

# 記載例（薬局用）

法人名称、代表者の職名・氏名を記入してください。

薬局の名称を記入してください。

先天性血液凝固因子障害等医療給付委託契約書

神奈川県知事 黒岩 祐治（以下「甲」という。）と

〇〇薬局××店

**株式会社△△ 代表取締役** □□ □□（以下「乙」という。）は、神奈川県先天性血液凝固因子障害等医療給付実施要綱（以下「実施要綱」という。）に基づく医療給付の委託について、次のとおり契約を締結する。

（委託事項）

第1条 甲は、実施要綱第3に定める疾患についての医療給付を乙に委託するものとし、乙はこれを受託するものとする。

（医療の給付）

第2条 甲の発行した先天性血液凝固因子障害等医療受給者証を所持する者が、乙の開設または管理する医療機関にこれを提示し、対象疾患に関する受療を申し出たときは、乙はこれに対し必要な医療を給付するものとする。

（医療費の給付額）

第3条 乙は前条の医療給付に要する費用を甲に請求できるものとし、その額は健康保険又は後期高齢者医療の医療に要する費用の額の算定方法の例により算定した医療に要する費用の額の合計額（入院時の食事療養及び生活療養に要する費用については、医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律に規定する入院時食事療養標準負担額及び入院時生活療養標準負担額を含む。）から、医療保険各法又は高齢者の医療の確保に関する法律の規定による医療に関する給付に関し保険者又は市町村が負担すべき額を控除した額とする。

2 「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第19号）」、「指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年2月厚生省告示第21号）」又は「指定介護予防サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第127号）」により算出した額の合計額から介護保険法の規定による当該疾患に係る訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション及び介護予防居宅療養管理指導に関し保険者が負担すべき額（介護保険法第69条第3項の規定の適用がある場合にあっては、当該規定が適用される前の額）を控除した額とする。

（医療費の請求）

第4条 乙は、毎月行った治療費請求書を、国民健康保険及び後期高齢者医療保険適用の患者にあっては国民健康保険、**第5条の有効期間については、こちらで記入しますので、記入しないでください。**会保険診療報酬支払基金あてに請求

（契約期間）

第5条 この契約の有効期間は、平成 年 月1日から平成 年3月31日までとする。ただし、契約期間満了日の1ヶ月前までに甲または乙から解除の意思表示がないときは、期間

満了後1年間順次契約を更新するものとする。

(疑義の解決)

第6条 この契約について疑義が生じたとき、又は、この契約に定めるもののほか必要な事項は、  
甲乙協議のうえ定めるものとする。

この契約を証するため、本証2通を作成し、甲乙記名押印のうえ、各自1通を保有するものとする。

契約締結日は、こちらで記入しますので、  
記入しないでください。

平成 年 月 日

甲 横浜市中区日本大通1  
神奈川県知事 黒岩 祐治

薬局の所在地を記入してください。

乙 **××県〇〇市△△△△△**

**〇〇薬局××店**

**株式会社△△ 代表取締役** □□ □□ ㊟

薬局の名称を記入してください。

※1ページ目の乙欄と同様に記入してください。

法人名称、代表者の職名・氏名を記入してください。

※1ページ目の乙欄と同様に記入し、代表者印（申出書と同じ印）を押印してください。