

## 水俣病総合対策医療事業に係る療養費のお取扱いについて

熊 本 県

### 1 事業の趣旨

平素から、水俣病対策の推進につきましてご理解とご協力をいただき、深く感謝申し上げます。

熊本県では、水俣病発生地域において、過去にメチル水銀に汚染された魚介類を多食し、水俣病にもみられる一定の症状を有する方に対して、健康上の問題の軽減・解消を図るため、水俣病被害者手帳又は医療手帳を交付し、医療費等の支給を行う「水俣病総合対策医療事業（以下「医療事業」という。）を実施しております。

医療事業では、対象者が医療機関等で各種医療保険法による診療を受けた場合に、医療費の自己負担分（歯科、産科、第三者行為による医療行為など水俣病にもみられる四肢末梢優位の感覚障害との関連が明らかに認められないものを除く。）をご本人に代わって熊本県で負担します。

柔道整復師の施術費の審査支払いについては、国民健康保険団体連合会及び社会保険診療報酬支払基金に委託は行わず、下記のとおりのご請求になりますので、ご協力をお願いいたします。

### 2 手帳について

この事業の対象者は、熊本県発行の水俣病被害者手帳（白色）又は医療手帳（オレンジ色）を所持していますので、手帳の提示を求め、公費負担者番号、受給者番号、氏名等をご確認ください。

### 3 請求方法及び提出書類

対象者が医療機関等で受診した場合、保険診療に係る自己負担金について、限度額内（（2）参照）で熊本県がお支払いしますので、対象者からは自己負担金を徴収せず、保険請求とは別に熊本県あて請求してください。なお、限度額を超えた場合には本人に請求してください。

#### （1）提出していただく書類

##### ①療養費支払請求書（第4号様式）

※請求に当たっては、手帳ごとにそれぞれの請求書でご請求ください。

※療養費の記入上の注意

レセプトごとに自己負担分を算出し、その合計金額を「療養費支払請求書」の「療養費請求額」欄に記入をお願いします。但し、自己負担額の算出にあたっては、レセプト1枚ごとに1円未満を切り上げてください。

##### ②柔道整復施術療養費支給申請書（レセプト）

レセプトは、支払基金や国保連合会へ提出されるものと同じもの（コピー可）をご提出ください。公費負担者番号及び受給者番号の記載、受領委任払いに関する同意の署名が確認できるものをお願いします。（詳しくは別添の注意事項をご覧ください。）

#### （2）当事業負担分の限度額は次のようになります。

##### ●原則70歳以上の方の場合

区 分	1レセプトあたりの当事業負担限度額	時期
外 来	12,000円	H29.7月まで
	14,000円	H29.8月～H30.7月
	18,000円	H30.8月

- ・上記の負担限度額を超えた場合には、限度額まで当県に請求し、残余の額については本人に請求してください。後日、高額医療費として保険者へ請求すると、本人へ払い戻しがあります。
- ・65歳以上で後期高齢者医療の認定を受けられている方も同様の取扱いとなります。
- 70歳未満の方の場合  
1レセプトあたり

療養費	当県負担限度額
267,000 円以下	80,100 円
267,000 円超	80,100 円 + (療養費 - 267,000 円) × 1/100 ※この場合のみ円未満を四捨五入し、円の単位まで算出

- ・上記の負担限度額を超えた場合には、限度額まで当県に請求し、残余の額については本人に請求してください。後日、高額医療費として保険者へ請求すると、本人へ払い戻しがあります。

#### 4 レセプト発行手数料について

レセプト1件につき220円をお支払いします。

#### 5 毎月の提出締切

診療月の翌月10日必着でお願いします。提出締切までにご請求のあった分については、その翌月に指定された口座に振り込みます。なお、水俣病被害者手帳の一部及び医療手帳については、医療機関等からの請求に基づき対象者に療養手当を支給しますが、医療機関からの請求が遅れますと対象者への手当支給も遅れることとなりますのでご協力をお願いします。

※診療年月から2年を経過したものは、ご請求いただけません。

#### 6 支払いについて

請求金額の支払いについては、お届けの金融機関の口座へ振り込みます。最初のご請求の際に「口座振込依頼書（医療機関用）」を提出してください。

※口座名義人が、医療機関名、代表者名等と異なる場合には「委任状」を提出してください。

#### 7 届出内容の変更

代表者の変更や組織変更等により、口座名義を変更された場合は、届出が必要となりますので、熊本県水俣病保健課（電話096-333-2284）まで、お早めにご連絡ください。

