングデータレコード		C D	包括評価部分に係る診療行為の内容が分かる情報を出来高部分に係る診療行為の情報も含め記録	任意	可※6

注1 表中「任意※1」のレコードについて、診療識別の記録を省略したレコードを連続して記録する場合は、98レコードを限度とする。

2 国民健康保険又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険又は後期高齢者医療と読み替える。

3 表中「可※2」のレコードは、保険医療機関からの請求時は、保険者レコード及び公費レコード（公費負担医療の12から始まる負担者番号のみ）に対応する資格確認レコードを記録する。

4 表中「可※3」のレコードは、当分の間、一部負担金に係る区分の窓口負担額レコードを記録する。

5 表中「可※4」のレコードを複数記録する場合は、傷病名、副傷病名、主傷病名等の内容を傷病名区分（医療資源を最も投入した傷病名、副傷病名及び主傷病名等）の昇順に記録する。

6 表中「可※5」のレコードを複数記録する場合は、診療年月の古い順に記録する。

また、退院月等における調整がある場合は、過去の請求済み分、今月の請求分、過去の調整分の区分の順に、それぞれ診療年月の古い順に記録する。

7 表中「可※6」のレコードを複数記録する場合は、診療識別の実施年月日順に記録する。

b 総括レセプトの場合

レコードの種類			識別情報	備考	記録	複数		
レセプト共通レコード			R E	レセプト単位データの先頭に記録	必須	不可		
レセプト 総括情報	保険者レコード		H O	総括レセプトの医療保険に係る内容を記録	(別記)	不可		
	公費レコード		K O	総括レセプトの公費負担医療に係る内容を記録	(別記)	(別記)		
	資格確認レコード		S N	資格確認の状況を記録	任意	可※2		
	受診日等レコード		J D	受診日等を記録	任意	可		
	窓口負担額レコード		M F	窓口負担額等に係る情報を記録	任意	可※3		
コメントレコード			C O	総括レセプト全体に係るコメントを記録	任意	可		
症状詳記レコード			S J	症状詳記を記録	任意	可		
明細情報	総括対象 D P C レセプト	レセプト共通レコード		R E	総括対象D P Cレセプトの先頭に記録	必須	可※4	
		ト レ セ プ ト 情 報	保険者レコード		H O	医療保険レセプトの場合に記録	(別記)	(別記)
			公費レコード		K O	公費負担医療レセプトの場合に記録	(別記)	(別記)
		診断群分類レコード } コーディングデータ レコード		B U } C D	前 a 「D P Cレセプトの場合」と同様			
明細情報	総括対象 医科 入院 レセプト	レセプト共通レコード		R E	総括対象医科入院レセプトの先頭に記録	必須	不可	
		レ セ プ ト 情 報	保険者レコード		H O	医療保険レセプトの場合に記録	(別記)	(別記)
			公費レコード		K O	公費負担医療レセプトの場合に記録	(別記)	(別記)
			包括評価対象外理由レコード		G R	包括評価の対象外となった理由を記録	必須	可
		傷病名レコード		S Y	傷病名、診療開始日等を記録	必須	可	
		摘 要 情 報	診療行為レコード		S I	診療行為を記録	必須※1	可
			医薬品レコード		I Y	医薬品を記録	必須※1	可
			特定器材レコード		T O	特定器材を記録	必須※1	可
			コメントレコード		C O	コメントを記録	任意	可
		症状詳記レコード		S J	症状詳記を記録	任意	可	
		臓器提供者レセプト情報		(別記)	(別記)	(別記)	(別記)	

注1 明細情報は1総括レセプト当たり15まで記録することができる。

なお、表中「可※4」のレコードは、総括対象D P Cレセプトごとに1レコード記録する。

2 表中「必須※1」のレコードは、総括対象医科入院レセプト内にいずれか1レコード以上を記録する。

なお、診療識別の記録を省略したレコードを連続して記録する場合は、98レコードを限度とする。

3 国民健康保険又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険又は後期高齢者医療と読み替える。

4 表中「可※2」のレコードは、保険医療機関からの請求時は、保険者レコード及び公費レコード（公費負担医療の12から始まる負担者番号のみ）に対応する資格確認レコードを記録する。

5 表中「可※3」のレコードは、当分の間、一部負担金に係る区分の窓口負担額レコードを記録する。

(キ) レセプト総括情報は、レセプト種別ごとに必要なレコードを記録する。

総括レセプト単位に記録が必要なレセプト総括情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者 レコード	公費レコード	資格確認レコード	受診日等レコード	窓口負担額 レコード
医療保険単独	○	×	△ (1レコード記録)	△ (1レコード記録)	△
医療保険と1～4種の公費負担 医療の併用	○	○ (1～4レコード記録)	△ (1～5レコード記録)	△ (2～5レコード記録)	△
公費負担医療単独	×	○ (1レコード記録)	△ (1レコード記録)	△ (1レコード記録)	△
2～4種の公費負担医療の併用	×	○ (2～4レコード記録)	△ (1～4レコード記録)	△ (2～4レコード記録)	△

注1 国民健康保険又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を、△は記録任意を示す。

なお、資格確認レコードの記録条件として、公費レコードに公費負担医療の12から始まる負担者番号を記録する場合は記録任意とし、それ以外の負担者番号の場合は記録不可とする。

3 公費レコードを複数記録する場合は、「法別番号及び制度の略称表」（診療報酬請求書等の記載要領）に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

4 保険医療機関からの請求時は、保険者レコード及び公費レコード（公費負担医療の12から始まる負担者番号のみ）に対応する資格確認レコードを記録する。

(ク) レセプト情報は、レセプト種別ごとに必要なレコードを記録する。

a DPCレセプトの場合

レセプト単位に記録が必要なレセプト情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者 レコード	公費レコード	資格確認レコード	受診日等レコード	窓口負担額 レコード
医療保険単独	○	×	△ (1レコード記録)	△ (1レコード記録)	△
医療保険と1～4種の公費負担 医療の併用	○	○ (1～4レコード記録)	△ (1～5レコード記録)	△ (2～5レコード記録)	△
公費負担医療単独	×	○ (1レコード記録)	△ (1レコード記録)	△ (1レコード記録)	△
2～4種の公費負担医療の併用	×	○ (2～4レコード記録)	△ (1～4レコード記録)	△ (2～4レコード記録)	△

注1 国民健康保険又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を、△は記録任意を示す。

なお、資格確認レコードの記録条件として、公費レコードに公費負担医療の12から始まる負担者番号を記録する場合は記録任意とし、それ以外の負担者番号の場合は記録不可とする。

3 公費レコードを複数記録する場合は、「法別番号及び制度の略称表」（診療報酬請求書等の記載要領）に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

4 保険医療機関からの請求時は、保険者レコード及び公費レコード（公費負担医療の12から始まる負担者番号のみ）に対応する資格確認レコードを記録する。

b 総括レセプトの場合

明細情報単位に記録が必要なレセプト情報は、次のとおりとする。

レセプト種別	保険者レコード	公費レコード
医療保険単独	○	×
医療保険と1～4種の公費負担医療の併用	○	○ (1～4レコード記録)
公費負担医療単独	×	○ (1レコード記録)
2～4種の公費負担医療の併用	×	○ (2～4レコード記録)

注1 国民健康保険又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は記録必須を、×は記録不可を示す。

3 公費レコードを複数記録する場合は、「法別番号及び制度の略称表」（診療報酬請求書等の記載要領）に示す順番により、先順位の公費負担医療を第一公費として最初に記録し、後順位の公費負担医療を第二公費、第三公費、第四公費として順次記録する。

(ケ) 臓器提供に関するレセプトの場合、臓器受容者に係るレセプトの症状詳記レコードの次に、臓器提供者レセプト情報を記録する。1 臓器提供者レセプト内のレコードの種類及び記録順は、次の表のとおりとする。

レコードの種類		識別情報	備考	記録	複数
臓器提供者レセプト情報	臓器提供医療機関情報レコード	T I	臓器提供医療機関単位データの先頭に記録	必須	可※1
	臓器提供者レセプト情報レコード	T R	臓器提供者レセプト単位データの先頭に記録	必須	可※2
	臓器提供者請求情報レコード	T S	臓器提供者レセプトの請求情報として記録	必須	可※3
	傷病名レコード	S Y	傷病名を記録	必須	可
	診療行為レコード	S I	診療行為を記録	必須※4	可
	医薬品レコード	I Y	医薬品を記録	必須※4	可
	特定器材レコード	T O	特定器材を記録	必須※4	可
	コメントレコード	C O	コメントを記録	任意	可
	症状詳記レコード	S J	症状詳記を記録	任意	可

注1 複数の保険医療機関から臓器提供を受けた場合又は複数の臓器移植が行われた場合は、それぞれ臓器提供医療機関情報レコードを臓器提供者レセプト情報の先頭に記録する。（表中「可※1」）

2 臓器提供者のレセプト情報は診療年月及び入院・入院外別に記録する。（表中「可※2」及び「可※3」）

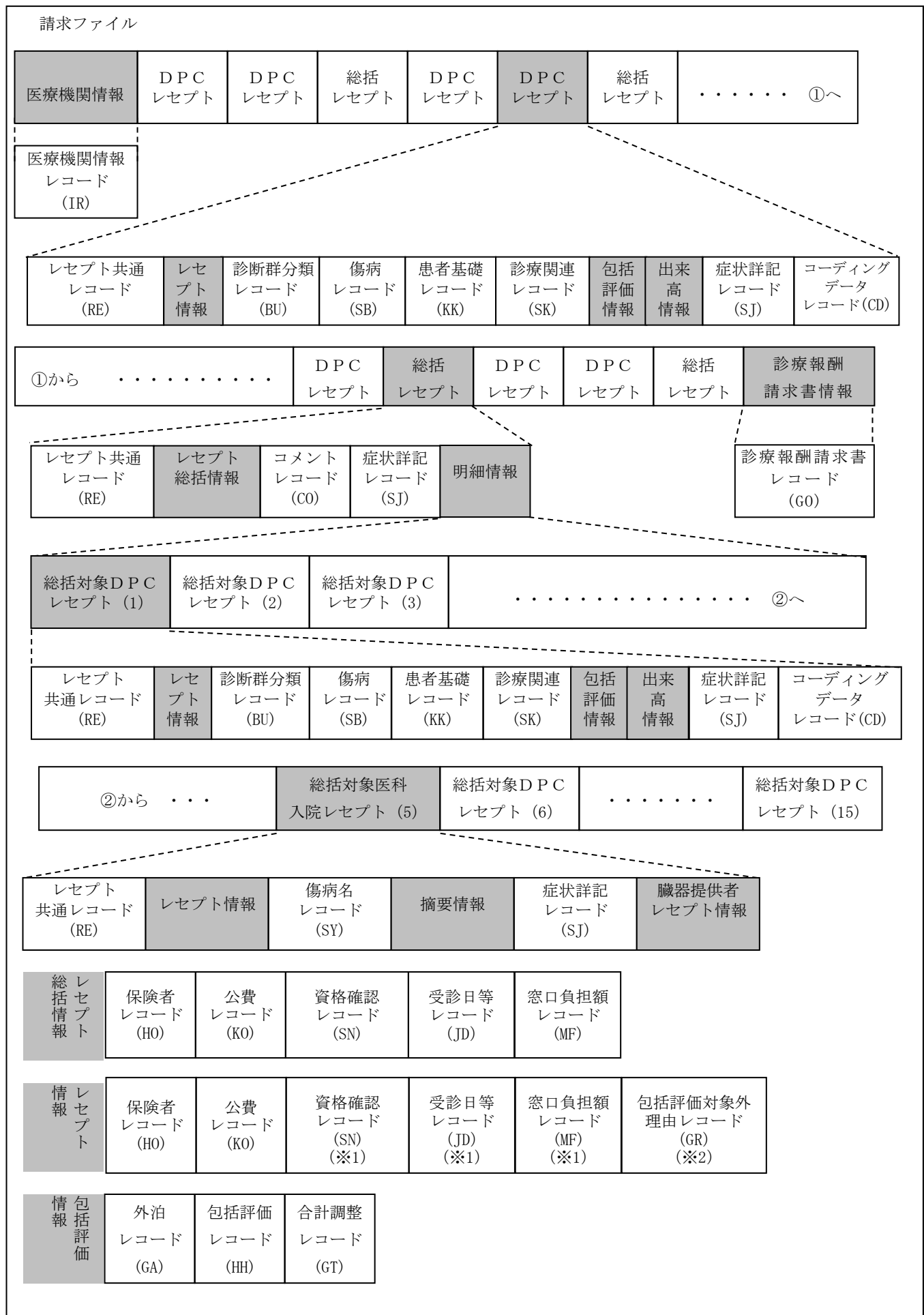
3 表中「必須※4」のレコードは、臓器提供者のレセプト単位にいずれか1レコード以上を記録する。

なお、診療識別の記録を省略したレコードを連続して記録する場合は、98レコードを限度とする。

(コ) ファイル最終レコードの最終部分は、改行コードの後にファイルの終わりを示す1バイトの文字列（以下「EOFコード」という。）を記録する。

(サ) レセプトデータを複数ボリュームに分割して記録する場合は、医療機関情報レコード及び診療報酬請求書レコードのマルチボリューム識別情報に複数ボリューム間の関連付け情報を記録する。

イ 請求ファイル構成イメージ



摘要情報	診療行為 レコード (SI)	医薬品 レコード (IY)	特定器材 レコード (TO)	コメント レコード (CO)		
情報 レセプト 臓器提供者	臓器提供医療機関 情報レコード (TI)	臓器提供者レセ プト情報レコード (TR)	臓器提供者請 求情報レコード (TS)	傷病名 レコード (SY)	摘要情報	症状詳記 レコード (SJ)

- ※1 DPCレセプトの場合に記録する。
2 総括対象医科入院レセプトの明細情報の場合に記録する。

ウ レコード形式

- (ア) レコード形式は可変長レコードとし、各レコードの末尾には改行コードを入れる。
(イ) レコード内の各項目間は、コンマで区切る。(数値項目の編集に、位取り用のコンマを使用しない。)
(ウ) 各項目は最大バイト数を規定し、項目形式が固定の項目については最大バイト数で記録し、可変の項目については有効桁(文字)までの記録とする。
なお、有効桁(文字)以降に継続する“スペース”は記録しない。
モード(項目形式)ごとの文字種別及び詳細内容は次のとおりとする。

モード	項目形式	文字種別	詳細内容
数字	可変	半角数字	上位桁のゼロ及び小数点以下の下位桁のゼロを除いた数字(小数点以下が全てゼロの場合は小数点も除く)を記録する。ただし、別表等に規定されているコードの1文字目等の“0”及び特に定める場合の“0”については記録する。 【記録例】 (誤)「01」→(正)「1」 ※別表等に規定されているコードが“01”である場合(正)「01」 「2桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、2桁で記録する。」と規定されている場合(正)「01」 (誤)「1.0」→(正)「1」 (誤)「1.10」→(正)「1.1」 (誤)「0.00」→(正)「0」
	固定	半角数字	最大バイト数で記録する。
英数	可変	半角英数	有効文字までの記録とする。ただし、別表等に規定されているコードの1文字目等の“0”及び特に定める場合の“0”については記録する。 【記録例】 (誤)「01」→(正)「1」 ※別表等に規定されているコードが“01”である場合(正)「01」 「2桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、2桁で記録する。」と規定されている場合(正)「01」
	固定	半角英数	最大バイト数で記録する。
漢字	可変	全角文字	有効文字までの記録とする。
	固定	全角文字	最大バイト数で記録する。

- (エ) 対象の年の記録に当たっては西暦を使用し、時刻の記録に当たっては24時間表記を使用する。
年月日等及び時刻等に関する項目の記録方法は次のとおりとする。

項目の内容	バイト数	記録方法	記録桁	備考
年月	6	数字“YYYYMM”	全桁	YYYY…年(西暦)
年月日	8	数字“YYYYMMDD”	全桁	MM…月
時刻	4	数字“hhmm”	全桁	DD…日
時間(n時間)	2	数字“hh”	有効桁まで	hh…時(24時間表記)
時間(n分)	5	数字“mmmmmm”	有効桁まで	mm…分 を表す。

