

熊本県水俣病総合対策医療事業等に係る給付関連業務委託仕様書

1 業務委託名

熊本県水俣病総合対策医療事業等に係る給付関連業務委託

2 委託期間

令和7年（2025年）4月1日から令和8年（2026年）3月31日まで

3 目的

水俣病総合対策医療事業等における療養費等の審査事務について、毎月の支払事務を円滑かつ効率的に処理することを目的とする。

4 業務内容

(1) 管理業務

① 実施体制の構築

ア) 熊本県水俣病総合対策医療事業等に係る給付関連業務委託における受託者（以下「受託者」という。）は、委託業務を遂行するにあたり、想定される業務量に応じて、適正に委託業務が遂行できるよう、受託者の責任において、実施体制を構築し維持するとともに、必要に応じて適切かつ柔軟な対応をとること。

イ) 受託者は、業務に必要な知識・技術を有し、制度の趣旨及び業務の公益性を十分理解するとともに、円滑な業務を行える者であり、各業務の遂行に十分な経験を有する者として、管理責任者1名及び担当者（6名程度。業務量によって人員数調整可）を配置すること。なお、管理責任者不在時には、代理となる者を配置すること。

ウ) 受託者は、熊本県（以下「委託者」という。）への報告、委託者との協議又は委託者からの指導や指示等が必要なときは、原則として管理責任者をもって対応し、管理責任者から担当者に対して必要な指示・情報共有を行うこと。

② 計画書及び報告書の作成、提出

ア) 受託者は、月毎の月間計画表（4月分を除く）を、前月25日までに委託者へ提出すること。

イ) 受託者は、月毎の担当者等の勤務実績、業務実施内容及び課題の報告と改善・対応策等について、翌月5日までを目途に提出すること。ただし、3月分については、8(1)②の業務完了報告書とともに3月31日までに提出すること。

ウ) 上記ア及びイについて、受託者は月1回以上、必要に応じ委託者と協議するものとする。

③ 委託業務の実施に係る改善及び品質の向上

ア) 受託者は、本業務を実施する上で、申請書類等のチェックを十分に行い、業務の進捗状況を随時管理するなど、審査ミスを低減させる取組みを行うこと。

イ) 当初の作業マニュアルは、委託者が準備する。なお、日々の委託業務の遂行にあたって生じた課題に対する改善策を検討し、又は委託者と協議した結果を蓄積

し、常に委託業務の改善及び品質の向上を図るとともに、適宜マニュアルの再点検を行うこと。

ウ) 委託業務の実施にあたり検討した改善策や対応策については、委託者・受託者双方の見解に相違が生じないように配慮するとともに、マニュアルを修正する場合は、事前に委託者に協議すること。

