

熊本県公報

号外 第52号
平成17年10月12日(水)
(毎週 月・水・金発行)

目 次

告 示

○熊本県医療事業実施要項の全部を改正する要項……………(水俣病対策課) 1

告 示

熊本県告示第1202号の2

熊本県医療事業実施要項を次のように定める。
平成17年10月12日

熊本県知事 潮 谷 義 子

熊本県医療事業実施要項
熊本県医療事業実施要項(平成8年熊本県告示第55号)の全部を改正する。
(趣旨)

第1条 この要項は、水俣病にもみられる一定の症状を有する者に対し療養費、はり・きゅう施術・温泉療養費等を支給することにより、健康上の問題の軽減及び解消を図ることを目的とする事業に関し必要な事項を定めるものとする。

(医療手帳交付の対象要件該当者)

第2条 医療手帳交付の対象要件に該当する者は、次の要件のいずれかに該当することにより、通常のレベルを超えるメチル水銀の曝露を受けた可能性がある者であって、水俣病にもみられる四肢末梢優位の感覚障害(その原因が明らかであるものを除く。以下「特定症候」という。)を有すると認められる者とする。

(1) 別表に定める地域(以下「対象地域」という。)に昭和43年12月31日以前に相当期間居住しており、かつ、水俣湾又はその周辺の水域の魚介類を多食したと認められる者

(2) 昭和43年12月31日以前に、水俣湾又はその周辺の水域の魚介類を多食したと認められる者であって、知事が適当と認める者

2 前項の規定にかかわらず、次に掲げる者は、医療手帳交付の対象としない。

(1) 旧公害に係る健康被害の救済に関する特別措置法(昭和44年法律第90号)第3条第1項又は公害健康被害の補償等に関する法律(昭和48年法律第111号。以下「公健法」という。)第4条第2項の規定による水俣病に係る認定(以下「水俣病に係る認定」という。)を受けた者(水俣病の認定業務の促進に関する臨時措置法(昭和53年法律第104号)第5条第1項の規定により公健法による認定を受けたものとみなされた者を含む。)

(2) 水俣病にもみられる症候に関して損害賠償を得た者

(3) 水俣病に係る認定の申請をしている者

(4) 水俣病に係る認定に関する処分について不服申立てをしている者

(5) 水俣病に係る認定に関する処分の取消の訴えを提起している者

(6) 水俣病にもみられる症候に関して損害賠償を求める行為をしている者

(医療手帳の失効)

第4条 医療手帳は、医療手帳対象者が、次のいずれかに該当するに至ったときは、失効する。

(1) 第2条第2項第3号から第6号までに該当するとき。

(2) 特定症候の原因が明らかになったとき。

(3) 死亡したとき。

(4) 偽りその他不正の手段により療養費、はり・きゅう施術・温泉療養費又は療養手当(以下「療養費等」という。)の支給を受けたとき。

2 知事は、前項の規定により医療手帳が失効したときは、医療手帳対象者に対してその旨を通知するものとする。

(医療手帳の記載事項の変更の届出)

第5条 医療手帳対象者は、医療手帳に記載されている事項に変更を生じたときは、手帳記載事項変更届(別記第1号様式)に医療手帳を添付のうえ、速やかに知事に届け出て、変更事項の訂正を受けなければならない。

(医療手帳の再交付)

