

特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の
記載方法について（指定医療機関用）

和歌山県福祉保健部健康局健康推進課

平成30年1月

目 次

第1	制度の概要	2
第2	窓口での自己負担徴収の流れ	4
第3	生活保護受給者等の取扱い	6
第4	診療報酬請求について	6
第5	管理票の記載について	10
第6	特定医療費(指定難病)支給申請書の記載について	18
第7	医療費証明欄の記載について	18

《資料》

参考1	受給者証に記載される公費負担者番号一覧	20
参考2	特定医療費(指定難病)受給者証	22
参考3	自己負担上限額管理票	23
参考4	軽症かつ高額用申請書兼医療費証明書	24
参考5	難病医療費助成に係る医療費総額の証明書	26
参考6	軽症かつ高額の特認基準への照会について	28
参考7	特定医療費(指定難病)支給申請書	29

担当部署		電話番号
健康推進課	がん・疾病対策班	073-441-2640
和歌山市保健所	保健対策課	073-488-5116
海南保健所	保健対策課	073-483-8824
岩出保健所	保健福祉課	0736-61-0047
橋本保健所	保健福祉課	0736-42-5440
湯浅保健所	保健福祉課	0737-64-1294
御坊保健所	保健福祉課	0738-22-3481
田辺保健所	保健福祉課	0739-26-7952
新宮保健所	保健福祉課	0735-21-9629
串本支所	地域福祉課	0735-72-0525

第1 制度の概要

(1) 根拠法

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「難病法」という。）

(2) 給付対象者（指定難病（p3[用語解説1]参照）の患者）

ア 県内に住所を有し、難病法の指定難病にり患し、その疾病の程度が認定基準に該当する方

イ 県内に住所を有し、難病法の指定難病にり患し、申請のあった月以前の12か月以内に当該の疾患に対する医療費総額について33,330円を超える月が既に3回以上ある方

(3) 特定医療を提供する医療機関 指定医療機関

(4) 給付内容

ア 総論

- ・医療保険においては、認定された疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に関する医療について、各種医療保険を優先適用し、原則2割の自己負担額を控除した残額を給付します。ただし、生活保護受給者世帯に属する者については、全額を特定医療費として給付します。
- ・介護保険においては、認定された疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る介護保険適用の訪問看護、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おいて、患者負担割合から自己負担額を控除した残額を給付します。
- ・医療保険の患者負担割合がもともと2割の者及び1割の者の場合は、それぞれの制度の負担割合が適用されます。

イ 自己負担上限額

- ・世帯の所得と疾病の状況等に応じて自己負担上限額が設定されます（表1）。
- ・入院・入院外の区別を設定せずに、また複数の指定医療機関（薬局、訪問看護ステーション等を含む。）の自己負担をすべて合算した上で自己負担上限額を適用することとなります。

表1 難病法に基づく特定医療費の自己負担上限額表

階層区分		階層区分の基準		患者負担割合: 2割		
				自己負担上限月額(外来+入院)		
				一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
生活保護	A	—		0	0	0
低所得Ⅰ	B1	市町村民税 非課税 (世帯)	本人年収 ~80万円	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ	B2		本人年収80万円超~	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	C1	市町村民税課税以上 7.1万円未満		10,000	5,000	
一般所得Ⅱ	C2	市町村民税 7.1万円以上25.1万円未満		20,000	10,000	
上位所得	D	市町村民税25.1万円以上		30,000	20,000	
入院時の食費				全額自己負担		

注) 同一世帯内に難病の特定医療費又は小児慢性特定疾病の医療費の給付の対象者が複数いる場合は、当該世帯内の対象患者を勘案して自己負担上限額の按分が行われるため、上記とは異なる自己負担上限額が受給者証に記載される場合があります。

ウ 入院時の食費等

- ・入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額は、指定難病の患者の負担とします。
- ・もともと、指定難病の医療費助成の対象となる患者の生活療養費のうちの居住費部分については、医療保険での負担とされていることから、入院時生活療養費に係る生活療養標準負担額については、食費部分のみが自己負担となり、現行の入院時食事療養標準負担額と同額となります。

(5) 特定医療費(指定難病受給者証)

参考 2。以下「受給者証」という。

(6) 公費負担番号

- ・受給者証の公費負担者番号の法別番号は「54」になります。
- ・実施機関番号は「601」です。(生活保護受給者の実施機関番号は「602」)

表 2 受給者証に記載される公費負担者番号

法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号
5	4	3 0	6 0 1 4

※都道府県番号等は**参考 1** 参照

(用語解説 1) 「指定難病」とは

難病(発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものをいう。)のうち、当該難病の患者数が本邦において、人口(官報で公示された最近の国勢調査又はこれに準ずる全国的な人口調査の結果による人口をいう。)のおおむね千分の一程度に相当する数に達せず、かつ、当該難病の診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっているものであって、当該難病の患者の置かれている状況からみて当該難病の患者に良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて指定するものを指定難病という。

(用語解説 2) 「特定医療」とは

指定難病の患者に対し、指定医療機関が行う医療であって、指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療をいう。

第2 窓口での自己負担徴収の流れ

- (1) 窓口での確認書類は、次のとおりです。
 - ・被保険者証
 - ・受給者証
 - ・自己負担上限額管理票（参考3）（以下「管理票」という。）
 - ・その他の医療費助成の併用がある場合はその受給証
- (2) 難病法に基づく医療費助成制度は、医療保険の医療費の患者負担割合が3割負担の者（70歳未満及び70歳以上で現役並み所得者）について2割負担に軽減する制度で、所得に応じて月額自己負担上限額が設定されていますが、医療費の2割が自己負担上限額を超えない場合は、医療費の2割分を徴収することとなります。
- (3) 平成26年3月31日に70歳に達している者（生年月日が昭和19年4月1日までの者（※））については、高齢者医療制度の負担軽減措置の対象となっています。75歳になるまでの間、窓口負担が1割となることから、自己負担上限額に達するまでは医療費総額の1割を徴収し、**管理票に記載すること**となります。

（※）医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第1項に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者（現役並み所得者を除く。）

- (4) 同一世帯内に複数の難病の特定医療費又は小児慢性特定疾病の医療費の給付の対象患者がいる場合、世帯内の対象患者を勘案して自己負担上限額を按分することから、該当する者については、p2の**表1**に記載している自己負担上限額とは異なる額が受給者証に記載されています。
- (5) 複数の指定医療機関を受診（※1）した場合、自己負担額をすべて合算した上で自己負担上限額を適用します。自己負担上限額は、入院・入院外を問わず合算することとなります。

（※1）病院、診療所における受療以外に、薬局での保険調剤、医療保険における訪問看護ステーションが行う訪問看護及び介護保険における訪問看護等が含まれます。

- (6) 入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を徴収した場合、当該患者負担額は、管理票には記載しません。
- (7) 管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該患者から自己負担を徴収した際に日付、指定医療機関名、医療費総額（10割分）、自己負担額、自己負担の累積額（月額）を記載し、自己負担額徴収欄に印を押します。