(2) 審査業務

水俣病総合対策医療事業等に係る療養費等の支払いを受けるために、医療機関等及び手帳所持者が提出した各申請書等の書類の受理、審査、確認等を行う。

① 審査の対象となる請求方法

ア) 整骨院からの請求

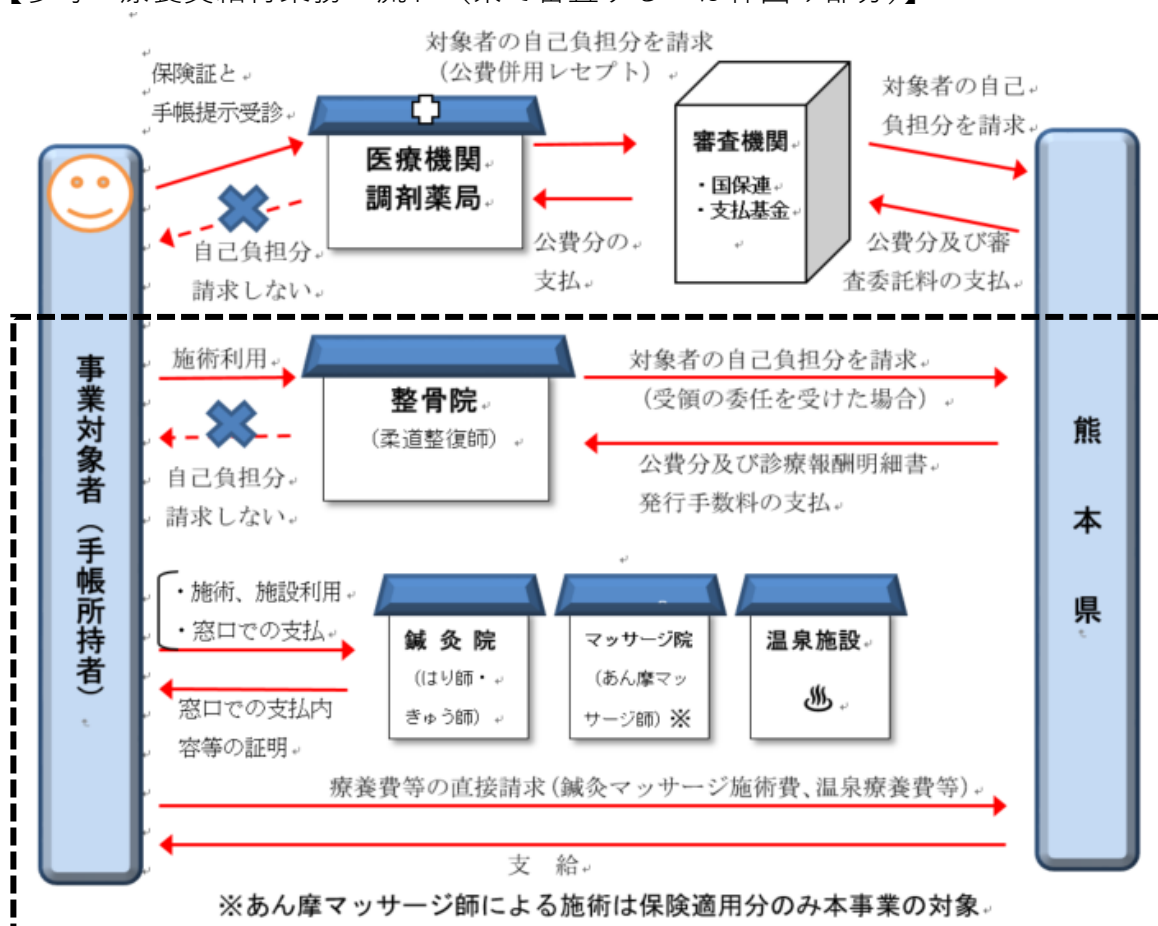
イ) 医療費、介護保険サービス費、はり・きゅう・マッサージ療養費（保険適用分）の請求（手帳所持者が、窓口で手帳を提出せず自己負担分を支払い、後日償還払請求する場合等）

