

水俣病認定申請者治療研究事業要項

（趣旨）

第1条 この要項は、一定の水俣病認定申請者に対し、県がこれらの者の病状の変化を把握するため、治療等に要した経費の一部を助成する事業（以下「治療研究事業」という。）に関し必要な事項を定めるものとする。

（対象者）

第2条 治療研究事業の対象者（以下「対象者」という。）は、次の各号のいずれかに該当する者とする。ただし、メチル水銀に係る健康影響調査研究事業要綱（平成17年5月24日環企発第050524001号環境事務次官通知）第2の3に定める医療手帳（手帳と同様の効力を有する証明書を含む。）又は水俣病被害者の救済及び水俣病問題の解決に関する特別措置法の救済措置の方針（平成22年4月16日閣議決定）に定める水俣病被害者手帳（以下「水俣病被害者手帳」という。）の交付を受け、これらの手帳が効力を有することとなった者を除く。

- (1) 熊本県公害健康被害認定審査会又は臨時水俣病認定審査会（以下「審査会」という。）において、医師の観察等を要するとされている者
- (2) 審査会の答申があつて、知事又は環境大臣が認否を保留している者
- (3) 指定地域（別表一に定める地域をいう。以下同じ。）に5年以上居住している者（昭和44年1月1日以後に指定地域に初めて居住（出生による居住を含む）した者を除く。次号において同じ。）であつて、認定申請後1年を経過しているもの
- (4) 指定地域に5年以上居住している者であつて、認定申請後6月を経過し、かつ、身体の状態が別表二の各号のいずれかに該当するもの（前3号までに該当する者を除く。）

2 前項の規定にかかわらず、知事が水俣病認定検診等（以下「認定検診等」という。）に応じないと認めた者は、対象者から除外する。

（医療手帳の交付）

第3条 知事は、対象者に対し、水俣病認定申請者医療手帳（別記第1号様式。以下「医療手帳」という。）を交付する。

- 2 前条第1項第4号に該当する者は、水俣病認定申請者医療手帳交付申請書（別記第2号様式）に身体上の障害の程度についての医師の診断書（別記第3号様式）を添付して医療手帳の交付申請を行うものとする。
- 3 知事は、前項の申請書が提出された場合において、審査のうえ適当と認めたときは、医療手帳を交付するものとする。
- 4 対象者は、医療手帳の交付を受けたときは、受領書・口座届出書（別記第4号様式）を知事に提出しなければならない。

（医療手帳の失効）

第4条 医療手帳は、その交付を受けた者につき、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項又は水俣病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。以下「臨措法」という。）第2条第2項の規定による認定又は棄却の決定があった日の属する月の末日、第2条第2項の規定により対象者から除外された日の属する月の末日又は公健法の規定による認定申請を取り下げた日の属する月の末日をもってその効力を失う。ただし、認定又は棄却の決定があった日の翌日、対象者から除外された日の翌日又は公健法の規定による認定申請を取り下げた日の翌日から起算して当該月の末日までの期間が7日以内である場合には、翌月の末日をもってその効力を失う。

2 医療手帳は、その交付を受けた者が、メチル水銀に係る健康影響調査研究事業要綱第2の3に定める医療手帳（手帳と同様の効力を有する証明書を含む。）又は水俣病被害者手帳の交付を受け、これらの手帳が効力を有することとなったときは、その効力を失う。

3 医療手帳は、その交付を受けた者が死亡したときは、その効力を失う。

（医療手帳の記載事項の変更の届出）

第5条 医療手帳の交付を受けた者は、医療手帳に記載されている事項について変更が生じたときは、水俣病認定申請者医療手帳記載事項変更届（別記第5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、記載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 医療手帳の交付を受けた者は、医療手帳をき損し、又は紛失したときは、水俣病認定申請者医療手帳再交付申請書（別記第6号様式）（以下「再交付申請書」という。）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の交付を受けた者が前項の規定により再交付申請書の提出をしようとするときは、当該き損した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）

第7条 交付を受けた医療手帳が、第4条の規定に基づき効力を失ったとき、又は医療手帳の交付を受けた者が、第18条第2項の規定に基づき治療研究事業の対象者から除外されたときは、水俣病認定申請者医療手帳返還届（別記第7号様式）により、速やかに知事に医療手帳を返還しなければならない。

2 第4条の規定により医療手帳が失効しているにも関わらず、研究治療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。

（研究治療費の支給）

第8条 知事は、対象者（医療保険各法の規定による被保険者等（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及び健康保険法（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をいう。））、高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）の規定による被保険者及び介護保険法（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のうち被保険者に限る。）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若しくは指定介護予防サービス事業者を含む。）若しくは薬局（以下「医療機関等」という。）又はその他の者において当該治療研究事業に係る疾病に関して、医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律又は介護保険法の規定による療養（妊娠・出産、歯科及び交通事故等の他人の加害による疾病等に係る医療を除く。）を受けたときに、その者に対し、当該療養に要した費用の額を限度として、研究治療費を支給する。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 前項の研究治療費の額は、「診療報酬の算定方法（平成２０年厚生労働省告示第５９号）」、「入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第９９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２０年厚生労働省告示第６７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）」、「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）」、「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成１８年厚生労働省告示第１２７号）」、「柔道整復師の施術に係る療養費の算定について（昭和３３年９月３０日付保発第６４号厚生省保険局長通知）」、「はり師、きゅう師及びあん摩・マッサージ・指圧師の施術に係る療養費の支給について（平成４年５月２２日付保発第５７号厚生省保険局長通知）」及び「治療用装具の療養費支給基準について（昭和３６年７月２４日付保発第５４号厚生省保険局長通知）」により算出した額の合計額から医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律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を限度とする。