なお、医療費総額については、特定医療に係る診療とそれ以外の診療に分かれる場合には、管理票には特定医療に係る医療費の総額のみを記載します。

（※2）指定難病の患者から自己負担を徴収する場合は、原則として、指定医療機関を受診した日に徴収することとなりますが、訪問看護サービス等において、翌月に請求される場合は、受診した月の自己負担の累積額（月末）を確認したうえで、患者から徴収し、受診した月のページの管理票に記載します。

（※3）患者からの徴収額に10円未満の端数がある場合には、四捨五入した額を自己負担額の欄に記載します。

- (8) 自己負担の累積額（月額）が自己負担上限額に達した時点で、指定医療機関は所定欄に日付、医療機関名、確認印を押印してください。当該欄に医療機関名の記載のある管理票を所持している指定難病の患者からはすべての指定医療機関において当該月の間、自己負担の徴収を行わず公費負担となります。

なお、管理票の「医療費総額」については、更新時に新たな自己負担上限額を算定する根拠となるため、自己負担上限額に達した後も、医療費総額について管理票への記載・押印に御協力をお願いします。

- (9) 受給者証に記載されている高額療養費の所得区分をレセプトの特記事項の欄に記載することとします。また、記載する略号については、「診療報酬請求等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）によります。

(70 歳未満)

健康保険制度	国民健康保険制度	区分
標準報酬月額 83 万円以上	旧ただし書所得 901 万円超	ア
標準報酬月額 53 万円～79 万円	旧ただし書所得 600 万円～901 万円以下	イ
標準報酬月額 28 万円～50 万円	旧ただし書所得 210 万円～600 万円以下	ウ
標準報酬月額 26 万円以下	旧ただし書所得 210 万円以下	エ
低所得者	低所得者	オ

(70 歳以上)

健康保険制度	国民健康保険制度	区分
標準報酬月額 28 万円以上	課税所得 145 万円以上	Ⅳ
標準報酬月額 26 万円以下	課税所得 145 万円未満	Ⅲ
低Ⅱ	低所得Ⅱ	Ⅱ
低Ⅰ	低所得Ⅰ	Ⅰ

第3 生活保護受給者等の取扱い

- (1) 自己負担上限額が0となる生活保護の所得区分の方が受診した際、療養の給付と食事療養費及び生活療養費が全て特定医療の対象となる場合は、これらに係る費用は特定医療費として10割給付されるので、特定医療費単独の請求とします。特定医療の対象外の医療を含む場合には、特定医療費に係る公費欄には特定医療費の給付対象となる点数（金額）を記載し、生活保護に係る公費欄には特定医療費の対象とならない点数（金額）を記載します。
- (2) 生活保護移行防止措置として自己負担上限額の減免を受けた者についても、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額分が特定医療の支給対象となりえます。

(用語解説3) 生活保護受給者等の所得区分「生活保護」について

- ・生活保護受給者とは：生活保護法（昭和25年法律第144号）に規定する被保護者。所得区分は「生活保護」というカテゴリーに入り、自己負担上限額は0となります。中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている方も、この「生活保護」の区分となります。
- ・生活保護移行防止措置対象者：生活保護法の「要保護者」や中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による「支援給付を必要とする状態にある者」で、本来の自己負担上限額を適用すると、保護又は支援給付を必要とする状態となってしまいますが、より負担の低い所得区分を適用すれば生活保護や支援給付を必要としなくなる方のことを示しています。

第4 診療報酬請求について

本事例のほか、診療報酬の請求にあたっては「診療報酬請求等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）に基づいて記載してください。

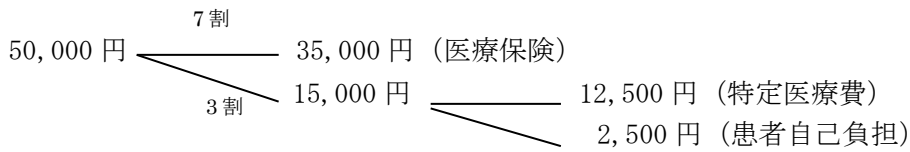
(1) 「療養の給付」欄について

特定医療費に係る公費欄の負担金額（自己負担額）については必ず記載します。

【事例1】 一般の健康保険の加入者（3割）入院外の場合

- 入院外医療費 5,000点
- 特定医療費（低所得者I；負担上限月額2,500円）

療養の給付	保	請求点	※決定点	負担金額 円			
	険	5,000					
	公費①	点	点	円 2,500			
	公費②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



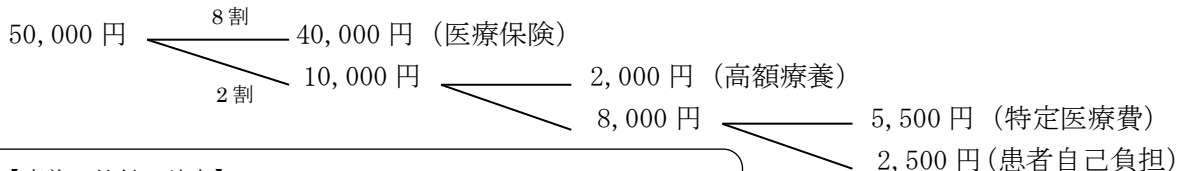
【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000円×7割=35,000円
- ・特定医療費
50,000円×3割-2,500円（公費①）=12,500円
- ・患者自己負担額
2,500円

【事例2】 70歳以上（誕生日が昭和19年4月2日以降の者）の者（2割）外来の場合

- 入院外医療費 5,000点
- 特定医療費（低所得者I；負担上限月額2,500円）

療養の給付	保	請求点	※決定点	負担金額 円			
	険	5,000		8,000			
	公費①	点	点	円 2,500			
	公費②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

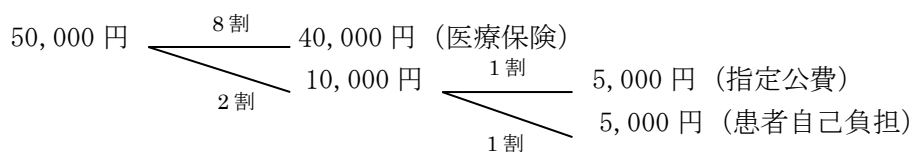
- ・医療保険
50,000円×8割=40,000円
- ・高額療養
50,000円×2割-8,000円=2,000円
- ・特定医療費
8,000円-2,500円（公費①）=5,500円
- ・患者自己負担額
2,500円

【事例3】70歳以上から75歳未満（軽減特例措置対象者）の外来の場合

○入院外医療費 5,000点

○特定医療費（一般所得者Ⅱ；負担上限月額10,000円）

療養の給付	保	請求点	※決定点	負担金額 円			
	険	5,000					
	公費①	点	点	円 10,000			
	公費②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

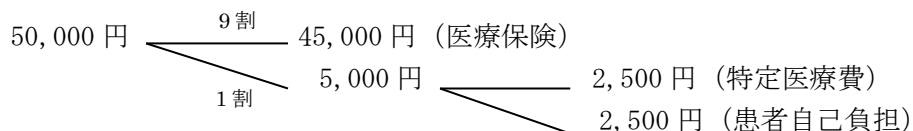
- ・医療保険
50,000円×8割=40,000円
- ・指定公費
50,000円×1割=5,000円
- ・患者自己負担額
50,000円×1割=5,000円

