

八王子市妊娠高血圧症候群等医療費助成実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、妊娠高血圧症候群等にり患している者に対する医療費の助成（以下「医療費助成」という。）に関し、必要な事項を定める。

(疾病対象の範囲)

第2条 医療費助成の対象は妊娠により入院医療を必要とする疾病及びその続発症とし、その疾病の範囲は、次の各号に掲げるものとする。

- (1) 妊娠高血圧症候群及びその関連疾患
- (2) 糖尿病及び妊娠糖尿病
- (3) 貧血
- (4) 産科出血
- (5) 心疾患

(対象者)

第3条 医療費助成の対象となる者（以下「対象者」という。）は、申請時において八王子市に住所を有する者で、次に掲げる要件のいずれかを満たす者とする。ただし、生活保護法（昭和25年法律第144号）の規定による保護を受けている世帯及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付受給世帯に属する者を除く。

- (1) 本人と生計を一にする世帯全員の前年の所得税額の合計が30,000円以下の者

なお「所得税額」とは、所得税法（昭和40年法律第33号）、租税特別措置法（昭和32年法律第26号）及び災害被害者に対する租税の減免、徴収猶予等に関する法律（昭和22年法律第175号）の規定並びに控除廃止の影響を受ける費用徴収制度等（厚生労働省雇用均等・児童家庭局所管の制度に限る。）に係る取扱いについて（平成23年7月15日雇児発0715第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知）によって計算された所得税の額をいう。ただし、所得税の額を計算する場合には、次の規定は適用しないものとする。

- ア 所得税法第78条第1項（同条第2項第1号、第2号（地方税法第314条の7第1項第2号に規定する寄附金に限る。）及び第3号（地方税法第314条の7第1項第2号に規定する寄附金に限る。）に規定する寄附金に限る。）、第92条第1項並びに第95条第1項、第2項及び第3項
- イ 租税特別措置法第41条第1項、第2項、第6項及び第24項、第41条の2、第41条の3の2第1項、第2項、第5項及び第6項、第41条の19の2第1項、第41条の19の3第1項及び第3項並びに第41条の19の4第1項及び第3項
- ウ 租税特別措置法等の一部を改正する法律（平成10年法律第23号）附則第12条、所得税法等

の一部を改正する法律（平成 25 年法律第 5 号）附則第 59 条第 1 項及び第 60 条第 1 項並びに所得税法等の一部を改正する法律（平成 28 年法律第 15 号）附則第 76 条第 1 項、第 77 条、第 80 条、第 81 条及び第 82 条第 1 項

(2) (1) 以外の者で入院見込期間が 26 日以上の者

(医療費助成の額)

第 4 条 医療費助成額は、次の第一号に掲げる額から第二号に掲げる額を控除した額とする。

(1) 医療に要する額について、診療報酬の算定方法（平成 20 年厚生労働省告示第 59 号）により算定した額。ただし、現に要した費用の額が算定した額を超えない場合は、現に要した費用の額とする。

(2) 医療保険各法に基づく当該疾病に係る療養の給付又は家族療養費の額、医療保険各法に基づく保険者又は共済組合の規約等の定めるところにより当該疾病の治療に要する費用に対し給付（以下「付加給付」という。）を受けた場合は当該付加給付額及び当該疾病が医療給付に関する法令以外の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に関する給付として行われた場合はその額を合計した額

2 前項の医療保険各法とは、次に掲げる法律をいう。

- (1) 健康保険法(大正 11 年法律第 70 号)
- (2) 国民健康保険法(昭和 33 年法律第 192 号)
- (3) 船員保険法(昭和 14 年法律第 73 号)
- (4) 国家公務員共済組合法(昭和 33 年法律第 128 号)
- (5) 地方公務員等共済組合法(昭和 37 年法律第 152 号)
- (6) 私立学校教職員共済法(昭和 28 年法律第 245 号)

(医療費助成の申請)

第 5 条 医療費助成を受けようとする対象者又はその保護者(対象者が 18 歳未満の場合に限る。)

は、医療費助成申請書（第 1 号様式）に次の書類を添付し、市長に申請するものとする。ただし、退院後に申請する場合は、当該退院日の日から 3 か月以内に申請しなければならない。

