

岡山県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱

(目的)

第1条 この要綱は、先天性血液凝固因子障害等治療研究事業（以下「事業」という。）を推進することにより、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ことを目的とする。

(実施主体)

第2条 実施主体は、岡山県とする。

(対象疾患)

第3条 事業の対象疾患は、次の各号に掲げる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（以下「先天性血液凝固因子障害等」という。）とする。

- (1) 第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症
- (2) 第Ⅱ因子（プロトロンビン）欠乏症
- (3) 第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症
- (4) 第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症
- (5) 第Ⅷ因子欠乏症（血友病A）
- (6) 第Ⅸ因子欠乏症（血友病B）
- (7) 第Ⅹ因子（スチュアートプラウア因子）欠乏症
- (8) 第ⅩⅠ因子（P T A）欠乏症
- (9) 第ⅩⅡ因子（ヘイグマン因子）欠乏症
- (10) 第ⅩⅢ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症
- (11) フォン・ヴィルブランド（von Willebrand）病

(対象患者)

第4条 事業の対象患者は、岡山県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。）又は薬局において先天性血液凝固因子障害等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、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。

(実施方法)

第5条 事業の実施は、知事が先天性血液凝固因子障害等の治療研究を行う上で適当と認める医療機関（以下「医療機関」という。）に委託し、治療研究に必要な費用を支払うことにより行うものとする。

(受給者)

第6条 事業による医療の給付を受けようとする者（保護者及び代理人（患者の委任状を所持している者に限る。）を含む。以下「申請者」という。）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。以下「申請書」という。）に、医師の診断書（様式第2号）、住民票及び特定疾病療養受療証の資格確認ができる資料（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。）を添付し、知事に提出するものとする。血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症の患者にあっては、医師の診断書に代えて、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。）又は公益財団法人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」の対象者若しくは「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独立行政法人医薬品医療機器総合機構により交付された通知書の写しを添付するものとする。

2 知事は、申請書を受理したときは、速やかにその内容を審査し、事業による医療の給付を受けることが適当と決定した者（以下「受給者」という。）には、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証（様式第3号。以下「受給者証」という。）を交付するものとする。

3 知事は、前項の規定により受給者証を交付したときは、当該受給者証に記載されている医療機関に対し、その旨を通知するものとする。

(受給者証の有効期間)

第7条 受給者証の有効期間は、同一患者につき1年を限度とする。ただし、必要と認められる場合は、その期間を更新できるものとする。

2 新規に受給者証を交付する場合の有効期間は、原則として、申請書の受理日から当該年度の3月31日までとする。ただし、新規の交付申請が1月1日から3月31日までの間になされたときは、翌年度の3月31日を有効期間の終期とする受給者証を交付する。

3 受給者が受給者証の有効期間内に更新の申請をした場合の受給者証の有効期間は4月1日から翌年の3月31日までとする。なお、更新の申請が有効期間満了後1年以内に行われた場合の受給者証の有効期間は、申請書の受理日の属する月の初日から当該年度の3月31日までとする。

(経費)

第8条 事業に要する経費（以下「経費」という。）は、次の各号に規定する額の合計額とする。

(1) 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）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要する費用の額の算定に関する基準（平成6年厚生省告示第72号）により算定した額の合計額（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、医療保険各法及び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。ただし、社会保険各法の規定による附加給付等がある場合は、その範囲で公費負担の対象から除外する。

(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）」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）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感染症の患者であって、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。）であって、別表1に定める医療機関において実施される医療に係る費用

（経費の請求）

第9条 医療機関（当該月において事業による医療の給付を受けた受給者の受給者証に記載された医療機関に限る。）が経費を請求しようとするときは、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）による診療報酬請求書及び同省令様式による診療報酬明細書を当該医療機関所在地の国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金に提出するものとする。

2 医療機関が前条第3号に掲げる経費を請求しようとするときは、先天性血液凝固因子障害等治療費請求書（先進医療分）（様式第5号）を知事に提出するものとする。

（経費の支払）

第10条 知事は、前条の規定による請求があったときは、内容を審査し、適正と認める場合は、当該経費を支払うものとする。

2 知事は、受給者（保護者及び代理人（患者の委任状を所持している者に限る。）を含む。以下同じ。）が経費を負担した場合は、当該受給者から提出された先天性血液凝固因子障害等療養費請求書（様式第4-1号）又は先天性血液凝固因子障害等療養費請求書（先進医療分）（様式第4-2号）による請求により、当該経費を支払うものとする。

