

沖医発第 1 1 0 7 号 E
令和 2 年 1 1 月 1 3 日

地区医師会医療保険担当理事 殿

沖 縄 県 医 師 会
常任理事 平 安 明
(公 印 省 略)
(医療保険担当理事)

新型コロナウイルス感染症の PCR 検査及び抗原検査の
行政検査に係る保険請求方法について

時下、ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

日頃より、新型コロナウイルス感染症へのご対応にご尽力を賜り、衷心より感謝申し上げます。

令和 2 年 11 月 10 日付、沖医発第 1096 号にて、保健所から依頼のある PCR 検査時
に係る保険診療分の算定等について、報告申し上げたところです。

本件と関連し、福岡県医師会において、新型コロナウイルス感染症の PCR 検査及び
抗原検査の行政検査に係る保険請求方法について、別添のとおり作成されておりますの
で情報提供致します。

つきましては大変ご多忙の折、誠に恐縮に存じますが、本件についてご了知いただき
ますとともに、対象医療機関への周知方につき、ご高配賜りますようお願い申し上げま
す。

沖縄県医師会保険課：山川、比嘉

TEL：098-888-0087

FAX：098-888-0089

E-mail：hokenka@okinawa.med.or.jp

新型コロナウイルス感染症の PCR 検査及び抗原検査の 行政検査に係る保険請求方法について

新型コロナウイルス感染症の行政検査について集合契約が可能となり、診療所を含む多くの医療機関が PCR 検査及び抗原検査を保険請求することが可能となりました。

今般、当該検査に係る診療報酬請求を適切に行っていただけるよう、福岡県医師会において下記のとおり請求方法が取り纏められておりますので情報提供いたします。請求の際の参考資料としてご活用ください。

記

1 算定点数

(1) SARS-CoV-2 核酸検出 (以下、「PCR 検査」という。)

検査実施料については検査会社等へ検査を委託して実施した場合 (検査委託) と、それ以外 (自院で行った場合) により、それぞれ以下のとおり算定し、併せて微生物学的検査判断料を算定します。

・ SARS-CoV-2 核酸検出 (検査委託)	1,800 点
・ SARS-CoV-2 核酸検出 (検査委託以外)	1,350 点
・ 微生物学的検査判断料	150 点

(2) SARS-CoV-2 抗原検出 (以下、「抗原検査」という。)

検査実施料については以下のとおり算定し、併せて免疫学的検査判断料を算定します。

・ SARS-CoV-2 抗原検出	600 点
・ SARS-CoV-2 抗原検出 (定量)	600 点
・ 免疫学的検査判断料	144 点

※ただし、(1)(2)ともに、入院外・入院医療において、当月に、既に他の検査により判断料を算定している場合は、判断料は 0 点。

2 行政検査としての公費負担分

公費の対象は検査実施料 (PCR 検査、抗原検査) と判断料 (微生物学的検査判断料、免疫学的検査判断料) のみとなり、初・再診料、院内トリアージ実施料、検体採取料、入院料等は公費対象外のため一部負担金が発生します。

3 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い (その 22) (R2.6.15)

・入院外において、一部の医学管理等 (小児科外来診療料、地域包括診療料、認知症地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、生活習慣病管理料、手術前医学管理料又は在宅がん医

療総合診療料)を算定する患者に対し、PCR検査又は抗原検査を実施した場合にあっては、別途、検査料及び判断料が算定できます。

ただし、留意事項並びに請求方法が異なりますので、下記「5 診療報酬請求の留意事項(3)」及び「6 診療報酬請求方法(2)」を参照ください。

- ・入院において、療養病棟入院基本料等(ア～ハ)(臨時的な取扱い(その22)参照)を算定する患者に対し、PCR検査又は抗原検査を実施した場合にあっては、別途、検査料及び判断料が算定できます。

ただし、留意事項並びに請求方法が異なりますので、下記「5 診療報酬請求の留意事項(4)」及び「6 診療報酬請求方法(2)」を参照ください。

4 新型コロナウイルス感染症に係る診療報酬上の臨時的な取扱い(その28)(R2.9.29)

