

伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金交付要綱

(趣旨)

第1条 この要綱は、伊勢原市及び神奈川県内の救急医療体制の円滑な運営に資するために、神奈川県内の救急医療機関において、外国籍市民に係る救急医療に関し発生した損失医療費について、予算の範囲内において補助金を交付することについて、神奈川県救急医療機関外国籍市民対策費補助要綱（平成5年4月1日施行）及び伊勢原市補助金等の交付規則（昭和55年伊勢原市規則第19号。以下「規則」という。）に規定するもののほか、必要な事項を定めるものとする。

(用語の定義)

第2条 この要綱において、次の各号に掲げる用語の定義は、当該各号に定めるところによる。

- (1) 救急医療機関 別表第1の医療機関をいう。
- (2) 救急医療 急病又は事故等による急性期の傷病で、保険医療機関及び保険医療養担当規則（昭和32年厚生省令第15号）により保険診療と認められる範囲のうち、診療した医師が救急と認める医療をいう。
- (3) 外国籍市民 伊勢原市内に居所を有し、救急医療機関において救急医療による治療を受けた傷病者のうち、本人の責務により医療費の弁済が行えない外国籍の者をいう。ただし、次に掲げる者は除く。
 - ア 分割払い等の手段により医療費の弁済を行っている者又は行うことを約束している者
 - イ 親族又は雇用主等が医療費の弁済を行っている者又は行うことを約束している者
 - ウ 労働者災害補償保険又は自動車損害賠償保険等が適用され、医療費の弁済が行われる者
 - エ 公的医療保険制度に加入している者、生活保護法（昭和25年法律第144号）、行旅病人及行旅死亡人取扱法（明治32年法律第93号）等の法令に基づく制度が適用され、医療費の弁済が行われる者
 - オ 出入国管理及び難民認定法（昭和26年政令第319号）の規定による仮上陸の許可、寄港地上陸の許可、通過上陸の許可、乗員上陸の許可、緊急上陸の許可及び遭難による上陸の許可を受けた者

(補助の対象)

第3条 補助の対象は、前条第3号に定める外国籍市民で別表第1の対象患者の範囲の欄に該当する者に係る前年度の医療費のうち、原因が当該救急医療機関の責によらないもので回収に相当な努力をしたにもかかわらず生じた損失医療費とする。

(補助基準額)

第4条 救急医療機関において入院を必要とした者にあつては、患者1人当たり、入院の日から14日を限度として要した経費のうち、当該年度に適用される厚生労働省告示に基づく診療報酬の算定方法（以下「算定方法」という。）に基づき積算される入院料等の診療報酬に相当する額（算定方法別表第一の適用施設にあつては、別表第2第1号の項に掲げる医療費。）を補助基準額とする。ただし、市長が特別な事情があると認めた場合は、14日を超えて補助基準額とすることができる。

2 救急医療機関において医師が診察した結果、二次救急医療機関又は救命救急センターへ救急搬送又は転送して入院に至った者にあつては、患者1人当たり、算定方法に基づき積算される初診料等の診療報酬に相当する額（算定方法別表第一の適用施設にあつて

は、別表第2第2号の項に掲げる医療費、算定方法別表第二の適用施設にあつては、別表第2第3号の項に掲げる医療費。)を補助基準額とする。

3 前2項の補助基準額の算定にあたり、1件1人当たりの額が100万円を超えるときは、100万円を補助基準額とする。ただし、市長が特別な事情があると認める場合は、100万円を超えて補助基準額とすることができる。

(補助額)

第5条 補助額は、前条の規定により算出した額とし、算出した補助金の額に千円未満の端数があるときは、その端数金額を切り捨てるものとする。

(損失医療費の報告)

第6条 補助金の交付を受けようとする救急医療機関は、前年度の損失医療費を市長が別に定める期日までに、伊勢原市救急医療機関外国籍市民損失医療費報告書(第1号様式)に外国籍市民救急患者取扱状況表(第1号様式の2)を添えて市長に報告しなければならない。

