

『保険診療の手引』 2026 年 6 月版 正誤・追補 (2026.9.27)

※「正誤」は記述の訂正です。**ゴシック太字下線**で表示しています。

※「追補」は書籍発行後の厚労省からの訂正による修正です。頁の下に■印を付し、修正箇所を**ゴシック太字下線**で表示しています。

※今回本資料に追加されたものは「頁」欄をマーカー表示しています。

頁	訂正箇所	誤	正
P1～P2144			
33 ■	右段一番下に⑦として右を挿入	⑦ 特別の料金等の内容を定め又は変更しようとする場合は、別紙様式 23 により地方厚生（支）局長にその都度報告すること。また、患者から特別の料金を徴収した保険医療機関及び保険薬局については、毎年の定例報告の際に、その実施状況について地方厚生（支）局長に報告する。	
92	左段上から 9 行目	一部負担金に 10 円未満の端数がある場合は、四捨五入して徴収する。ただし、70 歳未満の区分ア～ウの方、高齢受給者の区分ア～ウの方、後期高齢者の区分ア～ウ、 区分力の配慮措置 の方の自己負担限度額	一部負担金に 10 円未満の端数がある場合は、四捨五入して徴収する。ただし、70 歳未満の区分ア～ウの方、高齢受給者の区分ア～ウの方、後期高齢者の区分ア～ウの方の自己負担限度額
141	「(2)外来医療機関側で算定できる診療報酬」の表内	(誤) 投薬以外 初診料、再診料（外来診療料）、慢性維持透析患者外来医学管理料※、診療情報提供料（Ⅰ）・同（Ⅱ）・連携強化診療情報提供料（特別の関係を除く）、検査、画像診断、専門的な診療に特有な薬剤を用いた注射（外来化学療法加算を除く）、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断、短期滞在手術等基本料 1 (正) 投薬以外 初診料、再診料（外来診療料）、慢性維持透析患者外来医学管理料※、診療情報提供料（Ⅰ）・同（Ⅱ）・連携強化診療情報提供料（特別の関係を除く）、検査、画像診断、専門的な診療に特有な薬剤を用いた注射（外来化学療法加算を除く）、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断、ベースアップ評価料、物価対応料、短期滞在手術等基本料 1	
144	健診等と同一日に1回の受診において保険診療を実施した場合の算定イメージ	＜初・再診料の算定可否＞ 保険診療を行った疾病が健診等に関する疾病か ※健診等…健康診断、検診、予防接種等 いいえ → はい → 初診の患者か いいえ → はい → 算定イメージ③ 初診料は算定できない	＜初・再診料の算定可否＞ 保険診療を行った疾病が健診等に関する疾病か ※健診等…健康診断、検診、予防接種等 いいえ → はい → 初診の患者か いいえ → はい → 初診料は算定できない
144	健診等と同一日に1回の受診において保険診療を実施した場合の算定イメージ	＜初・再診料が包括される / 併算定できない点数＞ 健診等に含まれない保険診療を実施したか はい → 検査、画像診断、投薬、セッション、処置、手術、治療、病理診断に掲げ いいえ → 算定できない	＜初・再診料が包括される / 併算定できない点数＞ 健診等に含まれない保険診療を実施したか はい → 検査、画像診断、投薬、セッション、処置、手術、治療、病理診断に掲げ いいえ → 算定できない
157	右段上から 17 行目	編注 【電子的診療情報連携体制整備加算 1～3 共通】 … ③ 以下の場合にも算定できる。 ア 往診料を算定する初診時又は再診時 イ 情報通信機器を用いた初診時又は再診時 ウ 電話等による再診時	編注 【電子的診療情報連携体制整備加算 1～3 共通】 … ③ 以下の場合にも算定できる。 ア 往診料を算定する初診時又は再診時 イ 情報通信機器を用いた初診時又は再診時
163 ■	【「摘要」欄にコードが設けられている事項】に右を追加	（当該保険医療機関又は当該保険医療機関と特別の関係にある保険医療機関で、過去 3 年間にコンタクトレンズを処方したことがある場合）直近の処方年月日と処方期間を摘要欄に記載すること。	850100618 直近のコンタクトレンズの処方年月日；（元号）yy"年"mm"月"dd"日" 830101001 コンタクトレンズを処方した期間；*****
237	左段下から 3 行目	胃潰瘍（消化性 腫瘍 のある患者…	胃潰瘍（消化性 潰瘍 のある患者…
237	右段上から 2 行目	十二指腸潰瘍（消化性 腫瘍 のあ…	十二指腸潰瘍（消化性 潰瘍 のあ…