【事例4】後期高齢者医療の加入者（1割）外来の場合

○入院外医療費 5000点

○特定医療費（低所得者Ⅰ；負担上限月額2,500円）

療養の給付	保	請求点	※決定点	負担金額 円			
	険	5,000					
	公費①	点	点	円 2,500			
	公費②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000円×9割=45,000円
- ・特定医療費
50,000円×1割-2,500円(公費①)=2,500円
- ・患者自己負担額
2,500円

(2) 「食事・生活療養費」欄について

食事療養標準負担額については、特定医療費の支給対象外であるため、公費①の標準負担額の欄は「0」円です。（生活療養標準負担額の居住費分は、医療保険で負担します。）

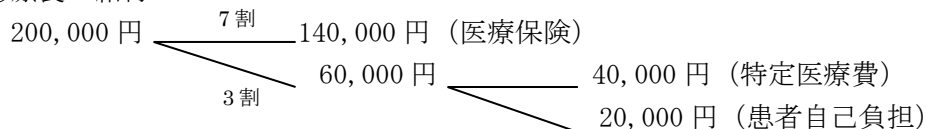
【記載例】

- 入院医療費 20,000 点
- 特定医療費（一般所得者Ⅱ；負担上限月額20,000円）
- 入院日数15日
- 一般の健康保険加入者（3割）

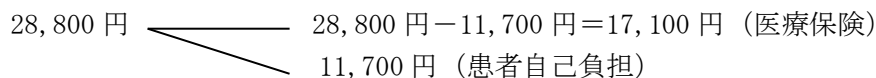
入院時食事療養費の食事療養標準負担額については、特定医療の給付対象外であるため、公費欄の食事療養に関する請求と標準負担額の欄に「0」を記載します。

療養の給付	保 険	請求	※決定	負担金額	食 事 ・ 生 活 療 養 費	保 険	回 数	請求	※決定	(標準負担額)
		点	点	円				円	円	円
		20,000					45	28,800		11,700
	公 費 ①	点	点	20,000 円		公 費 ①	0	0 円	円	0 円
	公 費 ②	点	点	円		公 費 ②	回	円	円	円

①療養の給付



②入院時食事療養費



【療養の給付の請求】

(1)療養の給付

- ・医療保険
200,000 円 × 7割 = 140,000 円
- ・特定医療費
200,000 円 × 3割 - 20,000 円 (公費①) = 40,000 円
- ・患者自己負担額
20,000 円

(2)入院時食事療養費

- ・医療保険
28,800 円 - 11,700 円 = 17,100 円
- ・患者自己負担額
11,700 円

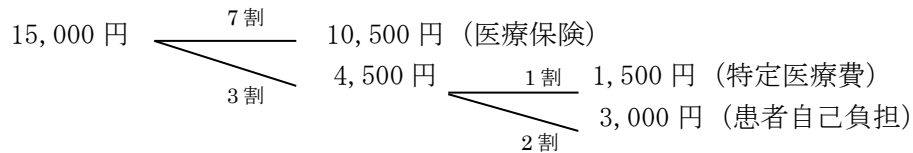
第5 管理票の記載について

【記載例1】70歳未満の者（患者負担3割の場合）

- 自己負担上限額；一般所得I（10,000円）
- 一般の健康保険加入者（窓口負担3割→2割）

ア 1月5日 ○○○病院（総医療費1,500点）

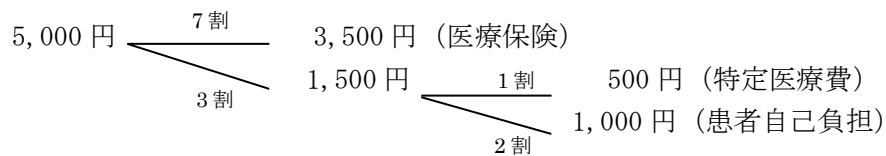
医療費の2割が自己負担上限額1万円を下回っているため、患者からは2割分を徴収します。



特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印

イ 1月5日 ××薬局（総医療費500点）

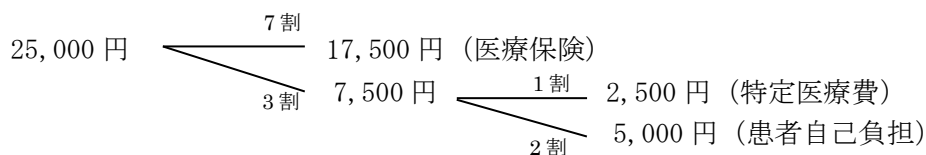
上記アと同様に患者からは2割分を徴収する。



特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印

ウ 1月20日 ○○○病院（総医療費2,500点）

上記アと同様に患者からは2割分を徴収します。



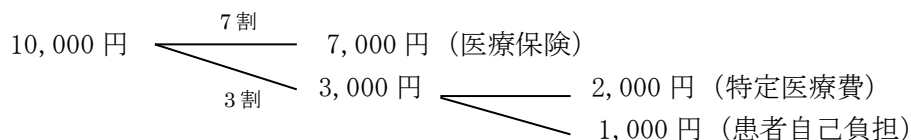
特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円	印

エ 1月20日 ××薬局（総医療費1,000点）

自己負担額の累積額が9,000円のため、負担上限月額1万円との差額である1,000円を患者が負担します。

$$3,000\text{円（3割）} - 1,000\text{円（患者負担）} = 2,000\text{円（特定医療費）}$$



特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印

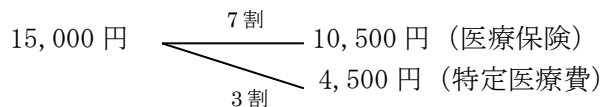
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載する。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	××薬局	印

オ 1月31日 ○○○病院（総医療費1,500点）

自己負担額の累積額が10,000円のため、負担上限月額に達しているおり、患者の自己負担は生じませんが、負担上限額に達した後に指定医療機関を受診した場合は、医療費総額を記載します。



特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印
1月31日	○○○病院	15,000円			印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	××薬局	印

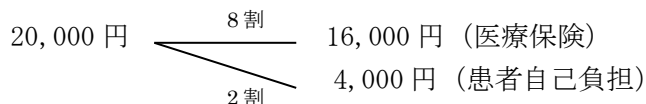
自己負担上限額に達した後も受診した際には、自己負担上限額管理票の医療費総額のみ記載・押印し、その他の欄は斜線を引いてください。