エ 内容を表示する文字の符号

内容を記録する文字の符号は、J I S X 0 2 0 1－1 9 7 6の8単位符号及びJ I S X 0 2 0 8－1 9 8 3の附属書1にて規定されているシフト符号化表現（シフトJ I S）によるものとする。

なお、内容を記録する文字以外の制御符号は、次のとおりとする。

符号名称	図形記号	1 6進数	バイト数	用 途
コンマ	,	(2C)	1	項目の区切りを表示する。
引用符	"	(22)	1	使用しない。
改行コード		(0D) (0A)	2	レコードの区切りを表示する。
E O Fコード		(1A)	1	ファイルの終わりを表示する。
疑問符（全角）	？	(81) (48)	2	使用しない。（J I S規定外コードが記録された場合は、疑問符（全角）に置換する。）

注 1 6進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表示する。

(4) 各種レコードの記録要領に関する事項

モードは入力する文字の種別、最大バイトは項目の最大バイト数、項目形式は項目長が固定長か可変長かを示す。

ア 医療機関情報

(ア) 医療機関情報レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“IR”を記録する。	
審査支払機関	数字	1	固定	別表 1 審査支払機関コードを記録する。	
都道府県	数字	2	固定	別表 2 都道府県コードを記録する。	
点数表	数字	1	固定	別表 3 点数表コードを記録する。	
医療機関コード	数字	7	固定	保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
医療機関名称	漢字	40	可変	地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の名称を記録する。	
請求年月	数字	6	固定	請求年月を西暦で記録する。	
マルチボリューム識別情報	数字	2	固定	ボリューム単位ごとに“00”から昇順に2桁の連続番号を記録する。	
電話番号	英数	15	可変	1 保険医療機関の電話番号を記録する。 2 電話番号は市外局番、市内局番及び加入者番号を記録する。各番号の間にはカッコ又はハイフンを記録しても差し支えない。	

(イ) マルチボリューム識別情報

マルチボリューム識別情報の記録は、次のとおりとする。

ボリューム1

医療機関情報 “00”	レセプト1	...	レセプトx	診療報酬請求書情報 “01”
----------------	-------	-----	-------	-------------------

ボリューム2

医療機関情報 “01”	レセプトx+1	...	レセプトy	診療報酬請求書情報 “02”
----------------	---------	-----	-------	-------------------

ボリューム3

医療機関情報 “02”	レセプトy+1	...	レセプトz	診療報酬請求書情報 “99”
----------------	---------	-----	-------	-------------------

注1 引用符内の数字は、マルチボリューム識別情報を示す。

2 1レセプトのデータが複数ボリュームにまたがらないように、レセプト単位に分割して記録する。

イ レセプト共通情報

D P C レセプト、総括レセプト、総括対象 D P C レセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合に記録する。
レセプト共通レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“RE”を記録する。	
レセプト番号	数字	6	可変	1 レコードが属するレセプト番号を記録する。 2 レセプト番号は、レセプト記録順に1から昇順に連続番号を記録する。 3 総括対象 D P C レセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合は、当該明細情報が属する総括レセプトのレセプト番号を記録する。	
レセプト種別	数字	4	固定	別表 5 レセプト種別コードを記録する。	
診療年月	数字	6	固定	診療年月を西暦で記録する。	
氏名	英数 又は 漢字	4 0	可変	1 姓を記録する。 2 姓と名の間に1文字分の“スペース”を記録する。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。	モードごとの文字数の上限は、次のとおりとする。 英数：4 0 漢字：2 0
男女区分	数字	1	固定	別表 6 男女区分コードを記録する。	
生年月日	数字	8	固定	生年月日を西暦で記録する。	
給付割合	数字	3	可変	1 国民健康保険の場合は、給付割合を百分率(%)で記録する。 2 その他の場合 原則として記録を省略する。ただし、被爆者健康手帳の交付を受けている場合であって、国民健康保険の被保険者証の交付を受けていない場合は、“30”を記録する。	
入院年月日	数字	8	可変	1 総括対象医科入院レセプトの場合は、入院年月日を西暦で記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
病棟区分	英数	8	可変	1 総括対象医科入院レセプトにおいて、病棟区分が必要な場合は、別表 7 病棟区分コードを記録する。 2 月途中で異なる病棟区分に移動した場合は、移動した順に記録する。ただし、最大4つまでの記録とする。 3 記録するバイト数は、2の倍数とする。 4 その他の場合は、記録を省略する。	
一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分	数字	1	可変	1 負担金額並びに食事療養費又は生活療養費に係る標準負担額について、限度額適用・標準負担額減額認定証等が提示された場合は、別表 8 一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
レセプト特記事項	英数	1 0	可変	1 特記事項が必要な場合は、別表 9 レセプト特記事項コードを記録する。ただし、最大5つまでの記録とする。 2 記録するバイト数は、2の倍数とする。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
予備	数字	4	可変	記録を省略する。	
カルテ番号等	英数	2 0	可変	1 カルテ番号又は患者 I D 番号等を記録する。 2 記録は任意とする。	

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考	
割引点数単価		数字	2	可変	1 健康保険法第76条第3項及び国民健康保険法第45条第3項等に基づく事項の場合は、割引点数単価を記録する。ただし、DPCレセプト及び総括レセプトに限り記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。		
予備		数字	1	可変	記録を省略する。		
予備		数字	1	可変	記録を省略する。		
予備		数字	2	可変	記録を省略する。		
レセプト総括区分		数字	1	固定	別表 15 レセプト総括区分コードを記録する。		
明細情報数		数字	2	可変	1 総括レセプトの場合は、明細情報数を記録する。ただし、明細情報数は15個までの記録とする。 2 その他の場合は、記録を省略する。		
検索番号		数字	30	可変	1 検索番号を記録する。 (17～30桁で構成する。) 2 審査支払機関から返戻される返戻ファイルの請求データと履歴請求データ及び再審査等返戻ファイルの請求データに記録する。 3 審査支払機関に再請求する返戻ファイルに係る再請求ファイルの請求データと履歴請求データ及び再審査等返戻ファイルに係る再請求ファイルの請求データに記録する。 4 その他の場合は、記録を省略する。	1 一次請求の場合は、記録を省略する。 2 審査支払機関が一次請求返戻ファイルに記録した検索番号は、保険医療機関から再請求され、保険者等へ請求する際に新たに記録する。	
予備		数字	5	可変	記録を省略する。	履歴請求データについては、審査支払機関で記録されたままとする。	
請求情報		英数 又は 漢字	40	可変	1 保険医療機関固有の情報を記録する。 2 英数モードと漢字モードの文字を混在して記録しない。 3 記録は任意とする。		
診療科	診療科名		数字	2	可変	1 別表 10 診療科名コードを記録する。 2 記録は任意とする。	1 当該患者の傷病に対して診療を行った診療科を記録する。 2 「人体の部位等」、「性別等」、「医学的処置」及び「特定疾病」のいずれかに記録がある場合は、「診療科名」に別表10 診療科名コードを記録する。
	組み合わせ名称	人体の部位等	数字	3	可変	1 別表 11 人体の部位等コードを記録する。 2 記録は任意とする。	
		性別等	数字	3	可変	1 別表 12 性別等コードを記録する。 2 記録は任意とする。	
		医学的処置	数字	3	可変	1 別表 13 医学的処置コードを記録する。 2 記録は任意とする。	
		特定疾病	数字	3	可変	1 別表 14 特定疾病コードを記録する。 2 記録は任意とする。	
カタカナ（氏名）		漢字	80	可変	1 氏名のフリガナを全角カタカナで記録する。 2 姓と名の間に“スペース”を記録しない。 3 記録は任意とする。		
患者の状態		数字	60	可変	1 患者の状態等が必要な診療行為を算定する場合は、別表36 患者の状態コードを記録する。ただし、最大20個までの記録とする。 2 記録するバイト数は、3の倍数とする。 3 その他の場合は、記録を省略する。		

- 注 1 「返戻ファイル」、「再審査等返戻ファイル」及び「再請求ファイル」については、「オンラインによる一次請求返戻ファイル及び再審査等返戻ファイル並びに再請求ファイルに係る記録条件仕様（D P C用）」を参照。
- 2 「カタカナ（氏名）」項目の全角カタカナは、“ー”（長音、文字コード「815b」）を含み、“—”（ダッシュ、文字コード「815c」）及び“－”（マイナス、文字コード「817c」）等を含まない。

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	A	B	C	D	E	F
8140		ゐ	ゑ	い	う	え	お	か	き	く	け	こ	さ	し	す	せ
8150	ー	ー	ゎ	ゝ	ゞ	ゝ	ゝ	全	々	々	〇	ー	ー	ゝ	ゝ	ゝ
8160	ゝ	//		…	…	ゝ	ゝ	“	”	(	)	[	]	[	]	
8170		<	>	《	》	「	」	『	』	【	】	+	－	±	×	

ゝ

82E0	も	や	や	ゆ	ゆ	よ	よ	ら	り	る	れ	ろ	わ	わ	ゐ	ゑ
82F0	を	ん	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ
8340	ア	アイ	イ	ウ	ウ	エ	エ	オ	オ	カ	ガ	キ	ギ	ク	グ	
8350	ケ	ゲ	コ	ゴ	サ	ザ	シ	ジ	ス	ズ	セ	ゼ	ソ	ゾ	タ	ダ
8360	チ	ヂ	ツ	ヅ	テ	デ	ト	ド	ナ	ニ	ヌ	ネ	ノ	ハ	バ	
8370	パ	ヒ	ビ	ピ	フ	ブ	フ	ヘ	ベ	ベ	ホ	ボ	ボ	マ	ミ	
8380	ム	メ	モ	ヤ	ヤ	ユ	ユ	ヨ	ヨ	ラ	リ	ル	レ	ロ	ワ	ワ
8390	キ	エ	ヲ	ン	ヴ	カ	ケ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	ゝ	A
83A0	B	Γ	Δ	E	Z	H	Θ	I	K	Λ	M	N	Ξ	O	Π	P

(Shift-JIS コード表より抜粋)

使用可能

使用不可能

ウ レセプト総括情報
総括レセプトの場合に記録する。
(ア) 保険者レコード

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報		英数	2	固定	“H0”を記録する。	
保険者番号		英数	8	固定	1 保険者番号を記録する。 2 保険者番号が8桁に満たない場合は、先頭から“スペース”を記録し、8桁で記録する。	
被保険者証（手帳）等の 記号		英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、 受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の 「記号及び番号」欄の記号を記録する。 2 英数モードと漢字モードの文字を混在して記 録しない。 3 番号のみ設定されている場合は、記録を省略 する。	記号と番号を合せ た文字数の上限 は、モードごとに 次のとおりとする。 英数：19 漢字：19
被保険者証（手帳）等の 番号		英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、 受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の 「記号及び番号」欄の番号を記録する。 2 後期高齢者被保険者証の被保険者番号を記録 する。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記 録しない。	
診療実日数		数字	2	可変	各明細情報の医療保険、国民健康保険又は後期 高齢者医療の診療実日数を合算して記録する。	
合計点数		数字	8	可変	1 各明細情報の医療保険、国民健康保険又は後 期高齢者医療の合計点数を合算して記録する。 2 合計点数がマイナス点数の場合は、負符号 （－）を付加して記録する。	
予備		数字	5	可変	記録を省略する。	
食事療養・生活療養	回数	数字	2	可変	各明細情報の医療保険、国民健康保険又は後期 高齢者医療の食事療養及び生活療養の食事回数を 合算して記録する。	
	合計金額	数字	8	可変	各明細情報の医療保険、国民健康保険又は後期 高齢者医療の食事療養及び生活療養の合計金額を 合算して記録する。	
職務上の事由		数字	1	可変	1 次に該当する場合は、別表16 職務上の事由コ ードを記録する。 ・船員保険の被保険者において、職務上の取扱い となる場合。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤 災害」については、災害発生時が平成21年1 2月31日以前のものに限る。 ・共済組合の船員組合員において、下船後3月以 内の傷病で職務上の取扱いとなる場合。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
証明書番号		数字	3	可変	1 国民健康保険において、「国民健康保険一部 負担金減額、免除、徴収猶予証明書」に証明書 番号が記載されている場合は、証明書番号を記 録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

項 目		モ ー ト	最 大 バ イ ト	項 目 形 式	記 録 内 容	備 考
負担金額	医療保険	数字	9	可変	1 負担金額が必要な場合は、当該金額を記録する。 2 負担金額がマイナス金額の場合は、負符号（－）を付加して記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
	減免区分	数字	1	可変	1 次に該当する場合は、別表 17 減免区分コードを記録する。 ・「一部負担金減額、免除、徴収猶予証明書」が提示された場合。 ・広域連合長から一部負担金の減額、免除及び徴収猶予を受けた場合。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	減額割合	数字	3	可変	1 負担金額が「割」の単位で減額される場合は、減額割合を百分率（％）で記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	減額金額	数字	6	可変	1 負担金額が「円」の単位で減額される場合は、減額金額を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
食事療養・生活療養	標準負担額	数字	8	可変	医療保険、国民健康保険又は後期高齢者医療の食事療養及び生活療養の標準負担額を記録する。	

(イ) 公費レコード

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報		英数	2	固定	“K0”を記録する。	
公費負担医療	負担者番号	英数	8	固定	医療券等に記載されている公費負担者番号8桁を記録する。	
	受給者番号	数字	7	可変	1 医療券等に記載されている受給者番号7桁を記録する。 2 受給者番号が7桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、7桁で記録する。 3 医療観察法（法別30）の場合は、記録を省略する。	
	任意給付区分	数字	1	可変	1 国民健康保険において、公費負担者に任意給付がある場合は、“1”を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
診療実日数		数字	2	可変	公費負担医療に対応した各明細情報の診療実日数を合算して記録する。	
合計点数		数字	8	可変	1 公費負担医療に対応した各明細情報の合計点数を合算して記録する。 2 合計点数がマイナス点数の場合は、負符号（－）を付加して記録する。	
負担金額	公費	数字	8	可変	1 医療券等に公費負担医療に係る患者の負担額が記載されている場合は、当該額を記録する。 2 公費負担金額がマイナス金額の場合は、負符号（－）を付加して記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
	予備	数字	6	可変	記録を省略する。	
	公費給付対象入院一部負担金	数字	6	可変	1 医療保険と公費負担医療併用又は後期高齢者医療と公費負担医療併用であって、入院一部負担金相当額を公費負担医療が給付する場合において、入院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記録する。 2 公費給付対象入院一部負担金がマイナス金額の場合は、負符号（－）を付加して記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
予備		数字	5	可変	記録を省略する。	
食事療養・生活療養	回数	数字	2	可変	公費負担医療に対応した各明細情報の食事療養及び生活療養の食事回数を合算して記録する。	
	合計金額	数字	8	可変	公費負担医療に対応した各明細情報の食事療養及び生活療養の合計金額を合算して記録する。	
	標準負担額	数字	8	可変	公費負担医療に対応した食事療養及び生活療養の標準負担額を記録する。	

