



福島医発第328号(地)

平成21年 5月11日

各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 横 倉 義 武

(公印省略)

身体犯被害者に係る医療費の公費支出について

貴職ますますご盛栄のこととお慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般、福岡県警察本部より別添のとおり、身体犯被害者に対する医療費の公費支出に関する通知がありましたのでご連絡申し上げます。

本通知では、平成21年4月28日から、身体犯被害者で1か月以上の重症を負われた被害者に対し、初診料と診断書料(消費税込みの実費)を公費負担することとしております。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知いただき、貴会会員への周知協力方ご高配賜りますようお願い申し上げます。

小郡三井医師会より

医療保険担当理事 毛利康茂
医療保険副担当理事 島田昇二郎
会長 丸山 泉

～ 医療関係者の皆様へ ～

平成21年4月

貴院におかれましては、平素から警察業務に関し、格段のご理解・ご協力を頂き、心からお礼申し上げます。

福岡県警察においては、平成19年8月1日から「性犯罪」の被害者に対する医療費の公費支出制度を開始するとともに、平成21年4月1日からは同じ「性犯罪」の被害に遭い望まない妊娠が発生した場合の人工妊娠中絶費用についても公費支出の対象となり、既に多くの事件に関し運用を図っているところであります。

つきましては、この度、平成21年4月28日から、身体犯被害者で1ヵ月以上の重傷を負われた被害者に対して、初診料と診断書料を公費支出することとなりました。

医療関係者の皆様には、今後益々ご協力を仰ぐこととなりますが、被害者の負担を少しでも和らげるため、引き続きまして、同手続きに関してのご理解・ご協力をお願い申し上げます。

1 公費支出の対象となる医療経費

今回、身体犯被害者にかかる公費支出の対象となる医療費は、次のとおりとなりました。

★ 身体犯被害者であって、
1ヵ月以上の加療を要する重傷を負った被害者に係る
初診料及び診断書料です。
※ 消費税込みの実費としています。

※ 公費支出の対象となるのは、原則として初診時の上記費用のみとなっています。
上記項目以外の医療費、及び2回目以降の医療費は、被害者の自己負担となります。

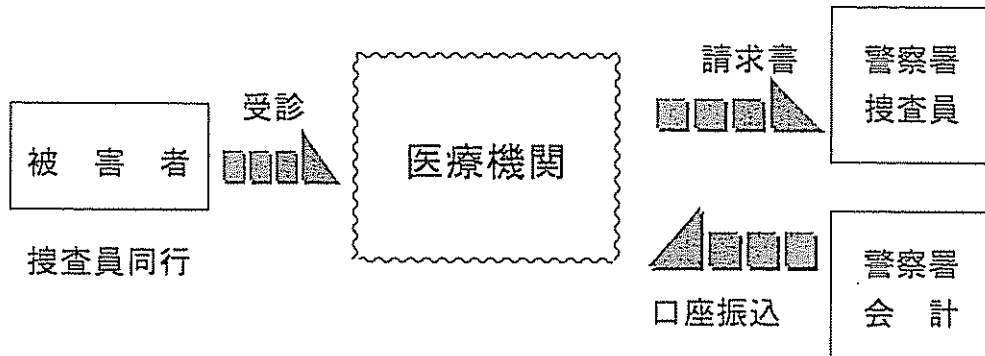
2 医療費の支払要領等

- 医療費は、警察署から医療機関が指定した口座への振込による支払いとなります。
制度上、現金支払はできませんので、ご理解とご協力をお願い致します。

被害者に同行して来院した捜査員が「請求書」（別添）を持参しますので、項目にチェック（レ点）をしていただき、同請求書で各警察署長あてに医療費の請求をお願い致します。

※ 記載例を参考にしてください。

★ 捜査員が同行して受診した場合



- 公費支出分の医療費は、実費払いでも保険払いでも可能な制度であり、被害者の希望に応じて対応いたしますので、よろしくお願いします。

上記項目以外の医療費や、継続的に治療が必要となった場合の負傷の治療費等は、被害者の自己負担となりますので、その料金につきましては、被害者自身に対して、保険適用の希望の有無を確認してください。

- 「請求書」は、診察終了時に作成可能な場合、同行してきた捜査員にその場で手渡して下さい。

夜間の診察等で、請求書の作成が翌日若しくは後日になる場合は、改めて捜査員が受領に伺います。

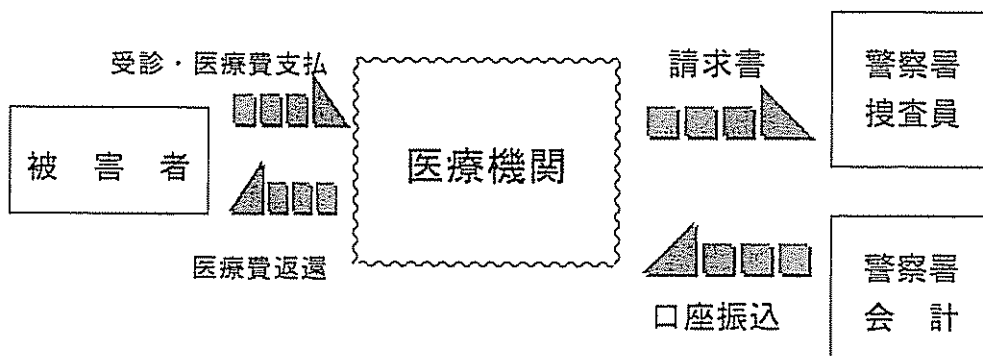
請求書を受領してから、概ね2週間程度で、医療費が口座振込となる予定です。

- 警察の届出前に被害者が先に医療機関を受診して、医療費を支払っている場合も公費支出の対象となる場合があります。

この場合、当該医療機関から被害者に対して一旦医療費を返還してもらう手続きを、お願いすることになりますので、ご協力をお願い致します。

返還分は警察宛に請求書を作成していただき、口座振込での支払いとなります。

★ 警察へ届出る前に、被害者が個人的に受診して、既に支払っている場合



【連絡先】

福岡県警察本部総務部警察安全相談課犯罪被害者支援係

電話番号 092-641-4141 (内線2533)

FAX 092-632-7830

様式第2号（6の(3)、6の(4)、6の(5)、8の(5)、11の(2)、11の(3)関係）

年 月 日

警察署長 殿

所在地

医療機関名

代表者名

印

請 求 書

平成 年 月 日の診察に係る医療経費を次のとおり請求します。

受診者氏名 (保護者氏名)		
種 別	金 額	項 目
初診料	円	☐ 時間内 ☐ 時間外 ☐ 深夜 ☐ 休日
診断書料	円	
合 計	円	

注 1 太枠内は、受診者が記入すること。

2 該当する口欄には、✓印を記入すること。

様式第2号（6の(3)、6の(4)、6の(5)、8の(5)、11の(2)、11の(3)関係）

記載例

年 月 日

博多 警察署長 殿

所在地 福岡市博多区博多駅前2丁目
8番24号 /

医療機関名 博多外科病院

代表者名 博多 太郎



請 求 書

平成 21 年 5 月 1 日の診察に係る医療経費を次のとおり請求します。

受診者氏名 (保護者氏名)	福岡 一郎		
種 別	金 額	項 目	
初診料	2.700 円	☒ 時間内 ☐ 時間外 ☐ 深夜 ☐ 休日	
診断書料	4.000 円		
合 計	6.700 円		

- 注 1 太枠内は、受診者が記入すること。
2 該当する口欄には、✓印を記入すること。