386	右段上から15行目	…在宅療養指導料に、心大血管疾患リハビリテーション料は、同一日に算定できない。	…在宅療養指導料、心大血管疾患リハビリテーション料は、同一日に算定できない。
557	「往診料」列上から8行目	初診料、再診料（ 認知症 ） 地域包括診療加算以外の加算を含む）は別に算定可	初診料、再診料（地域包括診療加算以外の加算を含む）は別に算定可
729	上から4行目	(1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針（⇒ P. 1901 ）に沿って…	(1) 厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針（⇒ P. 2068 ）に沿って…
791	「D007」「31」	31 ペントシジン 117 点	31 ペントシジン 118 点
793	「D012」	44 グロブリンクラス別ウイルス抗体価 200 点	46 グロブリンクラス別ウイルス抗体価 200 点
747 ■	記載事項の一番上の枠内	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数、 直近3月のCPAP1日平均使用時間及び 睡眠ポリグラフィー上の所見 並びに 実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載する。 ただし、2 対象患者の(b)の②に該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要である。 ※情報通信機器を用いた指導管理における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。	一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日、直近の無呼吸低呼吸指数、睡眠ポリグラフィー上の所見、 睡眠ポリグラフィー の実施年月日及び当該管理料を算定する日の自覚症状等の所見を記載する。ただし、2 対象患者の(b)の②に該当する場合は、直近の無呼吸低呼吸指数及び睡眠ポリグラフィー上の所見並びに実施年月日の記載は不要である。 また、当該管理料の2対象患者の(b)の③に該当する場合は、直近3月のうちCPAP1日平均使用時間が1時間以上であったいずれか1月のCPAP1日平均使用時間を記載する。ただし、当該保険医療機関においてCPAP療法を開始してから3月以内の患者についての記載は不要である。 ※情報通信機器を用いた指導管理における「初診日」は一連の治療期間における初回の指導管理を行った年月日を指す。
749	1行目	(在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準が欠落)	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理料の遠隔モニタリング加算の施設基準 【告示】 電話以外による指導を行う場合は、情報通信機器を用いた診療を行うにつき十分な体制が整備されている。 【通知】 リアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）が可能な情報通信機器を用いて指導を行う場合は、厚生労働省の定める情報通信機器を用いた診療に係る指針（⇒ P. 2068）に沿って診療を行う体制を有する医療機関である。
1133	右段上から10行目（G004 点滴注射）	…6 歳以上の者に対する1日分の注射量が500 ml未満の場合は、入院外の患者に限り、 50 点で算定する。	…6 歳以上の者に対する1日分の注射量が500 ml未満の場合は、入院外の患者に限り、 53 点で算定する。
1134	別紙様式20の参考例	（患者氏名） （家族等氏名） （患者との続柄： ） 印 印	（患者署名） （家族等署名） （患者との続柄： ）
1207	下から3行目	その手術後、急性 増 悪から60日以内	その手術後、急性 増 悪から60日以内
P1242 左段下から7行目、P1257 右段上から4行目、P1269 左段上から16行目、P1279 下から12行目について、右のとおり修正		リハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、H000 心大血管疾患リハビリテーション料の417（⇒ P. 1228 ）と同様。	リハビリテーションデータ提出加算の取扱いは、H000 心大血管疾患リハビリテーション料の417（⇒ P. 1227 ）と同様。
1407	左段下から15行目	(1) 医療保護入院等診療料は、	(1) 医療保護入院等診療料 1 は、
1554	「(6)その他の区分」の表	… K684 先天性胆道閉鎖症手術 K684-2 腹腔鏡下胆道閉鎖症手術 K695 肝切除術 …	… K684 先天性胆道閉鎖症手術 K695 肝切除術 …
1762	左段下から8行目	特殊染色加算 70 点	特殊染色加算 50 点
1795 ■	下から15行目	編注 ① 職員数減少時の届出等について 職員の退職又は休職等により、常勤換算の職員が2名を下回った場合は、速やかに地方厚生（支）局長に	(削除)