【記載例2】70歳以上（平成26年4月1日以降に70歳に達した場合）の者

- 自己負担上限額；一般所得I（10,000円）
- 国民健康保険加入者（患者負担2割）

ア 1月5日 ○○○病院（総医療費2,000点）

医療費の2割が自己負担上限額1万円を下回っているため、患者からは2割分を徴収します。

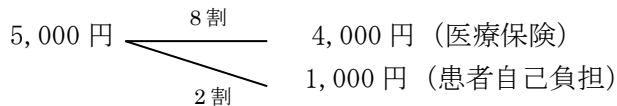


特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円	印

イ 1月5日 ××薬局（総医療費 500 点）

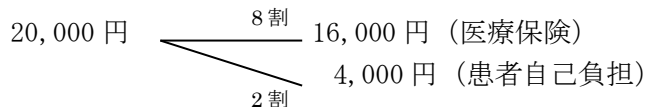
上記アと同様に、患者からは2割分を徴収します。



特定医療費（指定難病） 平成27年1月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	〇〇〇病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円	印
1月5日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	印

ウ 1月20日 〇〇〇病院（総医療費 2,000 点）

上記アと同様に、患者からは2割分を徴収します。

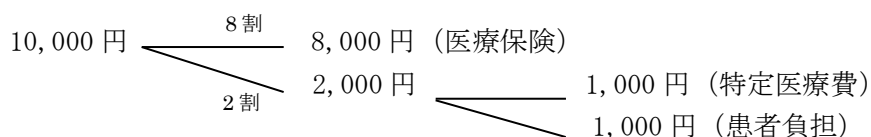


特定医療費（指定難病） 平成27年1月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	〇〇〇病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円	印
1月5日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	印
1月20日	〇〇〇病院	20,000 円	4,000 円	9,000 円	印

エ 1月20日 ××薬局（総医療費 1,000 点）

自己負担額の累積額が 9,000 円のため、負担上限月額 1 万円との差額である 1,000 円を患者が負担します。

$$2,000 \text{ 円 (2割)} - 1,000 \text{ 円 (患者負担)} = 1,000 \text{ 円 (特定医療費)}$$



特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	〇〇〇病院	20,000円	4,000円	4,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	印
1月20日	〇〇〇病院	20,000円	4,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印

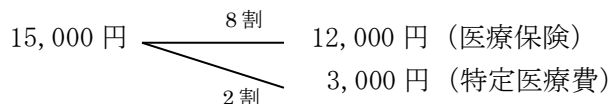
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	××薬局	印

オ 1月31日 〇〇〇病院（総医療費1,500点）

自己負担額の累積額が10,000円のため、負担上限月額に達しており、患者の自己負担は生じません。負担上限額に達した後に指定医療機関を受診した場合も、自己負担上限額管理票の医療費総額を記載します。



特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	〇〇〇病院	20,000円	4,000円	4,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	印
1月20日	〇〇〇病院	20,000円	4,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印
1月31日	〇〇〇病院	15,000円			印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	××薬局	印

自己負担上限額に達した後も受診した際には、医療費総額のみ記載・押印し、その他の欄は斜線をひきます。

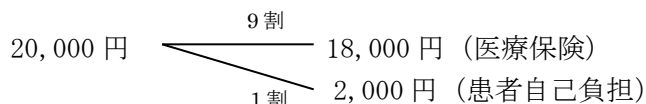
【記載例 3】 75歳以上の者

○自己負担上限額；低所得Ⅱ（5,000円）

○後期高齢者医療加入者（患者負担1割）

ア 1月5日 ○○○病院（総医療費2,000点）

医療費の1割が自己負担上限額5,000円を下回っているため、患者からは1割分を徴収し、管理票上には徴収額2,000円を記載します。

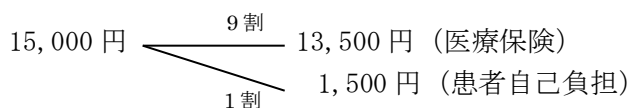


特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	印

イ 1月5日 ××薬局（総医療費1,500点）

自己負担上限額の累積額2,000円と月額自己負担上限額5,000円の差額が3,000円であり、医療費の1割が自己負担上限額の差額3,000円を下回っているため、患者からは1割分を徴収し、管理票上には徴収額1,500円を記載します。

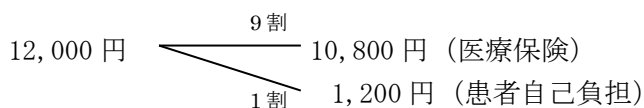


特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	印
1月5日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	印

ウ 1月20日 ○○○病院（総医療費1,200点）

自己負担上限額の累積額3,500円と月額自己負担上限額5,000円の差額が1,500円であり、医療費の1割（1,200円）と上記の差額1,500円に300円の差額が生じるため、患者からは1割分を徴収し、管理票上には徴収額1,200円を記載します。



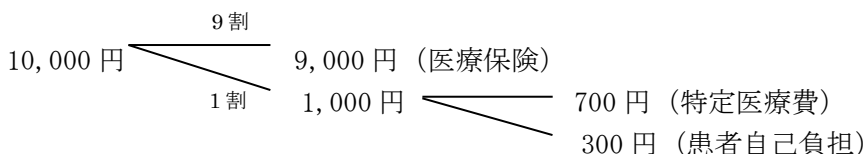
特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	印
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円	印
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円	印

エ 1月20日 ××薬局（総医療費1,000点）

自己負担上限額の累積額と月額自己負担上限額の差額が300円であるため、患者からは差額分の300円を徴収し、医療費の1割（1,000円）から徴収した300円の差額の700円を特定医療が負担し、管理票上には徴収額300円を記載します。

1,000円（1割）－300円（患者負担）＝700円（特定医療費）



特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	印
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円	印
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円	印
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円	印

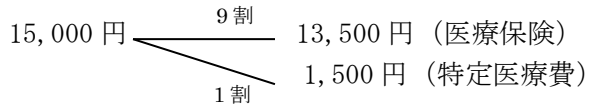
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	××薬局	印

