

静岡県告示第739号の4

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱を次のように定める。

令和6年12月3日

静岡県知事 鈴木康友

先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱

第1 趣旨

この要綱は、先天性血液凝固因子障害等患者のおかれている特別な立場にかんがみ、その患者の医療保険等の自己負担分を治療研究事業として公費負担することにより、患者の医療負担の軽減を図り、精神的、身体的不安を解消するため、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業の実施について必要な事項を定めるものとする。

第2 対象疾患

治療研究の対象疾患は、次に掲げるとおりとする。

- (1) 先天性血液凝固因子欠乏症
 - ア 第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症
 - イ 第Ⅱ因子（プロトロンビン）欠乏症
 - ウ 第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症
 - エ 第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症
 - オ 第Ⅷ因子欠乏症（血友病A）
 - カ 第Ⅸ因子欠乏症（血友病B）
 - キ 第Ⅹ因子（スチュアートプラウア）欠乏症
 - ク 第ⅩⅠ因子（PTA）欠乏症
 - ケ 第ⅩⅡ因子（ヘイグマン因子）欠乏症
 - コ 第ⅩⅢ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症
 - サ von willebrand（フォン・ヴィルブランド）病
- (2) 血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症

第3 対象患者

この要綱において「対象患者」とは、静岡県内に住所を有する原則として20歳以上の者で、医療機関（健康保険法（大正11年法律第70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9年法律第123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欠乏症及び血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症（以下「先天性血液凝固因子障害等」という。）に関する医療保険各法若しくは高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）の規定による医療に関する給付を受けている者又は先天性血液凝固因子障害等に関する介護保険法の規定による訪問看護、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、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、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）若しく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並びに高齢者の医療の確保に関する法律の規定による被保険者とする。ただし、法令等の規定により、国又は地方公共団体の負担による医療に関する給付を受けている者を除くものとする。

第4 実施方法

知事は、原則として先天性血液凝固因子障害等の治療研究を行うのに適当と認め委託契約を締結した医療機関（以下「受託医療機関」という。）に対し、予算の範囲内において、治療研究に必要な費用（以下「治療研究費用」という。）を交付することにより事業を実施するものとする。

第5 治療研究費用の額

治療研究費用の額は、第10の規定により医療の給付の承認を受けた対象患者の治療に要した費用の額のうち、次に規定する額の合計額とする。

- (1) 健康保険又は後期高齢者医療の医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した医療に要する費用の額の合計額（入院時の食事療養及び生活療養に要する費用については、医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律に規定する入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額を含む。）から、医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者又は市町村が負担すべき額を控除した額
- (2) 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2月厚生省告示第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2月厚生省告示第21号）又は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）により算定した額の合計額から介護保険法の規定による先天性血液凝固因子障害等に係る訪問看護、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及び介護医療院サービスに関し保険者が負担すべき額（介護保険法第69条第3項の規定の適用がある場合にあつては、当該規定が適用される前の額）を控除した額
- (3) 厚生労働大臣の定める先進医療及び施設基準（平成20年厚生労働省告示第129号）（以下「先進医療告示」という。）第2第3号に掲げる先進医療（血液凝固因子製剤に起因するH I V感染症の患者であつて、当該疾患に付随してH C Vに感染した者に対して行われるものに限る。）であつて、厚生労働省の定める医療機関において実施される医療に係る費用

第6 対象医療の範囲

治療研究事業の対象となる医療は、先天性血液凝固因子欠乏症及び血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症並びに当該疾患に付随して発現する傷病に対する医療に限られる。

第7 治療研究事業の期間

対象患者に関する治療研究事業の期間は、同一患者につき1年を限度とする。ただし、知事が必要と認める場合は、これを更新することができるものとする。

第8 医療の給付の承認申請

対象患者、その保護者又は代理人（患者による委任状を所持する者に限る。）は、先天性血液凝固因子障

害等に係る医療の給付の承認を受けようとするときは、次に掲げるところにより知事に申請しなければならない。

(1) 新規申請

先天性血液凝固因子障害等に係る医療の給付の承認の申請は、次に掲げる書類を知事に提出することにより行うものとする。なお、申請書の提出方法については、郵送によることも可能とし、郵送の際には、簡易書留等の配達されたことが証明できる方法とすることとする。

ア 様式第1号による先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書

イ 医師の診断書（血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症の患者を除く。）

ウ 住民票の写しその他の現住所を確認できる書類

エ 特定疾病療養受療証の写し（先天性血液凝固第Ⅷ因子欠乏症（血友病A）、第Ⅸ因子欠乏症（血友病B）及び血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症の患者に限る。）

