

事 務 連 絡
令和 8 年 2 月 16 日

公益社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課

特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法等について

平素より厚生労働行政につきまして種々御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

平成 27 年 1 月から新たな難病対策が施行されているところですが、健康保険法施行規則等の一部が改正されたこと等に伴い、別添のとおり、自己負担上限額管理票等の記載方法等を改正し、令和 8 年 3 月 1 日より適用いたしますので、貴会会員の関係機関に御周知下さいますようお願い申し上げます。

なお、本件は既に各都道府県等衛生主管部（局）長宛に、管内の指定医療機関等に対して周知していただくよう、依頼していることを申し添えます。

事 務 連 絡
令和 8 年 2 月 16 日

各 都道府県、指定都市難病対策担当課 御中

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課

特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法等について

難病対策の推進につきましては、平素より格別のご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

て、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）に基づく特定医療については、平成 27 年 1 月 1 日から施行されているところですが、健康保険法施行規則等の一部が改正されたこと等に伴い、自己負担上限額管理票等の記載方法等を改正し、令和 8 年 3 月 1 日より適用いたしますので、貴管轄下の指定医療機関に周知方についてお願いいたします。

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）新旧対照表

(変更点は下線部)

新	旧
<p data-bbox="293 587 936 663">特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法等について（指定医療機関用）</p> <p data-bbox="324 1254 904 1331">令和<u>8</u>年<u>3</u>月 厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課</p>	<p data-bbox="1301 587 1944 663">特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法等について（指定医療機関用）</p> <p data-bbox="1332 1254 1912 1331">令和<u>7</u>年<u>4</u>月 厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課</p>

新

目 次

1. 制度の概要について	1
2. 指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い	2
3. 生活保護受給者等の取扱いについて	<u>4</u>
4. 診療報酬請求について	5
(1) 「診療の給付」欄について	
(2) 「食事療養」欄について	
5. 管理票の記載について	<u>8</u>
6. 参考資料	
別紙1 (指定難病一覧)	16
別紙2 (特定医療費 (指定難病) 受給者証)	19
別紙3 (自己負担上限額管理票)	20
別紙4 (公費負担者番号一覧 (都道府県、指定都市別))	21
別紙5 (指定医療機関療養担当規程)	23

旧

目 次

1. 制度の概要について	1
2. 指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い	3
3. 生活保護受給者等の取扱いについて	<u>5</u>
4. 診療報酬請求について	5
(1) 「診療の給付」欄について	
(2) 「食事療養」欄について	
5. 管理票の記載について	<u>10</u>
6. 参考資料	
別紙1 (指定難病一覧)	16
別紙2 (特定医療費 (指定難病) 受給者証)	19
別紙3 (自己負担上限額管理票)	20
別紙4 (公費負担者番号一覧 (都道府県、指定都市別))	21
別紙5 (指定医療機関療養担当規程)	23

新	旧
<p>第1 (略)</p> <p>第2 (1) ~ (11) (略)</p> <p>(12) 特定医療に係る医療保険の給付については、通常の高額療養費に準じて、所得区分別の自己負担限度額が適用されるため、<u>オンライン資格確認又は限度額適用認定証等により確認した</u>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なる。なお、記載する所得区分の略号は、「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)に基づいて記載することとなる。</p> <p>ただし、<u>オンライン資格確認又は限度額適用認定証等による所得区分の確認ができない場合</u>の高額療養費の所得区分については以下のとおり取り扱うこととする。</p> <p>① 70歳未満の者 : 区分ウ</p> <p>② 70歳以上の者(入院療養) <u>(ただし、④の者を除く。)</u> : 適用区分一般</p> <p>③ 70歳以上の者(外来療養) <u>(ただし、④の者を除く。)</u> : 適用区分一般</p> <p>④ <u>70歳以上の現役並み所得者 : 区分ア</u></p> <p>※①については、レセプトの「特記事項」欄へは記載しない。なお、②③④については、「特記事項」へ記載する必要がある。</p> <p>※②③の「適用区分一般」とは、レセプト記載要領に基づき、後期高齢者医療を除く70歳以上の者(2割負担)は「適用区分エ」、後期高齢者医療被保険者(2割負担)は「適用区分カ」、後期高齢者医療被保険者(1割負担)は「適用区分キ」を指す。</p> <p>※④は、高齢受給者証等の提示により、指定医療機関において、<u>現役並み所得者であることが確認できた場合。</u></p> <p>第3~5 (略)</p> <p>別紙1 (略)</p>	<p>第1 (略)</p> <p>第2 (1) ~ (11) (略)</p> <p>(12) 特定医療に係る医療保険の給付については、通常の高額療養費に準じて、所得区分別の自己負担限度額が適用されるため、<u>受給者証に記載されている</u>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なる。なお、記載する所得区分の略号は、「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)に基づいて記載することとなる。</p> <p>ただし、<u>保険者からの連絡の遅れ等により受給者証における医療保険の所得区分の記載欄を空欄とすることも認めているため、その場合</u>の高額療養費の所得区分については以下のとおり取り扱うこととする。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 70歳未満の者 : 区分ウ ・ 70歳以上の者(入院療養) : 一般<u>所得</u> ・ 70歳以上の者(外来療養) : 一般<u>所得</u> <p>また、<u>70歳以上の現役並み所得者及び医療機関に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を受給者証と併せて提出した患者については、受給者証の適用区分欄が空欄であっても、当該限度額認定証等に記載されている所得区分を適用する。</u></p> <p>第3~5 (略)</p> <p>別紙1 (略)</p>