オ 1月31日 ○○○病院（総医療費 1,500 点）

自己負担上限額の累積額が 10,000 円のため、負担上限月額に達しており、患者の自己負担は生じません。その後に指定医療機関を受診し、医療費総額を記載します。



特定医療費（指定難病）
平成 27 年 1 月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	印
1 月 20 日	○○○病院	12,000 円	1,200 円	4,700 円	印
1 月 20 日	××薬局	10,000 円	300 円	5,000 円	印
1 月 31 日	○○○病院	15,000 円			印

~~~~~

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達した後も、受診した際には、医療費総額を記載・押印し、その他の欄は斜線を引きます。

| 日付       | 指定医療機関名 | 確認印 |
|----------|---------|-----|
| 1 月 20 日 | ××薬局    | 印   |

## 第6 特定医療費(指定難病)支給申請書の記載について

特定医療の受給者が、県に医療費助成の申請を行ってから受給者証が手元に届くまでの間などに支払った医療費のうち特定医療の対象となるものは、患者の支給申請に基づき、特定医療に係る医療費から自己負担額を控除したものを県が償還払いします。

その際、特定医療費(指定難病)支給申請書に医療機関等の記載による証明(参考7)が必要となります。御協力をお願いいたします。

証明を求められた際は、受給者証の有効期間や病名等を確認の上、当該疾病にかかる医療費助成の部分のみについて記載をしてください。

## 第7 医療費証明書等の記載について

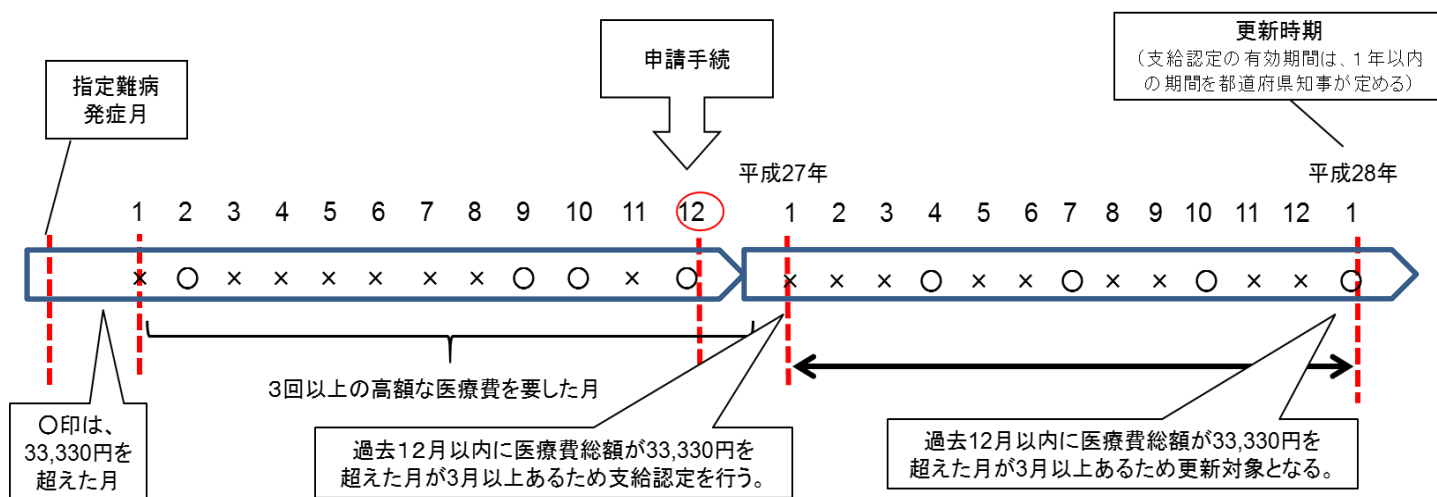
### (1) 医療費助成の認定にかかる医療費証明欄の記載について

p2「第1 制度の概要」に示す給付対象者のうち、(2)イの対象となる方については、認定審査にあたり、医療機関による医療費証明書(参考4)又は(参考5)が必要となりますので、御協力をお願いします。

証明を求められた際は、次のア又はイのうち短い方の期間(算定根拠となる期間)において、当該疾病にかかった医療費総額の記載をしてください。(参考4)の場合は、患者の方に「軽症かつ高額な認定基準への照会について」(参考6)をお渡ししておりますので、御参照ください。

ア 申請のあった月から12か月前までの期間

イ 申請のあった月から当該疾病の発症年月(指定医の診断による発症年月)



なお、次の場合は、御本人に御確認をお願いします。

当該難病にかかる医療費総額が33,330円を超える月が算定根拠となる期間のうちに3か月以上ない場合

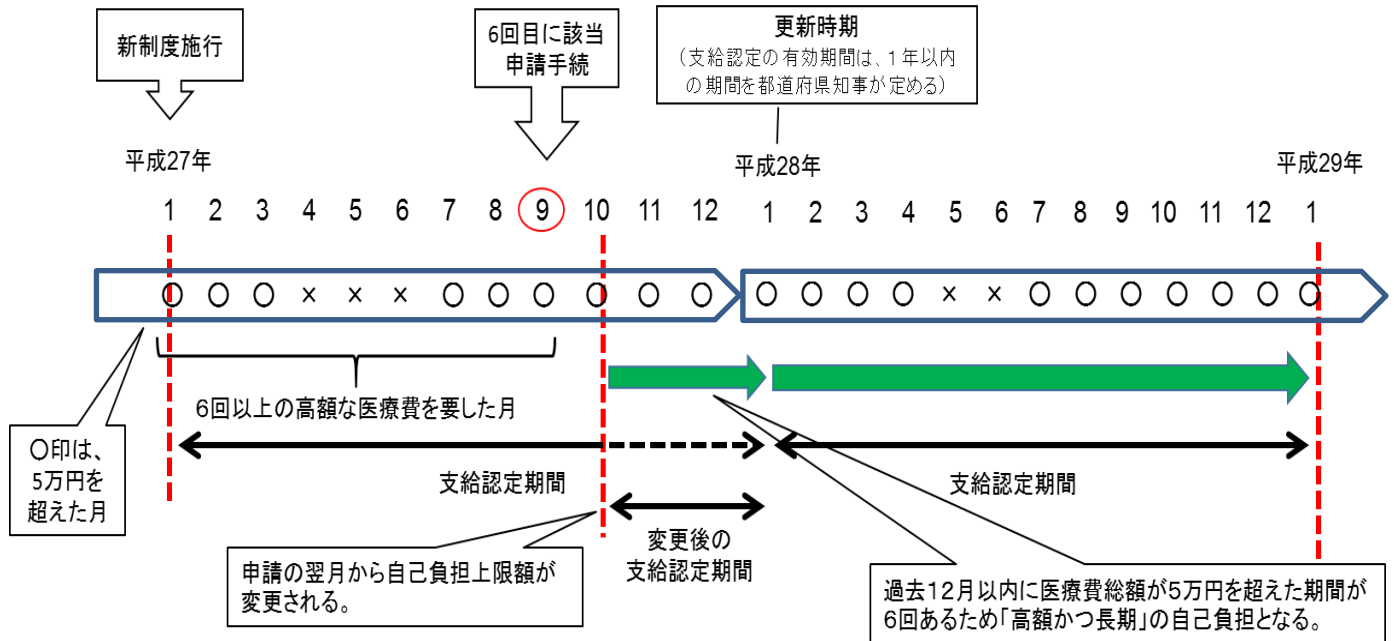
→ 他の医療機関でかかった医療費と合算した場合、33,330円を超える見込みがあるか

**(2) 医療費助成の自己負担上限月額算定にかかる医療費証明欄の記載について**

特定医療の受給者の自己負担上限月額は、医療保険の世帯単位ごとに、その世帯等の所得を把握して設定します。しかし、一般所得 I 以上で、高額な医療が長期的に継続する方については、自己負担上限月額を軽減する仕組みがあり、そのために総医療費の額について、医療機関による医療費証明書（参考 5）が必要となる場合があります。御協力をお願いします。

証明を求められた際は、次の期間（算定根拠となる期間）において、当該疾病にかかった医療費総額が 50,000 円を超える月が年間 6 か月以上ある場合に、その記載をしてください。

**ア 受給者証の有効期間**



なお、自己負担限度額管理票にて上記の内容が証明されている場合については、記載しないでください。

参考1 受給者証に記載される公費負担者番号一覧

都道府県：生活保護受給者以外の者

| 都道府県名 | 法別<br>番号 | 都道府県<br>番 号 | 実施機関<br>番 号 | 検証<br>番号 | 都道府県名 | 法別<br>番号 | 都道府県<br>番 号 | 実施機関<br>番 号 | 検証<br>番号 |
|-------|----------|-------------|-------------|----------|-------|----------|-------------|-------------|----------|
| 北海道   | 54       | 01          | 601         | 9        | 滋賀県   | 54       | 25          | 601         | 1        |
| 青森県   | 54       | 02          | 601         | 8        | 京都府   | 54       | 26          | 601         | 0        |
| 岩手県   | 54       | 03          | 601         | 7        | 大阪府   | 54       | 27          | 601         | 9        |
| 宮城県   | 54       | 04          | 601         | 6        | 兵庫県   | 54       | 28          | 601         | 8        |
| 秋田県   | 54       | 05          | 601         | 5        | 奈良県   | 54       | 29          | 601         | 7        |
| 山形県   | 54       | 06          | 601         | 4        | 和歌山県  | 54       | 30          | 601         | 4        |
| 福島県   | 54       | 07          | 601         | 3        | 鳥取県   | 54       | 31          | 601         | 3        |
| 茨城県   | 54       | 08          | 601         | 2        | 島根県   | 54       | 32          | 601         | 2        |
| 栃木県   | 54       | 09          | 601         | 1        | 岡山県   | 54       | 33          | 601         | 1        |
| 群馬県   | 54       | 10          | 601         | 8        | 広島県   | 54       | 34          | 601         | 0        |
| 埼玉県   | 54       | 11          | 601         | 7        | 山口県   | 54       | 35          | 601         | 9        |
| 千葉県   | 54       | 12          | 601         | 6        | 徳島県   | 54       | 36          | 601         | 8        |
| 東京都   | 54       | 13          | 601         | 5        | 香川県   | 54       | 37          | 601         | 7        |
| 神奈川県  | 54       | 14          | 601         | 4        | 愛媛県   | 54       | 38          | 601         | 6        |
| 新潟県   | 54       | 15          | 601         | 3        | 高知県   | 54       | 39          | 601         | 5        |
| 富山県   | 54       | 16          | 601         | 2        | 福岡県   | 54       | 40          | 601         | 2        |
| 石川県   | 54       | 17          | 601         | 1        | 佐賀県   | 54       | 41          | 601         | 1        |
| 福井県   | 54       | 18          | 601         | 0        | 長崎県   | 54       | 42          | 601         | 0        |
| 山梨県   | 54       | 19          | 601         | 9        | 熊本県   | 54       | 43          | 601         | 9        |
| 長野県   | 54       | 20          | 601         | 6        | 大分県   | 54       | 44          | 601         | 8        |
| 岐阜県   | 54       | 21          | 601         | 5        | 宮崎県   | 54       | 45          | 601         | 7        |
| 静岡県   | 54       | 22          | 601         | 4        | 鹿児島県  | 54       | 46          | 601         | 6        |
| 愛知県   | 54       | 23          | 601         | 3        | 沖縄県   | 54       | 47          | 601         | 5        |
| 三重県   | 54       | 24          | 601         | 2        |       |          |             |             |          |

指定都市：生活保護受給者以外の者（平成30年4月1日以降）

| 指定都市名 | 法別<br>番号 | 都道府県<br>番 号 | 実施機関<br>番 号 | 検証<br>番号 | 指定都市名 | 法別<br>番号 | 都道府県<br>番 号 | 実施機関<br>番 号 | 検証<br>番号 |
|-------|----------|-------------|-------------|----------|-------|----------|-------------|-------------|----------|
| 札幌市   | 54       | 01          | 701         | 7        | 名古屋市  | 54       | 23          | 701         | 1        |