ウ) 治療用装具費の請求（手帳所持者からの直接請求）

エ) はり・きゅう施術費（保険適用外）・温泉療養費の請求（手帳所持者からの直接請求）

オ) 療養手当の申請（他公費で全額支給されている場合や介護老人保健施設に入所している場合）

【参考：療養費給付業務の流れ（県で審査するのは枠囲み部分）】



② 審査事務の内容

ア) 受付

郵送等により届いた申請書等を仕分けし、受付印の押印及び受付簿への入力を行う。

イ) 審査

申請書等の記入箇所や添付書類について、不備や漏れが無いかな審査し、必要に応じて申請者へ直接内容確認をしたうえで、データ入力業者に引き渡せる状態にする。

主な内容確認箇所は、以下のとおり。

- ・受給者番号、申請者氏名、住所、電話番号及び生年月日
- ・傷病名
- ・保険種別・負担割合
- ・診療実日数
- ・医療機関コード

ウ) データチェック

データ入力業者が入力したデータと申請書の突合チェックや、エラーチェックを行う。

エ) ファイリング

申請書を、区分毎にファイリングする。

③ その他

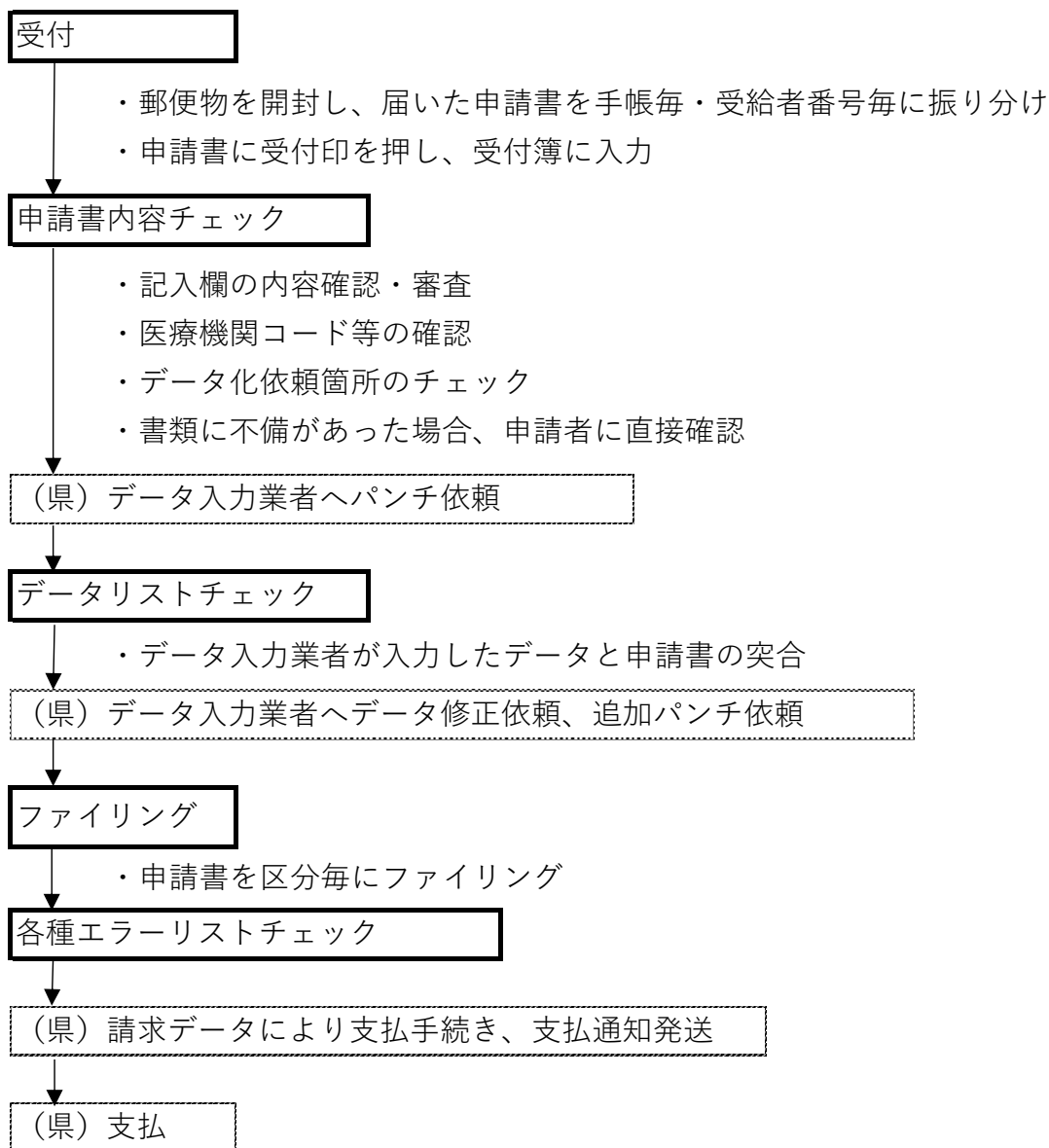
令和8年（2026年）4月より新台帳システムへの移行が予定されていることから、令和8年（2026年）1月頃より、試行的な入力作業や、一部業務内容の見直しを行う可能性がある。

(3) 業務量

約 5,600 件/月

【参考：事務処理フロー】

※（県）は、委託者が直接行う事務



【参考：事務処理の流れ】

	■ 月	■ 月の翌月
初旬頃	受付、審査 （1ヶ月を通して実施）	・データリストチェック （データ修正依頼、追加パンチ依頼（県）） ・申請書ファイリング
中旬頃		・各種エラーリストチェック
下旬頃		・請求データに基づき、支払手続き（県）
月末		・支払通知発送（県） ・支払（県）

【参考：申請書様式（例）】

水俣病総合対策医療事業（医療手帳・水俣病被害者手帳）
第6号様式（第8、13、15条関係）

療養費支給申請書

年 月 日

療養費の支給を受けたので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 日

申請額	円
-----	---

申請者

住 所：（〒 ー ）

氏 名：

電話番号：（ ）

生年月日：明・大・昭 年 月 日

熊本県知事 様

受給者番号

第7号様式（第8、13、15条関係）

〔以下医療機関が記入〕

療養給付証明書

年 月 日

患者氏名			住 所		
生年月日	年 月 日				
傷病名	(1)	保険の種類 他病歴 通院状況	(本人・被扶養者)	診 療 実日数	日 日
	(2)			入院 外 来	日 日
	(3)				
療養に要した費用	総療養費（レフト脳神経×10円）		円		
	保険診療に係る自己負担金額（合計）		円		
	内 療 養 費	円			
	入院時食事療養費 または 入院時生活療養費の負担額	円			