新

別紙2

別紙様式第2号 (表面)

特定医療費 (指定難病) 受給者証			
公費負担者番号	5	4	0 1 6 0 1
特定医療費受給者番号	0	0	1 1 2 3
フリガナ	コウロウ タロウ		生年月日
氏名	厚男 二郎		〇〇年 〇月 〇日
フリガナ	トウキョウトチヨダクカスミガセキ		
住所	東京都千代田区霞が関〇-〇-〇		
病名	〇〇〇病		
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ	コウロウ タロウ	続柄
	氏名	厚男 太郎	父
	フリガナ	トウキョウトチヨダクカスミガセキ	
	住所	東京都千代田区霞が関〇-〇-〇	
指定医療機関名	病院・診療所	〇〇〇病院	所在地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇
	薬局	〇〇〇薬局	所在地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇
	訪問看護事業者等	△△事業所	所在地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇
負担	自己負担上限額	月額 10,000 円	階層区分 一括所得!
	人工呼吸器等装着	該当・非該当	高額かつ長期 該当・非該当
	軽症高額該当	該当・非該当	
	受診者と同じ世帯内にある指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の対象患者		有・無
有効期間	〇〇年〇月〇日 から 〇〇年〇月〇日 まで		
上記のとおり認定する。 〇〇年〇月〇日 〇〇〇〇都道府県知事 印			

別紙4~5 (略)

旧

別紙2

別紙様式第2号 (表面)

特定医療費 (指定難病) 受給者証			
公費負担者番号	5	4	0 1 6 0 1
特定医療費受給者番号	0	0	1 1 2 3
フリガナ	コウロウ タロウ		生年月日
氏名	厚男 二郎		〇〇年 〇月 〇日
フリガナ	トウキョウトチヨダクカスミガセキ		
住所	東京都千代田区霞が関〇-〇-〇		
保護者 (※1)	〇〇△△株式会社		
記号及び票数 (※2)	123456	適用区分	〇
病名	〇〇〇病		
保護者 (受診者が18歳未満の場合記入)	フリガナ	コウロウ タロウ	続柄
	氏名	厚男 太郎	父
	フリガナ	トウキョウトチヨダクカスミガセキ	
	住所	東京都千代田区霞が関〇-〇-〇	
指定医療機関名	病院・診療所	〇〇〇病院	所在地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇
	薬局	〇〇〇薬局	所在地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇
	訪問看護事業者等	△△事業所	所在地 東京都千代田区霞が関〇-〇-〇
負担	自己負担上限額	月額 10,000 円	階層区分 一括所得!
	人工呼吸器等装着	該当・非該当	高額かつ長期 該当・非該当
	軽症高額該当	該当・非該当	
	受診者と同じ世帯内にある指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の対象患者		有・無
有効期間	〇〇年〇月〇日 から 〇〇年〇月〇日 まで		
上記のとおり認定する。 〇〇年〇月〇日 〇〇〇〇都道府県知事 印			

