

生活保護法指定医療機関 各位

横浜市健康福祉局生活福祉部  
生活支援課長

### 医療要否意見書の記載における留意事項の一部変更について(通知)

日頃より、本市の生活保護行政の推進に格段のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

標記について、厚生労働省社会・援護局保護課から事務連絡(※1)が発出されたことを踏まえ、本市が発行する医療要否意見書(※2)への記載について、次の通りご対応いただきますようお願いいたします。

※1 医療要否意見書の記載における留意事項について(令和2年3月 30 日付厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室医療係事務連絡)については、本市 web サイトにてご確認ください。

※2 医療要否意見書とは、医科外来(精神疾患含む)、医科入院(精神疾患除く)、歯科外来、歯科入院に関する様式です。

精神疾患入院要否意見書、訪問看護要否意見書等の別様式については、従来通り変更はありません。

#### 1 概要

医療要否意見書について、医療機関にて記載していただく項目のうち、**【初診年月日】**、**【概算医療費】**及び**【必要な通院の頻度】**の項目は、原則として記載を不要となります。区生活支援課から特段の求めがあった場合のみご記載ください。

また、記載が不要となる項目について、区生活支援課から内容確認する旨の電話連絡、または、書面連絡がありましたら、その都度ご対応いただきますようお願いいたします。

なお、様式の変更はありません。また、他の項目については、従来通り記載は必須となります。

#### 2 記載項目の取り扱いについて

必須事項	区生活支援課から求めがあった場合のみ記載
① 傷病名又は部位	⑦ 初診年月日
② 転帰	⑧ 必要な通院の頻度
③ 主要症状及び今後の診療見込み	⑨ 概算医療費
④ 診療見込期間	
⑤ 福祉事務所への連絡事項 (特に福祉事務所へ連絡を要する場合のみ)	
⑥ 日付	

#### 3 適用開始時期について

令和2年4月発行分の医療要否意見書から

健康福祉局生活支援課  
医療担当  
045-671-4088

供覧欄				受付年月日		印	
課長	指導員	地区担当	医療担当				

# 医療要否意見書

入力	
----	--

ケース番号	員番	市費	後保					担当
-------	----	----	----	--	--	--	--	----

住所

氏名  
に係る 年 月 日以降の医療の要否について意見を求めます。

年 月 日

横浜市 福祉保健センター長  
院(所)長様

傷病名 又は部位	(1)	初診 年月日	(1)	年 月 日	転帰	②	年 月 日
	(2)		(2)	年 月 日			
	(3)		(3)	⑦記載不要		治療中止死亡	
	(4)		(4)				
	(5)		(5)	年 月 日			
	(6)		(6)	年 月 日			

今後の主要な症状療及び見込み

③

福祉保健センターへの連絡事項  
入・退院日 年 月 日

⑤

必要な通院の頻度 毎日・週3 ⑧記載不要 週間に1回・月1回・その他( )

診見 込 期 療 間	入院外	④	か月 日間	※概 療 算 費 (入院料	(1)今回診療日以降 1か月間	(2)第2か月日以降 6か月目まで	⑨記載不要	円
	入院		か月 日間			円		円

上記のとおり( 1 入院 2 入院外 )の医療を( 1 要する 2 要しない )と認めます

横浜市 福祉保健センター長 宛 ⑥ 年 月 日

指定 所在地 及び 名称  
医療院(所)長 印  
機関 担当医師(診療科名)

※  
※  
の嘱  
意託  
見医

※印欄は福祉保健センターから依頼があったときに記入してください。※※印欄は福祉保健センターが記載します。この意見書により医療券を発行しますので、速やかに返送してください。

## <医療要否意見書の記入について>

横浜市健康福祉局生活支援課

(注意)

- 1 この意見書を提示した患者で、ケース番号欄が（申請中）のものは新規に生活保護法による保護を申請している世帯の者です。  
ケース番号欄に番号の表示のあるものは生活保護法による保護を受けている世帯の者です。  
患者に後日医療券が交付された場合には、その医療券に基づき支払基金あてに請求してください。  
なお、この場合、診察料等の徴収額が、その医療券に記載されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返してください。
- 2 「主要症状及び今後の診療見込」欄において臨床検査等の記入を福祉保健センターからお願いしたときは、直近の臨床諸検査結果等を記入してください。

(意見書記入要領)

