

## 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

### 1. 算定点数について

SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託）	850 点 ※令和 4 年 7 月 1 日より 700 点
SARS-CoV-2 核酸検出（検査委託以外）	700 点
SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託）	850 点 ※令和 4 年 7 月 1 日より 700 点
SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（検査委託以外）	700 点
SARS-CoV-2 抗原検出（定性）	300 点
SARS-CoV-2 抗原検出（定量）	560 点
SARS-CoV-2・インフルエンザ核酸同時検出（定性）	420 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 以外の診断が見つからない場合は、さらに1回に限り算定できます。なお、**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:○○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:○○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

**【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	
福岡県（福岡市、北九州市、久留米市を除く。）	2 8	4 0	0 5 0	5	28400505
福岡市	2 8	4 0	1 5 0	3	28401503
北九州市	2 8	4 0	2 5 0	1	28402501
久留米市	2 8	4 0	4 5 0	7	28404507

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、院内トリアージ実施料等、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。

診療報酬明細書の記載例【PCR検査（入院外レセプト）】

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 病	
(医科入院外)		令和○年△月分 40				2 公費		4 退職		2 2併		4 六外		0	
公費負担者番号①		2 8 4 0 ●●●●		公費受給者番号		9 9 9 9 9 9 6		保険者番号		○ ○ 4 0 × × × ×		10		17	
公費負担者番号②				公費受給者番号				被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		△△△-□□□					
氏名		福岡 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の疑い (2) 急性気管支炎		診療開始日		(1) ○年△△月□□日 (2) ○年△△月□□日		転院		治癒		死亡		中止	
診療		11 初診		1 回		288		公費分点数		0		(13) * 院内トリアージ実施料		300 × 1	
		12 再診		×		回						(60) * SARS-CoV-2 核酸検出		850 × 1	
		再外来管理加算		×		回						* 微生物学的検査判断料		150 × 1	
		時間外		×		回						* 鼻腔・咽頭拭い液採取		25 × 1	
		休日		×		回						委託先：○○株式会社			
		深夜		×		回						発熱等がありCOVID-19感染を疑った為			
13 指導				300		0									
14 在宅															
20 投薬															
30 注射															
40 処置															
50 手術															
60 検査		検査・病理		1 回		1025		1000							
70 画像															
80 その他															
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			
		1,613													
		公費①		点		点		円							
		1,000				0									
		公費②		点		点		円		※ 高額療養費		円		※ 公費負担点数	

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検査に係る公費受給者番号は全て9999996と記載してください

(診断目的の場合)  
○検査を実施した検査会社等の施設名  
○本検査が必要と判断した医学的根拠

PCR検査と微生物学的検査判断料のみ公費の対象となります

公費の患者負担額欄は「0」と記載してください

診療報酬明細書の記載例【抗原検査（入院外レセプト）】

診療報酬明細書 (医科入院外) 令和〇年△月分 40		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						
				医 科	2 公費	4 退職	3 3併	6 家外	0 高					
公費負担者番号①	2 8 4 0 ● ● ● ● ● ●	公費受給者番号	9 9 9 9 9 9 6	保険者番号		〇 〇 4 0 × × × ×		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号		△△△-□□□		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		
公費負担者番号②		公費受給者番号		氏名		福岡 太郎		特記事項		△△△-□□□		抗原検査に係る公費受給者番号は全て999996と記載してください		
氏名		福岡 太郎		職務上の事由		生		特記事項		〇〇クリニック		保険医療機関の所在地及び名称		
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		転院		治癒 死亡 中止		診療実日数		
11 初診		1回 288		公費分点数		0		(13) * 院内トリアージ実施料		300 × 1				
12 再診		× 回						(60) * SARS-COV-2 抗原検出		560 × 1				
再外来管理加算		× 回						* 免疫学的検査判断料		144 × 1				
時間外		× 回						* 鼻腔・咽頭拭い液採取		25 × 1				
休日		× 回						発熱等がありCOVID-19感染を疑った為				(診断目的の場合) ○本検査が必要と判断した医学的根拠		
深夜		× 回												
13 指導		300		公費分点数		0								
14 在宅														
20 投薬														
30 注射														
40 処置														
50 手術														
60 検査・病理		1回 729		公費分点数		704						抗原検査と免疫学的検査判断料のみ公費の対象となります		
70 画像														
80 その他														
療養の給付	請求点 ※ 決定点	1,317		一部負担金額 円										
	公費①	704		減額 割(円)免除・支払額 円		0						公費の患者負担額欄は「0」と記載してください		
	公費②			※ 高額療養費 円				※ 公費負担点数 点		※ 公費負担点数 点				