(交付の申請)

第7条 前条に規定する救急医療機関は、前年度の損失医療費に係る補助金の申請を伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金交付申請書(第2号様式)に次に掲げる書類を添えて、10月15日までに市長に提出しなければならない。

(1) 救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別所要額総括表(第2号様式の2)

(2) 救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別所要額明細書(第2号様式の3)

(3) 救急医療機関外国籍市民受診状況表(第2号様式の4)

(4) 回収経過(第2号様式の5)

(交付の決定)

第8条 市長は、前条の規定による申請があつたときはその内容を審査し、補助金を交付すべきものと決定したときは、伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金交付決定通知書(第3号様式)により、通知するものとする。

(補助金の交付)

第9条 前条の規定により、補助金の交付決定を受けた救急医療機関が、補助金の交付を受けようとするときは、伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金交付請求書(第4号様式)に伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金交付決定通知書(第3号様式)の写しを添えて市長に提出しなければならない。

(実績報告)

第10条 補助金の交付を受けた救急医療機関は、伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金実績報告書(第5号様式)に次に掲げる書類を添えて、当該会計年度終了後速やかに市長に報告しなければならない。

(1) 救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別実績報告表(第5号様式の2)

(2) 救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別実績明細書(第5号様式の3)

(3) 未収金整理結果報告(第5号様式の4)

(救急医療機関の責務)

第11条 救急医療機関は、第2条第3号に係る外国籍市民の損失医療費に対する責任者を定め、損失医療費の回収に相当な努力を行うとともに、その経過を救急医療機関外国籍市民受診状況表及び回収経過により記録し、補助を受けた年度の翌年度から5年間保存するものとする。

2 救急医療機関は、報告後においても損失医療費の回収に努めるものとする。

(補助金の返還)

第12条 救急医療機関は、補助金交付後に当該傷病者又はその関係者等から医療費を徴収したときは、次の各号に掲げる区分に応じ、当該各号に掲げる額を返還するものとする。

(1) 徴収額が補助額を超える場合 交付額の全額

(2) 徴収額が補助額以下の場合 徴収額

(個人情報の保護)

第13条 この補助金の交付に係る事務により知り得た外国籍市民に関する個人情報については、法令に基づくもののほか、事業の目的以外に利用し、又は提供してはならない。

(委任)

第14条 この要綱に定めるもののほか、この要綱の実施に関し必要な事項は、市長が別に定める。

附 則

この告示は、平成6年4月1日から施行する。

附 則

この告示は、平成16年5月1日から適用する。

附 則

この告示は、公表の日から施行し、改正後の伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金交付要綱の規定は、平成23年4月1日から適用する。

附 則 (平成24年7月6日告示第123号)

この告示は、平成24年7月9日から施行する。

附 則 (令和4年3月24日告示第38号)

この告示は、公表の日から施行する。

別表第1（第2条、第3条関係）

| 医療体制 | 医療機関 | 対象患者の範囲 |
|------|---|--|
| 初期救急 | 休日夜間急患センター 休日歯科診療所 | 当該医療機関で診療した救急患者のうち、二次救急医療機関又は救命救急センターへ救急搬送又は転送して入院に至ったもの |
| | 在宅当番医制病院・診療所 | 当該医療機関で当番日に診療した救急患者のうち、二次救急医療機関又は救命救急センターへ救急搬送又は転送して入院に至ったもの |
| 特殊救急 | 耳鼻咽喉科救急医療システム参加病院・診療所 眼科救急医療システム参加病院・診療所 | 当該医療機関で当番日に診療した救急患者のうち、入院に至ったもの及び二次救急医療機関又は救命救急センターへ救急搬送又は転送して入院に至ったもの |
| 二次救急 | 救急告示病院・診療所 | 当該医療機関で診療した救急患者のうち、入院に至ったもの及び二次救急医療機関又は救命救急センターへ救急搬送又は転送して入院に至ったもの |
| | 病院群輪番制病院 | 当該医療機関で当番日に診療した救急患者のうち、入院に至ったもの及び二次救急医療機関又は救命救急センターへ救急搬送又は転送して入院に至ったもの |