第6条 医療手帳対象者は、医療手帳をき損し、又は紛失したときは、手帳再交付申請書(別記第2号様式)を知事に提出し、再交付を受けるものとする。

- 2 医療手帳をき損した医療手帳対象者が前項の申請をしようとするときは、手帳再交付申請書に当該医療手帳を添付しなければならない。
- 3 第1項の規定により医療手帳の再交付を受けた医療手帳対象者は、紛失した医療手帳を発見したときは、速やかに当該医療手帳を返還しなければならない。
(医療手帳の返還等)
- 第7条 第4条第1項の規定により失効した医療手帳は、手帳返還届(別記第3号様式)により、速やかに知事に返還しなければならない。
 - 2 第4条第1項に該当するにも関わらず、療養費等の支給を受けた者は、それらを知事に返還しなければならない。
(療養費の支給)
- 第8条 知事は、医療手帳対象者(国民健康保険法(昭和33年法律第192号)の規定による被保険者、健康保険法(大正11年法律第70号)、船員保険法(昭和14年法律第73号)、国家公務員共済組合法(昭和33年法律第128号)、地方公務員等共済組合法(昭和37年法律第152号)又は私立学校教職員共済組合法(昭和28年法律第245号)の規定による被保険者又は被扶養者、老人保健法(昭和57年法律第80号)の規定による医療を受けている者及び介護保険法(平成9年法律第123号)の規定による要介護者又は要支援者に限る。)が医療機関(健康保険法に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法に規定する指定居宅サービス事業者を含む。)又は薬局(以下「医療機関等」という。)において特定症候に関連して医療保険各法、老人保健法又は介護保険法の規定による療養を受けたときは、その者に対し、当該療養に要した費用の額を限度として、療養費を支給する。ただし、法令により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けている者を除くものとする。
 - 2 前項の療養費の額は、「健康保険法の規定による療養に要する費用の額の算定方法(平成6年厚生省告示第54号)」、「入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準(平成6年厚生省告示第237号)」、「訪問看護療養費に係る指定訪問看護の費用の額の算定方法(平成6年厚生省告示第296号)」、「老人保健法の規定による医療に要する費用の額の算定に関する基準(平成6年厚生省告示第72号)」、「老人入院時食事療養費に係る食事療養の費用の額の算定に関する基準(平成6年厚生省告示第253号)」、「老人訪問看護療養費に係る指定老人訪問看護の費用の額の算定に関する基準(平成4年厚生省告示第29号)」、「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第19号)」及び「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準(平成12年厚生省告示第21号)」により算出した額の合計額から医療保険各法、老人保健法又は介護保険法の規定による療養に関する給付に関し保険者が負担すべき額を控除した額(老人保健法の規定による医療を受けた医療手帳対象者については、同法の規定による一部負担金、標準負担額及び基本利用料に相当する額)とする。
 - 3 医療手帳対象者は、医療機関等で特定症候に関連して療養を受けようとするときは、当該医療機関等に医療手帳を提出しなければならない。ただし、やむを得ない理由があるときは、この限りでない。
(医療機関等に対する療養費の支払等)
- 第9条 知事は、医療手帳対象者が医療機関等で療養を受けたときは、療養費として当該対象者に支給すべき額の限度において、その者が当該療養に関し当該医療機関等に支払うべき費用を、その者に代わり、当該医療機関等に支払うことができる。
 - 2 医療機関等は、医療手帳対象者が医療機関等で療養を受けたときは、療養の給付、老人医療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)、老人訪問看護療養費、訪問看護療養費等の請求に関する省令(平成4年厚生省令第5号)又は介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令(平成12年厚生省令第20号)の定めるところにより、療養費を請求するものとする。
 - 3 知事は、医療機関等に対する療養費の支払に関する事務を社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に委託することができるものとする。
 - 4 やむを得ない理由により、第2項の規定による請求を行うことができない医療機関等が療養費の支払を受けようとするときは、各月に行った第1項の療養について療養を行った月の翌月の10日までに次に掲げる書類により知事に提出しなければならない。
 - (1) 療養費支払請求書(別記第4号様式)又は介護保険関係療養費支払請求書(別記第5号様式)
 - (2) 診療報酬明細書又は訪問看護療養費明細書又は介護給付費明細書(以下「診療報酬明細書等」という。)
 - 5 知事は、前項の書類を受理したときは、適当であると認めた金額を、医療機関等に支払うものとする。
 - 6 第2項及び第4項の規定による支払があったときは、医療手帳対象者に対し、療養費の支給があったものとみなす。
 - 7 緊急その他やむを得ない理由により、前条第3項の規定による医療手帳の提出ができなかった医療手帳対象者が療養費の支給を受けようとするときは、次の申請書にそれぞれの書類を添付して知事に提出しなければならない。
 - (1) 療養費支給申請書(別記第6号様式)療養給付証明書(別記第7号様式)
 - (2) 療養費(はり・きゅう・マッサージ施術療養費)支給申請書(別記第8号様式)はり・きゅう・マッサージ施術証明書(別記第9号様式)保険医の同意書(正本、ただし2回目以降は同意記録に代えることができる。)
 - (3) 介護保険関係療養費支給申請書(別記第10号様式)介護保険関係療養給付証明

書（別記第11号様式）

（4）療養手当（介護老人保険施設関係）支給申請書（別記第12号様式）介護老人保健施設入所証明書（別記第13号様式）

8 知事は、前項の書類が提出されたときは、審査のうえ、適当と認めるときは、月を単位として支給するものとする。

（はり・きゅう施術・温泉療養費の支給）

第10条 知事は、医療手帳対象者が特定症候に関連して、はり師又はきゅう師（あん摩マツサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和22年法律第217号）により免許を受けたはり師又はきゅう師に限る。以下同じ。）から、はり又はきゅうの施術（第8条の療養費の支給の対象となる施術を除く。）を受けたとき及び温泉療養（温泉法（昭和23年法律第125号）第13条の規定により、知事の許可を受けた温泉利用施設における療養をいう。）を行ったときは、その者に対し、はり・きゅう施術・温泉療養費（宿泊料等を除く。）を支給する。

2 はり・きゅう施術・温泉療養費は、月を単位として支給し、1月につき7,500円を限度とする。

3 はり・きゅう施術・温泉療養費の支給を受けようとする医療手帳対象者は、はり・きゅう施術・温泉療養費支給申請書（別記第14号様式）及びはり・きゅう施術・温泉療養証明書（別記第15号様式）を知事に提出しなければならない。

4 知事は、前項の書類が提出されたときは、審査のうえ、適当と認めるときは、支給するものとする。

（療養手当の支給）

第11条 知事は、医療手帳対象者が特定症候に関連して次に掲げる療養を受けたときは、次に掲げる額を限度額として療養手当を支給する。

（1）入院したとき、介護保険法に規定する介護保健施設サービス（緊急時施設療養に限る）又は指定介護療養施設サービスを受けたとき 1月につき 23,500円

（2）通院、往診、訪問看護、介護保険法に規定する指定居宅サービス又は介護保健施設サービス（緊急時施設療養を除く。）を1日以上受けたとき（前号に該当する場合を除く。）次に掲げる区分に応じそれぞれ次に掲げる額

ア その者が70歳以上である場合 1月につき 21,200円

イ その者が70歳未満である場合 1月につき 17,200円

2 療養手当は、月を単位として支給するものとする。

（診療報酬明細書発行手数料の支払）

第12条 知事は、医療機関等が第9条第4項の申請に当たり診療報酬明細書等を作成したときは、診療報酬明細書等1件当たり210円を当該医療機関等に支払うものとする。

（保健手帳交付の対象要件該当者）

第13条 保健手帳交付の対象要件に該当する者は、第2条第1項第1号又は第2号のいずれかに該当することにより、通常のレベルを超えるメチル水銀の曝露を受けた可能性がある者であって、別に定める水俣病にもみられる神経症状（その原因が明らかである者を除く。以下「指定症状」という。）を有すると認められる者とする。

2 第2条第2項の規定は、保健手帳の交付の対象について準用する。ただし、第2条第2項第3号から第6号までに該当する者から、当該規定に該当しなくなった旨の申立てがあったときは、保健手帳の交付の対象とする。