- 1 この意見書は、医療扶助の継続の場合で今後の医療扶助の要否判定（継続、変更、停・廃止等）を行う場合に必要となる大切な資料ですので、できるだけ詳しく、かつ正確に記入してください。  
ただし、精神疾患の傷病による入院医療については別に定める様式により記入していただくことになっています。
- 2 診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合には「傷病名又は部位」欄には〇〇の疑いと記入してください。
- 3 「初診年月日」欄には、費用負担関係の如何にかかわらず、その傷病についての初診年月日を記入してください。
- 4 この意見書を提出した患者が急性期医療の定額払い方式の対象患者（以下「対象者」という。）となる場合は、次のように記入してください。
  - (1) 「医療要否意見書」の次に「(医科入院定額支払用)」と記入してください。
  - (2) 既に対象患者として入院している患者から、この意見書が提出された場合、「診療見込期間」欄の「入院期間」には総入院期間を記入し、その下に「残り期間〇〇か月〇〇日間」と記入してください。
  - (3) 「概算医療費」欄には概算医療費（月単位）の総額を記入してください。

(医療要否意見書について)

福祉保健センター生活支援課には嘱託医師が配置されています。この意見書を参考に、被保護者に対する医療扶助の決定実施について嘱託医師と生活保護担当ケースワーカーが医学面及び生活面から総合的に判断し、必要な指導援助を行います。

事 務 連 絡  
令和 2 年 3 月 30 日

都道府県  
各 指定都市 生活保護担当課 御中  
中核市

厚生労働省社会・援護局保護課保護事業室医療係

### 医療要否意見書の記載における留意事項について

生活保護行政の適正な実施、運営については、平素より格段の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、「生活保護法による医療扶助運営要領について」（昭和 36 年 9 月 30 日社発第 727 号厚生省社会局長通知）様式第 13 号の「医療要否意見書」につきまして、今般、下記の通り、記載における留意点をとりまとめました。

つきましては、ご了知の上、管下福祉事務所及び管内指定医療機関へ周知いただけますようお願いいたします。

### 記

○医療要否意見書（別添）について、下記の通り、記載における留意点を定める。

#### 【①傷病名又は部位】

診療が必要となる傷病名、部位を記載すること。診断が確定されていない場合は所謂疑い病名でも可とする。傷病名については、細かい関連する病名は不要であり、代表的な病名を記載代表的な病名が複数ある場合については、複数を記載すること。

#### 【②初診年月日】

令和 2 年 4 月発行分の医療要否意見書より、原則として記載不要とする。福祉事務所から特段の求めがあった場合に限り記載すること。

※福祉事務所が求めを行う場合は、電話連絡または書面連絡で行うこと。

【③転帰】

継続の場合であって、今後医療の必要性がなくなる場合に記載すること。

【④主要症状及び今後の診療見込】

今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入すること。必要に応じて検査結果等を添付することも可とする。また、今後の診療見込について記入すること。

【⑤治療見込期間】

今後、医療が必要な期間の見込みについて、1か月未満の場合は日数を、1か月以上の場合は繰り上げた月数を記載すること。

【⑥概算医療費】

令和2年4月発行分の医療要否意見書より、原則として記載不要とする。福祉事務所から特段の求めがあった場合に限り記載すること。

※福祉事務所が求めを行う場合は、電話連絡または書面連絡で行うこと。

【⑦福祉事務所への連絡事項】

特に、福祉事務所へ連絡する必要がある場合に記載すること。

【⑧日付】

医療の要否を判断した日を記載すること。

【照会先】厚生労働省 社会・援護局

保護課保護事業室 医療係

電話 03-5253-1111 (内線 2829)

直通 03-3595-2613

FAX 03-3592-5934

医療要否意見書

※1 医科 2 歯科		※1 新規 2 継続(単・併)		※受理 年月日	年 月 日			
(氏名) ( 歳) _____に係る医療の要否について意見を求めます。								
令和 年 月 日								
院(所)長 殿								
福祉事務所長 ⑩								
② _____								
① 傷病名又は部位	(1)	初診	(1) 年 月 日	転帰 ③	年 月 日			
	(2)	年月	(2) 年 月 日	〔継続の とき記入〕	治	死	中	
	(3)	日	(3) 年 月 日		ゆ	亡	止	
④ 主要症状及び 今後の診療見込		(今後の診療見込に関連する臨床諸検査結果等を記入して下さい。)						
⑤ 治療 見込 期間	入院外☒		⑥ 概算 医療 費	(1)今回診療日 以降1か月間	(2)第2か月目以 降6か月目まで	⑦ の 福 社 連 絡 事 務 所 項 へ		
	入 院	期間		か月 日間	円			円
		(予定) 年月日		年 月 日	(入院料 円)			(入院料 円)
上記のとおり (1入院外 2入院) 医療を (1要する 2要しない) と認めます。								
⑧ 令和 年 月 日								
福祉事務所長 殿								
指定医療機関の所在地及び名称								
院(所) 長 ⑩								
担当医師(診療科名)								
※嘱託医の意見								