

様式第 1 号

年 月 日

(協力医療機関又は保険薬局の名称) 御中

はまなすサポートセンター

(公社) いわて被害者支援センター 印

理事長 ○○ ○○

性犯罪被害者支援医療費公費負担対象者の確認について

下記の者は、岩手県性犯罪被害者支援医療費公費負担実施要綱第(※2又は5)の規定に該当し、公費負担の対象者であることを確認しました。

記

公費負担の対象者

氏 名	
生年月日	

※ 産婦人科医療に係る対象者の場合は「2」を、精神科医療に係る対象者の場合は「5」を記入すること。

様式第2号

年 月 日

岩手県知事 様

所在地
医療機関名 印
代表者氏名

請 求 書 (産婦人科医療)

「岩手県性犯罪被害者支援医療費公費負担実施要綱」第4の規定に基づき、次のとおり医療費を請求します。

患者氏名：		(生年月日：)	
① 診察年月日： 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 初診料			円
<input type="checkbox"/> 性感染症検査料			円
<input type="checkbox"/> 処置料			円
<input type="checkbox"/> 緊急避妊処置料			円
<input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶手術料			円
<input type="checkbox"/> その他			円
		消費税	円
		請求額小計	円
② 診察年月日： 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 再診料			円
<input type="checkbox"/> 性感染症検査料			円
<input type="checkbox"/> 処置料			円
<input type="checkbox"/> 人工妊娠中絶手術料			円
<input type="checkbox"/> その他			円
		消費税	円
		請求額小計	円

請求額合計 _____ 円

振込先 金融機関	金融機関名		支店名 (店舗名)	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
口座名義人	フリガナ			

※ 健康保険を利用した場合は、診療報酬明細書の写しを添付すること。

岩手県知事 様

所在地

医療機関名

代表者氏名

印

請 求 書（精神科医療）

「岩手県性犯罪被害者支援医療費公費負担実施要綱」第7の規定に基づき、次のとおり医療費を請求します。

患者氏名：		(生年月日：)	
① 診察年月日： 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 初診料			円
<input type="checkbox"/> 通院精神療法費			円
<input type="checkbox"/> その他			円
	消 費 税		円
	請求額小計		円
② 診察年月日： 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 再診料			円
<input type="checkbox"/> 通院精神療法費			円
<input type="checkbox"/> その他			円
	消 費 税		円
	請求額小計		円
③ 診察年月日： 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 再診料			円
<input type="checkbox"/> 通院精神療法費			円
<input type="checkbox"/> その他			円
	消 費 税		円
	請求額小計		円

請求額合計 円

振込先 金融機関	金融機関名		支店名（店舗名）	
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号		
口座名義人	フリガナ			

※ 健康保険を利用した場合は、診療報酬明細書の写しを添付すること。

様式第4号

年 月 日

岩手県知事 様

所在地

保険薬局名

代表者氏名

印

請 求 書 (保険薬局)

「岩手県性犯罪被害者支援医療費公費負担実施要綱」第8の規定に基づき、次のとおり薬剤料等を請求します。

患者氏名：		(生年月日：)	
① 調剤年月日： 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 調剤技術料及び薬学管理料			円
<input type="checkbox"/> 薬剤料			円
<input type="checkbox"/> その他			円
		消 費 税	円
		請求額小計	円
② 調剤年月日： 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 調剤技術料及び薬学管理料			円
<input type="checkbox"/> 薬剤料			円
<input type="checkbox"/> その他			円
		消 費 税	円
		請求額小計	円
③ 調剤年月日： 年 月 日			
<input type="checkbox"/> 調剤技術料及び薬学管理料			円
<input type="checkbox"/> 薬剤料			円
<input type="checkbox"/> その他			円
		消 費 税	円
		請求額小計	円

請求額合計 円

振込先 金融機関	金融機関名		支店名(店舗名)	
預金種別	普通・当座	口座番号		
口座名義人	フリガナ			

※ 健康保険を利用した場合は、診療報酬明細書の写しを添付すること。

岩手県内の保険薬局 御中

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

岩手県による薬剤料等の負担について

この様式を持参された方につきましては、岩手県が薬剤料等を負担します。

詳しくは、「はまなすサポートセンター」にお問い合わせください。

岩手県（復興防災部消防安全課）からのお願い

この様式を受け取られた保険薬局におかれましては、次のとおり御対応いただきますよう何とぞよろしくお願い申し上げます。

- 1 下記の電話により「はまなすサポートセンター」に連絡を入れ、調剤年月日、患者さんの氏名と生年月日、保険薬局の住所と名称を伝えてください。

（保険薬局からセンターに個人情報を提供することについては、処方せんを発行した医療機関において、書面による同意を得ております。）

電話 平日：午前 10 時 ～ 午後 5 時 019-601-3026

上記時間外におきましては、翌日以降の時間内にお問い合わせいたします。

- 2 調剤をしてください。（センターとの連絡が取れなかった場合でも構いません。）
- 3 御本人には請求をされないようお願いいたします。
- 4 後日、上記センターから所定の様式を提出いたしますので、請求書（様式第 4 号）に様式第 1 号の写しを添付の上、下記あてに薬剤料等を請求してください。

〒020-8570 盛岡市内丸 10-1

岩手県復興防災部消防安全課

県民安全担当