（保健手帳交付の対象者の決定及び保健手帳の交付）

第14条 保健手帳の交付を受けようとする者は、保健手帳交付申請書（別記第16号様式）を知事に提出しなければならない。

2 前項の申請には、次の書類を添付しなければならない。ただし、以前に保健手帳を交付されていた者については、第2号から第4号までの書類は添付することを要しない。

（1）住民票の写し

（2）戸籍の附票又は消除された戸籍の附票（昭和43年以前の居住歴が分かるもの）

（3）魚介類摂取等申立書（別記第17号様式）

（4）指定症状についての、知事が定める要件に該当する医師の、所定の記載事項を満たす「検査所見書」（別記第18号様式）、又はそれに準ずると知事が認める資料

3 前項第4号の知事が定める要件に該当する医師は、次の要件を満たす医師とする。

（1）現在、神経内科、神経科又は精神科を標榜している医療機関に在籍し、かつ、一定の施設基準を満たす医療機関に3年以上在籍した経験を有し、かつ、1年以上の臨床神経学的診療経験を有する者

（2）水俣病患者の診断について相当程度の経験を有する者

4 第2項第4号の「検査所見書」に準ずると知事が認める資料は、次の資料とする。

（1）水俣病に係る認定の申請に対する審査に供された検診資料

（2）その他知事が「検査所見書」に準ずると認める資料

5 知事は、第1項の申請書が提出されたときは、審査（第2項ただし書きの場合を除く。）のうえ前条の要件を満たすと認めるときは、保健手帳の交付対象者として決定し、保健手帳を交付する。

6 知事は、前号の審査を行うにあたっては、あらかじめ、医学的見識を有する者の意見を聴くことができる。

7 前条第2項ただし書きに該当する者は、保健手帳留保要件非該当申立書（別記第19号様式）を知事に提出するものとする。

8 知事は、前項の申立書が提出されたときは、確認のうえ保健手帳を交付する。

- 9 第1項の申請に対して第5項の審査で非該当となった者は、当該申請時と症状に変化が生じた場合等には、再度、第1項の申請をすることができる。
- 10 保健手帳は、手帳の交付を受けた日の属する月の翌月から効力を有する。
- 11 申請者は保健手帳を受領したときは、保健手帳受領書（別記第20号様式）を知事に提出しなければならない。
- 12 第4条、第5条、第6条及び第7条の規定は、保健手帳について準用する。この場合において、第4条第1項第2号中「特定症候」とあるのは「指定症状」と、第4条第1項第4号中「療養費、はり・きゅう施術・温泉療養費又は療養手当（以下「療養費等」という。）」とあるのは「療養費又ははり・きゅう施術・温泉療養費」と読み替えるものとする。

（療養費、はり・きゅう施術・温泉療養費等の支給）

第15条 第8条の規定は、保健手帳に準用する。この場合において、同条中「医療手帳対象者」とあるのは「保健手帳対象者」と、「特定症候」とあるのは「指定症状」と読み替えるものとする。

2 第9条の規定は、第7項第4号を除き、保健手帳に準用する。この場合において、同条中、「医療手帳対象者」とあるのは「保健手帳対象者」と読み替えるものとする。

3 第10条の規定は、保健手帳に準用する。この場合において、同条中、「医療手帳対象者」とあるのは「保健手帳対象者」と、「特定症候」とあるのは「指定症状」と読み替えるものとする。

4 第12条の規定は、保健手帳に準用する。

（療養費等、はり・きゅう施術・温泉療養費の支給申請の期限）

第16条 第9条第4項及び第7項、第10条、第11条並びに第15条の給付請求は、療養を受けた日の属する月の翌月から2年を経過したときは、することができない。

（報告及び立入調査）

第17条 知事は、この要項の適正な運営を図る必要があると認めるときは、医療手帳対象者、保健手帳対象者、医療機関等、はり師、きゅう師若しくはあん摩マッサージ指圧師又は温泉施設に対し必要な報告を求め、又は立入調査を実施することができる。この場合において、交付申請者に対しては、検査所見書を作成した医師の要件に係る証明書類の提出を求めることができる。

2 知事は、医療手帳対象者、保健手帳対象者、医療機関等、はり師、きゅう師若しくはあん摩マッサージ指圧師又は温泉施設が正当な理由なく前項の立入調査に応じず、若しくは虚偽の報告をした場合又は著しい不正が発覚した場合は、療養費等、はり・きゅう施術・温泉療養費又は医療費の支払を停止し、又は医療手帳対象者及び保健手帳対象者から除外することができる。

（申請の管轄区分）

第18条 申請に当たり、熊本県及び鹿児島県のそれぞれにおいて、昭和43年12月31日以前に対象地域に居住したことがある者については、昭和43年12月31日以前で同日の直近の日に居住していた対象地域を管轄する県の知事に申請するものとする。

2 前項の申請については、対象地域を管轄する市町を経由することができる。

（非該当理由の説明）

第19条 第14条第5項の決定を受けられなかった者は、その理由の説明を求めることができる。

（雑則）

第20条 この要項に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

1 この要項は、平成17年10月13日から施行する。

2 改正後の第10条、第11条及び第15条の規定は、平成17年12月1日以後の療養について適用し、同日前の療養については、なお従前の例による。

3 第14条第1項の申請については、平成17年10月13日から受付を開始するものとし、その日から5年間を目途として、申請状況等を勘案し、その目的を達成したと環境大臣が認めるときに終了するものとする。

4 この要項の適用前に失効した保健手帳については、第13条第2項ただし書きの規定は適用しない。

別表

- 1 水俣市のうち大字大川、久木野、越小場、古里、石坂川、葛渡及び湯出を除いた地域
- 2 芦北町のうち大字鶴木山、計石、道川内、乙千屋、女島、白岩、佐敷、芦北、花岡、湯浦、宮崎、豊岡、大川内、田浦、田浦町、小田浦、海浦、波多島及び井牟田の地域
- 3 津奈木町全町
- 4 御所浦町全町
- 5 八代市のうち二見洲口町
- 6 上天草市のうち龍ヶ岳町大道の地域

備考 この表に掲げる区域の名称は、平成17年10月13日においてそれらの名称を有する市町の同日における区域によって示された地域を示し、その後におけるそれらの名称の変更又はそれらの名称を有するものの区域の変更によって影響されるものではない。