（医療機関等に対する研究治療費の支払）

- 第９条 知事は、対象者が医療手帳を提示して医療機関等で当該治療研究事業に係る疾病に関する療養を受けたときは、研究治療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、対象者が医療手帳を提示して医療機関等で療養を受けたときは、療養の給付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）、訪問看護療養費及び公費負担医療に関する費用

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、研究治療費を請求するものとする。

- 3 知事は、医療機関等に対する研究治療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研究治療費の支払を受けようとするときは、口座振込依頼書（別記第１７号様式）を知事に提出し、支払口座を登録するとともに、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) 水俣病認定申請者研究治療費支払請求書（別記第８号様式）又は水俣病認定申請者研究治療費支払請求書（介護保険分）（別記第１３号様式）
 - (2) 診療報酬明細書、訪問看護療養費請求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項又は第４項の規定による支払があったときは、対象者に対し研究治療費の支給があったものとみなす。
- 7 本条第１項、第４項、第５項及び第６項の規定は、柔道整復師に適用する。この場合において、第４項第２号の「診療報酬明細書」とあるのは「柔道整復施術療養費支給申請書」と読み替えるものとする。

（はり・きゅう・マッサージ施術療養費の支給）

第１０条 知事は、対象者がはり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師（あん摩マッサージ指圧師、はり師、きゅう師等に関する法律（昭和２２年法律第２１７号）により免許されたはり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師）から、はり・きゅう又はマッサージの施術（第８条の研究治療費の支給の対象となる施術を除く。）を受けたときは、その者に対し次の各号に定める額と支払額を比較して、いずれか少ない方の額を支給する。ただし、支給の対象とする施術回数は、はり・きゅう及びマッサージを合わせて１月５回を限度とする。

- | | | |
|------------------|-------|--------|
| (1) はり又はきゅうのみの場合 | １回につき | １,０００円 |
| (2) はり・きゅう併用の場合 | １回につき | １,５００円 |
| (3) マッサージの場合 | １回につき | ６００円 |

- 2 前項の規定のうち、マッサージ施術は、第２条第１項第３号及び第４号に掲げる者については適用しないものとする。
- 3 はり・きゅう・マッサージ施術療養費は、月を単位として支給するものとする。

（研究治療手当の支給）

第 11 条 知事は、第 2 条第 1 項第 1 号及び第 2 号に該当する者（以下「保留者」という）が次の各号のいずれかに該当する場合は、研究治療手当を支給するものとし、その額は、当該各号に掲げるとおりとする。

(1) 保留者が第 8 条に規定する研究治療費の給付及び前条の規定によるはり・きゅう・マッサージ施術療養費の給付を受けた場合

1 日につき 500 円

(2) 保留者が水俣病の認定に係る検診を受けた場合

1 日につき 500 円

2 保留者が離島（島外の医療機関への交通手段が船舶又は航空機以外にない島をいう。）に居住し、かつ、島外の医療機関等へ通院し、又は島外のその他の者において前項第 1 号の研究治療費等の給付を受けた場合若しくは前項第 2 号の検診を島外において受けた場合は、それぞれ実日数に 500 円を乗じた額を加算する。

（介添手当の支給）

第 12 条 知事は、保留者のうち日常生活に介添を要する状態にあると認められる者が介添を受けたときは、介添手当の支給申請に基づき審査のうえ介添手当を支給する。

2 介添手当は、月を単位として支給するものとし、その額は、1 月につき、次の各号に掲げる額とする。

(1) その月において、介添を受けた日数が 20 日以上の場合

10,000 円

(2) その月において、介添を受けた日数が 10 日以上 20 日未満の場合

7,500 円

(3) その月において、介添を受けた日数が 10 日未満の場合

5,000 円

（支給の申請）

第 13 条 第 8 条及び第 10 条から前条までに規定する費用又は手当（以下「研究治療費等」という。）の支給を受けようとする者は、次の各号に掲げる費用又は手当について、それぞれ当該各号に定める書類を知事に提出しなければならない。ただし、第 11 条に規定する手当については、第 9 条第 2 項又は同条第 4 項の規定による請求が行われた場合は、第 3 号に定める書類を提出することを要しない。

(1) 第 8 条の規定に基づく研究治療費

研究治療費支給申請書（別記第 9 号様式、別記第 10 号様式、別記第 14 号様式）、保険医の同意書（別記第 9 号様式による治療用装具購入費用の自己負担分請求時又は別記第 10 号様式による初回申請時。ただし、後者は 2 回目以降にあっては同意記録に代えることができる。）

(2) 第 10 条の規定に基づくはり・きゅう・マッサージ施術療養費

はり・きゅう・マッサージ施術療養費支給申請書（別記第 11 号様

式)

(3) 第11条の規定に基づく研究治療手当

研究治療手当支給申請書(別記第9号様式、別記第10号様式、別記第14号様式)

(4) 第12条に基づく介添手当

イ 介添手当支給申請書(別記第12号様式)

ロ 診断書(別記第12号様式の2)

(支給の決定)

第14条 知事は、前条各号に定める書類を受理したときは、当該書類を審査のうえ支給の可否を決定し、適当であると認める金額を支給するものとする。

(在外の対象者に対する研究治療費等の支給)

第15条 知事は、対象者(日本国内に居住地及び現在地を有しない者であって、居住国の医療機関において療養を受けたとき(医師が発行した処方箋により医薬品の調剤を受けたときを含む。))に支払った費用について、支給を希望する者のうち、知事が研究治療費を支給することが適当であるとあらかじめ認めた者に限る。以下「在外対象者」という。)が当該治療研究事業に係る疾病に関連して療養を受けたときに、その者に対し、次に掲げる額を限度として、研究治療費(当該療養に要した費用のうち自己負担した額に限る。)を支給する。