- ・上記3の臨時的な取扱い(その22)における「別途、書面により請求すること」が「別途、書面により請求して差し支えないこと」に改められております。つまり、1種類のレセプトにまとめて請求することも可能です。

5 診療報酬請求の留意事項

(1) PCR検査については、検体採取を行った保険医療機関以外の検査会社等の施設へ輸送し検査を委託して実施した場合は、**検査を実施した検査会社等の施設名を診療報酬明細書の摘要欄に記載**してください。

(2) COVID-19の患者であることが疑われる者に対し、診断を目的としてPCR検査又は抗原検査を実施した場合は、診断の確定までの間に、1回に限り算定できます。ただし、発症後、本検査の結果が陰性であったものの、COVID-19以外の診断がつかない場合は、さらに1回に限り算定できます。なお、**初回の検査時から、症状の有無に関わらず、本検査が必要と判断した医学的根拠を診療報酬明細書の摘要欄に記載する必要があります。**

(記載例：発熱等のCOVID-19感染を疑う所見があり検査を施行した。

：術前検査として検査を施行した。

：○月●日にPCR検査を行い陰性であったが、COVID-19感染を疑う所見が強い為再度検査を施行した。)

※また、COVID-19感染症の診断を目的として本検査を実施した場合は、**傷病名欄へ「COVID-19の疑い」と、しかるべき傷病名を記載**してください。

(3) 上記3の臨時的な取扱い(その22)に該当する**医学管理等**は、検査料等が包括となり本来は請求できません。このため、検査料・判断料のみ**別途書面にて請求**するか、又は上

記4の臨時的な取扱い(その28)により**通常の請求と併せて請求**することが可能です。なお、本件の請求にあたっては、**次に掲げる事項を摘要欄に記載**する必要があります。

- ア 検査を実施した日時(記載例:〇〇月●●日△△時)
- イ 検査実施の理由
- ウ 本検査が必要と判断した医学的根拠
- エ 当該患者が算定する医学管理料等(例:地域包括診療料)

(4)上記3の臨時的な取扱い(その22)に該当する**入院基本料等**は、検査料等が包括となり本来は請求できません。このため、検査料・判断料のみ**別途書面にて請求**するか、又は上記4の臨時的な取扱い(その28)により**通常の請求と併せて請求**することが可能です。なお、本件の請求にあたっては、**次に掲げる事項を摘要欄に記載**する必要があります。

- ア 検査を実施した日時(記載例:〇〇月●●日△△時)
- イ 検査実施の理由
- ウ 本検査が必要と判断した医学的根拠(診断を目的とする場合に限る)
- エ 検査の結果(退院可能かどうかの判断を目的とする場合に限る)
- オ 当該患者が算定する入院料

※ただし、(3)(4)において、検査実施の理由と医学的根拠が同じ場合はどちらか一方の記載で可。

6 診療報酬請求方法

(1)通常出来高の場合

【例:別紙1(PCR検査)、別紙2(抗原検査)】

- ① 通常の公費における請求になります。(電子レセプト等で審査支払機関に請求。)
- ② 請求先は支払基金又は国保連合会です。
- ③ 医療機関所在地に応じた公費負担者番号は「28」からの番号です。(下表参照)
受給者番号は「9999996(7桁)」で、全ての患者が同一の受給者番号となります。

実施機関名	公費負担者番号				集計コード
	法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号	
沖縄県(那覇市除く。)	2 8	4 7	0 5 0	8	28470508
那覇市	2 8	4 7	1 5 0	6	28471506

- ④ 患者が他の公費の適用を受けている場合の優先順位は、通常の公費「28」と同様です。
- ⑤ 公費の一部負担金は「0円」で記載してください。

(2)上記3の臨時的な取扱い(その22)の場合

【2種類のレセプト例:別紙3 入院外(PCR検査)、別紙4 入院(PCR検査)】

- ① PCR 検査又は抗原検査の検査料及び判断料以外の算定項目は、電子レセプト等で審査支払機関へ通常の請求をしてください。(入院外は初・再診料、医学管理料、院内トリージ実施料等、入院は入院料等)
- ② PCR 検査又は抗原検査の検査料及び判断料のみ、公費請求として上記5の留意事項(3)、(4)に従って紙レセプトにて別途、請求をしてください。請求方法は、上記6の(1)②、③、⑤と同様の請求方法となります。