- (1) 診断書（第 2 号様式）
- (2) 世帯調書（第 3 号様式）
- (3) 本人と生計を一にする世帯全員の所得税額等を証明する書類（入院見込期間が 26 日以上
の者は除く。）
- (4) 健康保険証の写し

2 申請は、対象者の居住地を管轄する大横保健福祉センター、東浅川保健福祉センター、又は南大沢保健福祉センターを経由して行うものとする。

(医療費助成対象者の認定)

第6条 市長は前条の申請書を審査し、医療費助成の要件に該当する者であると認めるときは、医療券(第4号様式)を交付するものとする。また、審査の結果、医療費助成の要件に該当しなかった者に対しては、通知書(第5号様式)を交付するものとする。

なお、認定基準については、別表1のとおりとする。

- 2 医療券の有効期間は、入院予定日から退院予定日(退院後の申請に係るものにあつては、実際の入院期間)とする。
- 3 医療券の有効期間が終了後、なお引続き医療費助成を受けようとする者又はその保護者は、前条の規定により申請しなければならない。

(医療券の提示)

第7条 被交付者が医療機関において医療を受けようとするときは、健康保険証とともに医療券を提示しなければならない。

(医療費助成の方法)

第8条 第6条第1項の規定により医療券の交付を受けた者(以下「被交付者」という。)に対する医療費助成は、医療機関に対して支払うことにより行うものとする。ただし、必要がある場合には、被交付者又はその保護者に支払うことができるものとする。

- 2 前項ただし書きに規定する、医療費の支払いを受けようとする被交付者又はその保護者は、医療費支給申請書(第6号様式)に療養証明書(第7号様式)及びその他市長が必要と認める書類を添付して申請しなければならない。
- 3 市長は、前項の申請があつた場合、医療費の支払いを決定したときには支給決定通知書(第8号様式)、医療費の支払いを行わない決定をしたときには不支給決定通知書(第9号様式)によりその旨を通知する。

(医療費の請求)

第9条 医療機関は、被交付者に対し医療を行ったときは、当該診療月の翌月10日までに次により医療費を市長に請求するものとする。

(1) 国民健康保険診療分については、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)による診療報酬請求書及び診療報酬明細書を東京都国民健康保険団体連合会(以下「連合会」という。)に提出する。

(2) 社会保険診療分については、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)による診療報酬請求書及び診療報酬明細書を社会保険診療報酬支払基金東京支部(以下「基金」という。)に提出する。

- 2 前条第3項の通知を受けた被交付者又はその保護者が医療費の支払いを請求するときは、請

求書（第10号様式）により市長に請求するものとする。

（医療費の審査及び支払い）

第10条 前条第1項による医療費等については、審査及び支払いに関する事務を連合会又は基金に委託して行うものとする。

市長は前条第1項による請求書等を受領し、その過誤を調査し適当と認めるときは、連合会又は基金を通じて、医療機関にその旨を通知し支払うものとする。

なお、支払後、過誤額が確認された場合は、連合会又は基金を通じて、当該過誤額を通知するとともに、精算処理するものとする。

2 市長は、前条第2項により被交付者又はその保護者から請求を受領したときは、その内容を審査し、適当と認めるときは、指定する口座へ振り込む方法により支払う。

（被交付者の変動等に伴う処理）

第11条 被交付者又はその保護者は、被交付者の氏名、住所又は被保険者証等について変更があったときは、住所等変更届（第11号様式）により速やかに、市長に届け出なければならない。

2 被交付者は、医療券を紛失した場合又は破損若しくは汚損により使用に耐えなくなった場合は、医療券再交付申請書（第12号様式）により、市長に医療券の再交付を申請できるものとする。

3 被交付者は、被交付者が市外に転出その他の事由により資格を喪失した場合は、速やかに医療券を市長に返還しなければならない。

4 第1項から前項に係る書類の提出方法は、第5条第2項と同様とする。

附 則

この要綱は、平成19年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成20年8月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成21年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成22年7月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成23年4月1日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 23 年 6 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 26 年 4 月 1 日から施行する。

ただし、要綱中「第 2 号様式」については、現に残存するものは所要の修正を加えて使用することができる。また、主治医が「HbA1c (JDS) 値」で記載しているものについては 0.4%を加えて「HbA1c (NGSP) 値」に換算し、判定することができる。