- (1) 健康保険法第63条第1項第5号の療養、介護保険法第48条第1項第2号の介護保健施設サービス(緊急時施設療養及び所定疾患施設療養に限る。)、介護保険法第48条第1項第3号の介護医療院サービス(緊急時施設診療に限る。)又は地域包括ケアシステムの強化のための介護保険法等の一部を改正する法律(平成29年法律第52号)第3条の規定による改正後の健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)附則第130条の2第1項及び第2項において令和6年3月31日までの間、なおその効力を有するとされた旧介護保険法第48条第1項第3号の指定を受けている同法第8条第26項に規定する介護療養型医療施設サービスに相当する療養若しくはサービスを受けたとき

1月につき5万円

- (2) 健康保険法第63条第1項第1号から第4号までの療養、介護保険法第41条第1項の指定居宅サービス、介護保険法第48条第1項第2号の介護保健施設サービス(緊急時施設療養及び所定疾患施設療養を除く。)、介護保険法第48条第1項第3号の介護医療院サービス(緊急時施設診療を除く。)又は介護保険法第53条第1項の指定介護予防サービスに相当する療養若しくはサービス(前号に掲げる療養又はサービスを除く。)を受けたとき

1年につき7万5千円

- 2 知事は、在外対象者のうち第2条第1項第1号及び第2号に該当する者が、前項第1号及び第2号に掲げる療養及びサービスを受けた場合は、その療養の日数に応じて研究治療手当を支給するものとし、その額は、次に掲げると

おりとする。

1 日につき 5 0 0 円

- 3 前第 1 項に掲げる研究治療費及び前第 2 項に掲げる研究治療手当の支給を受けようとする者は、研究治療費・研究治療手当支給申請書（別記第 1 6 号様式）及び領収書等貼付台紙（別記第 1 6 号様式の 2）を知事に提出しなければならない。この場合において、上記の者は受給対象確認申請書（別記第 1 5 号様式）をあらかじめ知事に提出しなければならない。
- 4 前第 1 項に掲げる研究治療費又は前第 2 項に掲げる研究治療手当は、月を単位として支給するものとする。

（支給の期間）

- 第 1 6 条 研究治療費等の支給は、水俣病認定申請者が対象となった日の属する月の翌月分から始まり、当該対象者でなくなった日の属する月の分で終了するものとする。ただし、公健法第 4 条第 2 項又は臨措法第 2 条第 2 項の規定による認定又は棄却の決定があった日の翌日、対象者から除外された日の翌日又は公健法の規定による認定申請を取り下げた日の翌日から起算して当該月の末日までの期間が 7 日以内である場合には、研究治療費等の支給は翌月の分で終了するものとする。

（申請の期限）

- 第 1 7 条 第 9 条第 4 項及び第 7 項、第 1 3 条及び第 1 5 条の支給の申請は、当該事由が生じた月から 2 年を経過したときは、することができない。

（報告、立入調査等）

- 第 1 8 条 知事は、治療研究事業の適正な運営を図るため、対象者、医療機関等、柔道整復師、はり師、きゅう師、あん摩マッサージ指圧師、審査支払機関及び保険者から、必要な資料の閲覧、報告を求め又は立入調査を実施することができる。
- 2 知事は、対象者、医療機関等、柔道整復師、はり師、きゅう師又はあん摩マッサージ指圧師が正当な理由なく前項の立入調査等に応ぜず、又は虚偽の報告をしたとき、若しくは著しい不正が発覚した場合は、研究治療費等の支払を停止し、又はこの事業の対象から除外することができる。

（研究治療費等の返還）

- 第 1 9 条 対象者は、支給を受けた研究治療費等に相当する損害賠償その他の給付を受けた場合には、その給付の範囲内において既に支給を受けた研究治療費等に相当する額を速やかに知事に返還しなければならない。

（診療報酬明細書等発行手数料の支払）

- 第 2 0 条 知事は、医療機関等又は柔道整復師が第 9 条第 4 項（同条第 7 項の規定により適用される場合を含む。）の規定により研究治療費の請求を行う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

２２０円を当該医療機関等又は柔道整復師に支払うものとする。

（対象者の特例）

第２１条 第２条第２項の規定により対象者から除外された者が、その後認定検診等を受け認定検診等が完了したときは、対象者から除外された日に遡及して対象者とみなす。ただし、この場合は、第３条第１項及び第３項の規定にかかわらず医療手帳は交付しないものとする。

（雑則）

第２２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

（施行規則等）

- １ この要項は、平成１６年６月９日から施行し、平成１６年４月１日から適用する。
ただし、第５条、第６条、第８条及び第１０条の規定については、平成１２年４月１日以降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。
- ２ 前年度までの水俣病認定申請者治療研究事業要項第２条及び第１７条の規定に基づく決定は、この要項の規定に基づく決定とみなす。

附 則

（施行規則等）

- １ この要項は、平成１７年５月２４日から施行する。

附 則

（施行規則等）

- １ この要項は、平成１７年１０月１３日から施行する。

附 則

（施行規則等）

- １ この要項は、平成１７年１２月１日から施行する。
ただし、第６条第４項の規定については、平成１７年１２月１日以降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。

附 則

（施行規則等）

- １ この要項は、平成１８年４月１日から施行する。

附 則

（施行規則等）

- 1 この要項は、平成 18 年 10 月 1 日から施行する。

附 則

（施行規則等）

- 1 この要項は、平成 19 年 8 月 15 日から施行する。
ただし、第 15 条の規定については、平成 19 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

