

原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費支給要綱

(目的)

第1条 この要綱は、原子爆弾被爆者の子どもに対し、医療費の扶助を行うことにより、その健康の保持及び向上をはかることを目的とする。

(対象者)

第2条 医療費の支給対象となる者は、神奈川県原子爆弾被爆者等健康診断実施要領第3条第2号の規定に基づき、被爆者の子ども健康診断受診証の交付を受けている者とする。

(医療費の支給)

第3条 医療費の支給は、原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律施行規則（平成7年厚生省令第33号）第51条に定める障害を伴う疾病（別表のとおり）の状態にあり、現に医療を要する者に対し、当該疾病について行う。

2 前項に規定する医療費の支給に係る医療の範囲は、次のとおりとする。

- (1) 診療
- (2) 薬剤又は治療材料の支給
- (3) 医学的措置、手術その他の治療
- (4) 病院又は診療所への収容
- (5) 看護

(支給の額)

第4条 医療費の支給額は、当該医療に要した費用の額から、健康保険法（大正11年法律第70号）、国民健康保険法（昭和33年法律第192号）、生活保護法（昭和25年法律第144号）その他の医療の給付に関する法律等（要綱・要領を含む。）により負担すべき額を控除した額とする。

2 前項に規定する医療に要した費用の額は、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）の例により算定した額とする。ただし、現に要した費用の額を超えることはできない。

3 前2項に関するもののほか、市長は証明書料を支給することができ、その額は川崎市病院事業の設置等に関する条例（昭和41年川崎市条例第42号）の別表に定める証明書のうち出生証明書その他の複雑なものの手数料を基準とする。

（その他の給付）

第5条 第3条、第4条に掲げる費用のほか、次により算定した額について、医療保険各法の規定により保険者が負担すべき額を控除した額を支給するものとする。

2 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）

（支給申請）

第6条 この要綱により医療費の支給を受けようとする者（以下「申請者」という。）は、次に掲げる書類を、市長に提出しなければならない。

（1）原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費支給申請書（第1号様式）

（2）原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費等証明書（第2号様式）

（3）第2条に掲げる受診証の複写

（決定）

第7条 市長は、前条に定める書類を受理したときは、その内容を審査し、支給の承認又は不承認の決定をし、原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費（支給・不支給）決定通知書（第3号様式）により申請者に交付するものとする。

（算定期間）

第8条 支給額の算定は、当該年度の4月から9月及び10月から翌年3月の2回に分けて行うものとする。

（申請期限）

第9条 申請書の提出期限は、翌年度の4月末日までとする。ただし正当な理由があつて、翌年度の6月末日までに遅延理由書（第4号様式）を添付して

申請した場合は、この限りではない。

(委任状の提出)

第10条 第6条に掲げる申請書において、対象者と異なる名義人の振込口座を指定する場合は委任状(第5号様式)を市長に提出しなければならない。

(書類の経由)

第11条 この要綱の規定により市長に提出する申請書類は、当該被爆者の子どもの住所地を所管する地域みまもり支援センター(福祉事務所・保健所支所)所長又は副所長を経由するものとする。

(委任)

第12条 この要綱に定めるもののほか、必要な事項は健康福祉局長が定める。

附 則

(施行期日)

1 この要綱は、平成11年4月1日から施行する。

(原子爆弾被爆者の子供に対する医療費給付要綱の廃止)

2 原子爆弾被爆者の子供に対する医療費給付要綱(昭和46年4月1日)は、廃止する。

附 則

この要綱は平成16年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成24年4月1日から施行する。ただし、第1号様式から第5号様式の改正規定は平成24年7月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

この要綱は平成28年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は平成31年4月1日から施行する。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は令和元年5月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は令和3年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

附 則

(施行期日)

- 1 この要綱は令和4年4月1日から施行する。

(経過措置)

- 2 改正前の要綱の規定により調製した様式で現に残存するものについては、当面の間、必要な箇所を訂正した上、引き続きこれを使用することができる。

別表

原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費支給対象となる障害			
	障害の種類	対象疾病の主なもの	除外例
1	造血機能障害を伴う疾病	貧血症、白血球減少症、出血性素因、紫斑病、血小板減少	単なる白血球増多減少症、妊娠貧血
2	肝臓機能障害を伴う疾病	肝硬変、慢性肝炎(アルコール性を除く)等	血清肝炎、急性肝炎、アルコール性肝障害
3	細胞増殖機能障害を伴う疾病	悪性新生物、造血組織及び淋巴組織の新生物、骨髄性白血病	良性腫瘍
4	内分泌腺機能障害を伴う疾病	糖尿病、甲状腺機能亢進症、甲状腺機能低下症、卵巣機能異常、睾丸機能異常	尿崩症、青銅糖尿病、腎性糖尿病
5	脳血管障害を伴う疾病	くも膜下出血、脳出血、脳血栓症、脳塞栓症、脳梗塞	脳動脈硬化症、脳貧血
6	循環器機能障害を伴う疾病	高血圧性心疾患、慢性虚血性心疾患	高血圧症(単なる)、動脈硬化症(単なる)、メニエル氏病、僧帽弁閉鎖不全症、僧帽弁狭窄症、心室性期外収縮、原発性心筋症、不整脈、心悸亢進、低血圧症等
7	腎臓機能障害を伴う疾病	ネフローゼ症候群、慢性腎炎、慢性腎不全、慢性糸球体腎炎	妊娠又は産褥中に起きたもの、流産に伴うもの及び細尿管性ネフローゼ<急性>、高脂血症、膀胱炎、腎石症、突発性腎出血
8	水晶体混濁による視機能障害を伴う疾病	白内障	先天性白内障、糖尿病性白内障、原爆以外の外傷性白内障
9	呼吸器機能障害を伴う疾病	肺気腫、慢性間質性肺炎、肺腺維症	急性又は詳細不明の間質性肺炎、慢性気管支炎、気管支喘息、気管支拡張症、肺炎、肺結核術後、塵肺
10	運動器機能障害を伴う疾病	変形性関節症、変形性脊椎症、骨粗しょう症(運動機能障害を伴うものに限る)	坐骨神経痛、パーキンソン症、重症筋無力症、慢性関節リウマチ、脊椎すべり症、脊椎分離症、椎間板ヘルニア、椎間板症、関節炎、痛風、腰痛症、頸肩腕症候群、五十肩
11	潰瘍による消化器機能障害を伴う疾病	胃潰瘍、十二指腸潰瘍、潰瘍性大腸炎	慢性胃炎、胃切除症候群、過敏性大腸症候群