別紙4~5 (略)

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）

令和8年3月

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課

目 次

1. 制度の概要について	1
2. 指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い	2
3. 生活保護受給者等の取扱いについて	4
4. 診療報酬請求について	5
(1) 「診療の給付」欄について	
(2) 「食事療養」欄について	
5. 管理票の記載について	8
6. 参考資料	
別紙1 (指定難病一覧)	16
別紙2 (特定医療費(指定難病)受給者証)	19
別紙3 (自己負担上限額管理票)	20
別紙4 (公費負担者番号一覧(都道府県、指定都市別))	21
別紙5 (指定医療機関療養担当規程)	23

第1 制度の概要について

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。）に基づく新たな医療費（特定医療費）助成制度の概要は以下のとおりである。

（1）特定医療費の支給対象者

特定医療費の支給対象となる者は、指定難病にかかっていると認められる者であって、次のいずれかに該当する場合である。

- ・病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度（個々の指定難病の特性に応じ、日常生活又は社会生活に支障があると医学的に判断される程度）である者であること。
- ・支給認定の申請のあった月以前の12月以内に医療費総額が33,330円を超える月数が既に3月以上ある者であること。

【参考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。

（別紙1参照）

【参考2】「特定医療」とは

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。

（2）自己負担割合

- ・医療保険の患者負担割合が3割の者については、負担割合が2割に軽減される。
- なお、医療保険の患者負担割合が2割の者や75歳以上で1割の者のほか、介護保険についても患者負担割合が1割の場合は、それぞれの制度の負担割合が適用される。

（3）自己負担上限額

- ・所得（市町村民税（所得割）の課税の額）や治療状況に応じて自己負担上限額（負担上限月額）が設定されている。
- ・入院・入院外の区別を設定せず、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。）で支払われた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。

（注）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る。

【難病法に基づく特定医療費の自己負担上限額】

	一 般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
生活保護	0 円	0 円	0 円
低所得Ⅰ	2,500 円	2,500 円	1,000 円
低所得Ⅱ	5,000 円	5,000 円	
一般所得Ⅰ	10,000 円	5,000 円	
一般所得Ⅱ	20,000 円	10,000 円	
上位所得	30,000 円	20,000 円	
入院時の食費	食事（生活）療養標準負担額を自己負担		

○「高額かつ長期」とは

- ・所得区分のうち「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」、「上位所得」の受診者であって、医療費総額が5万円を超えた月数が申請を行った月以前の12月以内に既に6月以上ある者が該当する。

○「人工呼吸器等装着者」とは

- ・人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた指定難病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当する旨の都道府県による認定を受けた者である場合には、負担上限月額は1,000円となる。

（４）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及び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、患者負担とする。
- ・ただし、入院時生活療養費の場合、難病法第7条第1項に規定する支給認定を受けた指定難病の患者の生活療養標準負担額は、現行の入院時食事療養標準負担額と同額となる（居住費の自己負担はなし）。

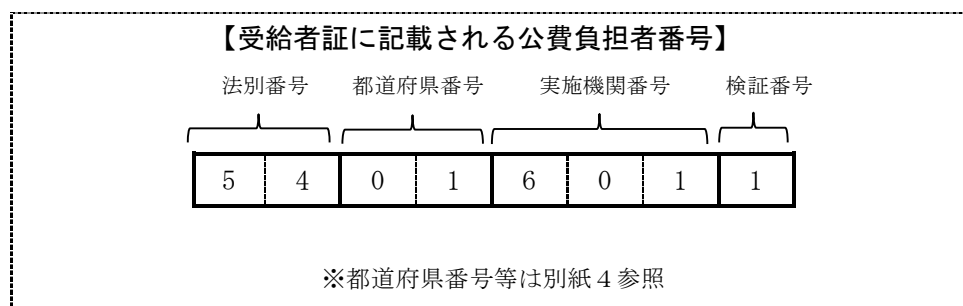
第2 指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い