（施行規則等）

- 1 この要項は、平成 20 年 4 月 1 日から施行する。
- 2 平成 20 年 3 月 31 日以前に医療手帳の交付を受けた者は、改正後の第 2 条の規定により医療手帳の交付を受けた者とみなす。

附 則

（施行規則等）

- 1 この要項は、平成 23 年 5 月 16 日から施行し、平成 23 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

（施行規則等）

- 1 この要項は、平成 26 年 3 月 24 日から施行する。
ただし、第 15 条の規定については、平成 24 年 4 月 1 日以降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。
第 20 条の規定については、平成 26 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

（施行規則等）

- 1 この要項は、平成 26 年 8 月 12 日から施行し、平成 26 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

（施行規則等）

- 1 この要項は、平成 28 年 2 月 3 日から施行し、平成 27 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

（施行規則等）

- 1 この要項は、平成 29 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

（施行規則等）

- 1 この要項は、平成 30 年 12 月 28 日から施行する。

ただし、第 15 条の規定については、平成 30 年 4 月 1 日から適用する。

附 則

(施行規則等)

- 1 この要項は、令和元年 10 月 1 日から施行する。
- 2 改正後の第 20 条の規定は、令和元年 10 月 1 日以後の請求に係る診療報酬明細書等について適用し、同日前の請求に係る診療報酬明細書等については、なお従前の例による。

附 則

(施行規則等)

- 1 この要項は、令和 3 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行規則等)

- 1 この要項は、令和 6 年 4 月 1 日から施行する。

附 則

(施行規則等)

- 1 この要項は、令和 7 年 8 月 1 日から施行する。

別表一（第 2 条関係）

熊本県の区域のうち、水俣市、津奈木町、芦北町、天草市御所浦町、上天草市龍ヶ岳町及び八代市（平成 17 年 8 月 1 日市町村合併前の旧八代市）の区域

鹿児島県の区域のうち、出水市、阿久根市及び出水郡の区域

備考 この表に掲げる区域の名称は、平成 18 年 4 月 1 日においてそれらの名称を有する市町村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。

別表二（第 2 条関係）

- 1 両眼の矯正視力の和が 0.08 以下の者
- 2 両耳の聴力損失が 80 デシベル以上の者
- 3 平衡機能に極めて著しい障害を有する者
- 4 音声又は言語機能を喪失した者
- 5 両上肢の親指及び人さし指の機能に著しい障害を有する者
- 6 一上肢の機能に著しい障害を有する者
- 7 一上肢のすべての指の機能を全廃した者
- 8 両下肢の機能に著しい障害を有する者
- 9 一下肢の機能を全廃した者
- 10 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有する者

- 11 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号に掲げるものと同程度以上と認められる状態にある者
- 12 身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が慢性的で、かつ、毎月 15 日以上入院、通院又は往診を必要と認められる状態にある者

- ◆ この手帳は、表面の「効力開始日」欄に記載された日から有効になります。
- ◆ 原則として歯科治療は対象となりません。
- ◆ この手帳は、全ての保険医療機関等で利用できます。
- ◆ 介護サービスに係る公費負担者番号は「88433032」です。給付対象は医療系サービスのみですので、詳細については、熊本県水俣病審査課にお問い合わせください。

お問い合わせ先
 熊本県環境生活部水俣病審査課
 〒862-8570
 熊本市中央区水前寺6丁目18番1号
 電話 096-333-2283
 F A X 096-382-3296

水俣病認定申請者 医療手帳

(水俣病認定申請者治療研究事業)

公費負担者番号	5	1	4	3	3	0	3	5
受給者番号								
受給者	住所							
	氏名							
	生年月日		年		月		日	
効力開始日		年		月		日		
発行機関及び印		熊本県 印						

対象者の方へのお願い

- この手帳は、水俣病認定申請の審査結果が出るまでの期間のみ利用できます。対象者でなくなったときは、この手帳を速やかに返還してください。
- 保険医療機関等において療養を受ける場合、被保険者証、組合員証又は後期高齢者医療被保険者証に添えて、この手帳を必ず窓口に提出してください。
(原則として歯科治療は対象になりません。)
- はり・きゅう・マッサージ施術を受け、「はり・きゅう・マッサージ施術証明書」の記載を依頼する際は、この手帳を提示してください。(健康保険適用外のマッサージは、保留者のみが対象となります。)
- 住所、氏名に変更があったときは、速やかに届け出てください。
- この手帳は紛失しないようにしてください。もし、破損したり、汚れたり又は紛失した場合は、届け出てください。
- この手帳を不正に使用した場合、受給資格がなくなります。
- その他、この手帳に関する問い合わせについては、

各医療機関・調剤薬局等へのお願い

本県では、本手帳を所持する方の医療保険各法及び介護保険法による医療費の自己負担分(全額)を助成しています。

- 本手帳の有効期限は、手帳所持者の水俣病認定申請の審査結果が出るまでとなり、審査結果が出る時期は、各人異なります。医療機関等におかれましては、ご本人の手帳の有効期限を毎月ご確認いただきますようお願いいたします。
- 本手帳は、全国の医療機関等における保険適用分の診療等全てに適用できます。(ただし、歯科診療には適用できません。)
- 医療費は、公費負担者番号を記載したレセプト(公費併用)で、審査支払機関に請求してください。
注) 保険適用外の治療分については、ご本人に請求してください。

整骨院・接骨院で施術をされた場合は、請求方法が上記と異なりますので、裏面の問い合わせ先までご連絡ください。

鍼灸院等ではり・きゅう・マッサージの施術をされた場合は、ご本人から県に対して直接請求していただくようになっています。不明な点は裏面の問い合わせ先までご連絡ください。