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）
別記第1号様式（第5条関係）

手帳記載事項変更届

年 月 日

熊本県知事 様

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 保健手帳
---------------	--------	--------

届出者 住所
又は
代理人 氏名

代理人：電話〔 () 〕

届出者との関係 ()

次のとおり手帳記載事項の変更を届け出ます。

受給者番号			手帳記載 の氏名		
住所変更の場合	旧				
	新	〒 電話			
	変更年月日		年	月	日
氏名変更の場合	旧				
	新	ふりがな			
	変更年月日		年	月	日
変更の理由					

注) 1 現在所持している手帳※1を添付してください。
2 事由を証明する住民票の写し※2を添付してください。

- ※1 通院等により手帳の添付が困難な場合は、手帳の写しを添付し、記載事項が変更された手帳が交付された後、速やかに変更前の手帳を返還してください。
- ※2 住民票の写しについては、住所変更の場合は旧住所がわかるものを、氏名変更の場合は旧氏名がわかるものを添付してください。

水保病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）
別記第2号様式（第6条関係）

手 帳 再 交 付 申 請 書

年 月 日

熊本県知事 様

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 保健手帳
---------------	--------	--------

申請者 住所
又は
代理人 氏名 印

代理人：電話〔 （ ） 〕

届出者との関係（ ）

次のとおり、手帳の再交付を申請します。

受給者番号		ふりがな 氏 名				
住 所	〒 電話					
生 年 月 日	明・大・昭	年	月	日	性別	男・女
再交付申請 の理由	1 紛失 2 き損 3 その他（ ）					

注) 1 紛失した手帳を発見した場合は、速やかにその手帳を返還してください。
 2 手帳をき損した場合は、そのき損した手帳※を添えて提出してください。
 ※通院等により手帳の添付が困難な場合は、手帳の写しを添付し、手帳が再交付された後、速やかにき損した手帳を返還してください。

水保病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）
別記第3号様式（第7条関係）

手 帳 返 還 届

年 月 日

熊本県知事 様

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 保健手帳
---------------	--------	--------

届出者 住所

又は

代理人 氏名

代理人：電話〔 () 〕

届出者との関係 ()

次のとおり手帳を返還します。

受給者番号		氏名	
住 所	〒		
生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日	性別 男・女
返 還 の 理 由	1 死 亡（死亡日：平成 年 月 日） 2 その他（ ）		

注） 不要になった手帳を添えて提出してください。

水保病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）
別記第4号様式（第9、16条関係）

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 保健手帳
---------------	--------	--------

医療機関コード							
---------	--	--	--	--	--	--	--

療養費支払請求書

年 月 分

区 分		件数 (件)	日数 (日)	点数 (点)	療 養 費 額 (円)	
入 院	療養費					
	食事費負担金	/		/		
	小 計					
入 院 外	国 保					
	社保本人					
	社保家族					
	退職者					
	退職者家族					
	前 期 高齢者	1割				
		2割				
	老 人 保 健	1割				
		2割				
	公費 併用 等					
小 計						
療費等小計 (入院+入院外)		件	日	点	円	
診療報酬明細書 発行手数料		件	/	/	円	
合 計		/	/	/	円	

注) 添付書類 診療報酬明細書等

上記のとおり請求します。

年 月 日

医療機関 所在地 (〒)

法人名

施設名

電 話

代表者名

熊本県知事 様

印

水保病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）
別記第5号様式（第9、16条関係）

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 保健手帳
---------------	--------	--------

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

介護保険関係療養費支払請求書

年 月分

	区 分	件 数(件)	日 数(日)	点 数(点)	請 求 額 (円)
居宅サービス	訪 問 看 護				
	訪問リハビリテーション				
	通所リハビリテーション				
	居宅療養管理指導				
	短期入所療養介護				
施設サービス	介護保健施設サービス (緊急時施設療養費)				
	介護療養施設サービス				
	サービス費用等合計	/	/	/	
	介護給付費明細書発行 手数料 (@210円)				
	合 計	/	/	/	

注) 添付書類 介護給付費明細書等

上記のとおり請求します。

年 月 日

事 業 所 名 称

所 在 地 〒

電 話

開 設 者 氏 名

印

熊 本 県 知 事 様

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）
別記第6号様式（第9、16条関係）

療 養 費 支 給 申 請 書

年 月 分

療養費申請額		(記入不要) 決 定 額	
--------	--	-----------------	--

療養費の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。
年 月 日

申請者 { 住 所 (〒)
氏 名 印
電話番号

手帳区分 ○をつける	1 医療手帳	2 保健手帳
---------------	--------	--------

熊本県知事 様

受給者番号	
-------	--

別記第7号様式（第9、16条関係）

[以下医療機関が記入]

療 養 給 付 証 明 書

年 月 分

患 者 氏 名		男 女	住 所			
生 年 月 日	明・大・昭	年 月 日				
傷 病 名	(1)	保 険 の 種 別	(本人・被扶養者)	診 療 実 日 数	入 院 日	
	(2)			外 来 日		
	(3)	他 制 度 通 用 状 況	/			
療 養 に 要 した 費 用	総療養費 (レセプト請求点数×10円)					円
	保険診療に係る自己負担金額 (合計)					円
	内 訳	療 養 費				円
		入院時食事療養費	円			

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

年 月 日

医療機関コード						
---------	--	--	--	--	--	--

医療機関 { 所在地 (〒)
名 称
電話番号
開設者氏名 印

(注)裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

◎記入上の注意

【申請書】について

- 1 「療養費申請額」欄は、医療機関で負担された保険診療に係る自己負担金額についてのみ記入してください。
(保険診療外の費用については、水保病総合対策医療事業(医療手帳・保健手帳)の対象となりません。)
- 2 高額療養費支給制度により、保険者から払い戻される金銭については、保険者あて請求してください。
(自己負担限度額の範囲で支給します。)