		届出の変更を行い、当該変更の届出を行った日の属する月の翌月から算定を行わない。(2024. 3. 28 厚労省事務連絡・一部改変)		
1797 ■	上から 12 行目	(1) 令和 8 年 3 月 31 日時点において外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) を届け出ている保険医療機関		(1) 令和 8 年 3 月 31 日時点において外来・在宅ベースアップ評価料 (Ⅱ) 又は入院ベースアップ評価料 を届け出ている保険医療機関
1911	表の最左行、最下段	191 末梢血管用ステントグラフト ③ 腹部大動脈分枝血管対応型		191 末梢血管用ステントグラフト
1954	【他医療機関で算定できる点数】の表「算定できる点数」の行	(誤) 投薬以外 初診料、再診料(外来診療料)、慢性維持透析患者外来医学管理料※、診療情報提供料(Ⅰ)・同(Ⅱ)・連携強化診療情報提供料(特別の関係を除く)、検査、画像診断、専門的な診療に特有な薬剤を用いた注射(外来化学療法加算を除く)、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断、短期滞在手術等基本料 1 (正) 投薬以外 初診料、再診料(外来診療料)、慢性維持透析患者外来医学管理料※、診療情報提供料(Ⅰ)・同(Ⅱ)・連携強化診療情報提供料(特別の関係を除く)、検査、画像診断、専門的な診療に特有な薬剤を用いた注射(外来化学療法加算を除く)、言語聴覚療法に係る疾患別リハビリテーション料、精神科専門療法、処置、手術、麻酔、放射線治療、病理診断、ベースアップ評価料、物価対応料、短期滞在手術等基本料 1		
1978 ～ 1979 ■	下から 1 枠目 30～次頁 35 を右の通り修正	30	区オ 【注 2】	70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分が (オ)〕が提示された場合又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分 (オ) 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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・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 (特記事項「35」に該当する場合を除く) 70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証〔適用区分が (Ⅰ 又は Ⅱ)〕が提示された場合又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合 ② 「低所得者の世帯」の適用区分 (Ⅰ 又は Ⅱ) の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・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 (特記事項「35」に該当する場合を除く)
		31	多ア 【注 2】	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で限度額適用認定証 (適用区分 (ア)) が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分 (ア) の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証に係る公費負担医療 (入院に限る) の自院における高額療養費の支給が直近 12 か月において 4 月目以上である場合 (以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という) ② 70 歳以上で適用区分 (Ⅵ) の記載のある高齢受給証若しくは後期高齢医療資格確認書 (一部負担金の割合 (3 割)) が提示又は高齢受給証情報若しくは後期高齢医療資格確認書情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分 (Ⅵ) の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
		32	多イ 【注 2】	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で限度額適用認定証 (適用区分 (イ)) が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分 (イ) の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70 歳以上で適用区分 (Ⅴ) の記載のある限度額適用認定証 (適用区分が (現役並みⅡ 又は現役Ⅱ)) が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分 (Ⅴ) の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 (小児慢性特定疾病医療支援を除く)
		33	多ウ 【注 2】	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満で限度額適用認定証 (適用区分 (ウ)) が提示又は限度額適用認定証情報が