オ 裁判による和解調書の抄本であって申請に係る者が血液凝固因子製剤に起因するH I V感染者であることが確認できる書類（裁判所により交付されたものに限る。）又は（財）友愛福祉財団が実施する「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援事業」の対象者又は「エイズ発症予防に資するための血液製剤によるH I V感染者の調査研究事業」の対象者であることが示された医薬品副作用被害救済・研究振興調査機構により交付された通知書の写し（血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症の患者に限る。）

カ 転入前に交付されていた先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の写し（他の都道府県からの転入者に限る。）

キ その他知事が必要と認める書類

(2) 更新申請

(1)の規定は、第7の規定により治療研究事業の期間を更新する場合に準用する。

第9 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の審査

知事は、第8(1)（同項(2)において準用する場合を含む。）の規定による申請があったときは、内容を審査し、医療の給付の承認又は不承認の決定をするものとする。ただし、申請者から第8(1)オによる書類の提出があった場合には、当該申請に係る者が20歳未満であっても、本事業の対象者に該当するものとして取り扱うこととする。

第10 給付の承認の決定

知事は、医療の給付の承認の決定をしたときは、様式第2号による先天性血液凝固因子障害等医療受給者証（以下「受給者証」という。）を申請者に交付するものとする。

第11 給付の不承認の決定

知事は、医療の給付の不承認の決定をしたときは、申請者に対し、その旨を通知するものとする。

第12 給付の適用

承認の決定をした医療の給付は、第8(1)に規定する書類を受理した日（特別の事情があると認めるときは、当該書類が提出された日）以後の医療に適用する。ただし、他の都道府県から転入した者の先天性血液凝固因子障害等に係る医療の給付は、転入した日以後の医療に適用する。

なお、更新手続が有効期間満了後1年以内に行われた場合は、更新の交付申請書受理日の属する月の初日から有効とする。

第13 受給者証等記載事項の変更

先天性血液凝固因子障害等医療受給者（以下「受給者」という。）は、氏名若しくは住所に変更が生じたときは、速やかに、様式第3号による先天性血液凝固因子障害等医療受給者証記載事項変更届を知事に提出しなければならない。

第14 受給者証の再交付

受給者は、受給者証を破損し、汚損し、又は紛失したときは、様式第1号による先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書を知事に提出することにより再交付の申請をすることができる。この場合において、破損又は汚損により再交付の申請をするときは、破損し、又は汚損した受給者証を添えなければならない。

第15 受給者証の返納

受給者が対象患者でなくなったときは、速やかに、受給者証を知事に返納するものとする。

第16 受給者証の提示

受給者は、医療を受けようとするときは、受託医療機関に受給者証を提示しなければならない。

第17 治療研究費用の請求

受託医療機関が受給者に対し給付した医療に係る治療研究費用又は受給者が医療機関に支払った治療研究費用を知事に請求するときは、別表に掲げる手続によるものとする。

第18 委任

治療研究事業の実施について必要な事項は、別に知事が定める。

附 則

（適用期日）

1 この要綱は、公示の日から施行する。

（経過措置）

2 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱（平成30年4月1日付医疾第2029号通知。以下「旧要綱」という。）第10項の規定により交付された受給者証は、この要綱第10項の規定により交付された受給者証とみなす。

3 この要綱の施行の際現に旧要綱の様式により提出されている申請書は、この要綱の様式により提出された申請書とみなす。

4 この要綱の施行の際現に旧要綱の様式により作成されている用紙は、当分の間、調整して使用することができる。

別表

治療研究費用の請求手続

治療研究費用の区分	治療研究費用の請求者	請求書	提出期限	提出先
(1) 国保被保険者及び後期高齢者に係る治療研究費用（(3)を除く。）	受託医療機関	健保費用請求省令の定めによる請求書	診療月の翌月の10日	静岡県国民健康保険団体連合会理事長
(2) 健保共済等対象者に係る治療研究費用（(3)を除く。）	受託医療機関	健保費用請求省令の定めによる請求書	診療月の翌月の10日	静岡県社会保険診療報酬支払基金幹事長
(3) 特定疾患医療受給者が医療機関に支払った治療研究費用	特定疾患医療受給者	様式第4号による先天性血液凝固因子障害等医療費請求書	診療月の翌月の10日	静岡県知事
(4) 特定疾患医療受給者が医療機関に支払った治療研究費用（先進医療に係るものに限る。）	特定疾患医療受給者	様式第4号の2による先天性血液凝固因子障害等医療費請求書（先進医療分）	診療月の翌月の10日	静岡県知事
(5) 先進医療に係る治療研究費用（(4)を除く。）	受託医療機関	様式第4号の3による先天性血液凝固因子障害等医療費請求書（先進医療分）	診療月の翌月の10日	静岡県知事

