

令和4年8月22日

浦添市医師会
会員 各位

一般社団法人 浦添市医師会
< 公 印 省 略 >

日曜日及び祝日における外来診療の実施について（協力依頼）
【外来診療実施医療機関に対する協力金の実施期間延長について】

時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、標記の件につきまして、沖縄県医師会より別紙のとおり協力依頼が届いておりますのでご連絡申し上げます。

沖縄県では、重点医療機関の負担軽減を目的に、7月下旬から8月末までの期間を定め、日曜日及び祝日において外来診療を実施して頂ける医療機関に対して協力金を支給しておりましたが、感染の拡大が継続しております現下の状況を踏まえ、同協力金の実施期間を延長する旨の案内となっております。

つきましては、本協力金にご協力いただける医療機関につきましては、下記県担当者宛、メールにて直接ご報告下さいますようお願い申し上げます。

なお、診療を予定しない医療機関については本協力依頼への回答は不要です。

※各種様式等については、当会ホームページ（資料コーナー）へ掲載しておりますことを申し添えます。

○ 浦添市医師会ホームページ（資料コーナー）

URL : <https://www.uraishi.or.jp/download/>

記

1. 提出様式：新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業日曜日及び祝日の外来診療に係る計画書（様式2）
2. 提出期限：1回目の診療を実施する日の3日前までに提出してください。
3. 留意事項：「新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業に係る日曜日及び祝日の外来診療に対する協力金交付要領」をよくお読みの上、提出下さいますようお願い致します。
4. 提出先：沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部総括情報部
（県保健医療部 感染症医療確保課） 担当 仲村 様（協力金担当）
沖縄県那覇市泉崎 1-2-2 4階
TEL : 098-866-2006 E-mail : nakamusn@pref.okinawa.lg.jp

浦添市医師会事務局

〒901-2132 浦添市伊祖 3-3-1 アルマーレ 101

TEL : 098-874-2344

FAX : 098-874-2362

Mail : info@uraishi.or.jp



保 確 第 4 1 0 号
令和 4 年 8 月 19 日

一般社団法人沖縄県医師会長 殿

沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部
総括情報部長（沖縄県保健医療部長）
（ 公 印 省 略 ）

日曜日及び祝日における外来診療の実施について（協力依頼）
【外来診療実施医療機関に対する協力金の実施期間延長について】

医療機関や各地区医師会の皆様をはじめ、新型コロナウイルス感染症対応に携わる方々におかれましては、本県施策に御協力いただき心から御礼申し上げます。

さて、日曜日及び祝日においては、多くの医療機関が休診となることから、救急病院の機能を兼ねた重点医療機関に患者が集中し医療提供体制の確保が難しくなっております。

このような状況を踏まえ、県では、重点医療機関の負担軽減を目的に、7月下旬から8月末までの期間を定め、日曜日及び祝日において外来診療を実施していただける医療機関に対して協力金を支給しておりましたが、感染の拡大が継続しております現下の状況を踏まえ、同協力金の実施期間を延長することといたしました。

つきましては、ご多忙の折恐縮ではございますが、貴管下医療施設に対するご案内について御協力をお願い申し上げます。

本協力金にご協力いただける医療機関につきましては、下記県担当者あてメールで直接ご報告いただきますようお願い致します（※なお、診療を予定しない医療機関については本協力依頼への回答は不要です）。

記

- 1 提出様式 新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業日曜日及び祝日の外来診療に係る計画書（様式2）
- 2 提出期限 1回目の診療を実施する日の3日前までに提出してください。
- 3 留意事項 「新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業に係る日曜日及び祝日の外来診療に対する協力金交付要領」をよくお読みの上、提出下さいますようお願い致します。

沖縄県新型コロナウイルス感染症対策本部
総括情報部（県保健医療部 感染症医療確保課）
沖縄県那覇市泉崎1-2-2 4階
担当：仲村（協力金担当）
TEL 098-866-2006
E-mail : nakamusn@pref.okinawa.lg.jp

新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業に係る日曜日及び祝日の外来診療に対する協力金交付要領

(趣旨)

第1条 この要領は、多くの医療機関が休診する日曜日及び祝日（以下「当該日」という。）において、救急病院の機能を兼ねている新型コロナウイルス感染症重点医療機関、新型コロナウイルス感染症疑い患者受入協力医療機関又は新型コロナウイルス感染症患者を入院させるその他の医療機関（以下「重点医療機関等」という。）に患者が集中しないよう、当該日に外来診療を実施する地域の医療機関に対し、予算の範囲内で、協力金を交付することについて必要な事項を定めるものとする。