【証明書】について

- 1 「保険の種別」欄は、具体的な名称を記入してください。
(例) 国保、退職者国保(被扶養者)、中央建設国保(本人)等。
なお、生活保護受給中の場合はその旨ご記入ください。
- 2 「療養に要した費用」欄については、保険診療に係る自己負担金額で、他制度適用後の自己負担金額について、記入してください。
※他制度…生活保護法、身障者福祉法や特定疾患治療研究事業
- 3 保険診療外の自己負担金額については、対象となりません。
- 4 医療機関で発行された領収書で、保険適用・適用外の自己負担金額が確認できる場合に限って、証明の必要はありません。
(領収書添付で可)

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）
別記第8号様式（第9、16条関係）

保険適用分

療養費（はり・きゅう・マッサージ施術療養費）支給申請書

申請額		(記入不要) 決定額	
	円		円

療養費（はり・きゅう・マッサージ施術療養費）の支給を受けたいので、下記証明を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住 所：

氏 名：

印

電話番号： ()

熊 本 県 知 事 様

生年月日： 明・大・昭 年 月 日

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 保健手帳
---------------	--------	--------

受給者番号	
-------	--

- 注) ①申請額は、保険で定められた施術料金の自己負担分です。
 ②初回の申請は保険医の同意書（正本）を添付してください。
 ③8回以上施術した場合は、複数枚提出してください。

別記第9号様式（第9、16条関係）

〔以下施術機関が記入〕

はり・きゅう・マッサージ施術証明書

対象者 氏 名			住 所				
傷病名			保険の 種 別				
施術日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併 用	4 マッサージ	領収額	円
施術日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併 用	4 マッサージ	領収額	円
施術日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併 用	4 マッサージ	領収額	円
施術日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併 用	4 マッサージ	領収額	円
施術日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併 用	4 マッサージ	領収額	円
施術日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併 用	4 マッサージ	領収額	円

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

免許番号（はり・きゅう・マッサージ）

所在地（〒）

施術機関名

電話番号

開設者氏名

印

同意 記録	同意医師の氏名	住 所	同 意 年 月 日	傷病名	要加療期間
			年 月 日		

(注) ① 保険医の同意について同意記録に記入してください。

(新)
水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保険手帳）
別記第10号様式（第9、16条関係）

介護保険関係療養費支給申請書

年 月 分

療養費申請額		(記入不要) 決定額	
--------	--	---------------	--

療養費の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 日 (〒)

申請者 { 住 所
氏 名 印
電話番号

熊 本 県 知 事 様

手帳区分 ○をつける	1 医療手帳	2 保健手帳
---------------	--------	--------

受給者番号	
-------	--

別記第11号様式（第9、16条関係）

[以下介護事業所が記入]

介護保険関係療養給付証明書

年 月 分

対象者名 氏 名		男 女	住 所			
生年月日	明・大・昭	年 月 日				
給付内容	(1)	(介護状態区分) 要支援 1 2 3 4 5	サービス 提供日	居宅 施設	日	日
	(2)	(他制度適用状況)	/			
	(3)					
	(4)					
	(5)					
療養に した 費用	総 額	円				
	利用者負担額 (保険適用分のみ)	円				

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

年 月 日

事業所番号									
-------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

事業所 名 称 〒
所在地
電 話
開設者 氏 名 印

(注)裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

◎記入上の注意

【申請書】について

1 「療養費申請額」欄は、介護サービスを受けられた際に負担された自己負担金額のうち、水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）において給付対象となるサービス（※1）の自己負担分のみを記入してください。

※1 水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）の対象サービス
訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導の一部、通所リハ、短期入所療養介護
介護保健施設サービス（緊急時施設療養費に限る。）、介護療養施設サービス（居住費及び食費は含みません。）

2 住所、氏名、受給者番号を記入のうえ、必ず押印してください。

3 自己負担限度額を超える自己負担金が発生した場合は、高額サービス費として保険者へ請求すると払戻しがありますので、その分は保険者あて請求してください。
（水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）では自己負担限度額の範囲内で支給します。）

◎記入上の注意

【証明書】について

1 水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）において給付対象となる介護サービス（※1）についてのみ記入してください。

※1 水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）の対象サービス
訪問看護、訪問リハ、居宅療養管理指導の一部、通所リハ、短期入所療養介護
介護保健施設サービス（緊急時施設療養費に限る。）、介護療養施設サービス（居住費及び食費は含みません。）

2 「給付内容」欄は、具体的なサービスの名称を記入してください。

（例）訪問看護、訪問リハ等

3 「他制度適用状況」欄は、対象者が他の公費負担制度の適用を受けている場合のみ、その名称を記入してください。

※他制度…生活保護法、結核予防法、身障者福祉法、特定疾患治療研究事業等

4 「療養に要した費用」欄については、介護保険適用分の利用者負担額を記入してください。なお、他制度の適用がある場合は、他制度適用後の利用者負担金額について記入してください。

5 事業者が発行した領収書（原本）で、保険適用・適用外の利用者負担金額等が確認できる場合に限って、証明の必要はありません。（領収書添付で可）

水俣病総合対策医療事業（医療手帳）
別記第12号様式（第9条関係）

療養手当（介護老人保健施設関係）支給申請書

年 月分

療養手当申請額		(記入不要) 決定額	円
---------	--	---------------	---

療養手当の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請者	住 所	印
	氏 名	
	電話番号	
	受給者番号	

熊 本 県 知 事 様

[以下介護事業所が記入]

別記第13号様式（第9条関係）

介護老人保健施設入所証明書

年 月分

対象者名 氏 名		男 女	住 所	
生年月日	明・大・昭 年 月 日		要介護状態区分	要支援 1 2 3 4 5
入所日数	日 間			

上記のとおり当施設に入所していたことを証明します。

年 月 日

事業所 名 称

所在地 〒

電話番号

開設者の氏名又は名称

印

(注)裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

◎記入上の注意

【申請書】について

- 1 この申請書は、水俣病総合対策医療事業の医療手帳をお持ちの方が介護老人保健施設に入所されたときに療養手当を請求するためのものです。他の介護サービスを受けられた方は記入の必要はありません。

