

岩手県性犯罪被害者支援医療費公費負担実施要綱

(目的)

第1 岩手県は、不同意性交等罪・不同意わいせつ等刑法上の性犯罪に相当する行為（未遂及び致傷を含む。以下「性犯罪」という。）を受けた被害者（以下「被害者」という。）の精神的・身体的・経済的負担を軽減し、その健康の回復を図るため、第2、第5及び第10に定める対象者について、産婦人科及び精神科の受診、保険薬局及び薬局等（薬局及び店舗販売業をいう。以下同じ）の利用に要した自己負担相当額を負担する。

(産婦人科医療に係る対象者)

第2 産婦人科医療に係る公費負担の対象者は、緊急避妊措置等のために産婦人科の受診が必要と認められる者のうち、次の各号に掲げる者を除く。

- (1) 岩手県警察が実施する医療費公費負担の対象となっている者
- (2) 被害後概ね6か月を経過している者
- (3) 加害者を利する関係にある者
- (4) 虚偽の申告をしている者
- (5) 性犯罪による被害を容認し、又は誘発などしていた者
- (6) 医療費の公費負担を希望しない者
- (7) 加害者又はその関係者から医療費の支払いを受けた者
- (8) その他、医療費を公費負担することが不適切と認められる者

(産婦人科医療において負担する費用)

第3 産婦人科の協力医療機関を受診した場合、次の費用を負担する。

- (1) 検査料及び処置料

性犯罪に起因する初診時における各種検査及び処置に要した費用（薬剤料及び検査結果を聞くのに要する再診料を含む。）とし、1人につき1回分の額（複数の医療機関による診察を要した場合は、医療機関ごとに1回分の額）とする。

なお、性感染症検査については、潜伏期間にあるなど初診時における検査が不適当な場合もあるため、同一の医療機関における初診時以降の当該検査に要した費用を含むものとする。

- (2) 緊急避妊処置料

原則として、初診を受けた医療機関における緊急避妊ピルの投薬1回分の額とする。

- (3) 人工妊娠中絶手術料

岩手県医師会が指定した医師による人工妊娠中絶の手術1回分の額とする。

- (4) その他、医師が特に必要と判断した検査及び処置に係る費用並びに薬剤料

(産婦人科の請求手続き)

第4 協力医療機関は、次により知事に医療費を請求するものとする。

(1) 「いわて被害者支援センター」(以下「センター」という。)等の相談支援機関を経由した場合

ア 相談支援機関は、被害者との面接を実施し、その者が第2に定める公費負担の対象者であると認めた場合には、センターは、被害者に受診する協力医療機関を確認し、当該医療機関に様式第1号を提出する。

イ 協力医療機関は、診察・処置を行うが、本人から医療費を受領せず、様式第2号に様式第1号の写しを添付して知事に医療費を請求する。

(2) センター等の相談支援機関を経由せず、直接、協力医療機関を受診した場合

ア 協力医療機関は、患者が性犯罪による被害を訴え、その可能性が高い、又は被害を受けたと疑われる場合において、本要綱に基づく医療費の公費負担を希望した者に対しては、センターの支援について説明した後、診察・処置を行うが、本人からは医療費を受領しない。

イ アの医療機関から連絡を受けたセンターは、当該医療機関に様式第1号を提出する。

ウ 協力医療機関は、様式第2号に様式第1号の写しを添付して知事に医療費を請求する。

(精神科医療に係る対象者)

第5 精神科医療に係る公費負担の対象者は、性犯罪による被害と本人の精神状態の悪化との間に因果関係があると認められる者のうち、次の各号に掲げる者を除く者とする。

(1) 岩手県警察が実施する医療費公費負担の対象となっている者

(2) 被害後概ね2年を経過している者

(3) 当該被害と関係するか否かにかかわらず、精神科に通院中の者

(4) 加害者を利する関係にある者

(5) 性犯罪による被害を容認し、又は誘発などしていた者

(6) 医療費の公費負担を希望しない者

(7) 加害者又はその関係者から医療費の支払いを受けた者

(8) その他、社会通念上、医療費を公費負担することが不適切と認められる者

(精神科医療において負担する費用)

第6 精神科の協力医療機関を受診した場合、次の費用を負担する。

医師による通院精神療法に要した費用として初診を含め3回分を上限とし、医師が必要と判断した検査に係る費用及び薬剤料を含むものとする。

(精神科の請求手続き)

第7 協力医療機関は、次により知事に医療費を請求するものとする。

(1) センター等の相談支援機関を経由した場合

ア 相談支援機関は、被害者との面接を実施し、その者が第5に定める公費負担の対象者であると認めた場合には、センターは、被害者に受診する協力医療機関を確認し、当該医療機関に様式第1号を提出する。

イ 協力医療機関は、診察・処置を行うが、本人から医療費を受領せず、様式第3号に様式第1号の写しを添付して知事に医療費を請求する。

(2) センター等の相談支援機関を経由せず、直接、協力医療機関を受診した場合

ア 協力医療機関は、患者が性犯罪による被害を訴え、その可能性が高い、又は被害を受けたと疑われる場合において、本要綱に基づく医療費の公費負担を希望した者に対しては、センターの支援について説明した後、診察・処置を行うが、本人からは医療費を受領しない。