（注）病院等で、病院群輪番制と救急告示を同一施設で行っているものにあつては、いずれの制度で診療を行ったものも対象とする。

別表第2（第4条関係）

| 区 分 | 対 象 費 目 |
|------------|--|
| <p>第1号</p> | <p>別表第一 医科診療報酬点数表</p> <p>[基本診療料]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診料 ・入院料 ・入院時医学管理料 ・特定入院料 <p>[特掲診療料]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・検査 ・画像診断 ・投薬 ・注射 ・リハビリテーション ・精神科専門療法 ・処置 ・手術 ・麻酔 ・放射線治療 ・病理診断 <p>のうち救急医療に必要と認められる費用</p> <p>◎その他救急医療に必要と認められる処置等にかかる費目</p> |
| <p>第2号</p> | <p>別表第一 医科診療報酬点数表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診料 <p>◎その他救急医療に必要と認められる処置等にかかる費目</p> |
| <p>第3号</p> | <p>別表第二 歯科診療報酬点数表</p> <ul style="list-style-type: none"> ・初診料 <p>◎その他救急医療に必要と認められる処置等にかかる費目</p> |

第1号様式（第6条関係）

伊勢原市救急医療機関外国籍市民損失医療費報告書

年 月 日

伊勢原市長 殿

住 所
医 療 機 関 名
代 表 者 氏 名

年度の損失医療費の発生状況等について、次のとおり報告します。

1 損失額発生状況

| 月別 | 人数 | 損失額 | 月別 | 人数 | 損失額 |
|----|----|-----|-----|----|-----|
| 4月 | 人 | 円 | 10月 | 人 | 円 |
| 5月 | | | 11月 | | |
| 6月 | | | 12月 | | |
| 7月 | | | 1月 | | |
| 8月 | | | 2月 | | |
| 9月 | | | 3月 | | |
| 小計 | | | 小計 | | |
| | | | 合計 | | |

* 損失額等は、終了月により整理すること。

2 外国籍市民救急患者取扱状況表（第1号様式の2）

3 その他の資料
レセプト等

第1号様式の2 (第6条関係)

外国籍市民救急患者取扱状況表

(医療機関名)

| 番号 | 救急患者居所 | 性別 | 年齢 | 国籍 | 傷病名 (主なもの) | 診療期間 | 受診 形態 | 来院 方法 | 費用総額 | 補助対象経費 | | |
|----|--------|----|----|----|---------------|---------|----------|----------|------|---------------|-------|--------|
| | 救急患者氏名 | | | | | | | | | 2週間以内 の経費A | 弁済済額B | 未済額A-B |
| | | | 歳 | | | 年 月 日 | 1 | 1 2 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | ～ 年 月 日 | 2 | 3 4 | | | | |
| | | | 歳 | | | 年 月 日 | 1 | 1 2 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | ～ 年 月 日 | 2 | 3 4 | | | | |
| | | | 歳 | | | 年 月 日 | 1 | 1 2 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | ～ 年 月 日 | 2 | 3 4 | | | | |
| | | | 歳 | | | 年 月 日 | 1 | 1 2 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | ～ 年 月 日 | 2 | 3 4 | | | | |
| | | | 歳 | | | 年 月 日 | 1 | 1 2 | 円 | 円 | 円 | 円 |
| | | | | | | ～ 年 月 日 | 2 | 3 4 | | | | |

- (注) 1 受診形態の欄には、「1入院を要したもの・2その他のもの」の区分により当該番号に○印を付けてください。
 2 来院方法の欄には、「1直接・2救急車・3紹介・4その他」の区分により当該番号に○印を付けてください。

第2号様式（第7条関係）

年度伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金交付申請書

年 月 日

伊勢原市長 殿

住 所

医療機関名

代表者氏名

伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金の交付を受けたいので、次のとおり関係書類を添えて申請します。