(水俣病認定申請者治療研究事業)
第 2 号様式 (第 3 条関係)

水俣病認定申請者医療手帳交付申請書

ふりがな		住 所	
氏 名			
生年月日	明・大・昭 年 月 日	電話番号	() -
申請番号	新法 第 号	認定申請受理日	年 月 日

水俣病認定申請者治療研究事業要項第 3 条第 2 項の規定により、水俣病認定申請者医療手帳の交付を受けたいので、診断書を添えて申請します。

年 月 日

申請者氏名

熊 本 県 知 事 様

注意事項

- 1 . 『申請番号』及び『認定申請受理日』は、あなたが水俣病認定申請されたときに県が通知した番号と受理年月日を記入してください。
- 2 . 裏面の診断書において、下記 1 ～ 1 2 のいずれにも該当しない場合、この申請書による申請はできません。

添付書類

診断書 (この申請書の裏面の診断書を、医師に記入してもらってください。)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 明・大・昭・ 年 月 日生

1. 傷病名

2. 症状

上記の者は、上記の傷病、症状を有し、下記の()に該当するものと認めます。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師

印

記

1. 両眼の矯正視力の和が0.08以下の者
2. 両耳の聴力損失が80デシベル以上の者
3. 平衡機能に極めて著しい障害を有する者
(具体的な症状や障害:)
4. 音声又は言語機能を喪失した者
5. 両上肢の親指及び人さし指の機能に著しい障害を有する者
(具体的な症状や障害:)
6. 一上肢の機能に著しい障害を有する者
(具体的な症状や障害:)
7. 一上肢のすべての指の機能を全廃した者
8. 両下肢の機能に著しい障害を有する者:
(具体的な症状や障害:)
9. 一下肢の機能を全廃した者
10. 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有する者
(具体的な症状や障害:)
11. 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号
に掲げるものと同程度以上と認められる状態にある者
(具体的な症状や障害:)
12. 身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が慢性的で、かつ、毎月15日以上
の入院、通院又は往診を必要と認められる状態にある者
(具体的な症状や障害:)

上記3、5、6、8、10、11、12は、該当すると判断する症状や障害の内容(日常生活において生じる支障等)を具体的に記載してください。

上記1～12のいずれにも該当しない場合は、診断書は作成せずに申請者へお返しください。

受 領 書 ・ 口 座 届 出 書

私は、熊本県から交付された「水俣病認定申請者医療手帳」を受領しました。
なお、私が熊本県から支払いを受ける水俣病認定申請者治療研究事業に係る医療費等については、下記の預金口座に振り込むように依頼します。

年 月 日

受 給 者 番 号

住 所

氏 名

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日

電 話 番 号

記

金融機関名	銀 行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農 協・漁 協							支店
金融機関コード					支店コード			
預金種別 (○で囲む)	普 通 ・ 当 座							
口座番号 (右づめ)								
口座名義人	フリガナ							

- (注) 1 口座は本人名義に限ります。必ずフリガナを御記入ください。
2 上記事項に変更が生じた場合は、速やかに御連絡ください。
3 金融機関コード・支店コードは、分かる場合は御記入ください。
4 ゆうちょ銀行の場合は、通帳の裏面に記載してある記号、番号ではなく、振込用の、店名(漢数字3文字)、店番(3ケタの数字)、預金種目、口座番号(7ケタの数字)を記入してください。(元の記号・番号のままでは振込ができませんので、郵便局の窓口で、お手続きをしてください。)

(水俣病認定申請者治療研究事業)
第 4 号様式 (第 3 条関係)

(在外居住者用)

受 領 書 ・ 口 座 届 出 書

私は、熊本県から交付された「水俣病認定申請者医療手帳」を受領しました。
なお、私が熊本県から支払いを受ける水俣病認定申請者治療研究事業に係る医療費等については、下記の預金口座に振り込むように依頼します。

年 月 日

受 給 者 番 号

住 所

氏 名

生 年 月 日 明治・大正・昭和 年 月 日

(国番号から記入してください)

電 話 番 号

記

銀 行 名	
銀行コード (BIC Code,IBAN Code etc)	
支 店 名	
支店住所	
国	
口座番号	
口座名義人	

- (注) 1 金融機関の口座は、ご本人名義の口座を記入して下さい。
2 振込口座の確認できる書類 (通帳の写し等) を添付してください。

(水俣病認定申請者治療研究事業)
第 5 号様式 (第 5 条関係)

水俣病認定申請者医療手帳記載事項変更届

年 月 日

熊 本 県 知 事 様

届 出 者 住所
(又は代理人) 氏名

代理人 : 電話 () -
届出者との関係 ()

下記のとおり水俣病認定申請者医療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	〒 上記住所が離島の場合は、下記「□」にレをつけてください □ 現在の居住は離島である 電話	
	変更年月日	年 月 日	
氏 名 変 更 の 場 合	旧		
	新	フリガナ	
	変更年月日	年 月 日	
変 更 理 由			

添付書類 (下記のことを同時に提出してください。)

所持している水俣病認定申請者医療手帳

変更されたことを証明する書類

住所変更のとき : 住民票(原本)、住所変更後の保険証など氏名・生年月日
・住所等を確認できる公的機関が発行した書類(写し可)

氏名変更のとき : 戸籍抄本(謄本)などの変更前と変更後の氏名が記載され
た公的機関が発行した書類

(水俣病認定申請者治療研究事業)

第 6 号様式 (第 6 条関係)