3 受給者が受給者証に記載されていない医療機関において医療の給付を受け、先天性血液凝固因子障害等療養費請求書に理由書（様式第6号）を添付して知事に請求した場合であって、知事がやむを得ない理由があると認めたときは、知事は当該受給者に当該経費を支払うものとする。

（変更の届出）

第11条 受給者は、氏名、住所、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届（様式第7号）を速やかに知事に提出しなければならない。

2 第9条第1項の規定にかかわらず、受給者が前項に規定する変更の届出前に当該届出により追加した医療機関において医療の給付を受けた場合は、届出があった日の属する月の前月の初日までの間の経費に限り、医療機関は同条に規定する経費の請求を行うことができる。

（再交付の申請）

第12条 受給者は、破損、汚損又は紛失等の理由により、受給者証の再交付を受けようとするときは、先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書（様式第8号）を知事に提出するものとする。

（資格の喪失）

第13条 受給者は、治ゆ、死亡、県外転出等をしたときは、受給資格を喪失する。この場合において、当該受給者（死亡の場合にあつては、受給者の相続人、保護者又は代理人）は、遅滞なく受給資格喪失届（様式第9号）を、知事に提出しなければならない。

（更新の申請）

第14条 受給者は、有効期間満了後も引き続き事業による医療の給付を受けようとするときは、有効期間満了の1箇月前までに第6条第1項により申請を行うものとする。

（協議会）

第15条 知事は、事業の適正かつ円滑な実施を図るため、医学の専門家等で構成する先天性血液

凝固因子障害等対策協議会（以下「協議会」という。）を設置するものとする。

- 2 協議会は、知事からの要請により、事業の実施に必要な参考意見を具申するものとする。
- 3 協議会の設置及び運営は、知事が別に定めるものとする。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、平成元年9月1日から施行する。
- 2 この要綱の一部改正は、平成6年10月1日から施行する。
- 3 この要綱の一部改正は、平成8年4月1日から施行する。
- 4 この要綱の一部改正は、平成8年7月1日から施行する。
- 5 この要綱の一部改正は、平成11年1月1日から施行する。
- 6 この要綱の一部改正は、平成12年4月1日から施行する。
- 7 この要綱の一部改正は、平成15年1月1日から施行する。
- 8 この要綱の一部改正は、平成18年4月1日（第8条1については同年10月1日）から施行する。
- 9 この要綱の一部改正は、平成20年4月1日から施行する。
- 10 この要綱の一部改正は、平成23年11月1日から施行する。
- 11 この要綱の一部改正は、平成24年4月1日から施行する。
- 12 この要綱の一部改正は、平成30年4月1日から施行する。

（適用日）

- 1 施行日から平成2年3月31日までに第7条第1項の規定による申請のあったものについては、平成元年4月1日分の医療費から適用する。

附 則

（施行期日）

- 1 この要綱は、令和2年4月30日から施行する。
（新型コロナウイルス感染症に関する特例）
- 2 新型コロナウイルス感染症（病原体がベータコロナウイルス属のコロナウイルス（令和2年1月に、中華人民共和国から世界保健機関に対して、人に伝染する能力を有することが新たに報告されたものに限る。）であるものに限る。）の発生又はまん延の影響により、令和2年4月30日から令和3年2月28日までの間に受給者証の有効期間が満了する受給者については、第7条を、「受給者証の有効期間は、令和2年4月30日に現に効力を有する受給者証の有効期間に1年を加えた期間とする。」とする。
- 3 令和2年3月1日から令和2年4月29日までの間に受給者証の有効期間が満了した受給者であった者が前項に規定する者である場合には、当該受給者については、令和2年4月30日に現に効力を有するものとみなして、同項の規定を適用する。この場合において、同項の規定の適用については、同項中「令和2年4月30日に現に効力を有する」とあるのは、「令和2年3月1日に効力を有していた」とする。

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。
（施行期日）
- 1 この要綱は、令和3年6月10日から施行する。

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。

附 則

- 1 この要綱は、令和５年４月１日から施行する。

附 則

- 1 この要綱は、令和６年１２月１７日から施行する。

記入不要) A・B・その他
マル長：有り・無し

(様式第 1 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	フリガナ氏名		生年月日	大・昭平・令年 月 日						
	申請の区分	新規・更新		受給者番号 (新規の場合は不要)		9	9			
	住所	〒 ー TEL ()								
	加入医療保険	被保険者	本人・家族							
		記号・番号(枝番)								
		保険者名								
医療機関	名称									
	所在地	〒 ー								
	名称									
	所在地	〒 ー								
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。 年 月 日 岡山県知事 殿 〒 ー TEL () (申請者) 住所 氏 名 受給者との続柄										