| 仙台市   | 54       | 04          | 701         | 4        | 京都市   | 54       | 26          | 701         | 8        |
| さいたま市 | 54       | 11          | 701         | 5        | 大阪市   | 54       | 27          | 701         | 7        |
| 千葉市   | 54       | 12          | 701         | 4        | 堺市    | 54       | 27          | 702         | 5        |
| 横浜市   | 54       | 14          | 701         | 2        | 神戸市   | 54       | 28          | 701         | 6        |
| 川崎市   | 54       | 14          | 702         | 0        | 岡山市   | 54       | 33          | 701         | 9        |
| 相模原市  | 54       | 14          | 703         | 8        | 広島市   | 54       | 34          | 701         | 8        |
| 新潟市   | 54       | 15          | 701         | 1        | 北九州市  | 54       | 40          | 701         | 0        |
| 静岡市   | 54       | 22          | 701         | 2        | 福岡市   | 54       | 40          | 702         | 8        |
| 浜松市   | 54       | 22          | 702         | 0        | 熊本市   | 54       | 43          | 701         | 7        |

都道府県:生活保護受給者

| 都道府県名 | 法別<br>番号 | 都道府県<br>番 号 | 実施機関<br>番 号 | 検証<br>番号 | 都道府県名 | 法別<br>番号 | 都道府県<br>番 号 | 実施機関<br>番 号 | 検証<br>番号 |
|-------|----------|-------------|-------------|----------|-------|----------|-------------|-------------|----------|
| 北海道   | 54       | 01          | 602         | 7        | 滋賀県   | 54       | 25          | 602         | 9        |
| 青森県   | 54       | 02          | 602         | 6        | 京都府   | 54       | 26          | 602         | 8        |
| 岩手県   | 54       | 03          | 602         | 5        | 大阪府   | 54       | 27          | 602         | 7        |
| 宮城県   | 54       | 04          | 602         | 4        | 兵庫県   | 54       | 28          | 602         | 6        |
| 秋田県   | 54       | 05          | 602         | 3        | 奈良県   | 54       | 29          | 602         | 5        |
| 山形県   | 54       | 06          | 602         | 2        | 和歌山県  | 54       | 30          | 602         | 2        |
| 福島県   | 54       | 07          | 602         | 1        | 鳥取県   | 54       | 31          | 602         | 1        |
| 茨城県   | 54       | 08          | 602         | 0        | 島根県   | 54       | 32          | 602         | 0        |
| 栃木県   | 54       | 09          | 602         | 9        | 岡山県   | 54       | 33          | 602         | 9        |
| 群馬県   | 54       | 10          | 602         | 6        | 広島県   | 54       | 34          | 602         | 8        |
| 埼玉県   | 54       | 11          | 602         | 5        | 山口県   | 54       | 35          | 602         | 7        |
| 千葉県   | 54       | 12          | 602         | 4        | 徳島県   | 54       | 36          | 602         | 6        |
| 東京都   | 54       | 13          | 602         | 3        | 香川県   | 54       | 37          | 602         | 5        |
| 神奈川県  | 54       | 14          | 602         | 2        | 愛媛県   | 54       | 38          | 602         | 4        |
| 新潟県   | 54       | 15          | 602         | 1        | 高知県   | 54       | 39          | 602         | 3        |
| 富山県   | 54       | 16          | 602         | 0        | 福岡県   | 54       | 40          | 602         | 0        |
| 石川県   | 54       | 17          | 602         | 9        | 佐賀県   | 54       | 41          | 602         | 9        |
| 福井県   | 54       | 18          | 602         | 8        | 長崎県   | 54       | 42          | 602         | 8        |
| 山梨県   | 54       | 19          | 602         | 7        | 熊本県   | 54       | 43          | 602         | 7        |
| 長野県   | 54       | 20          | 602         | 4        | 大分県   | 54       | 44          | 602         | 6        |
| 岐阜県   | 54       | 21          | 602         | 3        | 宮崎県   | 54       | 45          | 602         | 5        |
| 静岡県   | 54       | 22          | 602         | 2        | 鹿児島県  | 54       | 46          | 602         | 4        |
| 愛知県   | 54       | 23          | 602         | 1        | 沖縄県   | 54       | 47          | 602         | 3        |
| 三重県   | 54       | 24          | 602         | 0        |       |          |             |             |          |

指定都市:生活保護受給者（平成30年4月1日以降）

| 指定都市名 | 法別<br>番号 | 都道府県<br>番 号 | 実施機関<br>番 号 | 検証<br>番号 | 指定都市名 | 法別<br>番号 | 都道府県<br>番 号 | 実施機関<br>番 号 | 検証<br>番号 |
|-------|----------|-------------|-------------|----------|-------|----------|-------------|-------------|----------|
| 札幌市   | 54       | 01          | 801         | 5        | 名古屋市  | 54       | 23          | 801         | 9        |
| 仙台市   | 54       | 04          | 801         | 2        | 京都市   | 54       | 26          | 801         | 6        |
| さいたま市 | 54       | 11          | 801         | 3        | 大阪市   | 54       | 27          | 801         | 5        |
| 千葉市   | 54       | 12          | 801         | 2        | 堺市    | 54       | 27          | 802         | 3        |
| 横浜市   | 54       | 14          | 801         | 0        | 神戸市   | 54       | 28          | 801         | 4        |
| 川崎市   | 54       | 14          | 802         | 8        | 岡山市   | 54       | 33          | 801         | 7        |