#### 8 その他

療養費支払請求書（第4号様式）は、コピーしてお使いいただいて結構です。

◆請求書の送付先・お問合わせ先

〒862-8570（県庁専用郵便番号）  
熊本市中央区水前寺6丁目18番1号  
熊本県環境生活部水俣病保健課  
TEL 096-333-2284



# 口座振込依頼書（医療機関用）

年 月 日

熊本県知事 様

医療機関コード \_\_\_\_\_

（記入不要）

（〒 \_\_\_\_\_）

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

私が熊本県から支払を受ける水俣病総合対策医療事業に係る療養費及び診療報酬明細書発行手数料は、下記口座に振り込んでいただきますようお願いいたします。

## 記

1 金融機関名 \_\_\_\_\_ 支店名 \_\_\_\_\_  
金融機関コード     支店コード

2 口座種別 普通 ・ 当座 （○で囲む）

3 口座番号        （右づめ）

カナ \_\_\_\_\_

4 口座名義人 漢字 \_\_\_\_\_

※口座名義人欄は通帳の記載どおり正確にご記入ください。

提出方法	紙		
書類発行責任者		電話番号	
担当者		電話番号	

※上記事項に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

※よろしければ、通帳の写し（銀行（支店）名、口座名義、口座番号の記載のあるページ）の添付をお願いいたします。

# 記入例

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳）

第5の2号様式（第8、13、15条関係）

## 口座振込依頼書（医療機関用）

熊本県知事 様

医療機関コード  
(記入不要)

療養費支払請求書（第4号様式）の「医療機関等」の欄と同じ内容をご記入ください。

(〒862-8570)  
所在地 熊本県熊本市中央区水前寺6-18-1  
医療機関名 県庁整骨院  
電話番号 096-333-\*\*\*\*  
代表者氏名 熊本 太郎

私が熊本県から支払を受ける水俣病総合対策医療事業に係る療養費及び診療報酬明細書発行手数料は、下記口座に振り込んでいただきますようお願いいたします。

### 記

1 金融機関名 〇〇銀行 支店名 △△支店  
金融機関コード 

*	*	*	*
---	---	---	---

 支店コード 

*	*	*
---	---	---

2 口座種別  普通 ・  当座 (○で囲む)

3 口座番号 

*	*	*	*	*	*	*
---	---	---	---	---	---	---

 (右づめ)

カナ ケンチョウセイツイン ケマヒ タロウ

4 口座名義人 漢字 県庁整骨院 熊本 太郎

※口座名義人欄は通帳の記載どおり正確にご記入ください。

提出方法	紙		
書類発行責任者	阿蘇 次郎	電話番号	096-333-****
担当者	天草 花子	電話番号	096-333-****

※上記事項に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

※よろしければ、通帳の写し（銀行（支店）名、口座名義、口座番号の記載のあるページ）の添付をお願いいたします。

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳）  
第5の6号様式（第8、13、15条関係）  
〔委任者作成様式〕

医療機関コード（記入不要）

## 委任状

年 月 日

委任者 〒

所在地 \_\_\_\_\_

医療機関等名 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

代表者氏名 \_\_\_\_\_

（自署又は記名押印）

私が熊本県から支払を受ける水俣病総合対策医療事業に係る療養費及び診療報酬明細書発行手数料の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

受任者（代理受領者）

〒

所在地 \_\_\_\_\_

電話番号 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

（個人の場合は氏名、法人の場合は商号等及び代表者職・氏名）

振込先金融機関

金融機関名 \_\_\_\_\_

支店名 \_\_\_\_\_

金融機関コード

--	--	--	--

支店コード

--	--	--

口座種別（○で囲む） 普通 ・ 当座

口座番号

--	--	--	--	--	--	--

（右づめ）

カナ \_\_\_\_\_

口座名義人

漢字 \_\_\_\_\_

※口座名義人欄は通帳の記載どおり正確にご記入ください。

※上記事項に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。

※よろしければ、通帳の写し（銀行（支店）名、口座名義、口座番号の記載のあるページ）の添付をお願いいたします。

# 記入例

事業（医療手帳・水俣病被害者手帳）  
8、13、15条関係）

〔委任者作成様式〕

医療機関コード（記入不要）

## 委任状

令和 5 年 9 月 1 日

委任者 〒862-8570  
所在地 熊本県熊本市中央区水前寺 6-18-1  
医療機関等名 県庁整骨院  
電話番号 096-333-\*\*\*\*  
代表者氏名 熊本 太郎 (自署又は記名押印)