（１）特定医療費の受給者に対しては、都道府県により医療受給者証（別紙2。以下「受給者証」という。）が発行される。

（２）受給者証の公費負担者番号の法別番号は「54」、実施機関番号は「601」（平成30年4月1日以降、指定都市にあつては700番台の番号を設定）と「602」（平成30年4月1日以降、指定都市にあつては800番台の番号を設定）に分かれている。被保護者であつて医療保険各法の被保険者以外の者は、実施機関番号「602」（又は800番台）であり、それ以外の者は実施機関番号「601」（又は700番台）である。

なお、実施機関番号「501」については、平成29年12月31日をもって経過措置が終了したことに伴い、平成30年1月1日以降は廃止となっている。

誤って古い医療受給者証を提示していないか、公費負担者番号及び有効期間を確認すること。



- (3) 受給者証の自己負担上限額の記載欄には、所得や治療の状況に応じて設定された自己負担上限月額が記載されている。
- (4) 難病の特定医療費においては、支給認定の際に都道府県から患者に対して受給者証に加えて自己負担上限額管理票（別紙3。以下「管理票」という。）が発行されることから、当該患者が指定医療機関を受診する際に管理票を受給者証と併せて指定医療機関の窓口提出する。
- (5) 難病法に基づく特定医療費の制度は、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歳から74歳で現役並み所得者）について2割負担に軽減する制度であり、所得に応じて自己負担上限月額が設定されているが、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る。
- (6) 70歳から74歳（誕生日が昭和19年4月1日までの者（※））については、75歳になるまでは、窓口負担が1割となることから、自己負担上限額に達していない場合は、医療費総額の1割を徴収し、当該額を管理票に記載することとなる。

（※）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。）

- (7) 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、上記第1の（3）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る。
- (8) 複数の指定医療機関を受診した場合、患者が負担した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する。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る。
- (9) 入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（以下「食事（生活）療養標準負担額」という。）を徴収した場合、患者負担額は、管理票には記載しないこと。
- (10) 管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該患者より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）を記載する。

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とに分かれる場合、管理票には特定医療に係る医療費の総額のみを記載する。

また、患者からの自己負担の徴収は、原則として、指定医療機関を受診した日に行うことから、管理票への記載も当該受診した日に行うこととなるが、訪問看護サービス等において、利用した日の翌月に利用料を請求する場合には、利用した月の自己負担の累積額を確認したうえで、患者から徴収し、当該額を管理票に記載すること。

注) 患者から徴収した額に 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すること。

(1 1) 自己負担の累積額(月額)が自己負担上限額に達した際には、所定欄に日付及び指定医療機関名を記載することとなる。当該欄に指定医療機関名の記載のある管理票を所持している受給者からは当該月において自己負担を徴収しないこととなるが、医療費総額については、「高額かつ長期」等の確認に使用するため、自己負担上限額に達した後も 5 万円を超えるまで管理票に記載すること。

(1 2) 特定医療に係る医療保険の給付については、通常の高額療養費に準じて、所得区分別の自己負担限度額が適用されるため、オンライン資格確認又は限度額適用認定証等により確認した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なる。なお、記載する所得区分の略号は、「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)に基づいて記載することとなる。

ただし、オンライン資格確認又は限度額適用認定証等による所得区分の確認ができない場合の高額療養費の所得区分については以下のとおり取り扱うこととする。

- ① 70 歳未満の者 : 区分ウ
- ② 70 歳以上の者(入院療養) (ただし、④の者を除く。) : 適用区分一般
- ③ 70 歳以上の者(外来療養) (ただし、④の者を除く。) : 適用区分一般
- ④ 70 歳以上の現役並み所得者 : 区分ア

※①については、レセプトの「特記事項」欄へは記載しない。なお、②③④については、「特記事項」へ記載する必要がある。

※②③の「適用区分一般」とは、レセプト記載要領に基づき、後期高齢者医療を除く 70 歳以上の者(2 割負担)は「適用区分エ」、後期高齢者医療被保険者(2 割負担)は「適用区分カ」、後期高齢者医療被保険者(1 割負担)は「適用区分キ」を指す。

※④は、高齢受給者証等の提示により、指定医療機関において、現役並み所得者であることが確認できた場合。

第 3 生活保護受給者等の取扱い

(1) 生活保護受給者が特定医療費の支給を受ける場合、療養の給付と食事(生活)療養が全て特定

医療の対象となるものである場合には、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する。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）を記載すること。

