先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則

（目的）

第一条　この規則は，先天性血液凝固因子障害等の患者に対し，先天性血液凝固因子障害等の医療に要する費用を毎年度予算の範囲内で交付し，先天性血液凝固因子障害等の患者の医療負担の軽減を図り，当該患者の精神的及び身体的な不安を解消することを目的とする。

（定義）

第二条　この規則において「先天性血液凝固因子障害等」とは，先天性血液凝固因子欠乏症のうち知事が定めるもの及び血液凝固因子製剤の投与に起因する感染症をいう。

（平一九規則五九・一部改正）

（受給の対象者）

第三条　先天性血液凝固因子障害等の医療に要する費用の交付を受けることができる者（以下「受給者」という。）は，年齢が二十歳以上の県内に住所を有する者のうち，医療機関（健康保険法（大正十一年法律第七十号）に規定する指定訪問看護事業者並びに介護保険法（平成九年法律第百二十三号）に規定する指定居宅サービス事業者（同法に規定する訪問看護を行うことができる者に限る。）及び同法に規定する指定介護予防サービス事業者（同法に規定する介護予防訪問看護を行うことができる者に限る。）を含む。以下同じ。）において先天性血液凝固因子障害等に係る医療保険各法（健康保険法，船員保険法（昭和十四年法律第七十三号），私立学校教職員共済法（昭和二十八年法律第二百四十五号），国家公務員共済組合法（昭和三十三年法律第百二十八号），国民健康保険法（昭和三十三年法律第百九十二号）及び地方公務員等共済組合法（昭和三十七年法律第百五十二号）をいう。以下同じ。）若しくは高齢者の医療の確保に関する法律（昭和五十七年法律第八十号）に規定する医療に関する給付を受けている者又は介護保険法に規定する訪問看護，訪問リハビリテーション，居宅療養管理指導，介護療養施設サービス，介護予防訪問看護，介護予防訪問リハビリテーション，介護予防居宅療養管理指導若しくは介護医療院サービスを受けている者であって，医療保険各法に規定する被保険者若しくは被扶養者又は高齢者の医療の確保に関する法律に規定する被保険者（法令の規定により，国又は地方公共団体の負担による医療の給付が行われる者を除く。）とする。ただし，知事が特に必要と認めた場合には，この限りでない。

（平一九規則五九・平二〇規則七〇・平二一規則一五・一部改正）

（認定）

第四条　受給者となろうとする者は，知事の認定を受けなければならない。

２　前項の認定を受けようとする者は，先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書（様式第一号）を知事に提出しなければならない。
３　前項の先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書には，次に掲げる書類を添付しなければならない。
一　診断書その他先天性血液凝固因子障害等の患者であることを証する書類
二　その他知事が別に定める書類
４　知事は，第二項に規定する申請があったときは，その内容を審査し，受給者と認定したときは，先天性血液凝固因子障害等医療受給者証（様式第二号。以下「受給者証」という。）を交付し，受給者と認定しなかったときは，理由を付してその旨を通知するものとする。
（平一九規則五九・平二六規則四八・一部改正）

（有効期間）
第五条　前条第一項に規定する認定の有効期間は，一年以内とする。
２　前項に規定する認定の有効期間（当該認定の有効期間についてこの項の規定により更新を受けたときにあっては，当該更新を受けた認定の有効期間）の満了後引き続き当該認定に係る受給者となろうとする受給者は，認定の有効期間の更新を受けなければならない。
３　前条の規定は，前項に規定する認定の有効期間の更新を受けようとする受給者について準用する。
（平一九規則五九・一部改正）

（認定の取消し）
第六条　知事は，受給者が次の各号のいずれかに該当することとなったときは，受給者の認定を取り消すものとする。
一　死亡その他の理由により先天性血液凝固因子障害等の医療の必要がなくなったとき。
二　県外へ転出（住民基本台帳法（昭和四十二年法律第八十一号）第十五条の三第一項に規定する転出をいう。）をしたとき。
三　その他知事が必要と認めるとき。

（受給者証の返還）
第七条　前条各号のいずれかに該当することとなった者は，受給者証を添えて，先天性血液凝固因子障害等医療受給者証返還届（様式第三号）を知事に提出しなければならない。
（平一九規則五九・一部改正）

