

公害調剤報酬請求の手引き

令和元年5月

尼崎市

健康福祉局 公害健康補償課

公害調剤報酬の請求について

薬局たる公害医療機関の診療報酬の請求をするときは、公害調剤報酬請求書に公害調剤報酬明細書(③)を添えて**診療月の翌月8日までに**【尼崎市内の薬局機関は、尼崎市薬剤師会を通じて】尼崎市(公害健康補償課)へ提出して下さい。

指定疾病(続発症を含む)以外の疾病に係る診療費は必ず分離して、社会保険等へ請求して下さい。

第1 公害調剤報酬請求書については、次により取り扱って下さい。

- (1) 「令和 年 月分」欄について
調剤の行われた年月を記載して下さい。
- (2) 「件数」欄について
公害調剤報酬明細書③の件数の合計を記載して下さい。
- (3) 「金額」欄について
公害調剤報酬明細書③の「合計」欄の「⑩」欄の請求金額の合計を記載して下さい。
また、月遅れ分も請求される時は合算して記載して下さい。
- (4) 「令和 年 月 日」欄について
公害診療報酬請求書を提出する年月日を記載して下さい。
- (5) 「薬局コード」欄について
厚生労働省記載要領通知別添2第4によりそれぞれの薬局について定められた薬局コード7桁を記載して下さい。
- (6) 「公害医療機関の所在地 名称」欄について
公害医療機関である薬局の所在地及び名称を記載して下さい。
- (7) 「開設者の氏名又は名称」欄について
開設者の氏名又は名称を記載して下さい。
法人の場合は、法人印も捺印して下さい。

※ その他、プリントした所在地、名称、振込先等の内容に誤り又は変更等がありましたら、尼崎市公害健康補償課まで連絡下さい。

第2 公害調剤報酬明細書③の記載上の注意事項は、次のとおりです。

- (1) 「令和 年 月 日」欄について
調剤の行われた年月を記載して下さい。
- (2) 「公害医療手帳の記号番号」欄について
公害医療手帳の記号番号を記載して下さい。
- (3) 「氏名」欄について
ア 処方せんに記載された患者の氏名を記載して下さい。
イ 「1男 2女」欄は、該当する性別を○で囲んで下さい。
ウ 「大・昭 年生」欄は、該当する元号を○で囲み、生まれた年を記載して下さい。

- (4) 「公害医療機関の所在地及び名称」欄について
公害医療機関である薬局の所在地及び名称を記載して下さい。
- (5) 「病院又は診療所の所在地及び名称」欄について
処方せんを発行した医師が医療に従事する病院又は診療所の所在地及び名称を処方せんに基づいて記載して下さい。
- (6) 「処方せんを交付した医師の氏名」欄について
処方せんを交付した医師の氏名を記載して下さい。
- (7) 「処方せん受付回数」欄について
調剤基本料算定に係る処方せん受付回数を記載して下さい。
- (8) 「処方」欄について
所定単位（内服薬にあつては1剤1日分、内服用滴剤、屯服薬、注射薬及び外用薬にあつては1調剤分）ごとに、調剤した医薬品名、用量（処方せんにおいて、1日用量による記載でないものにあつては、1回用量及び1調剤分の投薬全量）、剤型及び用法を記載し、次の行との間を線で区切って下さい。
- (9) 「調剤報酬点数」欄について
「加算料」欄には調剤料に対応する加算を記載して下さい。したがって、調剤基本料に対応する加算点数は本欄には記載しないで下さい。
- (10) 「小計」欄について
 - ア 「④」欄には、調剤料の点数の合計を記載して下さい。
 - イ 「⑤」欄には、薬剤料の点数の合計を記載して下さい。
 - ウ 「⑥」欄には、調剤料に対応する加算料の点数の合計を記載して下さい。
- (11) 「①調剤基本料」欄について
調剤基本料に処方せん受付回数に乗じた点数を記載して下さい。
- (12) 「②時間外等加算」欄について
調剤基本料に係る時間外加算、休日加算、深夜加算又は時間外加算の特例について、上欄に記号を、下欄に加算点数を記載して下さい。
- (13) 「③薬学管理料」欄について
薬学管理料及び薬学管理料に対応する加算について、上欄に記号と回数を、下欄に合計点数を記載して下さい。
- (14) 「合計」欄について
 - 「⑦」欄には、薬剤料以外の点数の合計を記載し、「⑧」欄にはその合計点数に15を乗じて得られる額を記載して下さい。
 - 「⑨」欄には、「⑤」欄の点数（薬剤料の点数の合計）に10を乗じて得た額を記載して下さい。
 - 「⑩」欄には、「⑧」欄と「⑨」欄の合計を記載して下さい。
- (15) 「その他」欄について
前述の記載事項を記載するほか、各項目に係る記載の方法、内訳等については、厚生労働省記載要領通知別紙1のIVの第2の1及び2に示された相当する項目の記載要領に従って下さい。

公害調剤報酬請求の手引き

尼 崎 市 保 健 所
公 害 健 康 補 償 課
尼崎市七松町1丁目3番1-502号
電話：(06) 4869-3019
F a x (06) 4869-3068