(2) また、生活保護移行防止措置により自己負担上限額が「0円」と記されている医療受給者証を所持している者のうち、食事（生活）療養費負担額分が特定医療費の支給対象外となる場合があることに留意すること。

第4 診療報酬請求について

本記載方法で示している事例のほか、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）に基づいて記載すること。

(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すること。

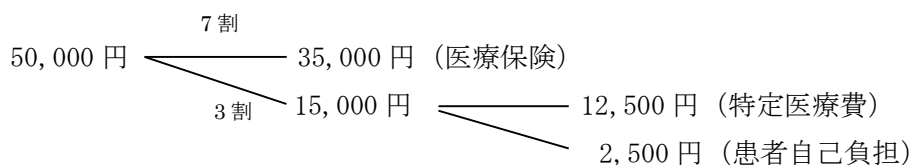
【事例1】

一般の健康保険の加入者（3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					
	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

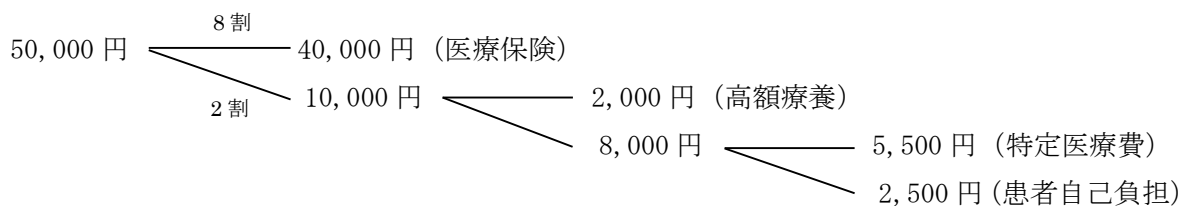
【事例2】

70歳以上から75歳未満のうち、平成26年4月1日以降に70歳に達する者

(誕生日が昭和 19 年 4 月 2 日以降の者) (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 険	請求 点 5,000	※決定 点	負担金額 円 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】

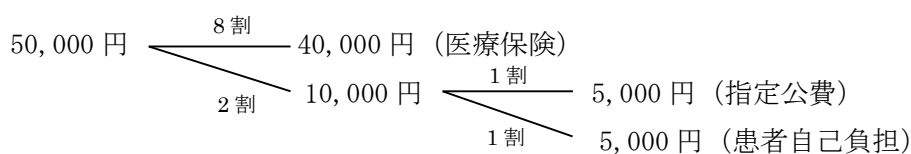
- ・医療保険
50,000 円×8 割=40,000 円
- ・高額療養
50,000 円×2 割-8,000 円=2,000 円
- ・特定医療費
8,000 円-2,500 円 (公費①) =5,500 円
- ・患者自己負担額
2,500 円

【事例 3】

70 歳以上から 75 歳未満のうち、平成 26 年 3 月 31 日以前に 70 歳に達した者
(誕生日が昭和 19 年 4 月 1 日までの者。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 険	請求 点 5,000	※決定 点	負担金額 円			
	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】

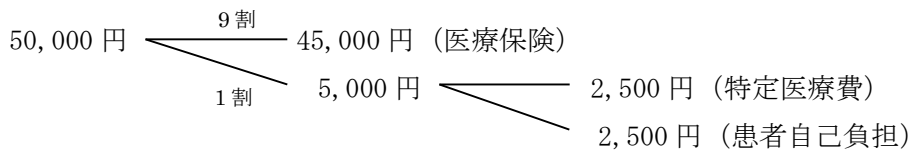
- ・医療保険
50,000 円 × 8 割 = 40,000 円
- ・指定公費
50,000 円 × 1 割 = 5,000 円
- ・患者自己負担額
50,000 円 × 1 割 = 5,000 円

【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 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 険	請求 点 5,000	※決定 点	負担金額 円			
	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