水俣病認定申請者医療手帳再交付申請書

年 月 日

熊 本 県 知 事 様

申 請 者 住 所

(又は代理者)

氏 名

代理者 : 電話 () -

申請者との関係 ()

下記のとおり水俣病認定申請者医療手帳の再交付を申請します。

受給者番号		フリガナ 氏 名	
住 所	〒 電話		
生 年 月 日	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日		
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。

第7号様式（第7条関係）

年 月 日

申請者との関係（ ）

[illegible]

注) 返還する手帳を添えて提出してください。

水俣病認定申請者研究治療費支払請求書

年 月 分

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

上記のとおり請求します。

年 月 日

医療機関コード*

整骨院・接骨院は記入不要

医療機関 所在地

名 称

電 話

代表者 氏 名

熊本県知事 様

提 出 方 法	紙		
書類発行責任者		電 話 番 号	
担 当 者		電 話 番 号	

- 注) 1 この請求用紙は、水俣病認定申請者医療手帳(受給者番号が2から始まるもの)用です。
- 2 診療報酬明細書等(コピー可)を添付してください。
また、診療報酬明細書等には、摘要欄に、施術された日すべてを御記入ください。

研究治療費・研究治療手当支給申請書

年 月分

研究治療費 申 請 額	円	研究治療手当 申 請 額	円
----------------	---	-----------------	---

研究治療費・研究治療手当の支給を受けたいので、下記証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	電話番号	

熊 本 県 知 事 様

受給者番号	
-------	--

(ここから下は医療機関で記入してください。)

医 療 給 付 証 明

年 月分

対 象 者 名			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 数		入 院 通 院		日 数						
	(2)			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	(3)	他制度 適用状況		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
医 療 に 関 する 費 用	総医療費(レセプト請求点数×10円)		円	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
	保険診療に係る 自己負担金額(合計)		円	31										
	内 訳	医 療 費	円	実際に入院・通院した日を○で囲んでください。										
		入院時食事療養費及び入院時生活療養費の負担額	円											

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

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

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

電 話

代表者 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

この申請書は、1月あたり1医療機関等につき1枚必要です。

例) 5月に、A病院とB病院に行き、それぞれ院外薬局(調剤薬局)で薬をもらった場合は、この申請書は4枚必要です。

- | | | | |
|---------|----|-------------|----|
| ・ A病院の分 | 1枚 | ・ A病院の院外薬局分 | 1枚 |
| ・ B病院の分 | 1枚 | ・ B病院の院外薬局分 | 1枚 |

【申請書】について

- 1 「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額を記入してください。(保険診療外の費用については、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額については、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。)
- 3 研究治療手当は保留者のみです。

【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 「医療に要した費用」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、障害者自立支援法、特定疾患治療研究事業等
- 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・保険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)

研究治療費(はり・きゅう・マッサージ施術療養費)・研究治療手当支給申請書

年 月 分

申請額	研究治療費	円	研究治療手当	円
-----	-------	---	--------	---

研究治療費(はり・きゅう・マッサージ施術療養費)・研究治療手当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:

電話番号:

熊 本 県 知 事 様

生年月日: 明・大・昭 年 月 日

受給者番号

注) 初回の申請時は、保険医の同意書(写し可)を添付してください。
6回以上施術した場合は、複数枚提出してください。

(以下施術機関で記入してください)
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		
施術年月日	給付の別（いずれかに○を付ける）				保険適用分の施術費		
					総療養費	一部負担金(領収額)	
年 月 日	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう併用	4 マッサージ	円	円	
年 月 日	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう併用	4 マッサージ	円	円	
年 月 日	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう併用	4 マッサージ	円	円	
年 月 日	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう併用	4 マッサージ	円	円	
年 月 日	1 はり	2 きゅう	3 はり・きゅう併用	4 マッサージ	円	円	

上記のとおり施術を行ったことを証明します。

医療機関コード 記入不要

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

代表者氏名

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

注) 保険医の同意について漏れなく記入してください(同意が有効なものか御確認ください)。

【熊 本 県 事 務 処 理 欄 (記 入 不 要)】					施 術 日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
日数		総医 療費		自己 負担金		11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
						21	22	23	24	25	26	27	28	29	30

はり・きゅう・マッサージ施術療養費・研究治療手当支給申請書

年 月 分

申請額	はり・きゅう・マッサージ施術費	円	研究治療手当	円
-----	-----------------	---	--------	---

はり・きゅう・マッサージ施術療養費・研究治療手当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：

電話番号：

熊 本 県 知 事 様

生年月日： 明・大・昭 年 月 日

受給者番号

裏面の〔記入上の注意〕をよく読んで、ご記入ください。

(以下施術機関で記入してください)

はり・きゅう・マッサージ施術証明書

注) マッサージは、保留者のみです。

対象者 氏 名					住 所		
施術日 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
証 明 欄	免許番号(はり きゅう マッサージ) 住所 氏名 電話番号 印						
施術日 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
証 明 欄	免許番号(はり きゅう マッサージ) 住所 氏名 電話番号 印						
施術日 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
証 明 欄	免許番号(はり きゅう マッサージ) 住所 氏名 電話番号 印						
施術日 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
証 明 欄	免許番号(はり きゅう マッサージ) 住所 氏名 電話番号 印						
施術日 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
証 明 欄	免許番号(はり きゅう マッサージ) 住所 氏名 電話番号 印						

[記 入 上 の 注 意]