上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。

年 月 日

医療機関コード	医療機関コード(7桁)			

所在地（〒 ー ）

医療機関

名 称

電話番号

代表者氏名

印

水俣病総合対策医療事業（医療手帳、水俣病被害者手帳）
第12号様式（第10、13条関係）

療養手当（介護老人保健施設関係）支給申請書

療養手当の支給を受けたいので、次の証明書を添えて申請します。

年 月 分

年 月 日

申請額 円

住 所：〒 -)

申請者 氏 名：

電話番号： ()

生年月日：明・大・昭 年 月 日

熊本県知事 様

受給者番号

（以下介護事業所が記入）

第13号様式（第10、13条関係）

介護老人保健施設入所証明書

年 月 分

対象者氏名	住 所
生 年 月 日 所・大・昭 年 月 日	要介護認定区分 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5
入所日数 日 間	

上記のとおり当施設に入所していたことを証明します。

年 月 日

施設所長コード	事業所番号（8ケタ）

事業所 名 称

所在地 〒

電話番号

代表者氏名又は名称

印

（注）裏面の「記入上の注意」に基づき、記入してください。

水俣病総合対策医療事業（医療費手帳・水俣病被害者手帳） 第8号様式（第8、13、15条関係）		保険適用分	
療養費（はり・きゅう・マッサージ施術療養費）支給申請書		年 月 日	
療養費（はり・きゅう・マッサージ施術療養費）の支給を受けたいので、下記証明を添えて申請します。			
年 月 日		住 所： 氏 名： 電話番号：（ ） 生年月日： 明・大・昭 年 月 日	
申請 額 円			
申請者			
受 給 者 番 号			
熊本県知事様 注) ① 申請額は、保険で定められた施術料金の自己負担分です。 ② 初回の申請は療養費の同意書（写し可）を添付して下さい。 ③ 2回目以降は、末尾「同意記録」欄だけ御記入下さい。 ただし、変形徒手矯正術の場合は同意書の添付が毎回必要です。 ④ 3回以上施術した場合は、複枚枚提出して下さい。 ※この用紙は、健康保険が適用されるはり・きゅう・マッサージ施術療養費に関する支給申請書です。 保険が適用とならないはり・きゅう・マッサージ施術療養費については、第14号様式の申請書を御利用下さい。			
第9号様式（第8条、13、15条関係）		〔以下施術機関が記入〕	
はり・きゅう・マッサージ施術証明書			
対象者 氏 名		住 所	
傷病名		保険の 種 別	
施術年月日		給付の別（いずれかに○を付ける）	
		保険適用分の施術費 総療養費 一部負担金（徴収額）	
年 月 日	1 はり 2 きゅう 3 ①:はり ②:きゅう ③:はり ④:マッサージ ⑤:併用	円	円
年 月 日	1 はり 2 きゅう 3 ①:はり ②:きゅう ③:はり ④:マッサージ ⑤:併用	円	円
年 月 日	1 はり 2 きゅう 3 ①:はり ②:きゅう ③:はり ④:マッサージ ⑤:併用	円	円
年 月 日	1 はり 2 きゅう 3 ①:はり ②:きゅう ③:はり ④:マッサージ ⑤:併用	円	円
年 月 日	1 はり 2 きゅう 3 ①:はり ②:きゅう ③:はり ④:マッサージ ⑤:併用	円	円
年 月 日	1 はり 2 きゅう 3 ①:はり ②:きゅう ③:はり ④:マッサージ ⑤:併用	円	円
年 月 日	1 はり 2 きゅう 3 ①:はり ②:きゅう ③:はり ④:マッサージ ⑤:併用	円	円
上記のとおり療養の給付を行ったことを証明します。			
※上記証明で、記入後に余った欄は、 斜線を記入するか、又は「以下余白」と 御記入ください。		(記入不要) 医療機関コード	
		免許番号(はり きゅう マッサージ) 所 在 地 (平 一)	
【 熊本県事務処理種類（記入不要） 】			
日数	総医療費	自己負担金	施術機関名 電 話 番 号 代表者氏名
			印
※保険費の同意についてもなく御記入ください。（同意が有効なものも御確認ください。）			
同意記録	同意医師の氏名	住 所	同意年月日 年 月 日
		傷病名	要加療期間