（受給者証の書換え）

第八条　受給者は，受給者証に記載された氏名，住所又は医療保険を変更したときは，受給者証を添えて，速やかに受給者証記載事項変更届（様式第四号）を知事に提出し，受給者証の書換えを受けなければならない。

２　受給者は，先天性血液凝固因子障害等の医療を受ける医療機関を変更し，又は追加しようとするときは，受給者証の書換えを受けなければならない。

３　第四条（第三項を除く。）の規定は，前項の書換えを受けようとする受給者について準用する。

（平一九規則五九・一部改正）

（受給者証の再交付）

第九条　受給者は，受給者証を破り，汚し，又は失ったときは，受給者証の再交付を申請することができる。

２　前項の規定による申請をしようとする受給者は，受給者証再交付申請書（様式第五号）を知事に提出しなければならない。

３　前項の受給者証再交付申請書には，受給者証を破り，又は汚した受給者にあっては，当該受給者証を添付しなければならない。

（受給者証の提示）

第十条　受給者は，受給者証に記載されている医療機関において先天性血液凝固因子障害等の医療を受けようとするときは，受給者証を提示しなければならない。

（平一九規則五九・旧第十一条繰上）

（費用の交付）

第十一条　先天性血液凝固因子障害等の医療に要する費用は，受給者が前条に規定する医療を受ける医療機関に対して交付する。ただし，知事が別に定める場合には，受給者からの請求に基づき，当該受給者に対して交付する。

２　前項ただし書の規定による請求をしようとする受給者は，請求書（様式第六号）を知事に提出しなければならない。

３　知事は，第一項ただし書の規定による請求があったときは，その内容を審査の上，支払うものとする。

（平一九規則五九・旧第十二条繰上・一部改正）

（書類の経由）

第十二条　この規則の規定により知事に提出する書類は，受給者又は受給者となろうとする者の住所地を所管する保健所長を経由するものとする。

（平一九規則五九・旧第十三条繰上）

（委任）

第十三条　この規則に定めるもののほか，交付する額，支給方法その他この規則の施行に関し必要な事項は，知事が別に定める。

（平一九規則五九・旧第十四条繰上）

附　則

（施行期日）

１　この規則は，平成十二年四月一日から施行する。

（経過措置）

２　この規則の施行前に，この規則に規定する先天性血液凝固因子障害等に係る医療に要する費用の交付に相当するものに関し知事に提出されている書類及び知事がした認定等は，この規則の規定中にそれらに相当する規定がある場合には，この規則の相当の規定によるものとみなす。

附　則（平成一九年規則第五九号）

（施行期日）

１　この規則は，平成十九年四月一日から施行し，改正後の先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則第三条の規定は，平成十八年四月一日から適用する。

（経過措置）

２　この規則の施行の日において現に交付されている改正前の様式第二号による受給者証は，当分の間，改正後の様式第二号によるものとみなす。

（申請等の受理の特例に関する条例に基づき市町村が受理する申請等の範囲を定める規則の一部改正）

３　申請等の受理の特例に関する条例に基づき市町村が受理する申請等の範囲を定める規則（平成十二年宮城県規則第六十五号）の一部を次のように改正する。

〔次のよう〕略

附　則（平成二〇年規則第七〇号）

（施行期日）

１　この規則は，公布の日から施行し，改正後の先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則の規定は，平成二十年四月一日から適用する。

（経過措置）

２　この規則の施行前に，改正前の先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則（以下「旧規則」という。）の規定によりなされた手続，処分その他の行為でこの規則の施行の際現に効力を有するものは，改正後の先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付

規則（以下「新規則」という。）の規定によりなされた手続，処分その他の行為とみなす。

３　旧規則の規定による様式第一号，様式第二号及び様式第六号は，当分の間，新規則の規定によるものとみなす。

附　則（平成二一年規則第一五号）

（施行期日）

１　この規則は，公布の日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則の規定による様式第六号で取扱い上著しく支障のないものについては，当分の間，改正後の先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則の規定によるものとみなす。

附　則（平成二六年規則第四八号）

（施行期日）

１　この規則は，公布の日から施行する。

（経過措置）

２　改正前の先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則の規定による様式第二号で取扱い上著しく支障のないものについては，当分の間，改正後の先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則の規定によるものとみなす。