				<u>提供された場合であって、かつ、の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</u> ② 70 歳以上で <u>適用区分（Ⅳ）の記載のある限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）</u>
		34	多エ 【注 2】	以下のいずれかに該当する場合 ① 70 歳未満での <u>限度額適用認定証（適用区分（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・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であって、又は適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証、小児慢性特定疾病医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</u> ② 70 歳以上で <u>適用区分（Ⅲ）の記載のある高齢受給証（一部負担金の割合（2 割））が提示又は高齢受給証情報が提供された場合であって、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・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であって又は適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）</u>
		35	多才	<u>以下のいずれかに該当する場合</u> ① 70 歳未満で「低所得者の世帯」の <u>限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・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であって、又は適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証、小児慢性特定疾病医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合</u> ② 70 歳以上で「所得者 の世帯」の <u>限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合、又は適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）</u>
1980 ■	上から 1 ～2 枠目 43、44 を 右の通り 修正	43	多カ 【注 2】	後期高齢者医療で課税所得 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）の後期高齢者医療資格確認書〔一部負担金の割合（2 割）〕かつ <u>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又は後期高齢者医療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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）</u>
		44	多キ 【注 2】	後期高齢者医療で課税所得 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）の後期高齢者医療資格確認書〔一部負担金の割合（1 割）〕かつ <u>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又は後期高齢者医療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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）</u>
1993 ■	上から 6 行目	提示された場合には、		提示された場合 <u>（特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）を除く）</u> には、

1993 ■	(20) ～ (24) を右 に修正	(20) 70歳未満において「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「(ア)」が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 83 万円以上（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）の記載のある高齢受給証若しくは後期高齢医療資格確認書（一部負担金の割合（3 割））が提示又は高齢受給証情報若しくは後期高齢医療資格確認書情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）には、「特記事項」欄に「多ア」と記載する。 (21) 70歳未満において「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 600 万円超～ 901 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分「(イ)」が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 53 万～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、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「多イ」と記載する。 (22) 70歳未満において「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「(ウ)」が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 28 万～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあっては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅠ又は現役Ⅰ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であって、又は適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）には、「特記事項」欄に「多ウ」と記載する。 (23) 70歳未満において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分「(エ)」が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合であって、かつ、適用区分の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・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であって、又は適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は小児慢性特定疾病医療受給証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上において「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあっては課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある高齢受給証（一部負担金の割合（2 割））が提示又は高齢受給証情報が提供された場合であって、特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・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であって、又は適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給証又は特定疾患医療受給証が提示された場合において、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「多エ」と記載する。 (24) 70歳未満において「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、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、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・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であって、又は適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証、小児慢性特定疾病医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合、又は 70 歳以上で「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（Ⅱ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合であって、かつ、特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合、又は適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給証、特定疾患医療受給証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加証が提示された場合において、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「多才」と記載する。
-----------	--------------------------	--

1994 ■	(27)、(28)を右に修正	(27) 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、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又は後期高齢者医療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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）には、「特記事項」欄に「多力」と記載する。											
		(28) 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、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又は後期高齢者医療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であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く）には、「特記事項」欄に「多キ」と記載する。											
2010 ■	右段上から 8～13 行目を右に差し替え	<table><tr><td>F100</td><td>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 を算定した場合</td><td>地外薬供 1</td></tr><tr><td>F100</td><td>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2 を算定した場合</td><td>地外薬供 2</td></tr><tr><td>F100</td><td>地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3 を算定した場合</td><td>地外薬供 3</td></tr></table>			F100	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 を算定した場合	地外薬供 1	F100	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2 を算定した場合	地外薬供 2	F100	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3 を算定した場合	地外薬供 3
F100	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 1 を算定した場合	地外薬供 1											
F100	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 2 を算定した場合	地外薬供 2											
F100	地域支援・外来医薬品供給対応体制加算 3 を算定した場合	地外薬供 3											
2090	「別表」の一番下に右を追加	<table><tr><td>在宅脳血管障害療養患者</td><td>在宅脳血管障害療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、運動機能、血圧、脈拍等の観察を行い、脳血管障害の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。</td></tr></table>	在宅脳血管障害療養患者	在宅脳血管障害療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、運動機能、血圧、脈拍等の観察を行い、脳血管障害の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。									
在宅脳血管障害療養患者	在宅脳血管障害療養患者に対して、テレビ電話等情報通信機器を通して、運動機能、血圧、脈拍等の観察を行い、脳血管障害の療養上必要な継続的助言・指導を行うこと。												