以下、記入不可

審査結果		
合格	不合格	保留

医薬安全課受付印欄

(様式第 2 号)

先 天 性 血 液 凝 固 因 子 障 害 診 断 書				
患 者	氏名		生年月日	年 月 日
	住所			
病 名	1 第Ⅰ因子（フィブリノゲン）欠乏症 2 第Ⅱ因子（プロトロンビン）欠乏症 3 第Ⅴ因子（不安定因子）欠乏症 4 第Ⅶ因子（安定因子）欠乏症 5 第Ⅷ因子欠乏症（血友病A） 6 第Ⅸ因子欠乏症（血友病B） 7 第Ⅹ因子（スチュアートプラウア因子）欠乏症 8 第ⅩⅠ因子（PTA）欠乏症 9 第ⅩⅡ因子（ヘイグマン因子）欠乏症 10 第ⅩⅢ因子（フィブリン安定化因子）欠乏症 11 フォン・ヴィルブランド（Von Willebrand）病			
治療開始日		年 月 日		
症状の概況 主な検査数 値も記入の こと				
治 療 の 具体的方針				
上記のとおり診断します。 年 月 日 医 療 機 関 名 医療機関所在地 担当医師氏名				

(様式第 3 号)

(表面)

血		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		5	1	3	3	7	0	1	2
公費負担医療の 受給者番号		9	9						
受給者	住所								
	氏名								
	生年月日								
受療医療機関	所在地								
	名称								
	診療科目								
	所在地								
有効期間	名称								
	診療科目								
上記の者の受診にかかる保険医療費の一部負担金を公費負担します。									
岡山県知事 伊原木 隆太									
交付年月日									

(裏面)

(サイズ 縦 129mm×横 94m・水色)

注 意 事 項	
1 この証を交付された方は、保険診療を受けた場合、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 保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口に提出して下さい。 3 原則として、この証に記載してある医療機関以外では使用できません。 4 氏名、住所、医療保険又は医療機関に変更があったときは、速やかに岡山県知事にその旨届け出て下さい。 5 治ゆ、死亡、県外転出等の事由により受給者資格がなくなったときは、速やかに岡山県知事にこの証を返還して下さい。 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、岡山県知事にその旨届け出て下さい。 7 この証の有効期間満了後も引き続き医療を受けようとするときは、有効期間満了の1ヶ月前までに更新の手続きをとって下さい。 8 その他先天性血液凝固因子障害等の医療の受給に関し ての問い合わせがありましたら、下記に連絡して下さい。 岡山県保健医療部医薬安全課特定保健対策班 (TEL 086 (226) 7342)	

(サイズ 縦 129mm×横 94m・水色)

(様式第4－1号)

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書

年 月 日

岡山県知事 殿

(請求者)

住 所

氏 名

下記のとおり請求します。なお、支払金額は下記振込先口座にお振り込みください。

請求額

円

ただし、(続柄)※ (氏名)※ に係る経費として

振込先 口 座	銀行 信用金庫 農協			支店 支所	フリガナ 名義人	
	預金種別	普通・当座		口座番号		

診療報酬領収証明書																								
公費負担者番号	5	1	3	3	7	0	1	2	受給者番号	9	9													
保険種別	1.協会 5.国保	2.組合 6.後期	3.船員 7.介護	4.共済	保険負担割合		1. 9割 2. 8割 3. 7割 4. その他 (割)																	
診療年月	入 院 外来別	実日数	保険診療等総額 Ⓐ			保険等負担分 Ⓑ			自己負担額 Ⓐ－Ⓑ															
年 月 日																								
医療機関の名称																								
所在地																								
代表者氏名																								

- (注) 1. 認定患者本人が請求する場合は、※欄を記入する必要はありません。
2. 「診療報酬領収証明書」欄は、医療機関で証明してもらってください。
3. 請求者が代理人(保護者を除く。)の場合は、委任状を添付してください。

(様式第4－2号)

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書（先進医療分）

年 月 日

岡山県知事 殿

(請求者)

住 所

氏 名

下記のとおり請求します。なお、支払金額は下記振込先口座にお振り込みください。

請求額

円

ただし、(続柄)※ (氏名)※ に係る経費として

振込先 口座	銀行 信用金庫 農協		支店 支所		フリガナ 名義人	
	預金種別	普通・当座	口座番号			

診療報酬領収証明書																							
公費負担者番号	5	1	3	3	7	0	1	2	受給者番号	9	9												
診療年月日				実施した先進医療の名称																			
年 月 日																							
医療機関の名称																							
所在地																							
代表者氏名																							