(3) 上記3の臨時的な取扱い(その22)に係る上記4の臨時的な取扱い(その28)の場合
【1種類のレセプト例：別紙5 入院外(PCR検査)】

別途、書面(2種類のレセプト)により請求せず、9月診療分より、公費請求として上記5の留意事項(3)、(4)に従って、通常の請求と併せて1種類のレセプトでも請求可能です。請求方法は、上記6の(1)①~⑤と同様の請求方法となります。

(2種類のレセプトの場合)

通常通り（オンライン等）による請求

診療報酬明細書 (医科入院外) 令和〇年△月分 47		医療機関コード	①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一 2 公費 4 退職 2 2併 ④六外 0 高外7 3 3併 6 家外 10 9 ⑧ 7 ()
公費負担者番号①	公費負担者番号②	公費受給者番号	公費受給者番号
氏名	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称	〇〇クリニック
傷病名	(1) COVID-19の疑い (2) 急性気管支炎	診療開始日	(1) 〇年△△月□□日 (2) 〇年△△月□□日
11 初診	公費分点数	(13) * 院内トリアージ実施料 300×1 * 小児科外来診療料(処方箋を交付) 初診時 599×1	
療養の給付	請求点 ※ 決定点	一部負担金額 円	減額 割(円)免除・支払猶予 円
公費①	899		800
公費②	899		

28 公費は記載しないでください (28以外の公費については通常通り記載してください)

PCR 検査・微生物学的検査判断料を含まないレセプトを作成します

書面による請求

診療報酬明細書 (医科入院外) 令和〇年△月分 47		医療機関コード	①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一 2 公費 4 退職 2 2併 ④六外 0 高外7 3 3併 6 家外 10 9 ⑧ 7 ()
公費負担者番号①	公費負担者番号②	公費受給者番号	公費受給者番号
氏名	特記事項	保険医療機関の所在地及び名称	〇〇クリニック
傷病名	(1) COVID-19の疑い	診療開始日	(1) 〇年△△月□□日
11 初診	公費分点数	(60) SARS-CoV-2 核酸検出 (検査委託) 1800×1 微生物学的検査判断料 150×1 委託先: 〇〇株式会社 実施日: 〇月△日■時 発熱、肺炎の所見があった為検査を実施 医学管理: 小児科外来診療料	
療養の給付	請求点 ※ 決定点	一部負担金額 円	減額 割(円)免除・支払猶予 円
公費①	1,950		0
公費②	1,950		

公費負担者番号は医療機関所在地に応じた番号を記載してください

PCR 検査、抗原検査に係る公費受給者番号は全て 9999996 と記載してください

PCR 検査、微生物学的検査判断料のみを記載してください

(診断目的の場合の例)
 ○ 検査を実施した検査会社等の施設名
 ア 検査を実施した日時
 イ 検査実施の理由
 ウ 医学的根拠 (検査実施の理由と同一の場合は省略)
 エ 当該患者が算定する医学管理料等

診療報酬明細書の記載例【臨時的取扱い（その22）による請求（入院）（PCR検査）】
（2種類のレセプトの場合）

通常通り（オンライン等）による請求

医療機関コード

令和 年 月 分 47

①社・国	3 後期	1 単独	①本入	7 高入一
医 2 公費	4 退職	2 2併	3 六入	9 高入7
科		3 3併	5 家入	10 9 8

保険者番号 0047XXXXX ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 △△△-□□□

氏名 **沖縄 太郎** 特記事項

傷病名 (1) **肺炎** (2) **COVID-19の疑い**

入院年月日 ○年 △月 □日

90 入院基本料 14日 **30282**

92 特定入院料

※ 高額療養費 円 ※ 公① 点

97 食事生活・食 I 管 食事生活 円

療養の給付

請求点 **30,282** ※ 決定点 負担金額 円

28 公費は記載しないでください (28以外の公費については通常通り記載してください)