- 1 この用紙は、健康保険が適用されない「はり・きゅう・マッサージ」の施術を受けられた場合に使用してください。
- 2 支給の対象となる施術回数は、『はり』、『きゅう』、『はり・きゅう併用』、『マッサージ』合わせて、月5回までとなっています。
- 3 1回(1日)あたりの支給対象は、『はり』、『きゅう』、『はり・きゅう併用』、『マッサージ』のいずれか一つです。
- 4 マッサージ及び研究治療手当は、保留者のみが対象です。
保留者になられた方には、別途通知いたします。通知がない場合は、保留者ではありません。
- 5 「申請額」欄には、下記の計算により求めた金額の合計額を記入してください。

<はり・きゅう・マッサージ施術費>

施術費用と、下記の支給限度の範囲とのいずれか少ない額を算出します。

【1回あたりの支給限度額】

はり	1回	1,000円まで
きゅう	1回	1,000円まで
はり・きゅう併用	1回	1,500円まで
マッサージ(保留者のみ)	1回	600円まで

例 はり・きゅう併用の施術を1回受け、3000円払った場合

申請額 1500円

例 はりの施術を1回受け、800円払った場合

申請額 800円

例 はり(1回2千円)を4回、きゅう(1回2千円)を2回利用した場合

申請額 5000円

(1回1000円×5回分)

対象となるのは、はり師・きゅう師の免許を受けた者による施術に限ります。

<研究治療手当> 保留者のみ

はり・きゅう・マッサージの施術を受けられた場合、1日につき500円支給されます。

例) はりの施術を3日、きゅうの施術を2日受けられた場合 申請額 2500円

(水俣病認定申請者治療研究事業)
第12号様式(第12条、第13条関係)

介 添 手 当 支 給 申 請 書

年 月分

ふりがな		住 所										
氏 名		電話番号										
生年月日	明・大・昭 年 月 日	受給者番号										
傷 病 名		申 請 額	円									
介添を受けた日 (○で囲んで下さい)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	日数合計 日	
	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20		
	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		31
介添を受けた場所	1 自 宅											
	2 病院等											
	3 その他											
介添に従事した者	氏 名							年齢	本人との関係			

介添手当の支給を受けたいので、必要書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者氏名

熊本県知事 様

【 記 入 上 の 注 意 】

1 「申請額」は、次の区分によって記入して下さい。

- | | | |
|-----|-----------------------|---------|
| (1) | その月において介添の日数が20日以上の場合 | 10,000円 |
| (2) | 〃 10日以上の場合 | 7,500円 |
| (3) | 〃 10日未満の場合 | 5,000円 |

2 添 付 書 類

この申請書には、裏面の「診断書」(第12号様式の2)を添付して下さい。
但し、すでにこの書類を提出している場合は、1年間添付の必要はありません。

(水俣病認定申請者治療研究事業)

第 1 2 号様式の 2 (第 1 2 条、第 1 3 条関係)

診 断 書

住 所

氏 名

生年月日 明 . 大 . 昭 . 年 月 日生

1 . 傷病名

2 . 症 状

上記の者は、下記の () に該当し、介添を要するものと認めます。

年 月 日

住 所

医療機関名

医 師

印

記

- 1 . 両眼の矯正視力の和が 0 . 0 8 以下の者
- 2 . 両耳の聴力損失が 8 0 デシベル以上の者
- 3 . 平衡機能に極めて著しい障害を有する者
- 4 . 音声又は言語機能を喪失した者
- 5 . 両上肢のおや指及びひとさし指の機能に著しい障害を有する者
- 6 . 一上肢の機能に著しい障害を有する者
- 7 . 一上肢のすべての指の機能を全廃した者
- 8 . 両下肢の機能に著しい障害を有する者
- 9 . 一下肢の機能を全廃した者
- 10 . 体幹の機能に歩くことが困難な程度の障害を有する者
- 11 . 前各号に掲げるもののほか、身体の機能の障害又は安静を必要とする病状が前各号と同程度以上と認められる状態にあるものであって、家庭内での日常生活が著しい制限を受けるか、又は家庭内での日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度のもの

水俣病認定申請者研究治療費支払請求書(介護保険分)

		年 月 分			
区 分		件 数(件)	日 数(日)	点 数(点)	請求額(円)
指定 居 宅	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				
指定 介 護 予 防	介護予防訪問介護				
	介護予防訪問リハビリテーション				
	介護予防通所リハビリテーション				
	介護予防居宅療養管理指導				
	介護予防短期入所療養介護				
指定 施 設	介護保健施設サービス (緊急時施設療養費及び 所定疾患慮施設療養費)				
	介護療養施設サービス				
	介護医療院サービス (緊急時施設療養費)				
サービス費用等合計					
介護給付費明細書発行 手数料(@220円)					
合 計					

上記のとおり請求します。

年 月 日

事業所番号

事業所 所在地

名 称

電 話

代表者 氏 名

熊本県知事 様

提 出 方 法	紙		
書類発行責任者		電 話 番 号	
担 当 者		電 話 番 号	

研究治療費・研究治療手当支給申請書(介護保険分)

年 月分

研究治療費 申請額	円	研究治療手当 申請額	円
--------------	---	---------------	---

研究治療費・研究治療手当の支給を受けたいので、下記証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請者	住 所	
	氏 名	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日
	電話番号	

熊 本 県 知 事 様

受給者番号	
-------	--

療 養 給 付 証 明 (以下、介護事業者で記入)
年 月分

対 象 者 氏 名		住 所												
生年月日	明・大・昭 年 月 日													
給付内容	(1)	(要介護状態区分)	サービス提供日			居宅介護予防施設			日					
	(2)	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5							日					
	(3)	(他制度適用状況)	1 2 3 4 5											
	(4)		6 7 8 9 10											
	(5)		11 12 13 14 15											
			16 17 18 19 20											
療 養 に 要 し た 費 用	総 額	円	21 22 23 24 25											
			26 27 28 29 30											
			31											
	利用者負担額合計 (保険適用分のみ)	円	実際のサービス提供日 を○で囲んでください。											