(対象期間)

第2条 この要領で定める協力金の対象となる外来診療日は、令和4年7月から9月までのうちの当該日とする。

(対象医療機関)

第3条 協力金の対象となる医療機関は、次に掲げる要件を満たす医療機関とする。ただし、重点医療機関等として県が指定した医療機関を除く。

- (1) 知事が指定する診療・検査医療機関、検査協力医療機関又は診療科目に小児科を標榜する医療機関で、かつ、当該日を休診日としている医療機関。
- (2) 県が行う本協力金の交付に関する調査に協力すること。

(交付額)

第4条 協力金の交付額は、医療機関の規模に応じ、病院は1日につき400,000円、診療所は1日につき200,000円とする。

- 2 前項の協力金は、1日4時間を超える外来診療に対応した場合の単価とし、それ以外の場合は2分の1を乗じた金額とする。

(協力金の申請)

第5条 協力金の交付を受けようとする医療機関は、次の書類に必要事項を記入の上、別に定める日までに知事に提出しなければならない。

- (1) 新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業申請書兼口座振替依頼書兼請求書（様式1）
- (2) 新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業日曜日及び祝日の外来診療に係る計画書（様式2）
- (3) 新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業日曜日及び祝日の外来診療に係る実績報告書（様式3）
- (4) その他知事が必要と認める資料

(交付決定)

第6条 知事は、前条の申請を受理し、その内容に不備がないことを確認したときは、速やかに協力金を支払うものとする。

(検査等)

第7条 知事は、協力金の交付に関し、必要に応じて検査、報告又は是正のための措置を講じることができる。

(決定の取消し等)

第8条 知事は、対象医療機関が法令若しくはこれに基づく知事の処分若しくはこの要領に違反したとき又は虚偽の申請をしたときは、交付の決定を取り消すことができる。

2 知事は、協力金の交付の決定を取り消した場合において、既に協力金が交付されている場合は、期限を定めて、その返還を求めることができる。

(その他)

第9条 この要領に定めるもののほか、必要な事項は、知事が別に定める。

附 則

この要領は、令和4年7月19日から施行する。

附 則

この要領は、令和4年8月19日から施行する。

日曜日及び祝日の外来診療に対する協力金の留意事項について

1 概要

日曜日及び祝日（以下「当該日」という。）において、救急病院の機能を兼ねている新型コロナウイルス感染症の重点医療機関等に患者が集中しないよう、当該日に外来診療を実施する地域の医療機関に対し、協力金を交付する。

なお、同事業は、臨時応急的な救急医療対策として、今般の爆発的な感染拡大に伴う重点医療機関等の負担を軽減するとともに、救急医療提供体制の確保を図ることを目的とするものである。

2 対象となる医療機関

知事が指定する診療・検査医療機関、検査協力医療機関又は診療科目に小児科を標榜する医療機関（ただし、重点医療機関等として県が指定した医療機関（みなし期間を含む）を除く。）で、かつ、当該日を休診日としている医療機関。

3 支給対象日

令和4年7月24,31日、8月7,11,14,21,28日、9月4,11,18,19,23,25日

4 支給金額

協力金の交付額は、1日4時間を超える外来診療に対応した場合、病院は400,000円、診療所は200,000円とする。ただし、それ以外の場合は2分の1を乗じた金額とする。

※ 上記「3 支給対象日」のうち、外来診療を実施した日数に応じて支給。

5 申請手続き等について

(1) 「新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業日曜日及び祝日の外来診療に係る計画書」（様式2）を1回目の診療実施日の3日前までに県担当者あてにメールでご提出下さい（nakamusn@pref.okinawa.lg.jp）

※ 原則として、(1)で申請された診療計画書の診療時間の範囲内で協力金を交付します（当日に診療時間を延長した場合についても、延長分は算定の対象外とさせていただきますので予めご了承下さい）。

(2) 7月及び8月に実施した診療については9月12日までに、9月に実施した診療については10月11日までに「新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業日曜日及び祝日の外来診療に係る実績報告書（様式3）」及び「新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業申請書兼口座振替依頼書兼請求書（様式1）」を以下の宛先へ郵送してください。

（宛先）

沖縄県那覇市泉崎 1-2-2（4階）感染症医療確保課 企画・医療体制G

6 その他

各医療機関における診療実施予定日については、沖縄県新型コロナウイルス感染症相談コールセンター及び市町村等の関係機関へ提供し、県公式ホームページやマスコミ向けの公表を予定しております。