PCR 検査・微生物学的検査判断料を含まないレセプトを作成します

書面による請求

医療機関コード

令和 ○年 △月 分 47

①社・国	3 後期	1 単独	①本入	7 高入一
医 2 公費	4 退職	2 2併	3 六入	9 高入7
科		3 3併	5 家入	10 9 8

保険者番号 0047XXXXX ()

被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 △△△-□□□

氏名 **沖縄 太郎** 特記事項

傷病名 (1) **COVID-19の疑い**

入院年月日 ○年 △月 □日

92 特定入院料

※ 高額療養費 円 ※ 公① 点

97 食事生活・食 I 管 食事生活 円

療養の給付

請求点 **1,950** ※ 決定点 負担金額 円

公費① **1,950** 公費② 0

公費負担者番号は医療機関所在地に応じた番号を記載してください

PCR 検査、抗原検査に係る公費受給者番号は全て 9999996 と記載してください

PCR 検査、微生物学的検査判断料のみを記載してください

(診断目的の場合の例)

○検査を実施した検査会社等の施設名
ア検査を実施した日時
イ検査実施の理由
ウ医学的根拠（検査実施の理由と同一の場合は省略）
エ検査の結果（退院可能かどうかの判断を目的とする場合のみ）
オ当該患者が算定する入院料

診療報酬明細書の記載例

【臨時的取扱い（その 22）に係る臨時的取扱い（その 28）による請求（入院外）（PCR 検査）】

（1 種類のレセプトの場合）

通常通り（オンライン等）による請求

診療報酬明細書		都道府県番号		医療機関コード		①社・国		3 後期		1 単独		2 本外		8 高外一		
(医科入院外)		令和○年△月分		47		医		2 公費		4 退職		3 3併		6 家外		
公費負担者番号①		2 8 4 7		●●●●●●		公費受給者番		9 9 9 9 9 9 6		保 險 者 番 号		○ ○ 4 7 × × × ×		10 9 8		
公費負担者番号②		× × 4 7 × × × ×		× × × × × × × ×		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		△△△-□□□		7 ()						
氏名	沖繩 太郎			特記事項	保険医療機関の所在地及び名称			○○クリニック								
傷病名	(1) COVID-19 (疑い) (2) 急性気管支炎			診療開始日	(1) ○年△△月□□日 (2) ○年△△月□□日			転	治ゆ	死亡	中止	診療実日数	1 日			
11 初診	回			公①	公②			(13) * 院内トリアージ実施料			300 × 1					
12 再診	× 回						* 小児科外来診療料 (処方箋を交付) 初診時			599 × 1						
13 指導	899 0 899						(60) * SARS-COV-2 核酸検出 (検査委託)			1800 × 1						
14 在宅							* 微生物学的検査判断料			150 × 1						
20 投薬							委託先：○○株式会社			実施日：○月△日■時						
30 注射							発熱、肺炎の所見があった為検査を実施			医学管理：小児科外来診療料						
60 検査	検査・病理 1 回 1950 1950 1950															
70 画像																
80 その他																
療養の給付	保険	請求点 ※ 決定点		一部負担金額 円												
	公費①	2,849		減額 割(円)免除・支払猶予 円		0										
	公費②	1,950		※ 高額療養費 円		※ 公費負担点数 点		※ 公費負担点数 点								

公費負担者番号は医療機関所在地に応じた番号を記載してください

PCR 検査、抗原検査に係る公費受給者番号は全て 9999996 と記載してください

28 以外の公費についても通常通り記載してください

(診断目的の場合の例)
 ○ 検査を実施した検査会社等の施設名
 ア 検査を実施した日時
 イ 検査実施の理由
 ウ 医学的根拠 (検査実施の理由と同一の場合は省略)
 エ 当該患者が算定する医学管理料等