(ウ) 資格確認レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“SN”を記録する。	
負担者種別	数字	1	固定	別表 37 負担者種別コードを記録する。	
確認区分	数字	2	固定	別表 38 確認区分コードを記録する。	
保険者番号等（資格確認）	英数	8	可変	記録を省略する。	1 一次請求の場合は、記録を省略する。 2 履歴請求データについては、審査支払機関で記録されたままとする。
被保険者証（手帳）等の記号（資格確認）	英数 又は 漢字	3 8	可変	記録を省略する。	
被保険者証（手帳）等の番号（資格確認）	英数 又は 漢字	3 8	可変	記録を省略する。	
枝番	英数	2	可変	1 電子資格確認を行った場合は、資格確認時にオンライン資格確認等システムから通知した枝番を記録する。 2 健康保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等による資格確認を行った場合は、当該証の「枝番」欄の番号を記録する。 3 「枝番」が2桁に満たない場合は、先頭に“0”を記録し、2桁で記録する。 4 被保険者証等に「枝番」が記載されていない場合は、記録を省略しても差し支えない。 5 保険者が後期高齢者医療である場合又は負担者種別が公費負担医療である場合は、記録を省略する。	オンライン請求システムにより、レセプトの請求を行っている保険医療機関であって、審査支払機関から通知された「枝番」を使用できる場合は、1と同様に記録する。
受給者番号	数字	7	可変	記録を省略する。	1 一次請求の場合は、記録を省略する。 2 履歴請求データについては、審査支払機関で記録されたままとする。
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	

注1 保険医療機関からの請求時は、「負担者種別」項目が「1（医療保険、国民健康保険又は後期高齢者医療）」である場合は、保険者レコードを記録したうえで、「確認区分」項目及び「枝番」項目を記録する。

また、「負担者種別」項目が「2（第1公費負担医療）」～「5（第4公費負担医療）」である場合は、対応する公費レコード（公費負担医療の12から始まる負担者番号のみ）を記録したうえで、「確認区分」項目を記録する。

2 令和3年9月診療分以降であって、「枝番」項目の記録内容4又は5に該当する場合は、資格確認レコードの記録を省略して差し支えない。

3 令和3年8月診療以前分は、記録を省略する。

なお、令和3年8月診療以前分に記録された場合は、審査支払機関において読み飛ばし、保険者等への提供を行わない。

4 令和6年2月診療以前分で公費レコードに公費負担医療の12から始まる負担者番号が記録された場合の資格確認レコードは、記録を省略する。

なお、令和6年2月診療以前分に記録された場合は、審査支払機関において読み飛ばし、保険者等への提供を行わない。

5 資格確認レコードを複数記録する場合、別表37 負担者種別コードの昇順で記録する。

(エ) 受診日等レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“JD”を記録する。	
負担者種別	数字	1	固定	別表 37 負担者種別コードを記録する。	
1 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	1 各レコードの 算定日情報が記 録されている日 に対応する項目 に記録する。 2 各レコードの 算定日情報が記 録されている日 に対応する項目 と不一致となる 場合は、審査支 払機関において 行う資格確認に より、月の途中 での資格喪失が 確認されたレセ プトに係るレセ プト分割の対象 外とする。
2 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
3 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
4 日の情報 ゝ 2 8 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
2 9 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
3 0 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
3 1 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

- 注1 令和3年9月診療以降分は、受診日等レコードの記録は任意とする。ただし、記録されていない場合は、審査支払
機関において行う資格確認により、月の途中での資格喪失が確認されたレセプトに係るレセプト分割の対象外とす
る。
- 2 令和3年8月診療以前分は、記録を省略する。
なお、令和3年8月診療以前分に記録された場合は、審査支払機関において読み飛ばし、保険者等への提供を行わ
ない。
- 3 受診日等レコードを複数記録する場合、別表 37 負担者種別コードの昇順で記録する。

(オ) 窓口負担額レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“MF”を記録する。	
窓口負担額区分	数字	2	固定	別表 40 窓口負担額区分コードを記録する。	
予備 1	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 2	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 3	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 4 ゝ 予備 2 8	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 2 9	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 3 0	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 3 1	数字	9	可変	記録を省略する。	

- 注1 令和3年9月診療以降分は、窓口負担額レコードの記録は任意とする。
なお、記録されていない場合は、審査支払機関において行う資格確認により、資格喪失が確認されたレセプトに係
るレセプト振替及び分割の対象外とする。ただし、令和5年3月審査以降分は、記録されていない場合であっても、
レセプトの合計点数が本人・家族11,800点以下、未就学者17,700点以下、高齢受給者4,000点以下及び後期高齢者3,00
0点以下である場合については、レセプト振替及び分割の対象とする。

2 令和3年8月診療以前分は、記録を省略する。

なお、令和3年8月診療以前分に記録された場合は、審査支払機関において読み飛ばし、保険者等への提供を行わない。

エ コメント情報

総括レセプトの場合に記録する。

コメントレコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“C0”を記録する。	
診療識別	数字	2	可変	1 別表19 診療識別コードを記録する。 2 診療識別を必要としないコメントの場合は、記録を省略する。	
負担区分	英数	1	固定	別表20 負担区分コードを記録する。	
コメントコード	数字	9	固定	別に定めるコメントコードを記録する。	
文字データ	漢字	7 6	可変	1 コメントコードに応じた文字情報又は数字情報等を記録する。 2 文字データの記録を要しないコメントコードの場合は、記録を省略する。	

オ 症状詳細情報

DPCレセプト、総括レセプト、総括対象DPCレセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合に記録する。

症状詳細レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“SJ”を記録する。	
症状詳細区分	数字	2	可変	1 別表21 症状詳細区分コードを記録する。 2 同一症状詳細区分の症状詳細データを複数レコードにまたがって記録する場合は、後続レコードの症状詳細区分の記録を省略する。	
症状詳細データ	漢字	2400	可変	症状詳細区分コードに応じた症状詳細を記録する。	

注1 同一の症状詳細区分を複数記録する場合は、症状詳細の順に記録する。

2 症状詳細データ内で段落を分ける場合は、段落ごとに複数の症状詳細レコードに分けて記録する。

カ レセプト情報

DPCレセプト、総括対象DPCレセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合に記録する。

(ア) 保険者レコード

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報		英数	2	固定	“H0”を記録する。	
保険者番号		英数	8	固定	1 保険者番号を記録する。 2 保険者番号が8桁に満たない場合は、先頭から“スペース”を記録し、8桁で記録する。	
被保険者証（手帳）等の 記号		英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、 受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の 「記号及び番号」欄の記号を記録する。 2 英数モードと漢字モードの文字を混在して記 録しない。 3 番号のみ設定されている場合は、記録を省略 する。	記号と番号を合せ た文字数の上限 は、モードごとに 次のとおりとす る。 英数：19 漢字：19
被保険者証（手帳）等の 番号		英数 又は 漢字	38	可変	1 健康保険被保険者証、船員保険被保険者証、 受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等の 「記号及び番号」欄の番号を記録する。 2 後期高齢者被保険者証の被保険者番号を記録 する。 3 英数モードと漢字モードの文字を混在して記 録しない。	
診療実日数		数字	2	可変	当該明細情報における医療保険、国民健康保険 又は後期高齢者医療の診療実日数を記録する。	
合計点数		数字	8	可変	1 当該明細情報における医療保険、国民健康保 険又は後期高齢者医療の合計点数を記録する。 2 合計点数がマイナス点数の場合は、負符号 （－）を付加して記録する。	
予備		数字	5	可変	記録を省略する。	
食事療養・ 生活療養	回数	数字	2	可変	当該明細情報における医療保険、国民健康保険 又は後期高齢者医療の食事療養及び生活療養の食 事回数を記録する。	
	合計金額	数字	8	可変	当該明細情報における医療保険、国民健康保険 又は後期高齢者医療の食事療養及び生活療養の合 計金額を記録する。	
職務上の事由		数字	1	可変	1 次に該当する場合は、別表16 職務上の事由コ ードを記録する。 ・船員保険の被保険者において、職務上の取扱い となる場合。ただし、「1 職務上」及び「3 通勤 災害」については、災害発生時が平成21年1 2月31日以前のものに限る。 ・共済組合の船員組合員において、下船後3月以 内の傷病で職務上の取扱いとなる場合。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
証明書番号		数字	3	可変	1 国民健康保険において、「国民健康保険一部 負担金減額、免除、徴収猶予証明書」に証明書 番号が記録されている場合は、証明書番号を記 録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
負担金額	医療保険	数字	9	可変	1 D P C レセプトにおいて、入院における負担金額が必要な場合は、当該金額を記録する。 2 負担金額がマイナス金額の場合は、負符号（－）を付加して記録する。 3 総括対象 D P C レセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合は、記録を省略する。	
	減免区分	数字	1	可変	1 次に該当する場合は、別表 17 減免区分コードを記録する。 ・「一部負担金減額、免除、徴収猶予証明書」が提示された場合。 ・広域連合長から一部負担金の減額、免除及び徴収猶予を受けた場合。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	減額割合	数字	3	可変	1 D P C レセプトの場合は、減額割合を百分率（％）で記録する。 2 総括対象 D P C レセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合は、記録を省略する。	
	減額金額	数字	6	可変	1 D P C レセプトの場合は、減額金額を記録する。 2 総括対象 D P C レセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合は、記録を省略する。	
食事療養・生活療養	標準負担額	数字	8	可変	1 D P C レセプトの場合は、医療保険、国民健康保険又は後期高齢者医療の食事療養及び生活療養の標準負担額を記録する。 2 総括対象 D P C レセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合は、記録を省略する。	

(イ) 公費レコード

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報		英数	2	固定	“K0”を記録する。	
公費負担医療	負担者番号	英数	8	固定	医療券等に記載されている公費負担者番号8桁を記録する。	
	受給者番号	数字	7	可変	1 医療券等に記載されている受給者番号7桁を記録する。 2 受給者番号が7桁に満たない場合は、先頭から“0”を記録し、7桁で記録する。 3 医療観察法（法別30）の場合は、記録を省略する。	
	任意給付区分	数字	1	可変	1 国民健康保険において、公費負担者に任意給付がある場合は、“1”を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
診療実日数		数字	2	可変	公費負担医療の診療実日数を記録する。	
合計点数		数字	8	可変	1 公費負担医療の合計点数を記録する。 2 合計点数がマイナス点数の場合は、負符号（－）を付加して記録する。	
負担金額	公費	数字	8	可変	1 DPCレセプトの場合は、公費負担医療の負担額を記録する。 2 公費負担金額がマイナス金額の場合は、負符号（－）を付加して記録する。 3 公費負担医療に係る患者の負担額がない場合は、記録を省略する。 4 総括対象DPCレセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合は、記録を省略する。	
	予備	数字	6	可変	記録を省略する。	
	公費給付対象入院一部負担金	数字	6	可変	1 DPCレセプトの場合は、医療保険と公費負担医療併用又は後期高齢者医療と公費負担医療併用であって、入院一部負担金相当額を公費負担医療が給付する場合において、入院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、公費負担医療の給付対象額を記録する。 2 公費給付対象入院一部負担金がマイナス金額の場合は、負符号（－）を付加して記録する。 3 総括対象DPCレセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合は、記録を省略する。	
予備		数字	5	可変	記録を省略する。	
食事療養・生活療養	回数	数字	2	可変	当該明細情報における公費負担医療の食事療養及び生活療養の食事回数を記録する。	
	合計金額	数字	8	可変	当該明細情報における公費負担医療の食事療養及び生活療養の合計金額を記録する。	
	標準負担額	数字	8	可変	1 DPCレセプトの場合は、公費負担医療の食事療養及び生活療養の標準負担額を記録する。 2 総括対象DPCレセプト及び総括対象医科入院レセプトの場合は、記録を省略する。	

(ウ) 資格確認レコード
DPCレセプトの場合に記録する。

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“SN”を記録する。	
負担者種別	数字	1	固定	別表 37 負担者種別コードを記録する。	
確認区分	数字	2	固定	別表38 確認区分コードを記録する。	
保険者番号等（資格確認）	英数	8	可変	記録を省略する。	1 一次請求の場合 は、記録を省略する。 2 履歴請求データについては、 審査支払機関で 記録されたままとする。
被保険者証（手帳）等の 記号（資格確認）	英数 又は 漢字	3 8	可変	記録を省略する。	
被保険者証（手帳）等の 番号（資格確認）	英数 又は 漢字	3 8	可変	記録を省略する。	
枝番	英数	2	可変	1 電子資格確認を行った場合は、資格確認時にオンライン資格確認等システムから通知した枝番を記録する。 2 健康保険被保険者証、受給資格者票及び国民健康保険被保険者証等による資格確認を行った場合は、当該証の「枝番」欄の番号を記録する。 3 「枝番」が2桁に満たない場合は、先頭に“0”を記録し、2桁で記録する。 4 被保険者証等に「枝番」が記載されていない場合は、記録を省略しても差し支えない。 5 保険者が後期高齢者医療である場合又は負担者種別が公費負担医療である場合は、記録を省略する。	オンライン請求システムにより、 レセプトの請求を行っている保険医療機関であって、 審査支払機関から通知された「枝番」を使用できる場合は、1と同様に記録する。
受給者番号	数字	7	可変	記録を省略する。	1 一次請求の場合 は、記録を省略する。 2 履歴請求データについては、 審査支払機関で 記録されたままとする。
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	

注1 保険医療機関からの請求時は、「負担者種別」項目が「1（医療保険、国民健康保険又は後期高齢者医療）」である場合は、保険者レコードを記録したうえで、「確認区分」項目及び「枝番」項目を記録する。

また、「負担者種別」項目が「2（第1公費負担医療）」～「5（第4公費負担医療）」である場合は、対応する公費レコード（公費負担医療の12から始まる負担者番号のみ）を記録したうえで、「確認区分」項目を記録する。

2 令和3年9月診療分以降であって、「枝番」項目の記録内容4又は5に該当する場合は、資格確認レコードの記録を省略して差し支えない。

3 令和3年8月診療以前分は、記録を省略する。

なお、令和3年8月診療以前分に記録された場合は、審査支払機関において読み飛ばし、保険者等への提供を行わない。

4 令和6年2月診療以前分で公費レコードに公費負担医療の12から始まる負担者番号が記録された場合の資格確認レコードは、記録を省略する。

なお、令和6年2月診療以前分に記録された場合は、審査支払機関において読み飛ばし、保険者等への提供を行わない。

5 資格確認レコードを複数記録する場合、別表 37 負担者種別コードの昇順で記録する。

(エ) 受診日等レコード

DPCレセプトの場合に記録する。

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“JD”を記録する。	
負担者種別	数字	1	固定	別表 37 負担者種別コードを記録する。	
1 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	1 各レコードの 算定日情報が記 録されている日 に対応する項目 に記録する。 2 各レコードの 算定日情報が記 録されている日 に対応する項目 と不一致となる 場合は、審査支 払機関において 行う資格確認に より、月の途中 での資格喪失が 確認されたレセ プトに係るレセ プト分割の対象 外とする。
2 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
3 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
4 日の情報 ↳ 28 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
29 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
30 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
31 日の情報	数字	1	可変	1 当該日に受診等がある場合は、別表39 受診等 区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

注1 令和3年9月診療以降分は、受診日等レコードの記録を任意とする。ただし、記録されていない場合は、審査支払
機関において行う資格確認により、月の途中での資格喪失が確認されたレセプトに係るレセプト分割の対象外とす
る。

2 令和3年8月診療以前分は、記録を省略する。

なお、令和3年8月診療以前分に記録された場合は、審査支払機関において読み飛ばし、保険者等への提供を行わ
ない。

3 受診日等レコードを複数記録する場合、別表 37 負担者種別コードの昇順で記録する。

(オ) 窓口負担額レコード

DPCレセプトの場合に記録する。

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“MF”を記録する。	
窓口負担額区分	数字	2	固定	別表 40 窓口負担額区分コードを記録する。	
予備 1	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 2	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 3	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 4 ↳ 予備 2 8	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 2 9	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 3 0	数字	9	可変	記録を省略する。	
予備 3 1	数字	9	可変	記録を省略する。	

注 1 令和 3 年 9 月診療以降分は、窓口負担額レコードの記録は任意とする。ただし、記録されていない場合は、審査支払機関において行う資格確認により、資格喪失が確認されたレセプトに係るレセプト振替及び分割の対象外とする。