- 2 「療養手当申請額」欄は、下記の金額を記入してください。
 - ① 70歳未満・・・17,200円
 - ② 70歳以上・・・21,200円

- 3 住所、氏名、受給者番号を記入のうえ、必ず押印してください。

◎記入上の注意

【証明書】について

この証明書は、水俣病総合対策医療事業の医療手帳をお持ちの方が介護老人保健施設に入所されたときに療養手当を請求するためのものです。他の介護サービスを受けられた方は記入の必要はありません。

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・保健手帳）
別記第14号様式（第10、17条関係）

保険適用外分

はり・きゅう施術費・温泉療養費支給申請書

年 月 日

申請額	円	(記入不要) 定額	円
-----	---	--------------	---

はり・きゅう施術費・温泉療養費の支給を受けたいので、下記証明を添えて申請します。
年 月 日

申請者 住 所:

氏 名:

印

電話番号: ()

熊本県知事 様

生年月日: 明・大・昭 年 月 日

手帳区分 ○を付ける	1 医療手帳	2 保健手帳
---------------	--------	--------

受給者番号	
-------	--

別記第15号様式（第10条関係）

[以下施術・温泉機関が記入]

はり・きゅう施術・温泉療養証明書

対象者 氏名	住所						
証 明 欄 1	給付日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併用	4 温泉療養 (温泉入浴)	領収額 円
	施術・温泉機関名 住 所 電話番号 免許番号(はり きゅう 温泉利用許可番号())		氏名		印		
証 明 欄 2	給付日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併用	4 温泉療養 (温泉入浴)	領収額 円
	施術・温泉機関名 住 所 電話番号 免許番号(はり きゅう 温泉利用許可番号())		氏名		印		
証 明 欄 3	給付日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併用	4 温泉療養 (温泉入浴)	領収額 円
	施術・温泉機関名 住 所 電話番号 免許番号(はり きゅう 温泉利用許可番号())		氏名		印		
証 明 欄 4	給付日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併用	4 温泉療養 (温泉入浴)	領収額 円
	施術・温泉機関名 住 所 電話番号 免許番号(はり きゅう 温泉利用許可番号())		氏名		印		
証 明 欄 5	給付日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併用	4 温泉療養 (温泉入浴)	領収額 円
	施術・温泉機関名 住 所 電話番号 免許番号(はり きゅう 温泉利用許可番号())		氏名		印		
証 明 欄 6	給付日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併用	4 温泉療養 (温泉入浴)	領収額 円
	施術・温泉機関名 住 所 電話番号 免許番号(はり きゅう 温泉利用許可番号())		氏名		印		
証 明 欄 7	給付日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう 併用	4 温泉療養 (温泉入浴)	領収額 円
	施術・温泉機関名 住 所 電話番号 免許番号(はり きゅう 温泉利用許可番号())		氏名		印		

◎ 記入上の注意

- 1 「受給者番号」欄は、あなたの手帳に記載された受給者番号を記入してください。
- 2 支給総額は、はり、きゅう、はり・きゅう併用、温泉療養併せて1ヶ月につき7,500円が限度です。
申請額は、7,500円と実際の支払額のうち少ない金額を記入してください。
- 3 はり、きゅう、はりきゅう併用は健康保険が適用されないものが対象です。
- 4 温泉療養における療養とは、温泉法（昭和23年法律第125号）第13条（温泉の利用の許可）の規定により知事の許可を受けた温泉利用施設における入浴料のみが対象となります。

水俣病総合対策医療事業（保健手帳）
別記第16号様式（第14条関係）

保 健 手 帳 交 付 申 請 書

平成 年 月 日

熊本県知事 様

申請者 住所

又は

代理人 氏名

印

代理人：電話〔 () 〕

申請者との関係 ()

下記のとおり、保健手帳の交付を申請します。

保健手帳の 交付を 受けようと する者	住 所	〒 電話 ()			
	(フリガナ)	-----		旧姓 (※1)	-----
	氏 名				
	生年月日	明・大・昭	年 月 日生	性別	男・女

※1) 以前水俣病に係る認定申請を行った後、姓が変わった方は必ず旧姓を御記入下さい。

【あてはまるところに○を付けてください】

質 問 項 目			※2
① 現在、水俣病に係る認定申請をしていますか。	はい	いいえ	
	時期 年 月頃	提出先：熊本県・鹿児島県	
② 現在、水俣病に係る認定に関する処分について不服申立てをしていますか。	はい	いいえ	
③ 現在、水俣病に係る認定に関する処分の取消の訴えを提起していますか。	はい	いいえ	
④ 現在、水俣病にもみられる症候に関して、裁判等損害賠償を求める行為をしていますか。	はい	いいえ	
⑤ 以前、保健手帳を所持していたことがありますか。	はい	いいえ	

※2の欄は記入しないで下さい。

添付資料

(1)住民票の写し	
(2)戸籍の附票または消除された戸籍の附票(昭和43年12月31日以前の居住地が分かるもの)	
(3)魚介類摂取等申立書	
(4)医師が記載した検査所見書	

(添付資料については、裏面をお読み下さい)

〔添付資料に関する注意事項〕

- 1 過去に保健手帳の交付を受けられたが、現在保健手帳が使えなくなっている方は、「戸籍の附票又は消除された（以前の）戸籍の附票」、「魚介類摂取等申立書」及び「検査所見書」を用意される必要はありません。
- 2 水俣病に係る認定申請を行い、その際に住民票の写しを付けて出された方で、それ以降住所変更のない（住民票も移転していない）方は、今回の保健手帳の申請の際に住民票の写しの添付は不要です。
- 3 昭和43年以前から現在の住所にお住まいの方で、住民票も移転していない方は、戸籍の附票の添付は原則不要です。
- 4 消除された（以前の）戸籍の附票が市町村に保存されていない場合には、添付の必要はありません（市町村から返還された「廃棄済」等と記載された戸籍の附票交付申請書又は市町村から交付された「廃棄証明」を添付して下さい）。

