

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って記載すること。

※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。 <div style="text-align: right; margin-right: 10%;">令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">院(所)長 殿</div> <div style="text-align: right;">福祉事務所長 ⑩</div>							
① 傷病名又は部位	(1) (2) (3)	初診 年月 日	(1) 年 月 日 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日	転帰 ③ (継続の とき記入)	年 月 日 治 止 ゆ 亡		
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☒	か月 日間	⑥ 概算医療費	(1)今回診療日以降1か月間 円	(2)第2か月目以降6か月目まで 円	⑦ の福祉事務所へ	
	入院	期間		か月 日間	(入院料 円)		(入院料 円)
		(予定) 年月日		年 月 日			
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。 <div style="text-align: right; margin-right: 10%;">⑧ 令和 年 月 日</div> <div style="text-align: center; margin-bottom: 10px;">福祉事務所長 殿</div> <div style="text-align: right;">指定医療機関の所在地及び名称 院(所)長 ⑨ 担当医師(診療科名)</div>							
※嘱託医の意見							