- 1 補助金交付申請額 千円
(1,000円未満の額は、切り捨ててください)
- 2 救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別所要額総括表 第2号様式の2
- 4 救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別所要額明細書 第2号様式の3
- 5 救急医療機関外国籍市民受診状況表 第2号様式の4
- 6 回収経過 第2号様式の5
- 7 添付書類
(1) レセプト等参考となる資料（報告時と内容の変更がなければ省略可）

(2) その他

第2号様式の2（第7条関係）

救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別所要額総括表

（医療機関名）

| 患者 番号 | 患者氏名 | 性別 | 年齢 | 国籍 | 傷病名 (主な症状) | 診療年月 | | 日数 | 費用総額 | 補助対象経費 | | |
|----------|------|----|----|----|---------------|------|-----|----|------|------------------|---------|-------------------|
| | | | | | | 入院日 | 退院日 | | | 2週間以内 の経費 (a) | 弁済額 (b) | 未収金額 (a) - (b) |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | | |

1 診療年月は入院の日から起算して14日以内の入退院日で記入すること。

第2号様式の3（第7条関係）

救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別所要額明細書

（医療機関名 _____）

| 区分 | | 患者別明細 | | |
|-------|-----------|-------|------|------|
| | | 患者番号 | 患者番号 | 患者番号 |
| | | () | () | () |
| 経費 | 基本診療料 | | | |
| | 初診料 | | | |
| | 入院料 | | | |
| | 入院時医学管理料 | | | |
| | 特定入院料 | | | |
| | 特掲診療料 | | | |
| | 検査 | | | |
| | 画像診断 | | | |
| | 投薬 | | | |
| | 注射 | | | |
| | リハビリテーション | | | |
| | 精神科専門療法 | | | |
| | 処置 | | | |
| 手術 | | | | |
| 麻酔 | | | | |
| 放射線治療 | | | | |
| 病理診断 | | | | |
| その他 | | | | |
| | 小計 (A) | | | |
| | 弁済額 (B) | | | |
| | 損失額 (A-B) | | | |
| | 損失額合計 | | | |

- 1 患者番号は、第2号様式の2「患者別所要額総括表」の番号を転記すること。
- 2 経費（医療費）は、1点10円で計算すること。

第2号様式の4（第7条関係）

救急医療機関外国籍市民受診状況表

| | | | | |
|------------------|---------|--------|-----------------|---------|
| 医療機関名 | | | | |
| | 所在する市町村 | | | |
| 患者番号 | | | | |
| 患者氏名 | | | | |
| 性別 | | 年齢 | | |
| 国籍 | | | | |
| 本人・親族等 連絡先所在地 | | | | |
| 申請先市町村 | | | | |
| 傷病名 (主なもの) | | | | |
| 入院期間 | 年 | 月 | 日 | ～ 年 月 日 |
| 延べ日数 | 日間 | | | |
| 来院時間 | 1 時間内 | 2 時間外 | | |
| 来院方法 | 1 自力 | 2 救急搬送 | 3 初期救急医療機関からの転送 | 4 その他 |
| 法令による 弁済 | 1 有 | (制度) | | |
| | 2 無 | | | |
| 経費の総額 | | | | |
| 医療費 | 14日以内 | 14日超 | 合計 | 備考 |
| 診療報酬 相当額 | 円 | 円 | 円 | |
| 弁済額 | | | | |
| 未済額 (損失額) | | | | |

- 1 医療機関において記入すること。
- 2 本人・親族等連絡先所在地は市町村名を記入すること。
- 3 国籍は在留カードを確認する、又は本人・付き添いからの聞き取りで確認すること。
- 4 医療費は、診療報酬点数の積算に準じ、1点10円で計算すること。

年度伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金交付決定通知書

住所又は
所在地

医療機関名及び
代表者氏名

年 月 日付けで申請のありました伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金の交付について、次のとおり決定しましたので通知します。