| 相模原市  | 54       | 14          | 803         | 6        | 広島市   | 54       | 34          | 801         | 6        |
| 新潟市   | 54       | 15          | 801         | 9        | 北九州市  | 54       | 40          | 801         | 8        |
| 静岡市   | 54       | 22          | 801         | 0        | 福岡市   | 54       | 40          | 802         | 6        |
| 浜松市   | 54       | 22          | 802         | 8        | 熊本市   | 54       | 43          | 801         | 5        |

参考2 特定医療費(指定難病)受給者証 様式

| 特定医療費(指定難病)受給者証             |      |                         |  |           |
|-----------------------------|------|-------------------------|--|-----------|
| 公費負担者<br>番号                 |      |                         |  | 受給者<br>番号 |
| 受<br>診<br>者                 | 氏 名  |                         |  | 性別        |
|                             | 生年月日 |                         |  |           |
|                             | 住 所  |                         |  |           |
| 保 険 者                       |      |                         |  |           |
| 被保険者証の<br>記号・番号             |      |                         |  | 適用区分      |
| 有効期間                        |      | 平成 年 月 日 から 平成 年 月 日 まで |  |           |
| 疾病名                         |      |                         |  |           |
| 自己負担上限額                     |      | 月 額 円                   |  |           |
| 交付年月日                       |      |                         |  |           |
| 医療<br>機<br>関<br>承<br>認<br>欄 |      |                         |  |           |
| 和歌山県知事                      |      | 印                       |  |           |

### 参考3 自己負担上限額管理票の様式

#### 特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理票

|       |  |
|-------|--|
| 受給者番号 |  |
| 氏名    |  |

※受給者番号、氏名を記入してください。  
 ※必ず医療受給者証とともに医療機関に提出してください。

#### 【医療機関の方へ】

- ・以下の記入例を参考に、指定難病の治療に要した医療費について記入、押印してください。
- ・自己負担上限額を超えた段階で、以降の自己負担額を徴取しないでください。
- ・自己負担上限額は医療受給者証でご確認ください。
- ・薬局での保険調剤、訪問看護及び介護訪問看護についても自己負担が発生します。
- ・薬局について、難病法に基づき指定された指定医療機関であれば特定医療費の支給対象となります。
- ・緊急その他やむを得ない場合は医療受給者証に記載されている以外の医療機関での診療も特定医療費の支給対象となります。

#### 【記入例】

平成27年4月分

| 日付    | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割) | 自己負担額 | 月間自己<br>負担累積額 | 徴収印 |
|-------|---------|----------------|-------|---------------|-----|
| 4月2日  | 〇〇病院    | 10,000         | 2,000 | 2,000         | 印   |
| 4月3日  | ××薬局    | 27,000         | 3,000 | 5,000         | 印   |
| 4月10日 | △△クリニック | 10,000         |       |               | 印   |
| 4月25日 | 〇〇病院    | 15,000         |       |               | 印   |

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

| 日付   | 指定医療機関名 | 確認印 |
|------|---------|-----|
| 4月3日 | ××薬局    | 印   |

この薬局での保険適用後の自己負担額は5,400円であったが、患者は3,000円を支払うことで、当該患者の自己負担限度額である5,000円に達するので、当該欄には「3,000」と記入する。  
 なお、自己負担限度額に達した後も、医療費総額等を記入する。

#### ① 平成 年 月分

| 日付  | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割) | 自己負担額 | 月間自己<br>負担累積額 | 徴収印 |
|-----|---------|----------------|-------|---------------|-----|
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |

※月額自己負担上限額を超えても、医療費総額を記入してください。

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

| 日付  | 指定医療機関名 | 確認印 |
|-----|---------|-----|
| 月 日 |         |     |

#### ② 平成 年 月分

| 日付  | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割) | 自己負担額 | 月間自己<br>負担累積額 | 徴収印 |
|-----|---------|----------------|-------|---------------|-----|
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |

※月額自己負担上限額を超えても、医療費総額を記入してください。

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

| 日付  | 指定医療機関名 | 確認印 |
|-----|---------|-----|
| 月 日 |         |     |

#### ③ 平成 年 月分

| 日付  | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割) | 自己負担額 | 月間自己<br>負担累積額 | 徴収印 |
|-----|---------|----------------|-------|---------------|-----|
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |
| 月 日 |         |                |       |               |     |

※月額自己負担上限額を超えても、医療費総額を記入してください。

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

| 日付  | 指定医療機関名 | 確認印 |
|-----|---------|-----|
| 月 日 |         |     |



参考 4

軽症かつ高額用申請書兼医療費証明書

和歌山県知事 様

(軽症かつ高額照会用)

年 月 日付で照会を受けた軽症かつ高額の認定基準については、下記のとおり回答します(下の□にチェックしてください。)

|                          |                |                          |          |
|--------------------------|----------------|--------------------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | 申請しません。        | <input type="checkbox"/> | 該当ありません。 |
| <input type="checkbox"/> | 下記のとおり申請いたします。 |                          |          |

年 月 日

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_ 印

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日 \_\_\_\_\_

難病医療費助成に係る医療費総額の証明書

| 疾病名            |                     |                |                  |
|----------------|---------------------|----------------|------------------|
| 算定根拠期間         | 年 月 日から 年 月 日までの間※1 |                |                  |
| 診療・調剤・年月介護給付※2 | 診療・調剤等費の医療費総額(円)    | 診療・調剤・年月介護給付※2 | 診療・調剤等費の医療費総額(円) |
| 年 月            |                     | 年 月            |                  |
| 年 月            |                     | 年 月            |                  |
| 年 月            |                     | 年 月            |                  |
