

事務連絡
令和7年1月●●日

各都道府県衛生主管部（局）	御中
障害保健福祉主管部（局）	御中
各指定都市衛生主管部（局）	御中
障害保健福祉主管部（局）	御中
各中核市衛生主管部（局）	御中
障害保健福祉主管部（局）	御中

厚生労働省 大臣官房情報化担当参事官室
健康・生活衛生局難病対策課
社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課

地域診療情報連携推進費補助金（医療費助成のオンライン資格確認の先行実施のための自治体システム改修等事業）に係る意向等調査について

厚生労働行政につきまして、平素より格別の御高配を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、医療費助成（公費負担医療又は地方単独医療費助成をいう。以下同じ。）のオンライン資格確認（マイナンバーカードを活用した医療費助成の効率化）につきましては、令和5・6年度に183自治体（22都道府県、161市町村）が先行実施事業に参加しているところですが、メリットを全国規模で広げていくため、「医療DXの推進に関する工程表（令和5年6月2日医療DX推進本部決定）」及び「デジタル社会の実現に向けた重点計画（令和6年6月21日閣議決定）」に基づき、順次、参加自治体を拡大し、令和8年度中に全国規模での導入を目指すこととしています。

全国規模での導入に向けた参加自治体の拡大を推進するため、令和6年度補正予算に基づき、地域診療情報連携推進費補助金（医療費助成のオンライン資格確認の先行実施のための自治体システム改修等事業）を都道府県・市区町村に対して交付する予定です。

本補助金の交付事務の実施に当たって必要な情報を把握するため、各自治体の意向等を把握させていただくことが必要であることから、下記のとおり、本補助金に係る意向等調査を実施いたしますので、ご回答いただきますよう、お願いいたします。

なお、公費負担医療・地方単独医療費助成については様々な制度があるところ、受給者数が多い公費負担医療である難病法に基づく特定医療費又は児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費を所管する都道府県・指定都市・中核市衛生主管部局並びに障害者総合支援法に基づく精神通院医療又は更生医療等を所管する都道府県・指定都市・中核市障害保健福祉主管部局に事務連絡を行わせていただいておりますが、各都道府県・市区町村内で

(案)

相談いただき、本補助金に係る国との連絡調整担当部署を設定していただいた上で、本調査への回答をお願いいたします。

また、本補助金は地域診療情報連携推進費補助金として交付されることから、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律（昭和30年法律第179号）第26条第2項、補助金等に係る予算の執行の適正化に関する法律施行令（昭和30年政令第255号）第17条及び都道府県が行う補助金等の交付に関する事務（平成12年厚生省告示第249号）の規定により、交付事務の一部を都道府県が行うことができる事務とされています。このため、各都道府県におかれては、本調査の実施に当たって、管内の一般市区町村（指定都市及び中核市を除く市区町村をいう。以下同じ。）のとりまとめをお願いいたします。

記

1. 都道府県について

都道府県におかれては、令和7年2月28日（金）までに、①及び②について、以下の本件担当までメールにてご提出ください。

①都道府県の本補助金に係る意向等

都道府県の本補助金に係る意向等について、様式1に必要事項を記入の上、ご提出ください。

②管内の一般市区町村の本補助金に係る意向等

管内の一般市区町村に対して本調査を送付いただき、管内の一般市区町村が記入した様式1をとりまとめた上で、様式2を添えて、ご提出ください。

2. 指定都市及び中核市について

指定都市及び中核市については、令和7年2月28日（金）までに、様式1に必要事項を記入の上、以下の本件担当までメールにてご提出ください。

3. 留意事項

- ご提出の際には、メールの件名に【999999（全国地方公共団体コード6桁）自治体名・意向等調査】（例：【010006北海道・意向等調査】、【011002札幌市・意向等調査】）、エクセルファイル名の頭に【999999（全国地方公共団体コード6桁）自治体名】（例：【010006北海道】、【011002札幌市】）を付して送付願います。
- 本補助金の1次交付に係る申請（令和7年4月～5月申請受付予定）を行う予定の都道府県・市区町村におかれては、別途、令和7年3月中に所要額調査への回答を行っていただく予定であるため、準備を進めていただきますようお願いいたします。

【担当】

厚生労働省大臣官房情報化担当参事官室 俵頭、中越

代表：03-5253-1111（内線7427、8141） 直通：03-3595-2314

e-mail：jousan@mhlw.go.jp

地域診療情報連携推進費補助金(医療費助成のオンライン資格確認の先行実施のための
自治体システム改修等事業) 意向等調査様式

全国地方公共団体コード: _____

都道府県又は市区町村の名称: _____

1. 国又は都道府県との連絡調整担当部署・連絡先

連絡調整担当部署(部局・課・係など)の名称	
連絡調整担当部署のメールアドレス	
連絡調整担当部署の電話番号	

2. 自治体システム改修等補助金についての申請の意向

該当する選択肢の回答欄に「○」を付してください。なお、現時点の検討状況に基づく回答で結構です。

選択肢	回答
① 1次交付に係る申請(令和7年4月～5月予定)を行う予定である	
② 2次交付に係る申請(令和7年7月～8月予定)を行う予定である	
③ ①・②の申請を行う予定は無い	
④ その他	

※④その他を選択した場合は、具体的な回答内容を以下に記載してください。

--

3. 自治体システム改修等補助金の対象とする医療費助成

自治体システム改修等補助金の対象とする予定の医療費助成について、「システム改修等の対象」欄に「○」を付すとともに、「受給者数(人)」欄に把握している直近の受給者数又は受給者数の概数を記入してください。なお、現時点の検討状況等に基づく回答で結構です。

区分	医療費助成	システム改修等の対象	受給者数(人)
公費負担医療	障害者総合支援法	精神通院医療に係る自立支援医療費	
		更生医療に係る自立支援医療費	
		育成医療に係る自立支援医療費	
		療養介護医療費	
	難病法	特定医療費	
	児童福祉法	小児慢性特定疾病医療費	
		肢体不自由児通所医療費	
		障害児入所医療費	
	母子保健法	養育医療	
	感染症法	結核患者の医療	
		新型インフルエンザ等感染症外出自粛対象者の医療	
		新感染症外出自粛対象者の医療	
	予算事業	肝炎治療特別促進事業による医療費助成	
肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業による医療費助成			
特定疾患治療研究事業による医療費助成(2次交付で追加予定)			
地方単独医療費助成	こどもの医療費に係る地方単独医療費助成		
	障害者の医療費に係る地方単独医療費助成		
	ひとり親家庭の医療費に係る地方単独医療費助成		
	その他の地方単独医療費助成※		
合計		0	0

※「その他の地方単独医療費助成」を選択した場合は、具体的な医療費助成の内容を以下に記載してください。

--

(様式2)

地域診療情報連携推進費補助金(医療費助成のオンライン資格確認の
先行実施のための自治体システム改修等事業)意向等調査
一般市区町村総括票

都道府県名: _____

以下の表に管内の一般市区町村(指定都市及び中核市以外の市区町村)の名称を記載した上で、
様式1の提出状況を記載してください。

No.	一般市区町村の名称	様式1の提出状況 ※提出している場合は「○」を付す
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
21		
22		
23		
24		
25		
26		
27		
28		
29		
30		
31		
32		
33		
34		
35		
36		
37		
38		
39		
40		

※欄が足りない場合は、欄を追加した上で、記載願います。