

令和6年10月制度改正対応簡易マニュアル③

令和6年10月25日 更新



中央情報開発株式会社
Central Information Development CO.,LTD.

人にやさしいITコミュニケーション

<目次>

<令和6年10月制度改正対応簡易マニュアル③>

1. 傷病名及び症状欄への症状追記機能

和メインメニュー→利用者データ管理→傷病名・申請欄等

傷病名または症状欄に傷病名を記載します。

マッサージ(傷病名)	
傷病名 または症状	脳梗塞後遺症による右肩麻痺
編集	
傷病名	脳梗塞後遺症による右肩麻痺

和メインメニュー→提出帳票印刷→申請書

事前の実績計算をした状態で、下記の画面に入って「印字内容修正」項目の「傷病名及び症状に同意症状を付記」にチェックをつけます。
その後、実績計算をした利用者でプレビュー表示を行います。

プレビュー実行後は、戻るボタンを押下してメインメニューに戻ります。

和メインメニュー⇒レセプト発行

レセプト発行画面より、印刷処理を実施すると「傷病名及び症状」欄に、利用者データの「傷病名または症状」に設定した内容と同意症状が結合した状態で表示されます。

別添 1 (様式第 6 号の 2)

療養費支給申請書 (令和 6 年 10 月分) (あんま・マッサージ用)

機関コード 22333344		種別 04 マ	
公費負担者番号	公費受給者番号	市区町村番号	受給者番号
特記事項		保険者番号 3 9 1 3 0 0 0 0	
<input type="checkbox"/> 1 社団 <input checked="" type="checkbox"/> 3 医高 <input type="checkbox"/> 2 本外 <input checked="" type="checkbox"/> 8 寓外- <input type="checkbox"/> 2 公費 <input type="checkbox"/> 4 退職 <input type="checkbox"/> 4 六外 <input type="checkbox"/> 0 寓外7 <input type="checkbox"/> 6 家外		給付割合 8 9 10	
被保険者等の記号番号 123 発病又は負傷年月日 不詳 傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 傷病名：脳梗塞後遺症による右肩麻痺 原因経過：不詳		傷病名、発症又は負傷の原因及びその経過 傷病名：脳梗塞後遺症による右肩麻痺 原因経過：不詳	
療養を受けた者の氏名 (フリガナ) テスト ユウジャ テスト ユウジャ 性別 <input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 本人 生年月日 明・大・明・平・令 10 年 10 月 10 日生	続柄 本人 業務上・外、第三者行為の有無 (1. 業務上 2. 第三者行為 <input checked="" type="checkbox"/> 3. その他(その他の理由)) 施術した場所 (入居施設や住所と異なる場合に記載) 〒810-0001 福岡県福岡市中央区天神15-1		
初療年月日 令和 2 年 7 月 1 日	施術期間 自 令和 6 年 10 月 1 日 ~ 至 令和 6 年 10 月 31 日	実日数 13 日	請求区分 新規・ <input checked="" type="checkbox"/> 継続
傷病名及び症状 脳梗塞後遺症による右肩麻痺【筋萎縮又は筋萎縮：肩】【関節拘縮：右肩、右肘】 【症状その他：症状などの補足情報】		転送 帰 継続 治療・中止・転医	
マッサージ(施術料) 施術部位 (左腕) (右腕) (右肘) (右腕) (右腕) 施術回数 13 回 13 回 12 回 13 回 12 回	摘 要 施術者 太郎 1. 3. 7. 8. 9. 12. 14. 15. 16. 17. 1 8. 20. 24 施日あり。		
通所 2,250 円 × 回数 = 6,750 円 訪問施術料 1 3,650 円 × 回数 = 3,650 円 訪問施術料 2 4,550 円 × 回数 = 円 訪問施術料 3 (3人-9人) 円 × 回数 = 円 訪問施術料 4 (10人以上) 円 × 回数 = 円	傷病名と同意症状が結合した状態で表示されます		

※注意事項

傷病名または症状欄に、すでに同意症状の内容を入れている場合は「傷病名及び症状に同意情報を付記」のチェックは外して下さい。