2 令和 3 年 8 月診療以前分は、記録を省略する。

なお、令和 3 年 8 月診療以前分に記録された場合は、審査支払機関において読み飛ばし、保険者等への提供を行わない。

(カ) 包括評価対象外理由レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“GR”を記録する。	1 平成 2 8 年 9 月診療以前分は、記録を省略する。 2 令和 2 年 4 月診療以降分は、総括対象医科入院レセプトのみに記録する。
医科点数表算定理由	数字	2	固定	別表 18 医科点数表算定理由コードを記録する。	
DPCコード	英数	1 4	可変	1 別表18 医科点数表算定理由コードの「08：厚生労働大臣が別に定める者（告示別表一に掲げる薬剤）の患者であるため」、「09：医科点数表算定コードに該当するため」、「10：入院期間 3 を超えて入院しているため」及び「11：地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため」に該当する場合は、別に定めるDPCコードを記録する。 2 DPCコードの“X”、“A”、“B”、“C”、“D”及び“E”は半角大文字を記録する。 3 別表18 医科点数表算定理由コードの「01：入院後 2 4 時間以内に死亡したため」～「06：厚生労働大臣が別に定める者（特定の手術等）の患者であるため」に該当する場合は、記録を任意とする。	

キ 診断群分類情報

D P C レセプト及び総括対象D P C レセプトの場合に記録する。

診断群分類レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“BU”を記録する。	
診断群分類番号	英数	14	固定	1 別に定める診断群分類番号を記録する。 2 診断群分類番号の“X”、“A”、“B”、“C”、“D”及び“E”は半角大文字を記録する。	
今回入院年月日	数字	8	固定	今回入院年月日を西暦で記録する。	
今回退院年月日	数字	8	可変	1 今回退院年月日を西暦で記録する。 2 退院前レセプト又は診断群分類区分の対象外に切り替わる前のレセプトについては記録を省略する。また、「7日以内の再入院」の場合も記録を省略する。	
D P C 転帰区分	数字	1	可変	1 退院時又は診断群分類区分の対象外に切り替わる場合は、別表22 D P C 転帰区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
死因	漢字	100	可変	1 D P C 転帰区分が“7”（外死亡）の場合は、死亡診断書に記載された死因を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

注 「7日以内の再入院」とは、令和6年3月21日付け保医発0321第6号「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」第3.1.(7)同一傷病等での再入院に係る取扱いに基づく7日以内の再入院があった場合をいう。

ク 傷病情報

D P C レセプト及び総括対象 D P C レセプトの場合に記録する。

傷病レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“SB”を記録する。	
傷病名コード	数字	7	固定	1 別に定める傷病名コードを記録する。 2 未コード化傷病名については“0000999”を記録する。	
修飾語コード	英数	8 0	可変	1 傷病名コードで規定している傷病名（未コード化傷病名を除く）に接頭語又は接尾語を必要とする場合は、別に定める修飾語コードを順に記録する。ただし、最大20個までの記録とする。 2 記録するバイト数は、4の倍数とする。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
傷病名称	漢字	4 0	可変	1 未コード化傷病名に限り、当該傷病名を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
I C D 1 0 コード	英数	5	可変	I C D 1 0 コードを記録する。	
傷病名区分	数字	2	固定	別表23 傷病名区分コードを記録する。	
死因	数字	1	可変	1 D P C 転帰区分が“7”（外死亡）の場合は、死因の対象傷病名について“1”（死因）を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
補足コメント	漢字	4 0	可変	1 傷病名に対する補足コメントが必要な場合は、記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

注 一つの傷病名が複数の傷病名区分に該当する場合は、傷病名区分ごとに傷病レコードを記録する。

ケ 傷病名情報

総括対象医科入院レセプトの場合に記録する。

傷病名レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“SY”を記録する。	
傷病名コード	数字	7	固定	1 別に定める傷病名コードを記録する。 2 未コード化傷病名については“0000999”を記録する。	
診療開始日	数字	8	固定	保険診療を開始した年月日を西暦で記録する。	
転帰区分	数字	1	固定	別表24 転帰区分コードを記録する。	
修飾語コード	英数	8 0	可変	1 傷病名コードで規定している傷病名（未コード化傷病名を除く）に接頭語又は接尾語を必要とする場合は、別に定める修飾語コードを順に記録する。ただし、最大20個までの記録とする。 2 記録するバイト数は、4の倍数とする。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
傷病名称	漢字	4 0	可変	1 未コード化傷病名に限り、当該傷病名を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
主傷病	数字	2	可変	1 主傷病の場合は、別表25 主傷病コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
補足コメント	漢字	4 0	可変	1 傷病名に対する補足コメントが必要な場合は、記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

コ 患者基礎情報

D P C レセプト及び総括対象D P C レセプトの場合に記録する。

患者基礎レコード

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報		英数	2	固定	“KK”を記録する。	
入 退 院 情 報	予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
	D P C 算定対象となる 病棟等以外の病棟移動 の有無	数字	1	可変	1 対象外病棟への転棟又は対象外病棟からD P C 算定 対象となる病棟等へ転棟した場合は、“1”（有）を 記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	予定・緊急入院区分	数字	1	固定	別表26 予定・緊急入院区分コードを記録する。	
	前回退院年月日	数字	8	可変	1 当該保険医療機関において入院歴がある場合は、前 回の退院年月日を西暦で記録する。ただし、「7日以 内の再入院」が行われた場合は、それ以前の退院年月 日を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	前回同一傷病での入院 の有無	数字	1	可変	1 当該保険医療機関において今回入院時の入院契機病 名と前回入院時に最も医療資源を投入した傷病名が同 一（診断群分類番号の上2桁が同一）である場合は、 “1”（有）を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
診 療 関 連 情 報	入院時年齢	数字	3	可変	1 年齢の要件が定められている診断群分類区分の場 合は、入院時の患者年齢を記録する。 2 入院時の患者年齢が1歳未満の場合は、“0”を記 録する。 3 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
	出生時体重	数字	4	可変	1 出生時体重の要件が定められている診断群分類区 分の場合は、g単位で患者体重を記録する。 2 出生時体重が不明の場合は、“9999”を記録する。 3 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
	J C S	数字	3	可変	1 J C Sの要件が定められている診断群分類区分の場 合は、J C Sを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
	予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
	Burn Index	数字	5	可変	1 Burn Indexの要件が定められている診断群分類区 分の場合は、Burn Indexを記録する。 2 整数部3桁、小数部1桁として、整数部と小数部は 小数点で区切り記録する。 3 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
	重症度等	漢字	100	可変	1 重症度等の要件が定められている診断群分類区分の 場合は、重症度等を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
	予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
	予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
	妊娠週数	数字	2	可変	1 妊娠週数の要件が定められている診断群分類区分の 場合は、妊娠週数を記録する。 2 1の場合であって妊娠週数が不明の場合は、“99” を記録する。 3 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	令和2年3 月診療以前 分は、記録 を省略す る。

項 目		モ ー ト [※]	最 大 バ イ ト	項 目 形 式	記 録 内 容	備 考
診 療 関 連 情 報	分娩時出血量	数字	6	可変	1 分娩時出血量の要件が定められている診断群分類区分の場合は、ml単位で分娩時出血量を記録する。	令和4年3月診療以前分は、記録を省略する。
					2 分娩時出血量が不明の場合は、“99999”を記録する。	
					3 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	

注 「7日以内の再入院」とは、令和6年3月21日付け保医発0321第6号「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」第3.1.(7)同一傷病等での再入院に係る取扱いに基づく7日以内の再入院があった場合をいう。

サ 診療関連情報

DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に記録する。

診療関連レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“SK”を記録する。	
診療行為コード	数字	9	可変	1 手術又は処置等の診療名称を省略する場合は、別に定める診療行為コードを記録する。 2 診療行為コードが定められていない場合は、記録を省略する。 3 診療行為コードの記録は任意とする。	
区分番号	英数	10	可変	1 厚生労働大臣が定める傷病名、手術、処置等及び副傷病名を定める件（平成20年厚生労働省告示第95号）で、手術、手術・処置等1及び手術・処置等2に定められた区分を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	1 区分番号又は診療区分コードのいずれかを記録し、他方は記録を省略する。 2 区分番号については、半角カナを含む。 (例「K920イ」)
実施（予定）年月日	数字	8	可変	1 手術、処置の実施年月日又は予定年月日を西暦で記録する。 2 診療区分コードが「KKK0 手術なし」の場合は、記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
診療区分コード	英数	4	可変	1 区分番号が定められていない診断群分類区分の場合は、別表27 診療区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
診療名称	漢字	200	可変	1 区分番号を記録した場合は、区分番号の翻訳情報を記録する。ただし、診療行為コード又は診療区分コードを記録した場合は、記録を省略する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

注 診療行為コード、区分番号、診療区分コード（別表27）及び診療名称の記録は、次の組合せのいずれかとする。

診療行為コード	
区分番号	XXXX－XXXXX
診療区分コード	
診療名称	NNNNNN・…N

診療行為コード	
区分番号	
診療区分コード	XXXX
診療名称	

診療行為コード	XXXXXXXXX
区分番号	XXXX－XXXXX
診療区分コード	
診療名称	

シ 包括評価情報

D P C レセプト及び総括対象D P C レセプトの場合に記録する。

(ア) 外泊レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“GA”を記録する。	
診療年月	数字	6	固定	当該外泊レコードの診療年月を西暦で記録する。	
請求調整区分	数字	1	固定	別表28 請求調整区分コードを記録する。	
外泊等	数字	3 1	可変	1 当該診療年月の外泊（地域包括ケア病棟への転棟日の外泊及び病室への転室日の外泊を含む）の状況、7日以内の再入院、7日以内の再転棟、地域包括ケア病棟への転棟及び地域包括ケア病室への転室の状況を別表29 外泊等コードで日々単位に記録する。 2 当該診療月が3 1日に満たない月の場合は、月末日までの情報を記録する。 3 総括対象D P C レセプトの場合は、当該明細情報の入院期間に係る情報を記録する。	
診断群分類番号	英数	1 4	可変	1 請求調整区分が“1”（過去の請求済分）であり、診断群分類レコードの診断群分類番号と異なる場合は、当該診療年月時点の診断群分類番号を記録する。 2 診断群分類番号の“X”、“A”、“B”、“C”、“D”及び“E”は半角大文字を記録する。 3 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
医療機関別係数	数字	6	可変	1 病院ごとの調整係数等と当該診療年月時点の施設基準等による係数を合算又は減算して得た係数を記録する。 2 整数部1桁、小数部4桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。	
翌月再入院（転棟）予定の有無	数字	1	可変	1 請求調整区分が“2”（今月の請求分）であり、当該診療年月の月末日に退院した後、「7日以内の再入院」の場合は、“1”（有）を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

注1 総括レセプトで月初に退院、月末に再入院（転棟）した場合、月初退院に係る明細情報の外泊レコードには月初の入院期間の外泊状況を記録する。また月末再入院（転棟）に係る明細情報の外泊レコードには月末の入院期間の外泊状況を記録する。

- 2 「7日以内の再入院」とは、令和6年3月21日付け保医発0321第6号「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」第3.1.(7)同一傷病等での再入院に係る取扱いに基づく7日以内の再入院があった場合をいう。
- 3 「地域包括ケア病棟への転棟」とは、令和6年3月21日付け保医発0321第6号「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」第3.1.(10)地域包括ケア病棟入院料1～4を算定する病棟に転棟する場合等の取扱いに基づくD P C 算定対象となる病棟から地域包括ケア入院医療管理料1～4に係る届出を行っている病室（一般病棟に限る）に転棟した場合をいう。
- 4 「地域包括ケア病室への転室」とは、令和6年3月21日付け保医発0321第6号「厚生労働大臣が指定する病院の病棟における療養に要する費用の額の算定方法の一部改正等に伴う実施上の留意事項について」第3.1.(9)地域包括ケア入院医療管理料1～4を算定する病室に転室する場合等の取扱いに基づくD P C 算定対象となる病棟から地域包括ケア病棟入院料1～4に係る届出を行っている病棟（一般病棟に限る）に転室した場合をいう。

(イ) 包括評価レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“HH”を記録する。	
診療年月	数字	6	固定	当該包括評価レコードの診療年月を西暦で記録する。	
請求調整区分	数字	1	固定	別表28 請求調整区分コードを記録する。	
自他保険区分	数字	1	可変	1 請求調整区分が“2”（今月の請求分）の場合は、 別表30 自他保険区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
負担区分	英数	1	可変	1 請求調整区分が“2”（今月の請求分）であり、自他保険区分が“1”（自保険分）の場合は、別表20 負担区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
入院期間区分	数字	1	固定	診療年月、請求調整区分、自他保険区分及び負担区分に対応する別表31 入院期間区分コードを記録する。	
入院期間区分別点数	数字	6	可変	診断群分類区分及び入院期間区分に対応した1日当たりの包括評価点数を記録する。	
入院期間区分別入院日数	数字	2	可変	診療年月、請求調整区分、自他保険区分、負担区分及び入院期間区分に対応する入院期間から外泊日数等を除いた入院日数を記録する。	
包括小計点数	数字	7	可変	診療年月、請求調整区分、自他保険区分、負担区分及び入院期間区分に対応する包括小計点数を記録する。	

注1 退院月に適用する診断群分類区分が入院期間中の診断群分類区分と異なる場合は、退院月に係るレセプトにおいて調整分の包括評価レコードを記録する。

2 入院期間区分別の入院日数が0日の診療月の場合は、当該入院期間区分に係る包括評価レコードを記録しない。

(ウ) 合計調整レコード

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報		英数	2	固定	“GT”を記録する。	
診療年月		数字	6	固定	当該合計調整レコードの診療年月を西暦で記録する。	
請求調整区分		数字	1	固定	別表28 請求調整区分コードを記録する。	
自他保険区分		数字	1	可変	1 請求調整区分が“2”（今月の請求分）の場合は、 別表30 自他保険区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
負担区分		英数	1	可変	1 請求調整区分が“2”（今月の請求分）であり、自他保険区分が“1”（自保険分）の場合は、別表20 負担区分コードを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略しても差し支えない。	
包括小計点数合算		数字	7	可変	診療年月、請求調整区分、自他保険区分及び負担区分が一致する包括評価レコードの包括小計点数を合算して記録する。	
包括評価点数		数字	7	可変	包括小計点数合算と医療機関別係数の乗算結果を記録する。	
調整点数		数字	7	可変	1 請求調整区分が“3”（過去の調整分）の場合は、当該診療年月における調整分の包括評価点数と請求分の包括評価点数との差を記録する。 2 調整点数がマイナスの場合は、負符号（－）を付加して記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
今月包括合計点数		数字	8	可変	1 今月請求する包括評価点数を記録する。 2 退院月において調整点数がある場合は、全調整点数及び当該包括評価点数を合算して記録する。 3 今月包括合計点数がマイナスの場合は、負符号（－）を付加して記録する。 4 請求調整区分が“2”（今月の請求分）であり、自他保険区分が“1”（自保険分）以外の場合は、記録を省略する。	
診療識別		数字	2	可変	1 請求調整区分が“2”（今月の請求分）であり、自他保険区分が“1”（自保険分）の場合は、別表19 診療識別コード“93”を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
保険 変 更	変更年月日	数字	8	可変	1 保険者番号等の変更又は負担区分の変更があった場合は、変更年月日を西暦で記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	文字データ	漢字	40	可変	1 変更年月日が記録された場合は、変更情報を記録する。 2 文字データの記録は任意とする。	

注1 診断群分類区分が変更された診療月については、調整点数が0点であっても調整分の内容を記録する。

2 調整点数の記録可能範囲は、プラスの場合は符号なしで数字7桁まで、マイナスの場合は負符号1桁＋数字6桁までとする。

3 今月包括合計点数の記録可能範囲は、プラスの場合は符号なしで数字8桁まで、マイナスの場合は負符号1桁＋数字7桁までとする。

4 同一月に複数回の保険変更があった場合は、合計調整レコードごとに変更年月日を記録する。

ス 出来高情報、摘要情報

出来高情報はDPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合に、摘要情報は総括対象医科入院レセプトの場合に記録する。