附　則（平成三十年規則第四十号）

（施行期日）

この規則は，公布の日から施行する。

附　則（令和四年規則第三十六号）

（施行期日）

この規則は，公布の日から施行する。

様式第1号(第4条関係)

申請区分	新規・継続・追加・変更
受給者番号	

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

受給者	ふりがな 氏名			性別	男・女
	生年月日	明治・大正 昭和・平成　　年　　月　　日（満年齢　　才）		職業	
	住所	〒 （電話　　）			
	加入医療保険	被保険者氏名		受給者との続柄	
		保険種別	船員・組合 共済・後期高齢・ 全国健康保険協会・ 国保(一般・退職・組合)	被保険者証の記号・番号	
		被保険者証の発行機関			
		所在地			
申請者	ふりがな 氏名			受給者との続柄	
	住所	〒 （電話　　）			
病名	１．先天性血液凝固因子障害等 ２．血液凝固因子製剤の投与によるＨＩＶ感染症				

医療機関	1	名称	診療科	
		住所		
	2	名称	診療科	
		住所		

上記のとおり，先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の交付を申請します。

申請者

年　　月　　日

宮城県知事　　殿

（注）１　申請区分のうち，該当するところを○で囲んでください。
　　２　新規申請以外の場合には，受給者番号を記入してください。

受給者番号							

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書				
受給者	ふりがな 氏　　名			
医療機関3	名　称		診　療　科	
	住　所			
医療機関4	名　称		診　療　科	
	住　所			
医療機関5	名　称		診　療　科	
	住　所			
医療機関6	名　称		診　療　科	
	住　所			
医療機関7	名　称		診　療　所	
	住　所			
医療機関8	名　称		診　療　所	
	住　所			

※　複数の医療機関を継続申請する場合は，「先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書（様式第１号）に記入の医療機関のほか，この用紙に記入してください。

様式第２号（第４条関係）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証

公費負担番号	
受給者番号	

受給者	住　　所			
	氏　　名			
	生年月日		性別	
病　　名				
受診医療機関	所在地			
	名　　称			
	診療科目			
	所在地			
	名　　称			
	診療科目			
有効期間		年　　月　　日から　　年　　月　　日		

宮城県知事

交付年月日	年　　月　　日

（注）裏面を必ずお読みください。

注　意　事　項

1　この証を交付された方は、表記の病名について保険診療を受けた場合には、自己負担分を支払わないで診療を受けることができます。

2　受診医療機関において診療を受ける場合には、被保険者証又は組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提示してください。また、血友病Ａ、血友病Ｂ及び血液凝固因子製剤の投与に起因するＨＩＶ感染によりこの証を交付されている方は、特定疾病療養受療証を併せて窓口に提出してください。