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

代表者 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 「研究治療費申請額」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、水俣病認定申請者治療研究事業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 水俣病認定申請者治療研究事業の対象サービス
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の一部、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所療養介護、
介護保健施設サービス（緊急時施設療養費及び所定疾患施設療養に限る。）、
介護療養施設サービス（居住費及び食費は含みません。）、介護医療院サービス（緊急時施設療養費に限る。）
- 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。
（水俣病認定申請者治療研究事業では自己負担限度額の範囲内で支給します。）
- 4 研究治療手当は保留者のみです。

【証明書】について

- 1 水俣病認定申請者治療研究事業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 水俣病認定申請者治療研究事業の対象サービス
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の一部、介護予防通所リハビリテーション、介護予防短期入所療養介護、
介護保健施設サービス（緊急時施設療養費及び所定疾患施設療養に限る。）、
介護療養施設サービス（居住費及び食費は含みません。）、介護医療院サービス（緊急時施設療養費に限る。）
- 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、訪問リハビリテーション等
- 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、障害者自立支援法、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）

受給対象確認申請書

フリガナ		生年月日
氏名		明治 大正 年 月 日 昭和
受給者番号		
居住国		
住所 (海外表記)		
(日本語訳)		
郵便番号		
電話番号	(国番号から記載願います)	
E-mail		
その他 (該当者のみ)	今後の申請手続きを代理申請者を通じて行うことを希望される方は、その方の連絡先を御記入ください。 (<u>直接、本人で手続きを行う場合は記入不要です。</u>) 代理人氏名 代理人との関係 代理人住所 代理人電話番号 特記事項(何かあれば)	

上記のとおり、水俣病認定申請者治療研究事業の受給対象者であることの確認を受けたく、関係書類を添えて申請いたします。

年 月 日

申請者氏名

熊本県知事 様

研究治療費・研究治療手当支給申請書

年 月分

受給者番号	
氏 名	
生 年 月 日	明治 ・ 大正 ・ 昭和 年 月 日生
居 住 国	
住 所	
電 話 番 号	(国番号から記載してください)
申 請 額 (記入不要)	研究治療費 現地通貨 (単位)
	研究治療手当 現地通貨 (単位)
支払希望通貨	円 (JPY) ・ 現地通貨 () <u>○で囲んでください</u>

ご利用の金融機関が支払いを希望されている通貨に対応しているか事前にご確認ください。(希望される通貨でのお支払いに対応できない場合もありますのでご了承ください。)

上記のとおり研究治療費・研究治療手当の支給を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

年 月 日

申請者 氏名

熊 本 県 知 事 様

注意)裏面の記載要領を参考にしてください。

記 載 要 領

- 1 居住国の医療機関において医療を受けたとき（医師が発行した処方箋による医薬品の調剤を受けたときを含む。）に、その自己負担額について助成を受けようとするときは、下記の添付書類を添えて申請してください。
- 2 支給申請書は、1ヶ月の受診分に対して、1枚提出してください。

【 添 付 書 類 】

領収書等貼付台紙（第16号様式の2）

入院した場合は、これを証明できる書類

本人であることを証明出来る書類 * 1年に1回提出してください。

（居住する国の公的機関が発行した証明書（発行後1ヶ月以内のもの）であって、氏名、性別及び生年月日並びに現に生存していることを確認出来るもの）

- 注1 の領収書等貼付台紙（第16号様式の2）には、1ヶ月受診分を1枚の台紙に貼付して提出してください。
また、入院と通院は、分けて貼付してください。

- 注2 ~ の書類（領収書等）が外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文を添付し、翻訳者の氏名及び住所を記載してください。

参 考	研究治療費及び研究治療手当の支給金額は、下記のとおりです。
-----	-------------------------------

< 研究治療費 >

通院・入院それぞれについて、下記の金額と支給申請のあった額とを比較して低い方の金額を支給する。

通院の場合・・・・・・・・・・1年につき 75,000円

入院の場合・・・・・・・・・・1月につき 50,000円

< 研究治療手当 > 保留者のみ

通院・入院どちらも、1日につき 500円

(水俣病認定申請者治療研究事業)

第16号様式の2(第15条関係)

在外居住者用

領収書等貼付台紙

____年 月分

入院・通院

どちらかに○をつけてください。

入院と通院は、別紙にしてください。

(注) 領収書等は、次の4点の記載があるものを貼付してください。

支払った金額

診療を受けた者の氏名

医療機関の名称・所在地・電話番号

支払年月日

領収書等)が外国語で記載されている場合は、日本語の翻訳文を添付し、翻訳者の氏名及び住所を記載してください。

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)

(〒)
住 所 _____

法 人 名 _____

医 療 機 関 名 _____

代 表 者 名 _____

電 話 番 号 _____

私が熊本県から支払を受ける水俣病認定申請者治療研究事業に係る研究治療費
及び診療報酬明細書発行手数料は、下記預金口座に振り込まれるよう依頼します。

記							
金融機関名	銀 行・信用金庫 信用組合・労働金庫 農 協・漁 協 支店						
金融機関コード					支店コード		
預金種別 (○で囲む)	普 通 ・ 当 座						
口座番号 (右づめ)							
口座名義人	フリガナ						

- (注) 1 口座名義人欄は通帳の記載どおり正確に御記入ください。
2 上記事項に変更が生じた場合は、速やかに御連絡ください。

提 出 方 法	紙		
書類発行責任者		電 話 番 号	
担 当 者		電 話 番 号	