(様式1)

受付番号	
------	--

※記入は不要

新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業 申請書 兼 口座振替依頼書 兼 請求書

新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業に係る日曜日及び祝日の外来診療に対する協力金を受給したいので、下記のとおり請求します。なお、本申請の内容に虚偽が判明した場合は協力金の返還等に応じます。

令和 4 年 月 日

沖縄県知事 殿

申請者 氏名 :
所在地 :
医療機関名 :
代表者氏名 :
電話番号 :
印

請求金額 : 円 (〇月分)

※ 請求金額については、第3号様式「新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業日曜日及び祝日の外来診療に係る実績報告書」の金額を転記すること。

口座情報	支払方法	口座振替	預金種目	<input type="checkbox"/> 普通預金	<input type="checkbox"/> 当座預金
	フリガナ				
	金融機関名		銀行		支店
	店番		口座番号		
	フリガナ				
	口座名義人				

※注 預金通帳の写しなど金融機関の名称及び預金口座の番号等を明らかにする書類を添付すること

担当者情報	所属		氏名		
	連絡先	(電話番号)		(FAX)	
		(メールアドレス)			

(様式2)

**新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業
日曜日及び祝日の外来診療に係る計画書（7月及び8月分）**

1. 基本情報

医療機関名	
住 所	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者名	

2. 診療計画

日付	診療実施	診療時間
記載例	○	09:00～12:00、13:30～16:00
7/24(日)	—	—
7/31(日)	—	—
8/7(日)	—	—
8/11(木)	—	—
8/14(日)	—	—
8/21(日)		
8/28(日)		

※診療実施予定欄に○を記入してください。

※計画書提出後、実施日に変更等がある場合は速やかにご連絡ください。

3. 小児への対応及びホームページ掲載にあたっての特記事項

※小児に対する対応方法等についてご記入ください（対応していない場合は対応していないとご記入ください）。また、県ホームページへの掲載にあたり、特記事項等がありましたらご記入ください。

(様式2)

**新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業
日曜日及び祝日の外来診療に係る計画書（9月分）**

1. 基本情報

医療機関名	
住 所	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者名	

2. 診療計画

日付	診療実施	診療時間
記載例	○	09:00～12:00、13:30～16:00
9/4(日)		
9/11(日)		
9/18(日)		
9/19(月)		
9/23(金)		
9/25(日)		

※診療実施予定欄に○を記入してください。

※計画書提出後、実施日に変更等がある場合は速やかにご連絡ください。

3. 小児への対応及びホームページ掲載にあたっての特記事項

※小児に対する対応方法等についてご記入ください（対応していない場合は対応していないとご記入ください）。また、県ホームページへの掲載にあたり、特記事項等がありましたらご記入ください。

.

(様式3)

新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業
日曜日及び祝日の外来診療に係る実績報告書（7月及び8月分）

1. 基本情報

医療機関名	
住 所	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者名	

2. 診療実績

日付	診療	診療時間	受診者数(人)	うち発熱者数(人)
記載例	○	10:00~12:00、13:30~16:00	20	10
7/24(日)				
7/31(日)				
8/7(日)				
8/11(木)				
8/14(日)				
8/21(日)				
8/28(日)				

3. 協力金の額

(1) 診療所	診療日数(日)	協力金単価	協力金額(円)
4時間以内実施日数		100,000	0
4時間を超える実施日数		200,000	0
合計	0		0

(2) 病院	診療日数(日)	協力金単価	協力金額(円)
4時間以内実施日数		200,000	0
4時間を超える実施日数		400,000	0
合計	0		0

(様式3)

**新型コロナウイルス感染症医療機関協力金交付事業
日曜日及び祝日の外来診療に係る実績報告書（9月分）**

1. 基本情報

医療機関名	
住 所	
電話番号	
FAX番号	
メールアドレス	
担当者名	

2. 診療実績

日付	診療	診療時間	受診者数(人)	うち発熱者数(人)
記載例	○	10:00~12:00、13:30~16:00	20	10
9/4(日)				
9/11(日)				
9/18(日)				
9/19(月)				
9/23(金)				
9/25(日)				

3. 協力金の額

(1) 診療所	診療日数(日)	協力金単価	協力金額(円)
4時間以内実施日数		100,000	0
4時間を超える実施日数		200,000	0
合計	0		0

(2) 病院	診療日数(日)	協力金単価	協力金額(円)
4時間以内実施日数		200,000	0
4時間を超える実施日数		400,000	0
合計	0		0