| 年 月            |                     | 年 月            |                  |
| 年 月            |                     | 年 月            |                  |
| 年 月            |                     | 年 月            |                  |
| 合計             |                     |                |                  |

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

|       |           |           |
|-------|-----------|-----------|
| 医療機関名 | 所在地       |           |
|       | 施設名       |           |
|       | 管理者名      | _____ (印) |
|       | 担当者名(所属課) |           |
|       | 電話        |           |

※1 患者の方がお持ちの「軽症かつ高額認定基準への照会について」の要件（算定根拠期間）を記入してください。

※2 難病の医療費助成制度の給付対象となる介護保険サービスのみ

**医療機関の方へ：**

この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病に罹患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。難病の医療費助成の支給要件である診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が33,330円を超える月が3か月以上ある方については、支給認定を行うこととしています。

**難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。**

参考5

難病医療費助成に係る医療費総額の証明書

|     |  |      |  |
|-----|--|------|--|
| 氏名  |  | 生年月日 |  |
| 疾病名 |  |      |  |

※難病の医療費助成制度の給付対象となる介護保険サービスのみ。

| 疾病名                |                          |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| 算定根拠期間             | 年 月 日から 年 月 日までの間※1      |                    |                          |
| 診療・調剤・年月<br>介護給付※2 | 診療・調剤等費の<br>医療費総額<br>(円) | 診療・調剤・年月<br>介護給付※2 | 診療・調剤等費の<br>医療費総額<br>(円) |
| 年 月                |                          | 年 月                |                          |
| 年 月                |                          | 年 月                |                          |
| 年 月                |                          | 年 月                |                          |
| 年 月                |                          | 年 月                |                          |
| 年 月                |                          | 年 月                |                          |
| 年 月                |                          | 年 月                |                          |
| 合 計                |                          |                    |                          |

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 \_\_\_\_\_ 年 月 日

|       |            |           |
|-------|------------|-----------|
| 医療機関名 | 所在地        |           |
|       | 施設名        |           |
|       | 管理者名       | _____ (印) |
|       | 担当者名 (所属課) |           |
|       | 電 話        |           |

**医療機関の方へ：**この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病にり患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。

①難病の医療費助成の支給要件である診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとに受診した全ての医療機関の当該難病にかかる医療費総額が33,330円を超える月が申請日以前の12か月のうちの期間に、3か月以上ある方は、支給認定を行います。

②既に認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が5万円を超える月が、申請しようとする月以前の12か月のうちの期間に、6か月以上ある方で、現在一般所得I以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。

※特定医療費の支給認定を受けた月以降の医療費総額について勘案することとなります。

**難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。**

参考6

軽症かつ高額の特認基準への照会について

平成 年 月 日付で申請された医療費の助成については、疾病の症状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないと判定されました。ただし、下記の要件を満たす場合は、「軽症かつ高額」の対象者として認定の可能性があります。下記の期限までに必要な書類を提出してください。

なお、要件を満たさない場合には、太線内のみを御自身で記入の上御提出ください。医療機関に作成いただく必要はありません。

記

1 対象者及び疾病名

氏名 \_\_\_\_\_様  
疾病名 \_\_\_\_\_

2 要件及び算定根拠期間

診断基準を満たす

申請した疾病の一月の医療費総額※が、33,330円を超えた月が

平成 年 月 1日から平成 年 月 末日までに3か月以上ある。

※医療費総額とは、自己負担分だけでなく、医療保険者の負担部分も含まれます。

3 必要書類

軽症かつ高額用申請書兼医療費証明書（同封の紙）

○上記2の要件を満たす場合のみ医療機関に作成を依頼してください。

○医療機関に作成依頼する場合は、この通知も提示してください。

○本証明の作成費用は、医療費助成の対象とはなりません。

4 提出期限 平成 年 月 日

5 提出方法 次の担当までご提出ください。

〒〇〇〇—〇〇〇〇 ××市△△

××保健所 担当〇〇

## 特定医療費（指定難病）支給申請書

和歌山県知事 様

[ 申請者 ] 住所

氏名

㊟

受給者との続柄 ( )

|         |                 |       |       |
|---------|-----------------|-------|-------|
| 受給者住所   |                 |       |       |
| 受給者氏名   |                 |       |       |
| 公費負担者番号 | 5 4 3 0 6 0 1 4 | 受給者番号 |       |
| 有効期間    | 年 月 日           | ～     | 年 月 日 |

|               |   |   |
|---------------|---|---|
| 自己負担額 (ア)     | ※ | 円 |
| 薬剤一部負担 (イ)    | ※ | 円 |
| 患者負担額 (ウ)     | ※ | 円 |
| 支給決定額 (ア+イ+ウ) | ※ | 円 |

**医療機関等証明欄（平成 年 月分）**      ※ 指定難病治療分のみ記載

(医療保険)入院, (介護保険)指定介護療養施設サービス □□ 日

|        |      |        |      |
|--------|------|--------|------|
| (医療保険) | 負担割合 | (介護保険) | 負担割合 |
| 点      | 割    | 単位     | 1 割  |

(医療保険)通院, (介護保険)訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導 □□ 日

| 1日目   | { 通院・訪問リハ・管理指導 } | 負担割合 | 薬剤一部負担金 |
|-------|------------------|------|---------|
|       | 点(単位)            | 割    | 円       |
| 2日目   | { 通院・訪問リハ・管理指導 } | 負担割合 | 薬剤一部負担金 |
|       | 点(単位)            | 割    | 円       |
| 3日目以降 | { 通院・訪問リハ・管理指導 } | 負担割合 | 薬剤一部負担金 |
|       | 点(単位)            | 割    | 円       |

(医療保険)訪問看護, (介護保険)訪問看護 □□ 日

|        |      |      |        |      |      |
|--------|------|------|--------|------|------|
| (医療保険) | 負担割合 | 実施回数 | (介護保険) | 負担割合 | 実施回数 |
| 点      | 割    | 回    | 単位     | 割    | 回    |

上記のとおり証明します。

年 月 日

[ 医療機関等 ] 所在地

名 称

代表者氏名

㊟

- (注) 1 証明欄は、医療機関(居宅サービス事業者)で記入してもらってください。  
 2 領収書、上限額管理票(該当月に使用した場合)、高額療養費の支給決定通知書等(該当する場合)を添付の上、住所地の保健所へ提出願います。  
 3 申請者氏名欄は記名押印又は署名してください。  
 4 ※印の欄は、記入しないでください。