水俣病総合対策医療事業(保健手帳)
別記17号様式(第14条関係)

魚 介 類 摂 取 等 申 立 書

1 昭和43年12月31日以前の居住状況 (住民票上の住所をご記入下さい)

居 住 時 期	住 所	職 業
出生から 昭和 年 月 日		
昭和 年 月 日～昭和 年 月 日		
昭和 年 月 日～昭和 年 月 日		
昭和 年 月 日～昭和 年 月 日		
昭和 年 月 日～昭和 年 月 日		

※対象地域に居住歴のない方であって、対象地域との関わりがある方は、以下に記入してください。

(1) 対象地域の名称 (市・町)

※可能であれば字名迄、御記入下さい。

(2) 内容 ア:仕事に行った イ:学校に行った ウ:知人・親戚の所に行った
エ:買い物に行った オ:その他()

(3) 回数 1年に()ヶ月程度、又は1月に()日程度行った。

(注)対象地域:(1) 水俣市のうち大字大川、久木野、越小場、古里、石坂川、葛渡及び湯出を除いた地域

(2) 芦北町のうち大字鶴木山、計石、道川内、乙千屋、女島、白岩、佐敷、芦北、花岡、湯浦、宮崎、豊岡、大川内、田浦、田浦町、小田浦、海浦、波多島及び井牟田の地域 (3) 津奈木町全町

(4) 御所浦町全町 (5) 八代市のうち二見洲口町 (6) 上天草市のうち龍ヶ岳町大道の地域

2 昭和43年12月31日以前の魚介類摂取状況

1 主な入手方法	(1) 自家 (2) 親戚 (3) 知人 (4) 行商人 (5) その他() ※(2)~(5)の場合、その方の住所・所在地(可能であれば字名迄)を、以下に御記入下さい。 (市・町)
2 摂取状況	(1) 毎日 朝・昼・晩 中皿にして 杯くらい (2) 日おき 朝・昼・晩 中皿にして 杯くらい (3) 殆ど食べなかった
3 家族等の漁業協同組合加入の有無 (本人、家族、親戚等)	(1) 有 ①加入者氏名: (申立者との関係) ②漁協名: ③加入期間:昭和 年 月 ~ 昭和・平成 年 月 (2) 無
4 家族等の水俣病認定、医療手帳・保健手帳対象状況	水俣病認定者 (1) 有 (関係) (2) 無 医療手帳所持者 (1) 有 (関係) (2) 無 保健手帳所持者 (1) 有 (関係) (2) 無 ※「家族等」には、親戚、知人、行商人等を含み、可能な範囲で御記入下さい。 また上記の水俣病認定者等には、亡くなられた方や失効された方も含みます。

※1~4については、該当するかこの番号に○をつけて下さい。

居住状況及び魚介類の摂取状況について、上記のとおり相違ないことを申し立てます。

平成 年 月 日

申立者 { 住 所
氏 名 印

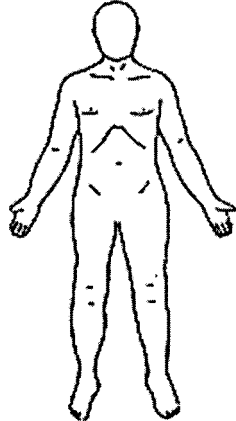


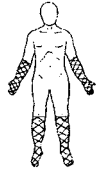
代理人 { 住 所
氏 名 印
電 話 [()]
(本人との関係)

※代理者が記入する際は、ご本人から聞き取った内容をご記載ください。

熊本県知事 様

水俣病総合対策医療事業(保健手帳)
別記第18号様式(第14条関係)

検 査 所 見 書

氏 名		性 別	男・女
住 所			
生年月日	明治・大正・昭和	年	月 日 (歳)
感覚障害に関する検査所見		<p>※感覚検査(触覚・痛覚についての検査)結果の記入方法</p> <ul style="list-style-type: none"> ・触覚低下部位を / / / / / で表示 ・痛覚低下部位を \ \ \ \ \ で表示 <p>※表示方法の例</p> <div style="display: flex; justify-content: space-around; align-items: flex-end;"> <div style="text-align: center;">  <small>触覚のみ 低下の場合</small> </div> <div style="text-align: center;">  <small>痛覚のみ 低下の場合</small> </div> <div style="text-align: center;">  <small>触覚・痛覚共に 低下の場合</small> </div> </div>	
自覚症状を記載) (問診により その他神経症状	<input type="checkbox"/> しびれ () <input type="checkbox"/> ふるえ () <input type="checkbox"/> カラス曲がり(こむらがえり)・痙攣 () <input type="checkbox"/> 見える範囲が狭い・はっきり見えない () <input type="checkbox"/> 耳が遠い・耳鳴り () <input type="checkbox"/> 味覚・嗅覚異常 () <input type="checkbox"/> 言葉を正確に発せない () <input type="checkbox"/> めまい・立ち眩み () ()内には具体的な内容・症状を記入してください <input type="checkbox"/> つまずきやすい・ふらつく () <input type="checkbox"/> 物を落としやすい・手足の脱力感 ()		
現病歴		既往症	
家族歴			
備 考			
上記のとおり証明します		検査年月日	平成 年 月 日
(病院の名称、所在地) (電話番号及び医師の氏名) (医師氏名)		印	
(検査所見書に係る医師の要件(裏面参照・該当するほうに○を付けてください))		1 ・ 2	