※ ただし、上記障害を伴う疾病が、先天異常、伝染病、寄生虫病又は薬物若しくは毒物の中毒など

原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかな場合は除かれます。

(第1号様式)

_____区役所地域ケア推進課 → 健康増進担当

担当	係長	課長	担当	係長	課長
----	----	----	----	----	----

原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費支給申請書

令和_____年_____月_____日

あて先

川 崎 市 長

申請者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____ - _____ - _____

標記について支給を受けたいので、次のとおり申請します。

なお、支給金額を算出するために、高額療養費等の保険給付に関して、貴市が関係機関に調査・照会することについて同意します。

被爆者の子ども健康診断受診証番号									
------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ふりがな			生年	大正		
氏名			月日	昭和		
				平成	年	月 日

保険区分	被保険者氏名			被保険者証の記号・番号		
	保険種別	協会・組合・日雇・船員・共済・国保				
	被保険者証発行機関名					

高額療養費	<input type="checkbox"/> あり	他の公費負担制度との併用	<input type="checkbox"/> あり (制度の名称: _____)
-------	-----------------------------	--------------	--

医療を受けた期間	令和 _____ 年 _____ 月 ~ 令和 _____ 年 _____ 月
----------	---

医療費・証明書料合計請求額	_____ 円	査定金額	_____ 円
---------------	---------	------	---------

_____銀行	口座番号(普通・当座)	<input type="text"/>
_____支店	名義人(カタカナでお願いします。)[対象者名と異なる場合は委任状添付]	
	<input type="text"/>	<input type="text"/>

※ 当該年度における申請書の提出期限は翌年度の4月末日です。(遅延理由書がある場合は、6月末日まで)

※ 神奈川県から発行された被爆者の子ども健康診断受診証(写し)を添付してください。

※ 証明書料を請求する場合、裏面にその金額を証する領収書・レシートを添付してください。

地域ケア推進課受付印	健康増進担当受付印
------------	-----------

原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費等証明書

令和 年 月 日

医療機関 所在地

電話番号

名称

代表者

患者氏名		障 害 名	1 造血機能障害 7 腎臓機能障害 2 肝臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 3 細胞増殖機能障害 9 呼吸器機能障害 4 内分泌腺機能障害 10 運動機能障害 5 脳血管障害 11 潰瘍による消化器機能障害 6 循環器機能障害 (該当する障害名に○をしてください)
生年月日			
住 所			
保険 区分	種 別		
給付割合		割	疾 病 名

診療年月	診療実日数	保険診療総点数	社会保険等負担分	他法による公費負担分	自己負担額(請求額)
年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円

年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円

年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円

年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円

年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円

年 月	入院 日	点	点	円	円
	入院外 日	点	点	円	円
	合 計	点	点	円	円

訪問看護療養費	年 月～ 年 月 入院外 日分 (患者負担額 円)
---------	------------------------------

※薬局等で具体的な疾病名がわからない時は、疾病名を記載する欄に、処方箋を発行した医療機関の名称を記載してください。
 (例: 処方箋発行元 ○○病院 または、○○医院の処方箋による 等)

(第3号様式)

川健健第 号
令和 年 月 日

様

川崎市長

原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費（支給・不支給）決定通知書

令和 年 月 日に申請された原爆被爆者の子どもに対する医療費支給について、次のとおり決定しましたので通知します。

申請者	住所	
	氏名	
申請金額		円
決定金額		円
給付期間		
(備考)		

この決定に不服があるときは、この通知書を受け取った日の翌日から起算して3月以内に川崎市長に対して審査請求することができます。この決定の取消しを求める訴えは、この通知書を受け取った日（前記の審査請求をした場合には、当該審査請求に係る裁決の送達を受けた日）の翌日から起算して6月以内に川崎市を被告として（川崎市長が被告の代表者となります。）提起することができます。

(第4号様式)

遅延理由書

下記のとおり令和.....年度の申請について遅延したので、提出いたします。

1. 病気・けがにより遅延しました。
2. 旅行・出張により遅延しました。
3. その他

.....
.....
.....
.....
.....

郵便番号 -

住所 川崎市.....区.....

氏名

電話番号 - -

被爆者の子ども健康診断受診証番号						

(第5号様式)

委任状

令和.....年.....月.....日

私は、川崎市長より振り込まれる原子爆弾被爆者の子どもに対する医療費給付の受領に関する権限を、第1号様式の口座名義人に委任します。

委任者（対象者） 住所.....

氏名.....

電話番号.....-.....-

被爆者の子ども健康診断受診証番号						