附 則

この要綱は、平成 28 年 1 月 1 日から施行する。

附 則

この要綱は、平成 29 年 7 月 1 日から施行する。

別表 1

妊娠高血圧症候群等医療費助成認定基準

分 類		症 状
1 妊娠高血圧症候群及びその関連疾患	(1) 妊娠高血圧症候群	次のうち、アに掲げる重症基準を満たすもの又はイに掲げる重症基準に準ずる症状があるものであること。 ア 重症基準 次の①、②のいずれかの基準を満たすもの ① 収縮期血圧が160mmHg以上又は拡張期血圧が110mmHg以上のもの ② 収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上のもののうち、2g/日以上 ¹ の蛋白尿を認めるもの。ただし、随時尿を用いる場合は、複数回の新鮮尿検査で連続して3+（300mg/dℓ）以上であること。 イ 重症基準に準ずる症状 原則として、次の①から③のいずれかの症状があるもの ① 浮腫が全身に及ぶもの ② 2g/日以上 ¹ の蛋白尿を認めるもの。ただし、随時尿を用いる場合は、複数回の新鮮尿検査で連続して3+（300mg/dℓ）以上であること。 ③ 収縮期血圧が140mmHg以上又は拡張期血圧が90mmHg以上のもののうち、300mg/日以上 ¹ の蛋白尿を認めるもの。ただし、随時尿を用いる場合は、複数回の新鮮尿検査で連続して+（20-50mg/dℓ）以上であること。
	(2) 子 癇	妊娠20週以降に初めてけいれん発作を起し、てんかんや二次性けいれんが否定されるもの （妊娠子癇、分娩子癇、産褥子癇）
	(3) 妊娠高血圧症候群関連疾患	肺水腫、脳出血、常位胎盤早期剥離、HELLP症候群
2 糖尿病及び妊娠糖尿病		次に掲げるアからウのいずれかであること。 ア 妊娠前から糖尿病と診断されたもの イ 妊娠糖尿病 妊娠中、75g経口ブドウ糖負荷試験において次の①から③のいずれかを満たすもの。ただし、ウと診断されたものは除く。 ① 空腹時血糖値：92 mg/dℓ以上 ② 負荷後1時間値：180 mg/dℓ以上 ③ 負荷後2時間値：153mg/dℓ以上 ウ 妊娠時に診断された明らかな糖尿病 妊娠中、次の①から④のいずれかを満たすもの ① 空腹時血糖値：126 mg/dℓ以上 ② HbA1c（NGSP）が6.5%以上であるもの ③ 確実な糖尿病網膜症を認めるもの ④ 随時血糖値又は75g経口ブドウ糖負荷試験の2時間値が200mg/dℓ以上であって、空腹時血糖又はHbA1cにより確認されたもの
3 貧血		血色素量がおおむね9 g /dℓ以下のもの
4 産科出血		産科出血による多量の出血（1,000cc以上の分娩時出血）で輸血その他の応急処置を必要とするもの
5 心疾患		先天性又は後天性の心疾患を有し、心不全、肺水腫、心内膜炎、心房細動等の病態の悪化が認められるもの

第1号様式

妊娠高血圧症候群等 医療費助成申請書					
患 者	ふりがな				
	氏 名				
	生年月日	年	月	日生	電話 ()
住 所	(〒)				
保 險 証	種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保 (退職被保険者)			本人・家族
	記 号		番号		保険者番号
病 名	1	2	3		
医 療 機 関	名 称				
	所 在 地				
申 請 者	ふりがな				
	氏 名				
	住 所	(〒) 電話 ()			
<p>上記疾病の医療助成を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">申請者 氏 名 _____</p> <p style="text-align: center;">八 王 子 市 長 殿</p>					
保健センター 処 理 欄					