イ アの医療機関から連絡を受けたセンターは、当該医療機関に様式第1号を提出する。

ウ 協力医療機関は、様式第3号に様式第1号の写しを添付して知事に医療費を請求する。

(保険薬局における薬剤料に係る対象者)

第8 保険薬局における薬剤料に係る公費負担の対象者は、産婦人科及び精神科を受診した被害者のうち、医療機関の院外処方せんの発行を受けた者とする。

(保険薬局の請求手続き)

第9 協力医療機関が発行した院外処方せんを受け付けた岩手県内の保険薬局は、次により知事に薬剤料等を請求するものとする。

(1) センター等の相談支援機関を経由した場合

ア センターは、被害者に利用する保険薬局を確認し、当該薬局に様式第1号を提出する。

イ 保険薬局は、調剤を行うが、本人から薬剤料等を受領せず、様式第4号に様式第1号の写しを添付して知事に薬剤料等を請求する。

(2) センター等の相談支援機関を経由せず、直接、協力医療機関を受診した場合

ア 協力医療機関は、院外処方せんに併せて様式第5号を発行し、被害者にそれらを持って保険薬局に行くよう説明する。

イ 保険薬局は、調剤を行うが、本人から薬剤料等を受領せず、当該薬局から連絡を受けたセンターは、薬局に様式第1号を提出する。

ウ 保険薬局は、様式第4号に様式第1号の写しを添付して知事に薬剤料等を請求する。

(緊急避妊薬の購入に係る対象者)における薬局等での緊急避妊薬の購入に係る公費負担の対象者は、緊急避妊措置のために緊急避妊薬の服用が必要と認められる者のうち、次の各号に掲げる者を除く。

- (1) 岩手県警察が実施する医療費公費負担の対象となっている者
- (2) 被害後概ね6か月を経過している者
- (3) 加害者を利する関係にある者
- (4) 虚偽の申告をしている者
- (5) 性犯罪による被害を容認し、又は誘発などしていた者
- (6) 医療費の公費負担を希望しない者
- (7) 加害者又はその関係者から医療費の支払いを受けた者
- (8) その他、医療費を公費負担することが不適切と認められる者

(緊急避妊薬の購入において負担する費用)

第11 被害者が薬局等において緊急避妊薬を購入した場合、その費用を負担する。

(緊急避妊薬の購入に係る請求手続き)

第12 被害者は、緊急避妊薬の購入後、センターに対して費用を確認できる書類（以下「証明書類」という。）を添付し、様式第6号を提出する。

2 センターは、前項の書類が提出された場合は、被害者に対し相談等の必要な対応をとるとともに、様式第1号に前項の書類を添付し知事に提出する。

(医療費の支払)

第13 知事は、第4、第7、第8又は第12による請求があったときは、当該請求に係る書類等の審査及び必要に応じて現地確認等を行い、医療費を公費負担すべきものと認めるときは、速やかに協力医療機関、保険薬局又は被害者に支払うものとする。

(その他運用上の留意事項)

第14 知事は、第3第3号による人工妊娠中絶を受けた被害者が、健康保険法等に基づく出産一時金の給付を受けた場合は、同号に基づいて負担した人工妊娠中絶手術料を当該被害者に請求するものとする。

(補則)

第15 この要綱に定めるもののほか、医療費公費負担の実施に関して疑義が生じたときは、岩手県と協議するものとする。

附則

この要綱は、平成29年10月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和3年4月1日から施行する。

附則

この要綱は、令和5年7月13日から施行する。

附則

(施行期日)

- 1 この要綱は、令和8年3月25日から施行し、同年2月2日から適用する。

(経過措置)

- 2 令和8年2月2日から施行日の前日までの間に、医療機関の院外処方せんの発行を受けずに緊急避妊薬を購入した者で、改正後の要綱の規定に基づき、岩手県から当該緊急避妊薬の購入額と同額の金銭の支給を受けようとするものに対する同要綱第10第2号の規定の適用については、同号中「6か月」とあるのは「8か月」とする。

(協力医療機関又は保険薬局の名称) 御中

はなま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 第2、第5、第10)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	

※1 産婦人科医療及び精神科医療に係る対象者の場合は医療機関又は保険薬局あて、緊急避妊薬の購入の場合には岩手県知事あてとすること。

※2 産婦人科医療に係る対象者の場合は「第2」、精神科医療に係る対象者の場合は「第5」、薬局等における緊急避妊薬の購入の場合には「第10」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

代表者氏名

印

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

様式第6号

年 月 日

岩手県知事様

住所 _____

氏名 _____ 印

請 求 書（緊急避妊薬購入）

「岩手県性犯罪被害者支援医療費公費負担実施要綱」第12の規定に基づき、次のとおり緊急避妊薬購入に係る費用を請求します。

緊急避妊薬購入に係る費用 _____ 円

振込先 金融機関	金融機関名		支店名（店舗名）※1
預金種別	普通・当座	口座番号	
口座名義人	フリガナ		

※1 ゆうちょ銀行への振込の場合は、通帳に振込の受取口座として記載されている店名、預金種目、口座番号を記載すること。

※2 領収書の写し等、緊急避妊薬購入に要した費用が分かる書類を添付すること。