- (注) 1. 認定患者本人が請求する場合は、※欄を記入する必要はありません。
2. 「診療報酬領収証明書」欄は、医療機関で証明してもらってください。
3. 請求者が代理人（保護者を除く。）の場合は、委任状を添付してください。
4. 上記医療機関が発行した領収証（本請求に係る先進医療分）の写しを必ず添付してください。

(様式第4－1号)

先天性血液凝固因子障害等療養費請求書

年 月 日

岡山県知事 殿

(請求者)

住 所

氏 名

下記のとおり請求します。なお、支払金額は下記振込先口座にお振り込みください。

請求額

円

ただし、(続柄)※ (氏名)※ に係る経費として

振込先 口 座	銀行 信用金庫 農協		支店 支所		フリガナ 名義人	
	預金種別	普通・当座	口座番号			

診療報酬領収証明書																																
公費負担者番号		5	1	3	3	7	0	1	2	受給者番号		9	9																			
保険種別		1.協会 5.国保	2.組合 6.後期	3.船員 7.介護	4.共済	保険負担割合				1. 9割 4. その他 (割)	2. 8割	3. 7割																				
診療年月	入 院 外来別	実日数		保険診療等総額 Ⓐ				保険等負担分 Ⓑ				自己負担額 Ⓐ－Ⓑ																				
年 月 日																																
医療機関の名称																																
所在地																																
代表者氏名																																

- (注) 1. 認定患者本人が請求する場合は、※欄を記入する必要はありません。
2. 「診療報酬領収証明書」欄は、医療機関で証明してもらってください。
3. 請求者が代理人(保護者を除く。)の場合は、委任状を添付してください。

(様式第 5 号)

先天性血液凝固因子障害等治療費請求書（先進医療分）

年 月 日

岡山県知事

殿

（請求者）

住 所

医療機関の名称

代表者氏名

下記のとおり請求します。なお、支払金額は下記振込先口座にお振り込みください。

請求額

円

振込先 口 座	銀行 信用金庫 農協		支店 支所	フリガナ 名義人	
	預金種別	普通・当座	口座番号		

診療報酬領収証明書																																	
公費負担者番号	5	1	3	3	7	0	1	2	受給者番号	9	9																						
受給者氏名									生年月日																								
診療年月日				実施した先進医療の名称																													
年 月 日																																	
医療機関の名称																																	
所在地																																	
代表者氏名																																	

（注）次の書類を必ず添付してください。

1. 本請求に係る先進医療に係る患者の同意書の写し
2. 本請求金額の積算内容がわかる明細書（様式任意）

(様式第 6 号)

理 由 書

年 月 日

岡山県知事 殿

〒 電話 ()

住 所

氏 名

受給者との続柄

受給者	氏 名	
	住 所	
	受給者番号	
医療機関	名 称	
	所 在 地	〒 電話 ()
受 療 期 間		
事 由		

(様式第 7 号)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証変更届

受給者氏名		受給者 番 号	
住 所	〒		
変 更 事 項	1 氏名 2 住所 3 加入医療保険 4 医療機関		
変 更 前			
変 更 後			
変更年月日			
変更の事由			

岡山県先天性血液凝固因子障害等治療研究事業実施要綱第 1 1 条の規定により
上記のとおり届け出ます。

年 月 日

岡山県知事 殿

(届出者) 〒
住 所
氏 名
受給者との続柄
TEL

(様式第 8 号)

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証再交付申請書

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日
受給者番号		電話番号	
住 所	〒		
再交付を 受ける理由	破 損 汚 損 紛失		
備 考			

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再交付を申請します。

年 月 日

岡山県知事 殿

〒

(申請者) 住 所

氏 名

受給者との続柄

T E L

(様式第 9 号)

受 給 資 格 喪 失 届

年 月 日

岡山県知事 殿

〒

(届出者) 住所

氏名

受給者との続柄

T E L

先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を添付して、下記のとおり届け出ます。

記

受給者氏名		受給者番号	
住 所	〒		
喪失年月日	年 月 日		
事 由	1 県外転出 2 死 亡 3 その他 ()		

別表 1

先進医療実施医療機関一覧

平成 2 4 年 4 月 1 日現在

1 先進医療告示第 2 第 3 号に掲げる先進医療

医療機関名	所在地市町村
東京大学医学部附属病院	東京都文京区