3　特に必要により、受診医療機関を変更し、又は他の実施医療機関と併せて診療を受ける場合には、管轄保健所に変更及び追加の申請手続を行ってください。

4　氏名・住所・加入している医療保険に変更があったときは、速やかに管轄保健所に変更届を提出してください。

5　治ゆ、死亡等で受給者の資格がなくなったとき、又は宮城県外へ転出したときは速やかに管轄保健所に受給者証返還届を提出するとともに、この証を返還してください。

6　この証を破損したり、汚したり又は紛失したりしたときは、管轄保健所に再交付申請書を提出してください。

7　この証の更新を必要とする場合には、有効期間満了の１４日前から満了の日までの間に管轄保健所に継続申請の手続を行ってください。

8　その他医療の受給に関しての問い合わせがありましたら、下記に連絡してください。

仙台市青葉区保健福祉センター　障害高齢課　障害者支援係	TEL:022-225-7211(内線 6308)
仙台市宮城野区保健福祉センター　障害高齢課　障害者支援係	TEL:022-291-2111(内線 6755)
仙台市若林区保健福祉センター　障害高齢課　障害者支援係	TEL:022-282-1111(内線 6754)
仙台市太白区保健福祉センター　障害高齢課　障害者支援係	TEL:022-247-1111(内線 6754)
仙台市泉区保健福祉センター　障害高齢課　障害者支援係	TEL:022-372-3111(内線 6759)
仙南保健所　疾病対策班	TEL:0224-53-3121
塩釜保健所　疾病対策班	TEL:022-363-5504
塩釜保健所岩沼支所　地域保健班	TEL:0223-22-2189
塩釜保健所黒川支所　地域保健班	TEL:022-358-1111
大崎保健所　疾病対策班	TEL:0229-91-0714
栗原保健所　疾病対策班	TEL:0228-22-2117
登米保健所　疾病対策班	TEL:0220-22-6119
石巻保健所　疾病対策班	TEL:0225-95-1430
気仙沼保健所　疾病対策班	TEL:0226-22-6662
保健福祉部疾病・感染症対策課	TEL:022-211-2636

様式第３号（第７条関係）

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証返還届

年　　月　　日

宮城県知事　　殿

届　出　者　住　所

届　出　者　氏　名

受給者との続柄

先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則第７条の規定に基づき，下記のとおり届け出ます。

記

受給者番号								病　名	
受給者氏名								性　別	男・女
受診医療機関									
受給者証の有効期間	年　月　日から 年　月　日まで							交付年月日	年　月　日
消滅事由	治ゆ・死亡・転出 その他（　　）							消滅年月日	年　月　日
理　由									

（注）受給者証を必ず添付してください。

様式第４号（第８条関係）

受給者証記載事項変更届

年　　月　　日

宮城県知事　　殿

届　出　者　住　所

届　出　者　氏　名

受給者との続柄

先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則第８条の規定に基づき，下記のとおり届け出ます。

記

受給者番号								病　名	
受給者氏名								性　別	男・女
受診医療機関									
受給者証の有効期間	年　月　日から 年　月　日まで							交付年月日	年　月　日
変更事由	住所・氏名 医療保険							変更年月日	年　月　日
変　更　前									
変　更　後									
理　由									

（注）受給者証を必ず添付してください。

様式第５号（第９条関係）

受給者証再交付申請書

年　　月　　日

宮城県知事　　殿

届　出　者　住　所

届　出　者　氏　名

受給者との続柄

先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則第９条の規定に基づき，下記のとおり再交付を申請します。

記

<table>
<tr><td colspan="2">受給者番号</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>病　名</td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="3">受給者</td><td>住　　所</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>氏　　名</td><td colspan="6"></td><td>性　別</td><td colspan="2">男・女</td></tr>
<tr><td>生年月日</td><td colspan="9">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">受診医療機関</td><td>名　　称</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td>所在地</td><td colspan="9"></td></tr>
<tr><td colspan="2">受給者証の有効期間</td><td colspan="5">年　　月　　日から
年　　月　　日まで</td><td>交付年月日</td><td colspan="3">年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="11">理　　由</td></tr>
</table>

（注）破損し，又は汚損した場合には，受給者証を必ず添付してください。

様式第6号(第11条関係)

請　　求　　書

年　　月　　日

宮城県知事　　殿

申 請 者 住 所
申 請 者 氏 名
受給者との続柄

先天性血液凝固因子障害等に係る医療費用交付規則第11条の規定に基づき,下記のとおり申請します。

記

受給者氏名		受　給　者　番　号	
個人番号			
有効期間	年　月　日から　年　月　日まで		
療養費払を必要とする理由			

申請額	円	※支給決定額	入院	通院	合計
			円	円	円

区分	期間	自己負担額
入院	年　月　日～　年　月　日	円
通院	年　月　日～　年　月　日　か月	円
合計		円

1　現金払(直接払)　　2　送金払(隔地払)　　3　口座振替　　銀行
支店　　当座・普通　　口座番号　　口座名義人

(注)　1　※欄は記入しないでください。2　領収書を必ず添付してください。
3　高額療養費支給明細書を添付するか,個人番号を記載してください。

実施医療機関の証明(　　年　　月　　日～　　年　　月　　日分)

保険の種別	国保・全国健保・組合・船員・共済 後期・介護	保険負担割合	7割・8割・9割 その他(　　)

治療に要した総医療費	円	保険負担分	円	患者負担分	円

受給者　　の先天性血液凝固因子障害等に係る医療を,上記のとおり実施したことを証明します。

医療機関の
名称・所在地　　印