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 40		医療機関コード		①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一	
				医 2 公費 4 退職 3 3併 6 家外 0 高外7	
公費負担者番号① 8 1 4 0 × × × ×		公費受給者番号 × × × × × × × ×		10 9 ⑧	
公費負担者番号②		公費受給者番号		7 ( )	
氏名 福岡 太郎		特記事項		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 △△△-□□□	
名 1男 2女 1明 2大 3照 4平 5令 . . . 生		保険医療機関の所在地及び名称 ○ ○ クリニック		( ) 床	
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		転 治ゆ 死亡 中止 診療 保険 1 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			
12 再診 × 回					
再外来管理加算 × 回					
時 間 外 × 回					
休 日 × 回					
診 深 夜 × 回					
13 指導					
療養の給付 保険 899 点		一部負担金額 円			
公費① 899 点		減額 割(円)免除・支払猶予 円 800			
公費②		※ 高額療養費 円 ※ 公費負担点数 点 ※ 公費負担点数 点			

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 40		医療機関コード		①社・国 3 後期 1 単独 2 本外 8 高外一	
				医 2 公費 4 退職 3 3併 6 家外 0 高外7	
公費負担者番号① 2 8 4 0 ● ● ● ●		公費受給者番号 9 9 9 9 9 9 6		10 9 ⑧	
公費負担者番号②		公費受給者番号		7 ( )	
氏名 福岡 太郎		特記事項		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号 △△△-□□□	
名 1男 2女 1明 2大 3照 4平 5令 . . . 生		保険医療機関の所在地及び名称 ○ ○ クリニック		( ) 床	
傷病名 (1) COVID-19の疑い		診療開始日 (1) 〇年△△月□□日 (2) 〇年△△月□□日		転 治ゆ 死亡 中止 診療 保険 1 日	
11 初診		公費分点数 (60) SARS-COV-2 核酸検出 (検査委託) 850×1 微生物学的検査判断料 150×1 委託先: ○○株式会社 実施日: ○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			
12 再診 × 回					
再外来管理加算 × 回					
時 間 外 × 回					
休 日 × 回					
診 深 夜 × 回					
13 指導					
療養の給付 保険 1,000 点		一部負担金額 円			
公費① 1,000 点		減額 割(円)免除・支払猶予 円 0			
公費②		※ 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 999996 と記載してください



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 40

公費負担者番号 2840●●●●●●●●●●

公費受給者番号 99999996

氏名 福岡 太郎

○ ○ 病院

傷病名 (1) 肺炎 (2) COVID-19の疑い

診療開始日 (1) ○年△月□□日 (2) ○年△月□□日

入院年月日 ○年△月□日

入院基本料 14日 30282

92 特定入院料

※ 高額療養費 円 ※ 公① 点 ※ 公② 点

97 食事生活 I 食事生活 円

請求点 30,282

決定点

負担金額 円

請求 円

決定 円

標準負担額 円

公費① 点

公費② 点

公費① 円

公費② 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

診療報酬明細書

都道府県番号

令和○年△月分 40

公費負担者番号 2840●●●●●●●●●●

公費受給者番号 99999996

氏名 福岡 太郎

○ ○ 病院

傷病名 (1) COVID-19の疑い

診療開始日 (1) ○月△△月□□日

PCR検査 1 日

(60) \* SARS-CoV-2 核酸検出 (検査委託) 850×1

\* 微生物学的検査判断料 150×1

委託先：○○株式会社

実施日：○月△日■時

発熱、肺炎の所見があった為検査を実施

入院料：療養病棟入院基本料

92 特定入院料

※ 高額療養費 円 ※ 公① 点 ※ 公② 点

97 食事生活 I 食事生活 円

請求点 1,000

決定点

負担金額 円

請求 円

決定 円

標準負担額 円

公費① 点

公費② 点

公費① 円

公費② 円

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）】

通常通り（オンライン等）による請求

（1種類のレセプトの場合）

診療報酬明細書 (医科入院外) 令和〇年△月分 40		都道府県番号	医療機関コード	①社・国 2 公費 3 後期 4 退職 1 単独 2 2併 3 3併 2 本 ④三 6 家
公費負担者番号①		公費受給者番号		保険者番号
2 8 4 0 ● ● ● ●		9 9 9 9 9 9 6		〇 〇 4 0 × × × ×
公費負担者番号②		公費受給者番号		被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号
8 1 4 0 × × × ×		× × × × × × × ×		△ △ △ - □ □ □
氏名	福岡 太郎	特記事項	〇 〇 クリニック	
性別	1男 2女	職務上の事由	保険医療機関の所在地及び名称	
傷病名	(1) COVID-19 (疑い) (2) 急性気管支炎	診療開始日	(1) 〇年△△月□□日 (2) 〇年△△月□□日	転院 治癒 死亡 中止 診療実日数 保険
11 初診	回	公①	公②	(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
12 再診	× 回			(60) * SARS-COV-2 核酸検出 (検査委託) 850 × 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
13 指導	899 0 899			
14 在宅				
20 投薬				
30 注射				
40 処置				
50 手術				
60 検査・病理	1 回 1,000 1,000 1,000			
70 画像				
80 その他				
療養の給付	請求点	決定点	一部負担金額	円
	1,899			
	減額 割(円)免除・支払額	円		
公費①	1,000		0	
公費②	1,899		800	円 ※ 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