診 断 書											
患者氏名		生年月日	年 月 日								
病 名											
症 状	1 妊娠高血圧症候群 その関連疾患	(1) 妊娠高血圧症候群 ア 血圧 (収縮期 mm Hg、拡張期 mm Hg) イ 尿蛋白 24時間尿による定量 (g / 日) 随時尿の場合は連続する複数回の新鮮尿検査の結果 () () ウ 全身の浮腫： あり ・ なし エ その他の症状 ()									
	2	(2) 子 痛 ア 妊娠子痛 イ 分娩子痛 ウ 産褥子痛									
	3	(3) 妊娠高血圧症候群関連疾患 ア 肺水腫 イ 脳出血 ウ 常位胎盤早期剥離 エ HELL P 症候群 オ その他 ()									
	4	(1) 妊娠前から糖尿病と診断 (診断年月： 年 月) (2) 妊娠糖尿病 75 g 経口ブドウ糖負荷試験による静脈血漿ブドウ糖値 空腹時 (mg/dl) 負荷後 1 時間値 (mg/dl) 負荷後 2 時間値 (mg/dl) (3) 妊娠時に診断された明らかな糖尿病 ア 空腹時血糖値 (mg/dl) イ HbA1c (NGSP) (%) ウ 確実な糖尿病網膜症： あり ・ なし									
	5	血色素量 (g / dl)									
	6	ア 分娩時の出血量 (cc) イ 分娩時の輸血 あり・なし (輸血量 cc) ウ その他応急処置 あり・なし ()									
7	悪化した心疾患 ア 心不全 イ 肺水腫 ウ 心内膜炎 エ 心房細動 オ その他 ()										
入院 (見込) 期間	年 月 日から 年 月 日まで										
診断時の妊娠週数	妊娠満 週 (年 月 日 分娩予定)										
上記のとおり診断する。		医療機関コード									
年 月 日	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>										
医療機関	所在地										
	名称										
	担当医師										
	印										

※ 診断書の有効期間は、診断日から 3 か月以内です。

世帯調書

連絡先電話番号

()

	世帯員氏名	続柄	生年月日	所得税額	備考
患者の属する世帯の構成		患者本人	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
		患者の	年 月 日		
世帯外扶養義務者	(氏名)	患者の	年 月 日		
	(住所)				
	(氏名)	患者の	年 月 日		
	(住所)				

添付書類……次の所得税額等を証明する書類（前年分の所得税額等の証明書）
 入院見込み期間が26日以上の方は、添付書類は必要ありません。

(注) 所得税が課せられている方については、その全員の所得税額等を証明する書類を添付してください。
 所得税が課せられていない方でも、確定申告書又は源泉徴収票で配偶者控除がされていない場合は、その配偶者の住民税の課税（非課税）証明書が必要となります。ただし、市が調査することへの同意をしていただければ省略可能な場合もあります。

	区 分	必要な所得税額等の証明書	発行先等
1	確定申告をしている方 (自分で事業をしている方等)	* 確定申告書の控（第1・2表）のコピー	税務署受付印があるもの又は電子申告受信通知（メール詳細）を添付
		* 住民税の課税（非課税）証明書 (所得税額が0円の方の場合)	区市町村の住民税担当課
2	確定申告をしていない方 (会社等に勤務の方)	* 源泉徴収票のコピー	区市町村の住民税担当課
		* 住民税の課税（非課税）証明書 (所得税額が0円の方の場合)	

市 医 療 券

(食事療養標準負担額は本人負担)

負担者番号								
受給者番号								X
対 象 者	住 所							
	氏 名							
	生年月日				年	月	日生	
病 名								
有 効 期 間				年	月	日から		
					年	月	日まで	
助 成 内 容	上記認定疾病について医療保険法等を適用し、入院時の食事標準負担額を除いた自己負担相当額全額							
認 定 条 件								

上記のとおり決定する。

年 月 日

八 王 子 市 長



第 号
年 月 日

通 知 書

様

八王子市長 印

年 月 日付で申請された医療費の助成については、
下記の理由により認定されなかったので通知いたします。

記

患者氏名		生年月日	年 月 日
病 名		医療機関	
認定されな かった理由			

(注) この通知書についてのお問合せは 八王子市保健所 保健対策課 (電話 042-645-5162) へ

第6号様式

八王子市妊娠高血圧症候群等医療費支給申請書

年 月 日

八王子市長 殿

住所
申請者 氏 名
電 話 印

下記のとおり、関係書類を添えて妊娠高血圧等症候群医療費の支給を申請します。
また本申請に関して八王子市が私の世帯の公簿を閲覧すること及び医療費に関する情報について、私の世帯の受診した医療機関及び健康保険組合等に調査することについて同意します。