(ア) 診療行為レコード

項 目			モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報			英数	2	固定	“SI”を記録する。	
診療識別			数字	2	可変	1 別表19 診療識別コードを記録する。 2 病床機能報告に係る病棟情報を記録する場合は、「97」以外を記録する。 3 診療識別を必要としない診療行為の場合は、記録を省略する。	
負担区分			英数	1	固定	別表20 負担区分コードを記録する。	
診療行為コード			数字	9	固定	別に定める診療行為コードを記録する。	
数量データ			数字	8	可変	1 数量データを必要とする診療行為の場合は、診療行為コードで規定している単位で整数値を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
点数			数字	7	可変	1 診療行為の点数又は金額を記録する。 2 点数・回数算定単位内の最終レコードのみ記録する。 3 病床機能報告に係る病棟情報を記録する場合は、“0”を記録する。 4 その他の場合は、記録を省略する。	
回数			数字	3	可変	1 診療行為の回数を記録する。 2 点数・回数算定単位内の回数は、同一の回数を記録する。	回数は、算定日情報の1日の情報から31日の情報の合計値と一致する。
コ メ ン ト	①	コメントコード	数字	9	可変	1 コメントが必要な場合は、別に定めるコメントコードと文字データを①より順次、対で記録する。 2 文字データは、対となるコメントコードに応じた文字情報又は数字情報等を記録する。 3 文字データの記録を要しないコメントコードの場合は、文字データの記録を省略する。 4 文字データに修飾語コードを記録する場合は、最大5つまでの記録とする。 5 病床機能報告に係る病棟情報を記録する場合は、記録を省略する。 6 その他の場合は、記録を省略する。	
		文字データ	漢字	100	可変		
	②	コメントコード	数字	9	可変		
		文字データ	漢字	100	可変		
	③	コメントコード	数字	9	可変		
		文字データ	漢字	100	可変		

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
算 定 日 情 報	1 日の情報	数字	3	可変	1 診療行為の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	1 点数・回数算 定単位内の算定 日情報は、同一 日に同一回数を 記録する。 2 他医療機関に 係る臓器提供者 レセプトについ ては、記録を省 略しても差し支 えない。 3 算定日情報の 1 日の情報から 3 1 日の情報の 合計値は、回数 と一致する。
	2 日の情報	数字	3	可変	1 診療行為の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	3 日の情報	数字	3	可変	1 診療行為の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	4 日の情報 } 2 8 日の情報	数字	3	可変	1 診療行為の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	2 9 日の情報	数字	3	可変	1 診療行為の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	3 0 日の情報	数字	3	可変	1 診療行為の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	3 1 日の情報	数字	3	可変	1 診療行為の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

(イ) 医薬品レコード

項 目			モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報			英数	2	固定	“IY”を記録する。	
診療識別			数字	2	可変	1 別表19 診療識別コードを記録する。 2 診療識別を必要としない医薬品の場合は、記録を省略する。	
負担区分			英数	1	固定	別表20 負担区分コードを記録する。	
医薬品コード			数字	9	固定	別に定める医薬品コードを記録する。	
使用量			数字	11	可変	1 使用量を必要とする医薬品の場合は、記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
点数			数字	7	可変	1 点数・回数算定単位内の最終レコードに医薬品の点数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
回数			数字	3	可変	1 医薬品の回数を記録する。 2 点数・回数算定単位内の回数は、同一の回数を記録する。	回数は、算定日情報の1日の情報から31日の情報の合計値と一致する。
コ メ ン ト	①	コメントコード	数字	9	可変	1 コメントが必要な場合は、別に定めるコメントコードと文字データを①より順次、対で記録する。 2 文字データは、対となるコメントコードに応じた文字情報又は数字情報等を記録する。 3 文字データの記録を要しないコメントコードの場合は、文字データの記録を省略する。 4 文字データに修飾語コードを記録する場合は、最大5つまでの記録とする。 5 その他の場合は、記録を省略する。	
		文字データ	漢字	100	可変		
	②	コメントコード	数字	9	可変		
		文字データ	漢字	100	可変		
	③	コメントコード	数字	9	可変		
		文字データ	漢字	100	可変		
算 定 日 情 報	1日の情報		数字	3	可変	1 医薬品の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	1 点数・回数算定単位内の算定日情報は、同一日に同一回数を記録する。 2 他医療機関に係る臓器提供者レセプトについては、記録を省略しても差し支えない。 3 算定日情報の1日の情報から31日の情報の合計値は、回数と一致する。
	2日の情報		数字	3	可変	1 医薬品の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	3日の情報		数字	3	可変	1 医薬品の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	4日の情報 28日の情報		数字	3	可変	1 医薬品の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	29日の情報		数字	3	可変	1 医薬品の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	30日の情報		数字	3	可変	1 医薬品の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	31日の情報		数字	3	可変	1 医薬品の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

(ウ) 特定器材レコード

項 目			モード*	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報			英数	2	固定	“TO” を記録する。	
診療識別			数字	2	可変	1 別表19 診療識別コードを記録する。 2 診療識別を必要としない特定器材の場合は、記録を省略する。	
負担区分			英数	1	固定	別表20 負担区分コードを記録する。	
特定器材コード			数字	9	固定	別に定める特定器材コードを記録する。	
使用量			数字	9	可変	1 使用量を必要とする特定器材の場合は、記録する。 2 整数部5桁、小数部3桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
点数			数字	7	可変	1 点数・回数算定単位内の最終レコードに、特定器材の点数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
回数			数字	3	可変	1 特定器材の回数を記録する。 2 点数・回数算定単位内の回数は、同一の回数を記録する。	回数は、算定日情報の1日の情報から31日の情報の合計値と一致する。
単位コード			数字	3	可変	1 使用量を必要とする特定器材の場合は、別表32 特定器材単位コードを記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
単価			数字	11	可変	1 購入価格により算定する特定器材の場合は、当該価格を記録する。 2 整数部8桁、小数部2桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
予備			漢字	40	可変	記録を省略する。	
商品名及び規格又はサイズ			漢字	300	可変	1 商品名及び規格又はサイズが必要な場合は、記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
コ メ ン ト	①	コメントコード	数字	9	可変	1 コメントが必要な場合は、別に定めるコメントコードと文字データを①より順次、対で記録する。 2 文字データは、対となるコメントコードに応じた文字情報又は数字情報等を記録する。 3 文字データの記録を要しないコメントコードの場合は、文字データの記録を省略する。 4 文字データに修飾語コードを記録する場合は、最大5つまでの記録とする。 5 その他の場合は、記録を省略する。	
		文字データ	漢字	100	可変		
	②	コメントコード	数字	9	可変		
		文字データ	漢字	100	可変		
	③	コメントコード	数字	9	可変		
		文字データ	漢字	100	可変		
算 定 日 情 報	1日の情報		数字	3	可変	1 特定器材の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	1 点数・回数算定単位内の算定日情報は、同一日に同一回数を記録する。 2 他医療機関に係る臓器提供者レセプトについては、記録を省
	2日の情報		数字	3	可変	1 特定器材の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	3日の情報		数字	3	可変	1 特定器材の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
	4日の情報 ～ 28日の情報	数字	3	可変	1 特定器材の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	略しても差し支えない。 3 算定日情報の1日の情報から31日の情報の合計値は、回数と一致する。
	29日の情報	数字	3	可変	1 特定器材の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	30日の情報	数字	3	可変	1 特定器材の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	31日の情報	数字	3	可変	1 特定器材の算定がある場合は、当該日の回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

(エ) コメントレコード

第1章-3-(4)-エの「コメント情報」の「コメントレコード」と同じ。

セ コーディングデータ情報

DPCレセプト及び総括対象DPCレセプトの場合、「診療識別の実施年月日順」に記録する。

コーディングデータレコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“CD”を記録する。	
実施年月日	数字	8	固定	実施年月日を西暦で記録する。	
診療識別	数字	2	固定	別表19 診療識別コードを記録する。	
順序番号	数字	4	可変	診療識別及び一連の行為ごとに昇順に番号を記録する。	
行為明細番号	数字	3	可変	順序番号ごとの行為明細単位に昇順に番号を記録する。	
レセプト電算処理システム用コード	数字	9	固定	診療行為コード（入院料、食事療養費、生活療養費及び標準負担額は除く）、医薬品コード又は特定器材コードを記録する。	
使用量	数字	11	可変	1 医薬品又は特定器材（酸素の補正率又はフィルム料（乳幼児）加算を除く）の場合は、使用量を記録する。 2 整数部5桁、小数部5桁として、整数部と小数部は小数点で区切り記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
数量データ	数字	8	可変	1 数量データの記録が必要な診療行為の場合は、数量データを記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
単位コード	数字	3	可変	1 特定器材の場合は、別表32 特定器材単位コードを記録する。 2 単位が規定されている特定器材コードの場合は、記録を省略しても差し支えない。 3 酸素の補正率又はフィルム料（乳幼児）加算の場合は、記録を省略する。 4 診療行為又は医薬品の場合は、記録を省略する。	
回数	数字	3	可変	診療行為、医薬品及び特定器材の回数を記録する。	
予備	漢字	254	可変	記録を省略する。	

ソ 臓器提供者レセプト情報

総括対象医科入院レセプトの場合に記録する。

(ア) 臓器提供医療機関情報レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“TI”を記録する。	
臓器提供区分	数字	1	固定	別表33 臓器提供区分コードを記録する。	
臓器提供医療機関区分	数字	1	固定	別表34 臓器提供医療機関区分コードを記録する。	
都道府県	数字	2	可変	1 別表 2 都道府県コードを記録する。 2 臓器提供医療機関区分が“1”の場合は、記録を省略する。	
点数表	数字	1	可変	1 別表 3 点数表コードを記録する。 2 臓器提供医療機関区分が“1”の場合は、記録を省略する。	
医療機関コード	数字	7	可変	1 保険医療機関について定められた医療機関コードを記録する。 2 臓器提供医療機関区分が“1”の場合は、記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	
医療機関名称	漢字	4 0	可変	1 地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の名称を記録する。 2 臓器提供医療機関区分が“1”の場合は、記録を省略する。	
医療機関所在地	漢字	8 0	可変	1 地方厚生（支）局長に届け出た保険医療機関の所在地を記録する。 2 臓器提供医療機関区分が“1”の場合は、記録を省略する。	
電話番号	英数	1 5	可変	1 保険医療機関の電話番号を記録する。 2 電話番号は市外局番、市内局番及び加入者番号を記録する。各番号の間にはカッコ又はハイフンを記録しても差し支えない。 3 記録は任意とする。 4 臓器提供医療機関区分が“1”の場合は、記録を省略する。	

(イ) 臓器提供者レセプト情報レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“TR”を記録する。	
レセプト番号	数字	6	可変	レコードが属する臓器提供医療機関ごとに臓器提供者レセプト番号を記録順に1から昇順に連続番号を記録する。	
臓器提供者レセプト種別	数字	4	固定	別表35 臓器提供者レセプト種別コードを記録する。	
診療年月	数字	6	固定	診療年月を西暦で記録する。	
予備	英数 又は 漢字	4 0	可変	記録を省略する。	
男女区分	数字	1	固定	別表 6 男女区分コードを記録する。	
生年月日	数字	8	固定	生年月日を西暦で記録する。	
予備	数字	3	可変	記録を省略する。	
入院年月日	数字	8	可変	1 臓器提供者レセプト種別が入院の場合は、入院年月日を西暦で記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
病棟区分	英数	8	可変	1 臓器提供者レセプト種別が入院において、病棟区分が必要な場合は、別表 7 病棟区分コードを記録する。 2 月途中で異なる病棟区分に移動した場合は、移動した順に記録する。ただし、最大4つまでの記録とする。 3 記録するバイト数は、2の倍数とする。 4 その他の場合は、記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
レセプト特記事項	英数	1 0	可変	1 特記事項が必要な場合は、別表 9 レセプト特記事項コードを記録する。ただし、最大5つまでの記録とする。 2 記録するバイト数は、2の倍数とする。 3 その他の場合は、記録を省略する。	
予備	数字	4	可変	記録を省略する。	
カルテ番号等	英数	2 0	可変	1 カルテ番号又は患者ID番号等を記録する。 2 記録は任意とする。	
割引点数単価	数字	2	可変	1 健康保険法第76条第3項及び国民健康保険法第45条第3項等に基づく事項の場合は、割引点数単価を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	1	可変	記録を省略する。	
予備	数字	2	可変	記録を省略する。	

(ウ) 臓器提供者請求情報レコード

項 目		モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報		英数	2	固定	“TS” を記録する。	
診療実日数		数字	2	可変	臓器提供者の診療実日数を記録する。	
合計点数		数字	8	可変	臓器提供者の合計点数を記録する。	
食事療養・生活療養	回数	数字	2	可変	1 臓器提供者レセプト種別が入院の場合は、食事療養及び生活療養の食事回数を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	
	合計金額	数字	8	可変	1 臓器提供者レセプト種別が入院の場合は、食事療養及び生活療養の合計金額を記録する。 2 その他の場合は、記録を省略する。	

(エ) 傷病名レコード

第1章-3-(4)-ケの「傷病名情報」の「傷病名レコード」と同じ。

(オ) 診療行為レコード

第1章-3-(4)-スー(ア)の「出来高情報、摘要情報」の「診療行為レコード」と同じ。
なお、負担区分は、臓器受容者のレセプト種別に該当したコード(別表20)を記録する。

(カ) 医薬品レコード

第1章-3-(4)-スー(イ)の「出来高情報、摘要情報」の「医薬品レコード」と同じ。
なお、負担区分は、臓器受容者のレセプト種別に該当したコード(別表20)を記録する。

(キ) 特定器材レコード

第1章-3-(4)-スー(ウ)の「出来高情報、摘要情報」の「特定器材レコード」と同じ。
なお、負担区分は、臓器受容者のレセプト種別に該当したコード(別表20)を記録する。

(ク) コメントレコード

第1章-3-(4)-エの「コメント情報」の「コメントレコード」と同じ。
なお、負担区分は、臓器受容者のレセプト種別に該当したコード(別表20)を記録する。

(ケ) 症状詳記レコード

第1章-3-(4)-オの「症状詳記情報」の「症状詳記レコード」と同じ。

タ 診療報酬請求書情報
診療報酬請求書レコード

項 目	モード	最大 バイト	項目 形式	記 録 内 容	備 考
レコード識別情報	英数	2	固定	“GO”を記録する。	
総件数	数字	6	可変	1 保険医療機関単位のレセプトを1ボリュームに記録した場合は、保険医療機関単位のレセプトの総件数を記録する。 2 保険医療機関単位のレセプトを複数ボリュームに分割して記録した場合は、最終ボリュームにレセプトの総件数を記録する。 3 その他の場合は、記録を省略する。	電子資格確認を行った結果、保険者等の振替又は分割となるレセプト等の場合は、審査支払機関において「総件数」及び「総合計点数」に“0”を記録する。
総合計点数	数字	10	可変	1 保険医療機関単位のレセプトを1ボリュームに記録した場合は、各レセプトの主保険に係る点数の総合計点数を記録する。 2 保険医療機関単位のレセプトを複数ボリュームに分割して記録した場合は、最終ボリュームに各レセプトの主保険に係る点数の総合計点数を記録する。 3 総合計点数がマイナス点数の場合は、負符号(－)を付加して記録する。 4 その他の場合は、記録を省略する。	
マルチボリューム識別情報	数字	2	固定	1 保険医療機関単位のレセプトを1ボリュームに記録した場合は、“99”を記録する。 2 保険医療機関単位のレセプトを複数ボリュームに分割して記録した場合は、ボリューム単位ごとに“01”から昇順に2桁の連続番号を記録し、最終ボリュームに“99”を記録する。	