総合対策医療事業

第14号様式（第9、13、15条関係）

保険適用外分

年 月 日

はり・きゅう施術・温泉療養費支給申請書

はり・きゅう施術・温泉療養費の支給を受けたので、下記証明を添えて申請します。

年 月 日

申請者 住 所：

申請額 円

※ 申請書が2枚以上にわたる場合は、申請額の合計額を1枚目にご記入下さい。

※ 申請書は月ごとに作成下さい。

氏 名：

電話番号：（ ）

生年月日： 明・大・昭 年 月 日

受給者番号

熊本県知事 様

第14号様式（第9、13、15条関係）

（以下施術・温泉機関が記入）

はり・きゅう施術・温泉療養証明書

対象者 氏 名	給付日 年 月 日	給付の別 ○を付ける	性 別	1 はり	2 きゅう	3 ①-④ 併 用	4 温泉療養 （温泉入浴）	5 療養機関 （指定機関）	円
明 施術・温泉療養機関 住 所 電話番号 1 免許番号（はり・きゅう） 温泉利用許可番号								印	
明 施術・温泉療養機関 住 所 電話番号 2 免許番号（はり・きゅう） 温泉利用許可番号								印	
明 施術・温泉療養機関 住 所 電話番号 3 免許番号（はり・きゅう） 温泉利用許可番号								印	
明 施術・温泉療養機関 住 所 電話番号 4 免許番号（はり・きゅう） 温泉利用許可番号								印	
明 施術・温泉療養機関 住 所 電話番号 5 免許番号（はり・きゅう） 温泉利用許可番号								印	
明 施術・温泉療養機関 住 所 電話番号 6 免許番号（はり・きゅう） 温泉利用許可番号								印	
明 施術・温泉療養機関 住 所 電話番号 7 免許番号（はり・きゅう） 温泉利用許可番号								印	

※記載方法等が不明な場合は、熊本県 環境生活部 医療対策班までお尋ねください。（TEL:096-333-2284）

5 業務場所

熊本県庁行政棟新館 5 階 水俣病保健課内とする。

6 業務実施時間

原則として、開庁時間（8 時 3 0 分～1 7 時 1 5 分）とする。但し、やむを得ず開庁時間外に業務を行う必要がある場合は、委託者と協議の上、委託者立ち合いのもと実施することは可能とする。

7 費用負担

事務処理の運用に必要なパソコン（7 台）、電話、コピー機の調達及びその電源や消耗品（トナー・コピー用紙）、ファイリング用のファイルについては、委託者が負担する。

それ以外で事務処理業務の運用に必要な消耗品（名札・事務用品等）の調達は、受託者が行うこと。

8 提出物等

(1) 提出物及び納入期限

① 業務計画、実施体制等

契約締結後、速やかに提出すること。

② 業務完了報告書

令和 8 年（2 0 2 6 年）3 月 3 1 日までに提出すること。

③ その他、必要な提出物及び納入期限については、受託者と委託者の協議の上、決定する。

(2) 納入方法

①、②いずれも紙媒体で 1 部提出すること。

その他の提出物の納入方法は、受託者と委託者の協議の上、決定する。

(3) 納入場所

熊本県庁行政棟新館 5 階 水俣病保健課

9 留意事項

(1) 業務の実施に当たっては、委託者と十分協議の上、実施すること。

(2) 本仕様書の解釈に疑義が生じた事項及び本仕様書に明記していない事項については、委託者と協議すること。

(3) 本業務の再委託は認めないこと。

(4) 受託者は、委託者が承認した場合を除き、業務上知り得た情報を第三者に漏らし、又は他の目的に使用してはならない。この契約が終了し、又は解除された後においても同様とする。

(5) 個人情報の取扱いには十分留意するとともに、個人情報保護に関する法令等を遵守すること。

- (6) 受託者は、本業務に係る契約の終了後、他者に本業務の引継ぎを行う必要が生じた場合には、円滑な引継ぎに努めること。なお、具体的な方法は、受託者と県の協議によるものとする。
- (7) 本業務の実施については、この仕様書に定めるもののほか、必要に応じて別に定める。