

令和2年度調剤報酬等改定項目③

○療担規則、薬担規則等

(令和2年4月1日施行予定)

項目	改正前	改正後
保険薬局及び保険薬剤師療養担当規則 （昭和32年厚生省令第16号）	(処方箋の確認) 第3条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第63条第3項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを <u>確め</u> なければならない。	(処方箋の確認) 第3条 保険薬局は、被保険者及び被保険者であった者並びにこれらの者の被扶養者である患者（以下単に「患者」という。）から療養の給付を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が健康保険法（大正11年法律第70号。以下「法」という。）第63条第3項各号に掲げる病院又は診療所において健康保険の診療に従事している医師又は歯科医師（以下「保険医等」という。）が交付した処方箋であること及びその処方箋、 法第3条第13項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証 によって療養の給付を受ける資格があることを 確認 しなければならない。
高齢者の医療の確保に関する法律の規定による療養の給付等の取扱い及び担当に関する基準 （昭和58年厚生省告示第14号）	(処方箋の確認) 第26条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋又は被保険者証によって療養の給付を受ける資格があることを <u>確かめ</u> なければならない。	(処方箋の確認) 第26条 保険薬局は、患者から療養の給付及び保険外併用療養費に係る療養を受けることを求められた場合には、その者の提出する処方箋が保険医が交付した処方箋であること及びその処方箋、 健康保険法第3条第13項に規定する電子資格確認又は患者の提出する被保険者証 によって療養の給付を受ける資格があることを 確認 しなければならない。

処方箋											
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)											
公費負担者番号										保険者番号	
公費負担医療の受給者番号										被保険者証・被保険者手帳の記号・番号	(特番)
患者	氏名					保険医療機関の所在地及び名称					
	生年月日	明大平字令	年	月	日	男・女	電話番号				
	区分	被保険者	被扶養者			保険医氏名		(印)			
	都道府県番号		点数表番号		医療機関コード						
交付年月日	令和	年	月	日	処方箋の使用期間	令和	年	月	日	特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。	
処方	変更不可	個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更に差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。									
	備考	保険医署名 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。 保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応（特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。） <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供									
調剤済年月日	令和	年	月	日	公費負担者番号						
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名	(印)				公費負担医療の受給者番号						

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 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省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号 (第二十三条関係)

処方箋												
(この処方箋は、どの保険薬局でも有効です。)												
分割指示に係る処方箋 分割の 回目												
公費負担者番号				保険者番号								
公費負担医療の受給者番号				被保険者証・被保険者手帳の記号・番号 (印)								
患者	氏名		保険医療機関の所在地及び名称									
	生年月日	年 月 日	男・女	電話番号								
	区分	被保険者	被扶養者	保険医氏名 (印)								
		都道府県番号	点数表番号	医療機関コード								
交付年月日		令和 年 月 日		処方箋の使用期間		令和 年 月 日		特に記載のある場合を除き、交付の日を含めて4日以内に保険薬局に提出すること。				
処方	変更不可 個々の処方箋について、後発医薬品（ジェネリック医薬品）への変更には差し支えがあると判断した場合には、「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載し、「保険医署名」欄に署名又は記名・押印すること。											
	備考 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。											
保険医署名 「変更不可」欄に「レ」又は「×」を記載した場合は、署名又は記名・押印すること。												
保険薬局が調剤時に残薬を確認した場合の対応(特に指示がある場合は「レ」又は「×」を記載すること。) <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ疑義照会した上で調剤 <input type="checkbox"/> 保険医療機関へ情報提供												
調剤済年月日		令和 年 月 日		公費負担者番号								
保険薬局の所在地及び名称 保険薬剤師氏名 (印)		公費負担医療の受給者番号										

備考 1. 「処方」欄には、薬名、分量、用法及び用量を記載すること。
 2. この用紙は、A列5番を標準とすること。
 3. 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省令（昭和51年厚生省令第36号）第1条の公費負担医療については、「保険医療機関」とあるのは「公費負担医療の担当医療機関」と、「保険医氏名」とあるのは「公費負担医療の担当医氏名」と読み替えるものとする。

様式第二号の二（第二十三条関係）

分割指示に係る処方箋（別紙）

（発行保険医療機関情報）
 処方箋発行医療機関の保険薬局からの連絡先

電話番号 _____ FAX番号 _____
 その他の連絡先 _____

（受付保険薬局情報）

1 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

2 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____

3 回目を受け付けた保険薬局

名称 _____

所在地 _____

保険薬剤師氏名 _____ (印)

調剤年月日 _____