私が熊本県から支払を受ける水俣病総合対策医療事業に係る療養費及び診療報酬明細書発行手数料の受領に関する一切の権限を下記の者に委任します。

受任者（代理受領者）

〒862-8570  
所在地 熊本県熊本市中央区水前寺 6-18-1  
電話番号 096-333-\*\*\*\*  
氏名 株式会社 水前寺 代表取締役 人吉 恵子  
(個人の場合は氏名、法人の場合は商号等及び代表者職・氏名)

振込先金融機関

金融機関名 ○○銀行 支店名 △△支店  
金融機関コード \* \* \* \* 支店コード \* \* \*  
口座種別 (○で囲む) 普通 ・ 当座  
口座番号 \* \* \* \* \* \* \* \* (右づめ)

カナ \*\*\*\*\*

口座名義人 漢字 \* \* \* \* \* \* \* \* \* \*  
※口座名義人欄は通帳の記載どおり正確にご記入ください。

※上記事項に変更が生じた場合は、速やかにご連絡ください。  
※よろしければ、通帳の写し(銀行(支店)名、口座名義、口座番号の記載のあるページ)の添付をお願いいたします。

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 水俣病被害者手帳
---------------	--------	------------

医療機関コード(記入不要)									
---------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

## 療養費支払請求書

年 月分

区 分		件 数 (件)	日 数 (日) 回 数 (回)	総療養費 (円)	療 養 費 請 求 額 (円)
入 院	療 養 費				
	食事療養負担金 又は入院時生活療養費				
	小 計				
入 院 外	療 養 費				
	小 計				
公費併用等					
療養費等小計 (入院+入院外)		件	日	円	円
診療報酬明細書 発行手数料(@220円)		件			円
合 計					円

注) 添付書類 診療報酬明細書等

熊本県知事 様

上記のとおり請求します。  
年 月 日

振込口座の変更 有 (←変更の場合○で囲んでください)  
※ 変更○の場合は、口座振込依頼書を提出してください。

【医療機関等】

所在地	(〒 )
医療機関名	
代表者氏名	
電話番号	
提出方法	紙
書類発行責任者	(電話番号)
担当者	(電話番号)

※太線枠内はすべて記入してください。

# 療養費支払請求書記入例

水俣病総合対策医療事業(医療手帳・水俣病被害者手帳)  
第4号様式(第8、13、15条関係)

いずれかに○をつけてください。  
両手帳分のレセプトがある場合は2枚に分けてご請求ください。

手帳区分	1 医療手帳	<input checked="" type="radio"/> 2 水俣病被害者手帳
○を付ける		

医療機関コード(記入不要)	記入不要です
---------------	--------

## 療養費支払請求書

請求対象月を記入してください。複数月ある場合は1月分毎に分けてご請求ください。

令和 5 年 10 月分

区 分	件数(件)	日数(日) 回数(回)	総療養費(円)	療 養 費 請 求 額(円)	
入 院	療 養 費				
	食事療養負担金 又は入院時生活療養費				
	小 計				
入 院 外	療 養 費	5	30	49,452	
	小 計	5	30	49,452	
公費併用等					
療養費等小計 (入院+入院外)		5 件	30 日	49,452 円	14,836 円
診療報酬明細書 発行手数料(@220円)		5 件			1,100 円
合 計					15,936 円

整骨院等通院だけの請求の場合は、「入院外」に記入してください。  
・件数：1月に施術した件数(=レセプト発行枚数)  
・日数(回数)：実日数の合計  
・総医療費：施術費の合計額(保険適用額+自己負担額)  
・療養費請求額：療養費自己負担額(レセプト1枚ごとに1円未満を切上げ)の合計

件数：レセプト発行枚数  
療養費請求額：件数×220円

注)添付書類 診療報酬明細書等

熊本県知事 様

上記のとおり請求します。  
令和 5 年 11 月 1 日

振込口座の変更 有 (←変更の場合○で囲んでください)  
※ 変更  の場合は、口座番号を記載してください。

### 【医療機関等】

所在地	(〒 802-0000) 熊本県熊本市中央区水前
医療機関名	県庁整骨院
代表者氏名	熊本 太郎
電話番号	096 - 333 - ****
提出方法	紙
書類発行責任者	阿蘇 次郎 (電話番号) 096-333-****
担当者	天草 花子 (電話番号) 096-333-****

○手書きに代えてゴム印等でも構いません。  
○代表者氏名には、医療機関を代表する柔道整復師名を記入してください。  
○押印は不要です。  
○書類発行責任者、担当者の氏名、連絡先を記入してください。(書類発行責任者は、代表者や経理部門の長など請求書の発行にあたり責任を有する者とし、担当者は、事務を担当する者としてします。(同じ人物でも可))

※太線枠内はすべて記入してください。