頁	訂正箇所	誤	正															
入院分冊（P2145～）																		
2161 ■	右下から 1 行目の下に 右を挿入	(4) 令和 8 年 6 月 1 日以降に、無床診療所から有床診療所となった保険医療機関																
2175	右段下から 19 行目～	[別表第十六(一部改変)]情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化に関する届出可能な対象入院料 ①急性期一般入院料 1～6 ②～③(略) ④ 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料(特定機能病院) ⑤～⑧(略)	[別表第十六]情報通信機器等を用いた看護職員及び看護補助者の業務の効率化に関する届出可能な対象入院料 ①急性期一般入院料 1～6 ②～③(略) ④ 7 対 1 入院基本料、10 対 1 入院基本料 ⑤～⑧(略)															
2216 ■	上から 15 行目	それぞれの病棟において(5)及び(6)の割合を満たす	それぞれの病棟において(2)及び(5)の割合を満たす															
2306	上段の表の中央	<table><tr><td></td><td>看護＋看護補助</td><td></td></tr><tr><td></td><td>下記イ)の場合</td><td></td></tr><tr><td></td><td>10 対 1 以上</td><td></td></tr></table>		看護＋看護補助			下記イ)の場合			10 対 1 以上		<table><tr><td></td><td>看護＋看護補助</td><td></td></tr><tr><td></td><td>10 対 1 以上</td><td></td></tr></table>		看護＋看護補助			10 対 1 以上	
	看護＋看護補助																	
	下記イ)の場合																	
	10 対 1 以上																	
	看護＋看護補助																	
	10 対 1 以上																	
2452	下から 3 行目	口腔管理連携加算（入院中 1 回） <u>60 点</u>	口腔管理連携加算（入院中 1 回） <u>600 点</u>															
2519 ■	上から 13 行目	加えて、(2)又は(3)の職員と、	加えて、(3)又は(4)の職員と、															
2669	右段上から 7 行目～	② 疾患別リハビリテーションは患者 1 人につき 1 日 6 単位が上限とされているが、回復期リハビリテーション病棟入院料を算定する患者の運動器リハビリテーション料に限り、以下(1)又は(2)に該当する患者については 1 日 9 単位を上限に算定できる。 (1) 脳血管疾患等の患者のうちで発症後 60 日以内のもの (2) 病棟において早期歩行、ADL の自立等を目的として運動器リハビリテーション料（Ⅰ）を算定するもの (2024 年 3 月 28 日厚労省事務連絡) ③ 上記②の(2)については、急性期一般病棟等において行われる発症後早期のリハビリテーションが提供された患者が該当する。 (2024 年 3 月 28 日厚労省事務連絡) ④ 上記②の(1)の「脳血管疾患等の急性期発症から 60 日以内の患者」とは、……	② 当該入院料を算定する患者の運動器リハビリテーション料の算定は 1 日 6 単位が上限とされているが、以下に該当する患者については 1 日 9 単位を上限に算定できる。 ○ 脳血管疾患等の患者のうちで発症日、手術日又は急性増悪の日から 60 日以内のもの (2024 年 3 月 28 日厚労省事務連絡・改変) ③ 上記②の「脳血管疾患等の急性期発症から 60 日以内の患者」とは、……															
2695	右段上から 9 行目	(10) 血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る）	(10) 血友病等の患者に使用する医薬品（血友病等の患者における出血傾向の抑制の効能又は効果を有するものに限る） (11) 生物学的製剤（免疫・アレルギー疾患の維持期の治療のために使用され、他剤で代替不能な場合に限る） (12) JAK 阻害剤（免疫・アレルギー疾患の維持期の治療のために使用され、他剤で代替不能な場合に限る）															
2784	右段上から 13 行目、 右段上から 30 行目	ア. 検査、画像診断及び麻酔のうち、注 3 ア. 注 4 の（ ）内に掲げる費用	ア. 検査、画像診断及び麻酔のうち、注 4 ア. 注 5 の（ ）内に掲げる費用															
2816 ■	左上から 12 行目	有床診療所の一般病床が	有床診療所の療養病床が															

最新の正誤表については、保団連 HP(<https://hodanren.doc-net.or.jp/>)でも紹介しておりますので、ご確認ください。