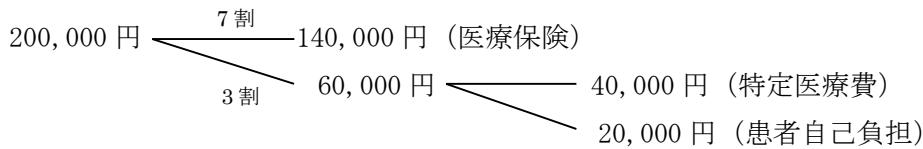
(2) 「食事・生活療養費」欄について

食事（生活）療養標準負担額については、特定医療費の給付対象外であるため、公費欄の請求と標準負担額の欄に「0」を記載することになる。

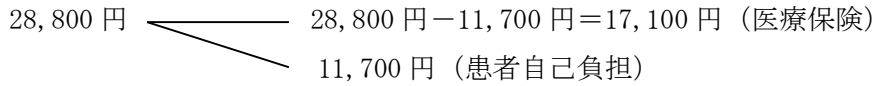
- 入院医療費 20,000 点
- 特定医療費（一般所得者Ⅱ；負担上限月額 20,000 円）
- 入院日数 15 日
- 一般の健康保険加入者（3割）

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

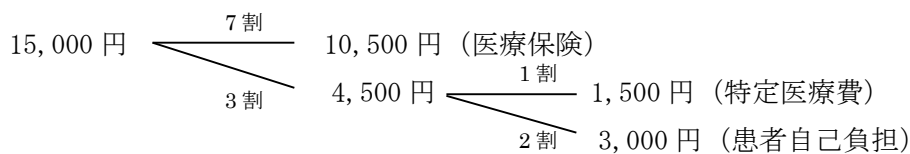
【記載例1】

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）

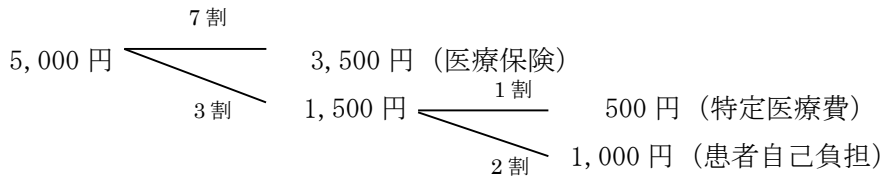
医療費の2割が自己負担上限額1万円を下回っているため、患者からは2割分を徴収する。



特定医療費（指定難病）				
年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
				月額自己負担上限額 10,000円
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）
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円
~~~~~				

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。

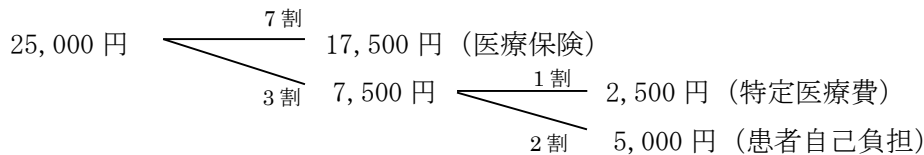


特定医療費 (指定難病)  
年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額				10,000 円
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)
1月5日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円
1月5日	××薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円

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割分を徴収する。



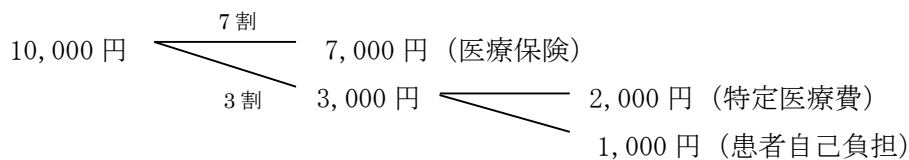
特定医療費 (指定難病)  
年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額				10,000 円
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)
1月5日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円
1月5日	××薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円
1月20日	○○○病院	25,000 円	5,000 円	9,000 円

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 円を患者が負担する。

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



特定医療費（指定難病）  
年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額				10,000円
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）
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円
~~~~~				

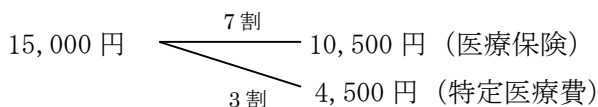
上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
1月20日	××薬局

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。

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おり、患者の自己負担は生じないが、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、医療費総額を記載する。



特定医療費（指定難病）
年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額				10,000円
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）
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円
1月31日	○○○病院	15,000円		

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
1月20日	××薬局

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し、自己負担額及び自己負担の累積額（月額）の欄は斜線を引く。