注 総件数及び総合計点数については、レセプト種別ごとに下の表に掲げるレセプト件数及び合計点数を合算して算出する。

レセプト種別 レセプト件数及び 合計点数	レセ プト 件 数 (件)	合計点数	
		保 険 者 レ コ ー ド	公 費 レ コ ー ド
医療保険単独	1	○	
医療保険と1～4種の公費負担医療の併用	2～5	○	
公費負担医療単独	1		○
2～4種の公費負担医療の併用	2～4		○

注1 国民健康保険又は後期高齢者医療については、医療保険を国民健康保険又は後期高齢者医療と読み替える。

2 ○は合算箇所を示す。

3 公費レコードに係る合計点数は、レセプトごとの最初に記録された公費レコードの合計点数を総合計点数に合算すること。

第2章 光ディスク等を用いた費用の請求に関する事項

保険医療機関から審査支払機関への費用の請求を行う場合のことも家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める光ディスク等に係る規格並びに方式については、本章に定めるところによる。

なお、こども家庭庁長官及び厚生労働大臣の定める事項については、第1章と同じとする。

また、光ディスク等の記録形式をMS-DOSフォーマットのCSV形式とする。

1 光ディスクに関する事項

(1) マグネットオプティカルディスク (MO)

ア 媒体関連仕様

(ア) 媒体及び物理フォーマット

JISX6275-1997に適合する90mm230MB又はJISX6277-1998に適合する90mm640MBの光ディスクを使用する。

(イ) 論理フォーマット

光ディスクの論理フォーマットはJISX0605-1997に規定する情報記録方式に準拠する。

(ウ) ファイル構成

光ディスクのファイル構成は以下に規定するものを除きJISX0605-1997に準拠する。

a ルートディレクトリのディレクトリ項目は以下のとおりとする。

(a) ボリュームラベル項目の有無は任意とする。

(b) サブディレクトリ指示項目はあってはならない。

(c) ディレクトリ項目のうち使用中のファイル項目を以下に示す。

文字位置	名 前	内 容
1～8	名前	“RECEIPTD”
9～11	拡張名	“UKE”
12	属性	(00)又は(20)
13～22	予約	JISX0605-1997に準拠
23～24	記録時刻	JISX0605-1997に準拠
25～26	記録日付	JISX0605-1997に準拠
27～28	先頭クラスタ番号	JISX0605-1997に準拠
29～32	ファイル長	JISX0605-1997に準拠

注1 文字列は、記述する文字を引用符でくくって表現する。

2 16進数は、0から9及びAからFを括弧でくくって表現する。

b その他のディレクトリ項目はすべて空きディレクトリ項目でなければならない。

イ 情報表記仕様

(ア) 請求ファイルの構成

第1章-3-(3)-アの「請求ファイルの構成」と同じ。

(イ) 請求ファイル構成イメージ

第1章-3-(3)-イの「請求ファイル構成イメージ」と同じ。

(ウ) レコード形式

第1章-3-(3)-ウの「レコード形式」と同じ。

(エ) 内容を表現する文字の符号

第1章-3-(3)-エの「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

(ア) 医療機関情報

第1章-3-(4)-アの「医療機関情報」と同じ。

(イ) レセプト共通報

第1章-3-(4)-イの「レセプト共通報」と同じ。

(ウ) レセプト総括情報

第1章-3-(4)-ウの「レセプト総括情報」と同じ。

(エ) コメント情報

第1章-3-(4)-エの「コメント情報」と同じ。

(オ) 症状詳記情報

第1章-3-(4)-オの「症状詳記情報」と同じ。

(カ) レセプト情報

第1章-3-(4)-カの「レセプト情報」と同じ。

(キ) 診断群分類情報

第1章-3-(4)-キの「診断群分類情報」と同じ。

- (ク) 傷病情報
第1章-3-(4)-クの「傷病情報」と同じ。
- (ケ) 傷病名情報
第1章-3-(4)-ケの「傷病名情報」と同じ。
- (コ) 患者基礎情報
第1章-3-(4)-コの「患者基礎情報」と同じ。
- (サ) 診療関連情報
第1章-3-(4)-サの「診療関連情報」と同じ。
- (シ) 包括評価情報
第1章-3-(4)-シの「包括評価情報」と同じ。
- (ス) 出来高情報、摘要情報
第1章-3-(4)-スの「出来高情報、摘要情報」と同じ。
- (セ) コーディングデータ情報
第1章-3-(4)-セの「コーディングデータ情報」と同じ。
- (ソ) 臓器提供者レセプト情報
第1章-3-(4)-ソの「臓器提供者レセプト情報」と同じ。
- (タ) 診療報酬請求書情報
第1章-3-(4)-タの「診療報酬請求書情報」と同じ。

(2) コンパクトディスク (CD-R)

ア 媒体関連仕様

- (ア) 媒体及び物理フォーマット
JIS TS X0025-2005の規格に適合する120mmコンパクトディスクを使用する。
- (イ) 論理フォーマット
論理フォーマットはISO9660形式(レベル1)に準拠する。
書き込みは、ディスクアットワンス(シングルセッション方式)方式とする。
- (ウ) ファイル構成
第2章-1-(1)-ア-ウの「ファイル構成」と同じ。

イ 情報表記仕様

- (ア) 請求ファイルの構成
第1章-3-(3)-アの「請求ファイルの構成」と同じ。
- (イ) 請求ファイル構成イメージ
第1章-3-(3)-イの「請求ファイル構成イメージ」と同じ。
- (ウ) レコード形式
第1章-3-(3)-ウの「レコード形式」と同じ。
- (エ) 内容を表現する文字の符号
第1章-3-(3)-エの「内容を表現する文字の符号」と同じ。

ウ 各種レコードの記録要領に関する事項

- (ア) 医療機関情報
第1章-3-(4)-アの「医療機関情報」と同じ。
- (イ) レセプト共通情報
第1章-3-(4)-イの「レセプト共通情報」と同じ。
- (ウ) レセプト総括情報
第1章-3-(4)-ウの「レセプト総括情報」と同じ。
- (エ) コメント情報
第1章-3-(4)-エの「コメント情報」と同じ。
- (オ) 症状詳記情報
第1章-3-(4)-オの「症状詳記情報」と同じ。
- (カ) レセプト情報
第1章-3-(4)-カの「レセプト情報」と同じ。
- (キ) 診断群分類情報
第1章-3-(4)-キの「診断群分類情報」と同じ。
- (ク) 傷病情報
第1章-3-(4)-クの「傷病情報」と同じ。
- (ケ) 傷病名情報
第1章-3-(4)-ケの「傷病名情報」と同じ。
- (コ) 患者基礎情報
第1章-3-(4)-コの「患者基礎情報」と同じ。
- (サ) 診療関連情報
第1章-3-(4)-サの「診療関連情報」と同じ。

- (シ) 包括評価情報
第1章－3－(4)－シの「包括評価情報」と同じ。
- (ス) 出来高情報、摘要情報
第1章－3－(4)－スの「出来高情報、摘要情報」と同じ。
- (セ) コーディングデータ情報
第1章－3－(4)－セの「コーディングデータ情報」と同じ。
- (ソ) 臓器提供者レセプト情報
第1章－3－(4)－ソの「臓器提供者レセプト情報」と同じ。
- (タ) 診療報酬請求書情報
第1章－3－(4)－タの「診療報酬請求書情報」と同じ。

2 フレキシブルディスク（FD）に関する事項

（１） 媒体関連仕様

ア 媒体及び物理フォーマット

（ア） 媒体

J I S X 6 2 2 3－1 9 8 7の規格に適合するフレキシブルディスクを使用する。

（イ） 物理フォーマット

物理フォーマットはJ I S X 6 2 2 5－1 9 9 5に規定する情報記録方式に準拠する。

イ 論理フォーマット

論理フォーマットはJ I S X 0 6 0 5－1 9 9 7に規定する情報記録方式に準拠する。

ウ ファイル構成

第2章－1－（１）－ア－（ウ）の「ファイル構成」と同じ。

（２） 情報表記仕様

ア 請求ファイルの構成

第1章－3－（３）－アの「請求ファイルの構成」と同じ。

イ 請求ファイル構成イメージ

第1章－3－（３）－イの「請求ファイル構成イメージ」と同じ。

ウ レコード形式

第1章－3－（３）－ウの「レコード形式」と同じ。

エ 内容を表現する文字の符号

第1章－3－（３）－エの「内容を表現する文字の符号」と同じ。

（３） 各種レコードの記録要領に関する事項

ア 医療機関情報

第1章－3－（４）－アの「医療機関情報」と同じ。

イ レセプト共通情報

第1章－3－（４）－イの「レセプト共通情報」と同じ。

ウ レセプト総括情報

第1章－3－（４）－ウの「レセプト総括情報」と同じ。

エ コメント情報

第1章－3－（４）－エの「コメント情報」と同じ。

オ 症状詳記情報

第1章－3－（４）－オの「症状詳記情報」と同じ。

カ レセプト情報

第1章－3－（４）－カの「レセプト情報」と同じ。

キ 診断群分類情報

第1章－3－（４）－キの「診断群分類情報」と同じ。

ク 傷病情報

第1章－3－（４）－クの「傷病情報」と同じ。

ケ 傷病名情報

第1章－3－（４）－ケの「傷病名情報」と同じ。

コ 患者基礎情報

第1章－3－（４）－コの「患者基礎情報」と同じ。

サ 診療関連情報

第1章－3－（４）－サの「診療関連情報」と同じ。

シ 包括評価情報

第1章－3－（４）－シの「包括評価情報」と同じ。

ス 出来高情報、摘要情報

第1章－3－（４）－スの「出来高情報、摘要情報」と同じ。

セ コーディングデータ情報

第1章－3－（４）－セの「コーディングデータ情報」と同じ。

ソ 臓器提供者レセプト情報

第1章－3－（４）－ソの「臓器提供者レセプト情報」と同じ。

タ 診療報酬請求書情報

第1章－3－（４）－タの「診療報酬請求書情報」と同じ。

別表 各種コードに関する事項

別表 1 審査支払機関コード

コード 名	コード	内 容
審査支払機関コード	1	社会保険診療報酬支払基金
	2	国民健康保険団体連合会

別表 2 都道府県コード

コード 名	コード	内 容
都 道 府 県 コード	0 1	北 海 道
	0 2	青 森
	0 3	岩 手
	0 4	宮 城
	0 5	秋 田
	0 6	山 形
	0 7	福 島
	0 8	茨 城
	0 9	栃 木
	1 0	群 馬
	1 1	埼 玉
	1 2	千 葉
	1 3	東 京
	1 4	神 奈 川
	1 5	新 潟
	1 6	富 山
	1 7	石 川
	1 8	福 井
	1 9	山 梨
	2 0	長 野
	2 1	岐 阜
	2 2	静 岡
	2 3	愛 知
	2 4	三 重
	2 5	滋 賀
	2 6	京 都
	2 7	大 阪
	2 8	兵 庫
	2 9	奈 良
	3 0	和 歌 山
	3 1	鳥 取
	3 2	島 根
	3 3	岡 山
	3 4	広 島
	3 5	山 口
	3 6	徳 島
	3 7	香 川
	3 8	愛 媛
	3 9	高 知
	4 0	福 岡
	4 1	佐 賀
	4 2	長 崎
	4 3	熊 本
	4 4	大 分
	4 5	宮 崎
	4 6	鹿 児 島
	4 7	沖 縄

別表 3 点数表コード

コード 名	コード	内 容
点 数 表 コード	1	医 科

別表 4 削除（年号区分コード）

別表 5 レセプト種別コード（D P C）

コード名	コード	内 容
レセプト 種 別 (D P C)	1 1 1 1	医科・医保単独/国保単独 ・ 本人/世帯主 ・ 入院
	1 1 1 3	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1 1 1 5	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1 1 1 7	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1 1 1 9	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者 7 割 ・ 〃
	1 1 2 1	〃 ・ 医保/国保と 1 種の公費併用 ・ 本人/世帯主 ・ 〃
	1 1 2 3	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1 1 2 5	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1 1 2 7	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1 1 2 9	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者 7 割 ・ 〃
	1 1 3 1	〃 ・ 医保/国保と 2 種の公費併用 ・ 本人/世帯主 ・ 〃
	1 1 3 3	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1 1 3 5	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1 1 3 7	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1 1 3 9	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者 7 割 ・ 〃
	1 1 4 1	〃 ・ 医保/国保と 3 種の公費併用 ・ 本人/世帯主 ・ 〃
	1 1 4 3	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1 1 4 5	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1 1 4 7	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1 1 4 9	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者 7 割 ・ 〃
	1 1 5 1	〃 ・ 医保/国保と 4 種の公費併用 ・ 本人/世帯主 ・ 〃
	1 1 5 3	〃 ・ 〃 ・ 未就学者 ・ 〃
	1 1 5 5	〃 ・ 〃 ・ 家族/その他 ・ 〃
	1 1 5 7	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者一般・低所得者 ・ 〃
	1 1 5 9	〃 ・ 〃 ・ 高齢受給者 7 割 ・ 〃
	1 2 1 1	〃 ・ 公費単独 ・ 〃
	1 2 2 1	〃 ・ 2 種の公費併用 ・ 〃
	1 2 3 1	〃 ・ 3 種の公費併用 ・ 〃
	1 2 4 1	〃 ・ 4 種の公費併用 ・ 〃
	1 3 1 7	〃 ・ 後期高齢者単独 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1 3 1 9	〃 ・ 〃 ・ 7 割 ・ 〃
	1 3 2 7	〃 ・ 後期高齢者と 1 種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1 3 2 9	〃 ・ 〃 ・ 7 割 ・ 〃
	1 3 3 7	〃 ・ 後期高齢者と 2 種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1 3 3 9	〃 ・ 〃 ・ 7 割 ・ 〃
	1 3 4 7	〃 ・ 後期高齢者と 3 種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1 3 4 9	〃 ・ 〃 ・ 7 割 ・ 〃
	1 3 5 7	〃 ・ 後期高齢者と 4 種の公費併用 ・ 一般・低所得者 ・ 〃
	1 3 5 9	〃 ・ 〃 ・ 7 割 ・ 〃

別表 6 男女区分コード

コード 名	コード	内 容
男 女 区 分 コード	1	男
	2	女

別表 7 病棟区分コード

コード 名	コード	内 容
病 棟 区 分 コード	0 1	精 神（精神病棟）
	0 2	結 核（結核病棟）
	0 7	療 養（療養病棟）

別表 8 一部負担金・食事療養費・生活療養費標準負担額区分コード

コード名	コード	内 容			
一部負担金・ 食事療養費・ 生活療養費 標準負担額 区分コード	1	入院時負担金 額並びに食事 療養又は生活 療養に係る標 準負担額 (入院日数 90 日 以下の者)	70 歳 未満	低所得者の世帯 (適用区分:オ)	特定医療費受給者証が提示された場合
					特定疾患医療受給者証が提示された場合
					小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合
					限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合
		境界層該当			
		70 歳 以上	低所得者の世帯 (適用区分:Ⅱ)	特定医療費受給者証が提示された場合	
	特定疾患医療受給者証が提示された場合				
	限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合				
	境界層該当				
	2	入院時負担金 額並びに食事 療養又は生活 療養に係る標 準負担額 (入院日数 90 日 を超える者)	70 歳 未満	低所得者の世帯 (適用区分:オ)	特定医療費受給者証が提示された場合
					特定疾患医療受給者証が提示された場合
					小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合
					限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合
		境界層該当			
		70 歳 以上	低所得者の世帯 (適用区分:Ⅱ)	特定医療費受給者証が提示された場合	
				特定疾患医療受給者証が提示された場合	
				限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合	
				境界層該当	
		3	入院時負担金 額並びに食事 療養又は生活 療養に係る標 準負担額	70 歳 以上	低所得者の世帯 (適用区分:Ⅰ)
	特定疾患医療受給者証が提示された場合				
	限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合				
	境界層該当				
	4	生活療養に係 る標準負担額	70 歳 以上	低所得者の世帯 (適用区分:Ⅰ) (老齢福祉年金受給)	特定医療費受給者証が提示された場合
特定疾患医療受給者証が提示された場合					
限度額適用・標準負担額減額認定証が提示された場合					