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証交付申請書								
申請区分		新規・更新 再交付・転入		受給者番号				
受 給 者	フリガナ							
	氏 名							
	生年月日	年 月 日 (満 歳)		職 業				
	郵便番号	〒 ー		電話番号	() ー			
	住 所							
	加入医療保険 (該当箇所に○印)	政管・組合・船員・ 共済・国保・退職・ 後期・その他()		併用保険 (該当する場合に○印)		介護		
	保険の区分 (該当箇所に○印)	被保険者本人・被保険者の家族等						
病 名								
申 請 者	フリガナ					受給者との続柄		
	氏 名							
	郵便番号	〒 ー		電話番号	() ー			
	住 所							
受 療 医 療 機 関 名			所 在 地			契約番号 (担当者が記入)		
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。								
<p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: right;">静岡県知事 氏 名 様</p>								

様式第2号 (用紙 縦11.5センチメートル、横18.2センチメートル)

静岡県 先天性血液凝固因子障害等医療受給者証

公費負担者番号									
受給者番号									
受給者	住所及び氏名								
	生年月日								
発行機関		静岡県知事 印							
交付年月日									

病名	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで

記載事項変更履歴

年月日	変更事項

◎問い合わせ先

様式第3号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証記載事項変更届

病名		受給者番号							
氏名									
変更事項									
住所	新	〒							
	旧	〒							
氏名	新								
	旧								
<p>先天性血液凝固因子障害等医療受給者証の記載事項を変更したので届け出ます。</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p>静岡県知事 氏 名 様 (〒 -)</p> <p style="text-align: right;">届出者 住所 _____</p> <p style="text-align: right;">氏名 _____</p> <p style="text-align: center;">(受給者との続柄) (電話番号)</p>									

様式第4号 (用紙 日本産業規格A4縦型)

先天性血液凝固因子障害等医療費請求書

年 月 診療分

受給者番号							
対象患者氏名							

請求額 円

区分	患者自己負担額
入院	円
入院外	
計	

受領方法 (口座振替)	銀行等名及び店名	預金 種別	口座番号	口座名義人(請求者)
		銀行・信金 農協・労金 店	普通 当座	

先天性血液凝固因子障害等の医療費として上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

(郵便番号 —)

住 所 _____

請求者

フリガナ
氏 名 _____

(受給者との続柄)

(電話番号)

先天性血液凝固因子障害等医療費証明書

年 月 診療分

医療保険		区分	内容	社会保険診療報酬請求 明細書による 総 医 療 費	社会保険等 負 担 額	患者自己 負 担 額
種別	給付 割合					
		入院	入院医療費	円	円	円
			食事負担額	—	—	
		入院外	入院外医療費			

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 日 日 所在地 _____

医療機関・薬局 名 称 _____

代表者氏名 _____

(電話番号)

- (注) 1 診療月ごとに作成してください。
- 2 請求者は、対象患者本人又は保護者若しくは代理人としてください。
- 3 振替口座は、請求者名義のものとしてください。

様式第4号の2 (用紙 日本産業規格A4縦型)

先天性血液凝固因子障害等医療費請求書 (先進医療分)

静岡県知事 氏 名 様

請求額 _____ 円

先天性血液凝固因子障害等の医療費 (先進医療分) として上記のとおり請求します。

年 月 日

受給者番号								対象患者氏名	
実施した先進医療の名称							実施年月日		
医療機関名									
所在地 (郵便番号 _____)									
	(電話番号)								
代表者氏名									

受領方法 (口座振替)	銀行等名及び店名	預金種別	口座番号	口座名義人
		銀行・信金 農協・労金 店	普通 当座	

※添付書類

- ・本請求に係る先進医療に係る患者の同意書の写し
- ・本請求金額の積算内容がわかる明細書

先天性血液凝固因子障害等医療費請求書 (先進医療分)

受給者番号							
対象患者氏名							

請求額 _____ 円

受領方法 (口座振替)	銀行等名及び店名	預金 種別	口座番号	口座名義人 (請求者)
	銀行・信金 農協・労金 店	普通 当座		

先天性血液凝固因子障害等の医療費 (先進医療分) として上記のとおり請求します。

年 月 日

静岡県知事 氏 名 様

(郵便番号 _____)

住 所 _____

請求者

フリガナ
氏 名 _____

(受給者との続柄) _____ (電話番号) _____

(医療機関記入欄)

実施した先進医療の名称	実施年月日
医療機関名	
所在地 (郵便番号 _____)	
(電話番号) _____	
代表者氏名	

- (注) 1 請求者は、対象患者本人又は保護者若しくは代理人としてください。
2 振替口座は、請求者名義のものとしてください。
3 上記医療機関が発行した領収書 (本請求に係る先進医療分) の写しを添付してください。