年 月 日

伊勢原市長

印

1 交付決定金額 _____ 千円

2 交付決定の内容

3 交 付 条 件

伊勢原市補助金等の交付規則第7条により、次の条件を付する。

(1) 補助の目的に反するときは、補助金の全部又は一部の返還を命ずる。

第4号様式（第9条関係）

年度伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金交付請求書

年 月 日

伊勢原市長 殿

住所又は
所在地

医療機関名及び
代表者氏名

印

年 月 日付けで交付決定のありました伊勢原市救急医療機関外国籍市民
対策費補助金の交付について、次のとおり関係書類を添えて請求します。

1 補助金交付決定通知額 _____ 千円

2 添付書類

(1) 補助金交付決定通知書の写し

第5号様式（第10条関係）

年度伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金実績報告書

年 月 日

伊勢原市長 殿

住 所
医療機関名
代表者氏名

年 月 日付けで交付決定を受けました伊勢原市救急医療機関外国籍市民対策費補助金に係る実績について、次のとおり関係書類を添えて報告します。

- 1 救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別実績報告表 第5号様式の2
- 2 救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別実績明細書 第5号様式の3
- 3 未収金整理結果報告 第5号様式の4
- 4 添付書類
 - (1) レセプト等参考となる書類（申請時と内容の変更がなければ省略可）
 - (2) その他参考となる書類

第5号様式の2（第10条関係）

救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別実績報告表

（医療機関名 _____ ）

| 患者 番号 | 患者氏名 | 性別 | 年齢 | 国籍 | 傷病名 (主な症状) | 診療年月 | | 日数 | 費用総額 | 補助対象経費 | | |
|----------|------|----|----|----|---------------|------|-----|----|------|------------------|---------|-------------------|
| | | | | | | 入院日 | 退院日 | | | 2週間以内 の経費 (a) | 弁済額 (b) | 未収金額 (a) - (b) |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |
| 6 | | | | | | | | | | | | |
| 7 | | | | | | | | | | | | |
| 8 | | | | | | | | | | | | |
| 9 | | | | | | | | | | | | |
| 10 | | | | | | | | | | | | |
| 合 計 | | | | | | | | | | | | |

1 診療年月は入院の日から起算して14日以内の入退院日で記入すること。

第5号様式の3（第10条関係）

救急医療機関外国籍市民対策費補助金患者別実績額明細書

（医療機関名 _____）

| 区分 | | 患者別明細 | | |
|-------|-----------|-------|------|------|
| | | 患者番号 | 患者番号 | 患者番号 |
| | | () | () | () |
| 経費 | 基本診療料 | | | |
| | 初診料 | | | |
| | 入院料 | | | |
| | 入院時医学管理料 | | | |
| | 特定入院料 | | | |
| | 特掲診療料 | | | |
| | 検査 | | | |
| | 画像診断 | | | |
| | 投薬 | | | |
| | 注射 | | | |
| | リハビリテーション | | | |
| | 精神科専門療法 | | | |
| | 処置 | | | |
| 手術 | | | | |
| 麻酔 | | | | |
| 放射線治療 | | | | |
| 病理診断 | | | | |
| その他 | | | | |
| | 小計 (A) | | | |
| | 弁済額 (B) | | | |
| | 損失額 (A-B) | | | |
| | 損失額合計 | | | |

- 1 患者番号は、第2号様式の2「患者別所要額総括表」の番号を転記すること。
- 2 経費（医療費）は、1点10円で計算すること。

第5号様式の4（第10条関係）

未収金整理結果報告

| 患者 番号 | 患者氏名 | 請求・督促の経過 | | 未収の理由 | 事務 担当者 |
|----------|------|--------------|---------------|-------|-----------|
| | | 請求書の 送付回数 | 電話による 督促回数 | | |
| 1 | | | | | |
| 2 | | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |

- 1 医療機関において記入すること。
- 2 請求・督促の経過欄には具体的な回数を記入すること。