別表 9 レセプト特記事項コード

コード 名	コード	内 容	備考
レセプト特記事項コード	0 1	公	
	0 2	長	
	0 3	長 処	
	0 4	後 保	
	0 7	老 併	
	0 8	老 健	
	0 9	施	
	1 0	第 三	
	1 1	薬 治	
	1 2	器 治	
	1 3	先 進	
	1 4	制 超	
	1 6	長 2	
	2 1	高 半	
	2 5	出 産	
	2 6	区 ア	
	2 7	区 イ	
	2 8	区 ウ	
	2 9	区 エ	
	3 0	区 オ	
	3 1	多 ア	
	3 2	多 イ	
	3 3	多 ウ	
	3 4	多 エ	
	3 5	多 オ	
	3 6	加 治	
	3 7	申 出	
	3 8	医 併	
	3 9	医 療	
	4 1	区 カ	後期高齢者医療のみ。令和4年10月診療以降分に限る。
	4 2	区 キ	
	4 3	多 カ	
	4 4	多 キ	

注1 レセプト特記事項の取扱いについては、「診療報酬請求書等の記載要領等について」（昭和51. 8. 7保険発第82号）による。

2 「コード」欄の「41」～「44」は、「「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4. 3. 25保医0325第1号）に基づき、後期高齢者医療のみ記録する。なお、令和4年9月診療以前分は記録しない。

別表10 診療科名コード

コード 名		コード	内 容
診療科名 コード	診療科コード	0 1	内 科
		0 2	精 神 科
		0 9	小 児 科
		1 0	外 科
		1 9	皮 膚 科
		2 0	ひ 尿 器 科
		2 3	産 婦 人 科（産 科 又 は 婦 人 科）
		2 6	眼 科
		2 7	耳 鼻 い ん こ う 科
		3 0	放 射 線 科（放 射 線 診 断 科 又 は 放 射 線 治 療 科）
		3 1	麻 酔 科
		3 4	ア レ ル ギ ー 科
		3 5	リ ウ マ チ 科
		3 6	リ ハ ビ リ テ ー シ ョ ン 科
		3 7	病 理 診 断 科
		3 8	臨 床 検 査 科
		3 9	救 急 科
	経過措置診療科コード	0 3	神 経 科
		0 4	神 経 内 科
		0 5	呼 吸 器 科
		0 6	消 化 器 科
		0 7	胃 腸 科
		0 8	循 環 器 科
		1 1	整 形 外 科
		1 2	形 成 外 科
		1 3	美 容 外 科
		1 4	脳 神 経 外 科
		1 5	呼 吸 器 外 科
		1 6	心 臓 血 管 外 科
		1 7	小 児 外 科
		1 8	皮 膚 ひ 尿 器 科
		2 1	性 病 科
		2 2	こ う 門 科
		2 4	産 科
		2 5	婦 人 科
		2 8	気 管 食 道 科
		3 3	心 療 内 科

注 経過措置診療科コードとは、医療法施行令附則（平成20年2月27日政令第36号）の第二条に掲げる診療科である。

別表11 人体の部位等コード

コード 名	コード	内 容
人体の部位等コード	0 0 1	頭 頸 部
	0 0 2	胸 部
	0 0 3	腹 部
	0 0 4	呼 吸 器
	0 0 5	消 化 器
	0 0 6	循 環 器
	0 0 7	気 管 食 道
	0 0 8	肛 門
	0 0 9	血 管
	0 1 0	心 臓 血 管
	0 1 1	腎 臓
	0 1 2	脳 神 経
	0 1 3	神 経
	0 1 4	血 液
	0 1 5	乳 腺
	0 1 6	内 分 泌
	0 1 7	代 謝
	0 1 8	頭 部
	0 1 9	頸 部
	0 2 0	気 管
	0 2 1	気 管 支
	0 2 2	肺
	0 2 3	食 道
	0 2 4	胃 腸
	0 2 5	十 二 指 腸
	0 2 6	小 腸
	0 2 7	大 腸
	0 2 8	肝 臓
	0 2 9	胆 の う
	0 3 0	膵 臓
	0 3 1	心 臓
	0 3 2	脳
	0 3 3	脂 質 代 謝

別表12 性別等コード

コード 名	コード	内 容
性別等コード	0 0 1	男 性
	0 0 2	女 性
	0 0 3	小 児
	0 0 4	老 人
	0 0 5	周 産 期
	0 0 6	新 生 児
	0 0 7	児 童
	0 0 8	思 春 期
	0 0 9	老 年
	0 1 0	高 齢 者

別表13 医学的処置コード

コード 名	コード	内 容
医学的処置コード	001	整 形
	002	形 成
	003	美 容
	004	心 療
	005	薬 物 療 法
	006	透 析
	007	移 植
	008	光 学 医 療
	009	生 殖 医 療
	010	疼 痛 緩 和
	011	漢 方
	012	化 学 療 法
	013	人 工 透 析
	014	臓 器 移 植
	015	骨 髄 移 植
	016	内 視 鏡
	017	不 妊 治 療
	018	緩 和 ケ ア
	019	ペ イ ン ク リ ニ ッ ク

別表14 特定疾病コード

コード 名	コード	内 容
特定疾病コード	001	感 染 症
	002	腫 瘍
	003	糖 尿 病
	004	ア レ ル ギ ー 疾 患
	005	性 感 染 症
	006	が ん

別表15 レセプト総括区分コード

コード 名	コード	内 容
レセプト総括区分コード	0	D P C レセプト
	1	総括レセプト
	2	総括対象D P C レセプト
	3	総括対象医科入院レセプト

別表16 職務上の事由コード

コード 名	コード	内 容
職務上の事由コード	1	職 上（職務上）
	2	下 3（下船後3月以内）
	3	通 災（通勤災害）

別表17 減免区分コード

コード 名	コード	内 容
減 免 区 分 コード	1	減 額
	2	免 除
	3	支払猶予

別表18 医科点数表算定理由コード

コード 名	コード	内 容
医科点数表算定理由コード	0 1	入院後 2 4 時間以内に死亡したため
	0 2	生後 1 週間以内に死亡したため
	0 3	評価療養又は患者申出療養を受ける患者であるため
	0 4	臓器移植を受ける患者であるため
	0 5	包括評価の対象とならない入院料を算定する患者であるため
	0 6	厚生労働大臣が別に定める者（特定の手術等）の患者であるため
	0 8	厚生労働大臣が別に定める者（告示別表一に掲げる薬剤）の患者であるため
	0 9	医科点数表算定コードに該当するため
	1 0	入院期間 3 を超えて入院しているため
	1 1	地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟したため

注 令和2年4月診療以降分において、入院期間 2 を超えて地域包括ケア病棟入院料を届け出る病棟に転棟した患者に医科点数表算定理由コード「11」を記録する。

別表19 診療識別コード

コード 名	コード	D P C	医科入院	入院外（臓器提供者）
診療識別コード	0 1	全体に係る識別コード		
	1 1	初 診		
	1 2			再 診
	1 3	医 学 管 理		
	1 4	在 宅		
	2 1	投 薬	内 服	
	2 2		屯 服	
	2 3		外 用	
	2 4		調 剤	
	2 5			処 方
	2 6		麻 毒	
	2 7		調 基	
	2 8		投薬その他	
	3 1	注 射	皮下筋肉内	
	3 2		静脈内	
	3 3		注射その他	
	3 9	薬剤料減点		
	4 0	処 置		
	5 0	手 術		
	5 4	麻 酔		
	6 0	検 査 ・ 病 理		
	7 0	画 像 診 断		
	8 0	その他		
	9 0	入 院	入院基本料	
	9 2		特定入院料・その他	
	9 3	診断群分類		
	9 7	食事療養・生活療養・標準負担額		
	9 9	全体に係る識別コード		

別表20 負担区分コード

		負担区分コード	医保	公費①	公費②	公費③	公費④
医保と公費又は公費と公費の併用	1者	1	○				
		5		○			
		6			○		
		B				○	
		C					○
	2者	2	○	○			
		3	○		○		
		E	○			○	
		G	○				○
		7		○	○		
		H		○		○	
		I		○			○
		J			○	○	
		K			○		○
		L				○	○
	3者	4	○	○	○		
		M	○	○		○	
		N	○	○			○
		O	○		○	○	
		P	○		○		○
		Q	○			○	○
		R		○	○	○	
		S		○	○		○
		T		○		○	○
		U			○	○	○
	4者	V	○	○	○	○	
		W	○	○	○		○
		X	○	○		○	○
		Y	○		○	○	○
		Z		○	○	○	○
	5者	9	○	○	○	○	○

注1 ○は請求点数のある管掌（法別）である。

2 国民健康保険又は後期高齢者医療については、医保を国民健康保険又は後期高齢者医療と読み替える。

別表21 症状詳記区分コード

コード 名		コード	内 容
症状詳記区分コード	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第1条第2項及び第3項の規定に基づく診療報酬明細書の場合	0 1	患者の主たる疾患（合併症を含む。）の診断根拠となった臨床症状
		0 2	患者の主たる疾患（合併症を含む。）の診断根拠となった臨床症状の診察・検査所見
		0 3	主な治療行為（手術、処置、薬物治療等）の必要性
		0 4	主な治療行為（手術、処置、薬物治療等）の経過
		0 5	診療報酬明細書の合計点数が1 0 0 万点以上の場合における薬剤に係る症状等
		0 6	診療報酬明細書の合計点数が1 0 0 万点以上の場合における処置に係る症状等
		0 7	その他
	治験概要の添付が必要な診療報酬明細書の場合	5 0	医薬品医療機器等法に規定する治験に係る治験概要
	疾患別リハビリテーションに係る治療継続の理由等の記載の必要な診療報酬明細書の場合	5 1	疾患別リハビリテーション（心大血管疾患、脳血管疾患等、廃用症候群、運動器及び呼吸器）に係る治療継続の理由等の記載
	廃用症候群に係る評価表	5 2	廃用症候群リハビリテーション料を算定する場合の、廃用をもたらすに至った要因等の記載
	上記以外の診療報酬明細書の場合	9 0	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第1条第2項及び第3項の規定に基づく診療報酬明細書以外の診療報酬明細書の症状詳記

別表22 D P C 転帰区分コード

コード 名	コード	内 容
D P C 転帰区分コード	1	治 癒
	2	軽 快
	3	寛 解
	4	不 変
	5	増 悪
	6	死 亡
	7	外死亡
	9	その他

別表23 傷病名区分コード

コード 名	コード	内 容
傷 病 名 区 分 コード	0 1	傷病名（医療資源を最も投入した傷病名）
	0 2	副傷病名
	1 1	主傷病名
	2 1	入院の契機となった傷病名
	3 1	医療資源を2 番目に投入した傷病名
	4 1	入院時併存傷病名（1）
	4 2	入院時併存傷病名（2）
	4 3	入院時併存傷病名（3）
	4 4	入院時併存傷病名（4）
	5 1	入院後発症傷病名（1）
	5 2	入院後発症傷病名（2）
	5 3	入院後発症傷病名（3）
	5 4	入院後発症傷病名（4）

別表24 転帰区分コード

コード 名	コード	内 容
転 帰 区 分 コード	1	治ゆ、死亡、中止以外
	2	治 ゆ
	3	死 亡
	4	中 止（転医）

別表25 主傷病コード

コード 名	コード	内 容
主 傷 病 コード	0 1	（主）

別表26 予定・緊急入院区分コード

コード 名	コード	内 容
予定・緊急入院区分コード	1	予定入院
	2	緊急入院
	3	緊急入院（2以外の場合）（救急自動車又はドクターヘリにより搬入）

別表27 診療区分コード

コード 名	コード	内 容	備 考
診療区分コード	0002	インターフェロン	
	0003	ガンマグロブリン	
	0004	プロスタグランジン I 2 製剤（注射薬に限る。）	
	0005	化学療法	
	0006	全身麻酔	
	0007	リハビリテーション	
	0008	放射線療法	
	0010	酵素補充療法	
	0014	精神科専門療法	
	0017	A型ボツリヌス毒素	
	0019	I 1 3 1 内用療法	
	0021	LH-RH	
	0022	t P A	
	0023	アンチトロンビン I I I 製剤	
	0024	インフリキシマブ	
	0027	抗胸腺細胞グロブリン	
	0028	シクロスポリン（点眼薬を除く。）	
	0031	性腺刺激ホルモン	
	0032	ソマトスタチンアナログ	
	0034	第X I I I 因子製剤	
	0036	トラスツズマブ	
	0037	肺サーファクタント	
	0038	パリビズマブ	
	0039	人ハプトグロビン	
	0045	リツキシマブ	
	0046	化学療法ありかつ放射線療法なし	
	0047	化学療法ありかつ放射線療法あり	
	0048	化学療法なしかつ放射線療法あり	
	0049	エダラボン	
	0052	I F N - α	
	0053	テモゾロミド（内服薬による初発の初回治療に限る。）	
	0054	カルボプラチン+パクリタキセルあり	
	0055	ペメトレキセドナトリウム	
	0056	ベバシズマブ	
	0058	I F N - β （7日以上投与した場合に限る。）	
	0059	シクロホスファミド+エピルビシン塩酸塩あり	
	0061	ゲムツズマブ オゾガマイシン	
	0062	ボルテゾミブ	
	0063	心臓電気生理学的検査	
	0064	アダリムマブ	
	0065	アルガトロバン	
	0066	イブリツモマブチウキセタン塩化イットリウム	
	0067	イブリツモマブチウキセタン塩化インジウム	
	0068	エタネルセプト	
	0069	カルボプラチン+ドセタキセルあり	
	0071	スニチニブリンゴ酸塩	
	0072	セツキシマブ	
	0073	ソラフェニブトシル酸塩	
	0074	トシリズマブ	
	0075	トロンボモデュリン アルファ	

コード 名	コード	内 容	備 考
診療区分コード	0076	ネララビン	
	0077	プロスタグランジンE1製剤（注射薬に限る。）	
	0079	ペグビソマント	
	0080	メトトレキサート（注射薬に限る。）	
	0081	ラニズマブ	
	0082	三酸化ヒ素製剤	
	0083	乾燥ポリエチレングリコール処理人免疫グロブリン	
	0085	動注化学療法	
	0086	ダサチニブ	
	0087	ニロチニブ塩酸塩	
	0088	オマリズマブ	
	0089	イマチニブメシル酸塩	
	0090	ゴリムマブ	
	0091	アバタセプト	
	0092	アルベカシン硫酸塩	
	0094	エクリズマブ	
	0095	エベロリムス	
	0097	ゲムシタビン塩酸塩	
	0098	テイコプラニン	
	0099	テムシロリムス	
	0100	テモゾロミド（注射薬に限る。）	
	0101	ドキシソルビシン塩酸塩 リポソーム製剤	
	0102	パクリタキセル（アルブミン懸濁型）	
	0103	パニツムマブ	
	0104	バンコマイシン塩酸塩（注射薬に限る。）	
	0107	メトトレキサート大量療法（骨肉腫に対するもの）	
	0108	レナリドミド	
	0109	乾燥スルホ化人免疫グロブリン	
	0110	カプセル型内視鏡	
	0111	アキシチニブ	
	0112	アフリベルセプト	
	0113	セルトリズマブ ペゴル	
	0114	レゴラフェニブ	
	0115	トファシチニブクエン酸塩	
	0116	クロファラビン	
	0117	ペルツズマブ	
	0119	アザシチジン	
	0121	アンブリセンタン	
	0122	ウステキヌマブ	
	0123	エリブリンメシル酸塩	
	0124	エルロチニブ塩酸塩	
	0126	カナキヌマブ	
	0127	クリゾチニブ	
	0128	ゲフィチニブ	
	0131	シルデナフィルクエン酸塩	
	0132	タクロリムス（外用薬を除く。）	
	0133	タダラフィル	
	0134	ドセタキセル	
	0135	パクリタキセル	