受 給 者	フリガナ 患 者 氏 名			
	生 年 月 日	年 月 日	受 給 者 番 号	
	疾 病 名			
保 険 証	保 険 の 種 類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保（退職被保険者）		
	保 険 者 名		保 険 者 番 号	
	記 号 ・ 番 号			
	被 保 険 者 氏 名			
医 療 機 関 名				
入 院 期 間		年 月 日～	年 月 日	
限度額適用認定証の提示		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
申 請 金 額		円		

※ 高額療養費又は付加給付等が支給される場合は、保険者からの支給決定通知書を添付のうえ申請してください。

八王子市事務処理欄

(添付書類)： 療養証明書 支給決定通知書（高額療養費・付加給付費の通知）

(内訳)

保険診療総額	: (a)	円	付加給付制度： 有 ・ 無
社会保険等負担額	: (b)	円	医療保険の自己負担限度額： 円
患者窓口負担額	: (c) =a-b	円	
高額療養費・付加給付	: (d)	円	
支払決定額	: (e) =c-d	円	

療養証明書

フリガナ 患者氏名	(年 月 日生)
病名	

保険の種類	協会・船員・日雇・組合・共済・国保（退職被保険者）		
限度額適用区分	所得区分		保険自己負担割合
	限度額認定証の提示	有（提示月： 月～ 月）・無	割

注) 下表は太線の中のみ記入願います。この療養証明書は妊娠高血圧症候群等医療費助成に使用する
ものですので、食事療養費及び分娩費用は記入しないでください。

(単位：円)

妊娠高血圧症候群等医療券有効期間：平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日							
診療年月	入院費	日数 (日)	保険診療額 総	社会保険等 負担額	患者窓口 負担額 (a)-(b)	高額療養費 ・付加給付	市支払額 (c)-(d)
			(a)	(b)	(c)		
年	診療						
	食事	/	/	/	/		
年	診療						
	食事	/	/	/	/		
年	診療						
	食事	/	/	/	/		
合計							

八王子市妊娠高血圧症候群等医療費助成対象の医療費を上記のとおり証明します。

年 月 日

所在地

医療機関名称

管理者名

印

医療機関コード (7桁)
()

電話番号：

記入者名：

第 号
年 月 日

様

八王子市長

印

妊娠高血圧症候群等医療費支給決定通知書

年 月 日付で申請された妊娠高血圧症候群等医療費支給について、下記のとおり決定いたしましたので通知します。

記

1. 医療費支給額

円

第 号
年 月 日

様

八王子市長

印

妊娠高血圧症候群等医療費不支給決定通知書

年 月 日付で申請された妊娠高血圧症候群等医療費支給について、下記の理由により支給できませんので、通知します。

記

1.不支給決定理由

請 求 書

八王子市長 殿

請 求 者

住 所 _____

氏 名 _____ (印)

八王子市妊娠高血圧症候群等医療費助成について、下記のとおり請求します。

件 名 八王子市妊娠高血圧症候群等医療費助成療養費払い

金 額	百	十	万	千	百	十	円

住 所 等 変 更 届

フリガナ ⑩ 患者氏名		生年月日	年 月 日	
医療券番号	負担者番号		年 月 日 交付	
	受給者番号			
変 更 内 容	フリガナ 患者氏名	新	(年 月 日 変更)	
	住 所	新	電話 () (年 月 日 変更)	
		旧	(年 月 日 変更)	
	社 会 保 険 等	新	種類 (年 月 日 変更)	記号番号
			種類	保険者名
	保 険 等	旧	種類	記号番号
保険者名				

上記のとおり変更しましたので届け出ます。

年 月 日

届出者 氏 名 _____

患者との続柄 (_____)

八王子市長 殿

医療券再交付申請書

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所			
医療券番号	受給者番号		年 月 日 交付
申請理由	1. 破いた 2. 汚した 3. 失った		
(失った場合は事情を詳しく書いてください。)			

上記の理由により、医療券の再交付を願いたく申請します。

年 月 日

申請者 氏 名 _____

申請者との続柄 (_____)

八王子市長 殿

注： 破いた場合、もしくは汚した場合は、その医療券を添付してください。