- ※ 1 本検査所見書をご記入後は、封筒に入れ、封をしてから受診者にお渡しください。
- ※ 2 以前に水俣病に係る認定申請のために、同様の検査を受けたことのある受診者の場合は、過去の診療録などから所見を転記していただいても、差し支えありません。なお、その場合は検査年月日とは別に、本所見書記載日を以下に記載してください。(平成 年 月 日)
- ※ 3 裏面もご覧ください。

検査をされる先生方へ

本検査所見書について

水俣病発生地域において、過去に通常レベルを超えるメチル水銀の暴露を受けた可能性があり、水俣病にもみられる一定の症状を有する方々は、保健手帳の交付を受け、医療費の自己負担分等の支給を受けることが出来ます。本検査所見書は、この保健手帳交付に係る審査を行う際に用いられます。

保健手帳の交付対象

水俣病発生地域において、過去に通常レベルのメチル水銀の暴露を受けた可能性があり、下記の①または②に該当する方が、交付の対象となります。

- ① 四肢末梢優位の感覚障害（触覚、痛覚ともに低下）を有する。
- ② 全身性の感覚障害（痛覚、触覚ともに又はそのいずれかが低下）または四肢末梢優位の乖離性感覚障害（触覚、痛覚のいずれかが低下）を有し、かつ、その他の水俣病にも見られる神経症状（オモテ面の「その他神経症状」のいずれか）を有する。

検査所見書の記入上のご注意

1 <検査方法>

検査の際は、受診者を閉眼させて行ってください。また、受診者の精神状態や疲労の程度には、常に配慮して下さい。交付要件に該当するか否かにつきましては、県において総合的に審査いたします。

2 <「感覚障害に関する検査所見」の記入方法>

表記の人形図に以下の内容に従って記入してください。

(1) 感覚障害（触覚・痛覚）の検査方法について

まず先に、触覚の検査から、次に痛覚の検査を実施して下さい。

① 触覚の検査

柔らかい毛筆等ではじめは軽く触ってみて、それが判らないときには、少しなでるようにして下さい。

② 痛覚の検査

先のとがった痛覚検査の器具を用い、なるべく同じ強度で、軽くつついて下さい。頭から足先まで最初に大まかに行い、左右上下を比較して下さい。痛覚障害部位を見いだしたら、障害部位から正常部位に向かって検査をさせると、境界を決めやすいと言われています。

(2) 感覚障害の表示方法について

///// 触覚低下（鈍麻）のある部位を示します。

\\\\\\\\ 痛覚低下（鈍麻）のある部位を示します。

3 <「その他神経症状」の記入方法>

問診により得られた受診者の方の自覚症状を記入して下さい。

<検査所見書を作成することの出来る医師の要件について>

以下の1、2のいずれかを満たす先生が、本検査所見書をご作成いただけます。

- 1 現在、神経内科、神経科又は精神科を標榜している医療機関に在籍しており、一定の施設基準*を満たす医療機関に3年以上在籍した経験を有し、かつ、1年以上の臨床神経学的診療経験を有する医師

*一定の施設基準とは、原則として、1年間の神経疾患の入院患者が100人以上の施設とし、病院に臨床神経学的検査設備（脳波、筋電図、神経放射線学的検査など）を有し、定期的に神経カンファランス（臨床またはCPC）を行い、神経疾患の剖検を行っているところ

- 2 水俣病の診断について相当程度の経験を有する医師

本検査所見書に係る照会先：熊本県環境生活部水俣病対策課 096-383-1111（代表）

（※）なお、「検査所見書の記入上のご注意」等に関する医学的なご質問については、環境省（特殊疾病対策室：03-5521-8257）までお問い合わせ下さい。

水俣病総合対策医療事業（保健手帳）
別記様式第19号（第14条関係）

保健手帳 留保要件 非該当申立書

平成 年 月 日

熊本県知事 様

申立者 住所
又は
代理人 氏名

印

代理人：電話〔 () 〕
申立者との関係〔 () 〕

以下のとおり留保要件に該当しなくなりましたので申し立てます。

手帳交付申請日 申請番号 住所 フリガナ 氏名 留保とされていた理由	平成 年 月 日 第 号 県 市（ 郡 町） 番地 <input type="checkbox"/> (1) 現在、水俣病に係る認定申請をしている為。 <input type="checkbox"/> (2) 現在、水俣病に係る認定に関する処分について不服申立てをしている為。 <input type="checkbox"/> (3) 現在、水俣病に係る認定に関する処分の取消の訴えを提起している為。 <input type="checkbox"/> (4) 現在、水俣病にもみられる症候に関して裁判等損害賠償を求める行為をしている為。
該当しなくなった時期	平成 年 月 日
該当しなくなった理由 (○を付けてください)	上記留保とされていた理由については 取り下げた ・ 却下または棄却処分を受けた ので、この申立て時点では上記(1)～(4)の行為を行っていない。

- ※・留保要件に該当しなくなったことを証するもの（例：取り下げ書等）の写しを添付して下さい。
 ・保健手帳を申請された時の住所と現在の住所が異なる方は、住民票の写しを添付して下さい。

水俣病総合対策医療事業（保健手帳）
別記第20号様式（第14条関係）

保健手帳受領書

熊本県から交付された保健手帳を受領しました。
なお、私が受けるべき療養費等については下記の預金口座に振り込みをお願いします。

年 月 日

受給者番号	
-------	--

住 所

氏 名

印

記

名 称	銀行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農協・漁協
支 店 名	支 店
預 金 の 種 類	普通預金・当座預金
口 座 番 号	
ふりがな 口 座 名 義 人	

(注)・郵便局以外の金融機関の口座を記入して下さい。

- ・口座は本人名義に限ります。
- ・次の①～④に掲げる方は、保健手帳が失効しますので療養費等の振込が行えません。
 - ① 水俣病に係る認定の申請をしている方
 - ② 水俣病に係る認定に関する処分について不服申立てをしている方
 - ③ 水俣病に係る認定に関する処分の取消の訴えを提起している方
 - ④ 水俣病にもみられる症候に関して損害賠償を求める行為をしている方