コード 名	コード	内 容	備 考
診療区分コード	0136	ヒトチロトロピン アルファ	
	0137	ベンダムスチン塩酸塩	
	0138	ボセンタン	
	0139	モガムリズマブ	
	0140	ロミブロスチム	
	0141	一酸化窒素吸入療法ありかつパリビズマブあり	
	0142	肺サーファクタントありかつパリビズマブあり	
	0143	リオシグアト	
	0144	アフアチニブマレイン酸塩	
	0145	アレクチニブ塩酸塩	
	0146	ボスチニブ	
	0147	セクキヌマブ	
	0148	マシテンタン	
	0149	ボマリドミド	
	0150	パノビノスタット乳酸塩	
	0151	グラチラマー酢酸塩	
	0152	ナタリズマブ	
	0153	ニボルマブ	
	0154	トレプロスチニル	
	0155	ラムシルマブ	
	0156	オキサリプラチン	
	0157	トリフルリジン／チピラシル塩酸塩	
	0158	フルオロウラシル＋レボホリナートカルシウム＋イリノテカン塩酸塩＋オキサリプラチンあり	
	0163	リネゾリド	
	0164	ダプトマイシン	
	0167	トラスツズマブ エムタンシン	
	0168	レンパチニブメシル酸塩	
	0169	インスリン製剤（注射薬に限る。）	
	0180	タファミジスメグルミン	
	0181	バゾパニブ塩酸塩	
	0182	カバジタキセル アセトン付加物	
	0183	アビラテロン酢酸エステル	
	0184	エンザルタミド	
	0185	レボノルゲストレル	
	0186	ブレンツキシマブ ベドチン	
	0187	アレムツズマブ	
	0188	オフアツムマブ	
	0189	メチルチオニウム塩化物	
	0190	活性型プロテインC	
	0192	トルバプタン	
	0193	ホメビゾール	
	0194	デクスラゾキサソ	
	0195	イロブロスト	
	0196	イブルチニブ	
	0197	セリチニブ	
	0198	メボリズマブ	
	0199	プロダルマブ	
	0200	カルフィルゾミブ	
	0201	セレキシパグ	

コード 名	コード	内 容	備 考
診療区分コード	0202	イキセキズマブ	
	0203	エロツズマブ	
	0204	ペムブロリズマブ	
	0205	イキサゾミブクエン酸エステル	
	0206	フォロデシン塩酸塩	
	0207	アフリベルセプト ベータ	
	0208	バリシチニブ	
	0209	ブララトレキサート	
	0210	サリルマブ	
	0211	ダラツムマブ	
	0212	アベルマブ	
	0213	イピリムマブ	
	0214	オシメルチニブメシル酸塩	
	0217	コラゲナーゼ（クロストリジウム ヒストリチクム）	
	0218	ストレプトゾシン	
	0221	ダブラフェニブメシル酸塩＋トラメチニブ ジメチルスルホキシド付加物あり	
	0223	トラベクテジン	
	0224	ニンテダニブエタンスルホン酸塩	
	0225	ボセンタン（錠剤に限る。）	
	0226	レジパスビル アセトン付加物／ソホスブビル	
	0227	塩化ラジウム（223Ra）	
	0228	乾燥濃縮人C1－インアクチベーター	
	0229	ベンラリズマブ	
	0230	ロミデプシン	
	0231	アテゾリズマブ	
	0232	テジゾリドリン酸エステル	
	0233	グセルクマブ	
	0234	ベドリズマブ	
	0235	デュルバルマブ	
	0236	ギルテリチニブフマル酸塩	
	0237	ロルラチニブ	
	0238	イカチバント酢酸塩	
	0239	ダコミチニブ	
	0240	エンコラフェニブ＋ピニメチニブあり	
	0241	ソホスブビル／ベルパタスビル	
	0242	ペフィシチニブ臭化水素酸塩	
	0243	アパルタミド	
	0244	リサンキズマブ	
	0245	キザルチニブ塩酸塩	
	0246	エヌトレクチニブ	
	0247	パチシランナトリウム	
	0248	ラブリズマブ	
	0249	ベネトクラクス	
	0250	イノツズマブ オゾガマイシン	
	0251	イリノテカン塩酸塩	
	0252	エルトロンボバグ オラミン	
	0253	オビスツズマブ	
	0254	グレカプレビル／ピブレンタスビル	

コード 名	コード	内 容	備 考
診療区分コード	0255	ヌシネルセンナトリウム	
	0256	ブリナツモマブ	
	0257	フルオロウラシル+レボホリナートカルシウム+オキサリプラチン+イリノテカン塩酸塩あり	
	0258	ベリムマブ	
	0259	ボナチニブ塩酸塩	
	0260	ランジオロール塩酸塩（画像診断時使用を除く。）	
	0261	リツキシマブ+フィルグラスチムあり	
	0262	リツキシマブ+レノグラスチムあり	
	0263	ルキシソリチニブリン酸塩	
	0264	内分泌負荷試験 下垂体前葉負荷試験を1種類	
	0265	内分泌負荷試験 下垂体前葉負荷試験を2種類以上	
	0266	ウパダシチニブ	
	0267	ダロルタミド	
	0268	カボザンチニブリンゴ酸塩	
	0269	テボチニブ塩酸塩	
	0270	チラブルチニブ塩酸塩	
	0271	ブロルシズマブ	
	0272	トラスツズマブ デルクステカン	
	0273	オナセムノゲン アベバルボベク	
	0274	カプマチニブ塩酸塩	
	0275	チルドラキズマブ	
	0276	イサツキシマブ	
	0277	フィルゴチニブマレイン酸塩	
	0278	ブリグチニブ	
	0279	アカラブルチニブ	
	0280	ラロトレクチニブ硫酸塩	
	0281	ボラツズマブ ベドチン	
	0282	デニロイキン ジフチトクス	
	0283	ダラツムマブ/ボルヒアルロニダーゼ アルファ	
	0284	リスジプラム	
	0285	タファミジス	
	0286	セルベルカチニブ	
	0287	アニフロルマブ	
	0288	アザシチジン+ベネトクラクスあり	
	0289	アテゾリズマブ+ベバシズマブあり	
	0290	イリノテカン塩酸塩 リポソーム製剤	
	0292	エボカルセト	
	0295	シナカルセト塩酸塩	
	0296	セツキシマブ サロタロカンナトリウム	
	0297	ベペルミノゲン ペルプラスミド	
	0298	ボロファラン（10B）	
	0299	ラコサミド（点滴静注用に限る。）	
	0300	レボドパ/カルビドパ（経腸用液に限る。）	
	0301	ソトラシブ	
	0302	ビメキズマブ	
	0303	アシミニブ塩酸塩	

コード 名	コード	内 容	備 考
診療区分コード	0304	ファリシマブ	
	0305	ピミテスビブ	
	0306	ダリナパルシン	
	0307	ブトリシランナトリウム	
	0308	テゼベルマブ	
	0309	オゾラリズムマブ	
	0310	セミブリマブ	
	0311	ペグセタコプラン	
	0312	ペルツズマブ／トラスツズマブ／ボルヒアルロニダーゼ アルファ	
	0313	3-ヨードベンジルグアニジン（131I）	
	0314	アンデキサネット アルファ	
	0315	イダルシズマブ	
	0316	イネビリズムマブ	
	0317	エフガルチギモド アルファ	
	0318	エンコラフェニブ	
	0319	エンホルツマブ ベドチン	
	0320	カブラシズマブ	
	0321	カロテグラストメチル	
	0322	クラゾセンタンナトリウム	
	0323	クリサントスパーゼ	
	0324	サトラリズムマブ	
	0325	ジヌツキシマブ	
	0326	スチムリマブ	
	0327	スペソリマブ	
	0328	セルメチニブ硫酸塩	
	0329	タゼメトスタット臭化水素酸塩	
	0330	ツシジノスタット	
	0331	テデュグルチド	
	0332	デュルバルマブ＋トレメリムマブあり	
	0333	トラスツズマブ＋ペルツズマブあり	
	0334	ネシツムマブ	
	0335	バレメトスタットトシル酸塩	
	0336	バンデタニブ	
	0337	ビニメチニブ	
	0338	ホスレボドパ／ホスカルビドパ	
	0339	ミリキズマブ	
	0340	メトトレキサート大量療法（非ホジキンリンパ腫に対するもの）	
	0341	ラナデルマブ	
	0342	ルテチウムオキシドトレオチド（177Lu）	
	0343	乾燥人フィブリノゲン	
	0344	乾燥濃縮人プロトロンビン複合体	
	0345	抗ヒト胸腺細胞ウマ免疫グロブリン	
	0346	ペランパネル（点滴静注用に限る。）	
	0347	エフガルチギモド アルファ／ボルヒアルロニダーゼ アルファ	令和6年4月17日
	0348	ゾルベツキシマブ	
	0349	クロバリマブ	

コード 名	コード	内 容	備 考
診療区分コード	0350	アパダムターゼ アルファ／シナキサダムターゼ アルファ	令和6年5月22日
	0351	イブタコバン塩酸塩	令和6年8月15日
	0352	モメロチニブ塩酸塩	令和6年8月15日
	0353	ピルトブルチニブ	令和6年8月15日
	0354	グマロンチニブ	令和6年8月15日
	0355	乾燥濃縮人プロテインC	令和6年8月15日
	0356	レボトレクチニブ	令和6年11月20日
	0357	フルキンチニブ	令和6年11月20日
	0358	サシツズマブ ゴビテカン	令和6年11月20日
	0359	アミバンタマブ	令和6年11月20日
	0360	オザニモド塩酸塩	令和7年3月19日
	0361	ザヌブルチニブ	令和7年3月19日
	0362	ブリーバラセタム（静注用に限る。）	令和7年3月19日
	0363	ダトボタマブ デルクステカン	令和7年3月19日
	0364	タルラタマブ	令和7年4月16日
	0365	ガラダシマブ	令和7年4月16日
	DD01	血管内超音波検査等加算等	
	DD02	胆管・膵管造影法	
	EE01	脳脊髄腔造影剤使用撮影加算	
	KKK0	手術なし	
	KK03	補助循環加算	
	KK04	原発性悪性脳腫瘍光線力学療法加算	

注 「備考」欄の日付は適用年月日である。

なお、空欄の診療区分コードは令和6年6月1日適用である。

別表28 請求調整区分コード

コード 名	コード	内 容
請求調整区分コード	1	過去の請求済分
	2	今月の請求分
	3	過去の調整分

別表29 外泊等コード

コード 名	コード	内 容
外 泊 等 コード	0	外泊、7日以内の再入院及び再転棟までの日等以外
	3	地域包括ケア病棟入院料の病棟への転棟期間
	4	地域包括ケア入院医療管理料の病室への転室期間
	5	地域包括ケア病棟入院料の病棟の転棟日かつ外泊
	6	地域包括ケア入院医療管理料の病室の転室日かつ外泊
	7	7日以内の再転棟までの日
	8	7日以内の再入院までの日
	9	外泊

注1 「3」地域包括ケア病棟入院料の病棟への転棟期間、「4」地域包括ケア入院医療管理料の病室への転室期間、「5」地域包括ケア病棟入院料の病棟の転棟日かつ外泊及び「6」地域包括ケア入院医療管理料の病室の転室日かつ外泊は一般病棟に限る。

2 「0」外泊、7日以内の再入院及び再転棟までの日等以外とは、コード「3」～「9」以外のことをいう。

別表30 自他保険区分コード

コード 名	コード	内 容
自他保険区分コード	1	自保険分
	2	他保険分

別表31 入院期間区分コード

コード 名	コード	内 容
入院期間区分コード	1	入 1（入院期間Ⅰ日以下）
	2	入 2（入院期間Ⅰ日を超えてⅡ日以下）
	3	入 3（入院期間Ⅱ日を超えて）

別表32 特定器材単位コード

コード 名	コード	内 容
特定器材単位コード	0 0 1	分
	0 0 2	回
	0 0 3	種
	0 0 4	箱
	0 0 5	巻
	0 0 6	枚
	0 0 7	本
	0 0 8	組
	0 0 9	セット
	0 1 0	個
	0 1 1	裂
	0 1 2	方向
	0 1 3	トローチ
	0 1 4	アンプル
	0 1 5	カプセル
	0 1 6	錠
	0 1 7	丸
	0 1 8	包
	0 1 9	瓶
	0 2 0	袋
	0 2 1	瓶（袋）
	0 2 2	管
	0 2 3	シリンジ
	0 2 4	回分
	0 2 5	テスト分
	0 2 6	ガラス筒
	0 2 7	桿錠
	0 2 8	単位
	0 2 9	万単位
	0 3 0	フィート
	0 3 1	滴
	0 3 2	m g
	0 3 3	g
	0 3 4	k g
	0 3 5	c c
	0 3 6	m L
	0 3 7	L

コード 名	コード	内 容
特定器材単位コード	0 3 8	m L V
	0 3 9	バイアル
	0 4 0	c m
	0 4 1	c m ²
	0 4 2	m
	0 4 3	μ C i
	0 4 4	m C i
	0 4 5	μ g
	0 4 6	管（瓶）
	0 4 7	筒
	0 4 8	G B q
	0 4 9	M B q
	0 5 0	K B q
	0 5 1	キット
	0 5 2	国際単位
	0 5 3	患者当り
	0 5 4	気圧
	0 5 5	缶
	0 5 6	手術当り
	0 5 7	容器
	0 5 8	m L（g）
	0 5 9	プリスター
	0 6 0	シート
	0 6 1	カセット

別表33 臓器提供区分コード

コード 名	コード	内 容
臓器提供区分コード	1	腎提供者
	2	造血幹細胞提供者
	3	皮膚提供者
	4	肝提供者
	5	肺提供者
	6	小腸提供者

別表34 臓器提供医療機関区分コード

コード 名	コード	内 容
臓器提供医療機関区分 コード	1	添付先レセプトと同一の医療機関
	2	添付先レセプトと異なる医療機関

別表35 臓器提供者レセプト種別コード

コード 名	コード	内 容
臓器提供者レセプト種別 コード	1 9 9 1	臓器提供者の入院（一般）
	1 9 9 2	臓器提供者の入院外（一般）
	1 9 9 7	臓器提供者の入院（後期高齢者）
	1 9 9 8	臓器提供者の入院外（後期高齢者）

別表36 患者の状態コード

コード 名	コード	内 容
患者の状態コード	0 0 1	妊婦

別表37 負担者種別コード

コード 名	コード	内 容
負担者種別コード	1	医療保険、国民健康保険又は後期高齢者医療
	2	第1公費負担医療
	3	第2公費負担医療
	4	第3公費負担医療
	5	第4公費負担医療

別表38 確認区分コード

コード 名	コード	内 容	
確認区分コード	0 1	保険医療機関・薬局窓口等	
	0 2	審査支払機関に請求後	変更なし
	0 3		確認不能
	0 4		振替
	0 5		分割
	0 6		レセプト記載の保険者等に請求
	0 7		資格喪失（証回収後）
	0 8		資格喪失（死亡）
	0 9		枝番特定
	1 1	保険者等に請求後	振替
	1 2		分割
	1 3		変更不能
	1 4		枝番特定

注 一次請求の場合は、網掛けのコードは使用しない。

別表39 受診等区分コード

コード 名	コード	内 容
受診等区分コード	1	診療実日数に計上する受診及び入院
	2	診療実日数に計上しない受診（初診又は再診に付随する一連の行為等）
	9	請求データの各レコードに記録された算定日情報と不一致

注 一次請求の場合は、網掛けのコードは使用しない。

別表40 窓口負担額区分コード

コード 名	コード	内 容	
窓口負担額区分コード	0 0	一部負担金	高額療養費の現物給付なし
	0 1		高額療養費現物給付あり（多数回該当を除く）
	0 2		高額療養費現物給付あり（多数回該当）
	0 3	食事療養費及び生活療養費の標準負担額	
	0 4	特別の費用の額	

注 網掛けのコードは使用しない。