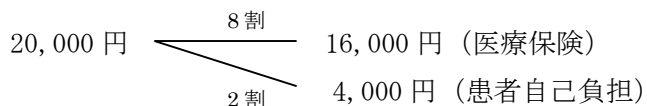
【記載例 2】

70 歳以上から 75 歳未満のうち、平成 26 年 4 月 1 日以降に 70 歳に達する者
 (誕生日が昭和 19 年 4 月 2 日以降の者)

- 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)

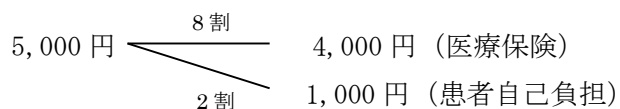
医療費の 2 割が自己負担上限額 1 万円を下回っているため、患者からは 2 割分を徴収する。



特定医療費 (指定難病)				
年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0 0 1 2 5 6 8	
				月額自己負担上限額 10,000 円
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)
1 月 5 日	○○○病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円

イ 1 月 5 日 ××薬局 (総医療費 500 点)

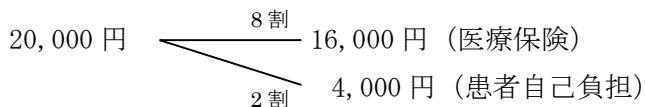
上記アと同様に、患者からは 2 割分を徴収する。



特定医療費 (指定難病)				
年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0 0 1 2 5 6 8	
				月額自己負担上限額 10,000 円
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)
1 月 5 日	○○○病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円

ウ 1月20日 ○○○病院（総医療費 2,000 点）

上記アと同様に、患者からは2割分を徴収する。

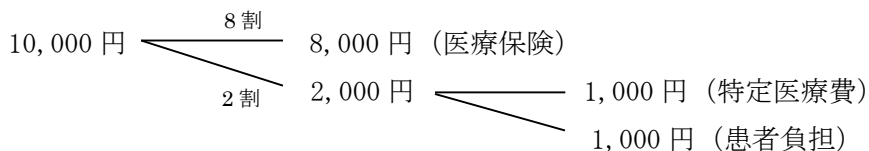


特定医療費（指定難病）				
年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
				月額自己負担上限額 10,000円
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円
1月20日	○○○病院	20,000円	4,000円	9,000円

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円を患者が負担する。

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



特定医療費（指定難病）				
年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
				月額自己負担上限額 10,000円
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）
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円
1月20日	○○○病院	20,000円	4,000円	9,000円
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円

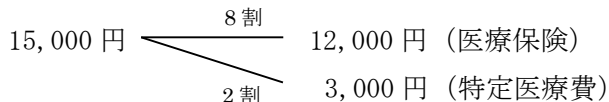
上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
1月20日	××薬局

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。

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おり、患者の自己負担は生じないが、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、医療費総額を記載する。



特定医療費（指定難病）
年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額				10,000円
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）
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円
1月20日	○○○病院	20,000円	4,000円	9,000円
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円
1月31日	○○○病院	15,000円	/	/

上記のとおり、当月の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、医療費総額のみ記載し、自己負担額及び自己負担の累積額（月額）の欄は斜線を引く。

日付	指定医療機関名
1月20日	××薬局

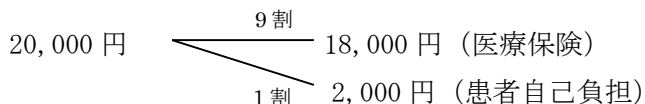
【記載例3】

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 円を記載すること。

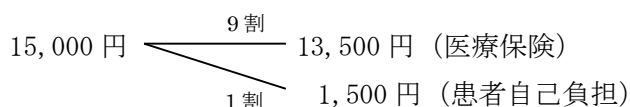


特定医療費（指定難病）
年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額				5,000円
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）
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円

イ 1月5日 ××薬局（総医療費1,500点）

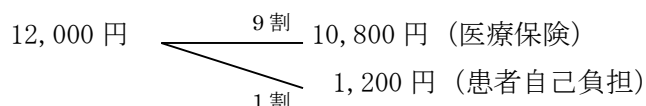
自己負担上限額の累積額2,000円と月額自己負担上限額5,000円の差額が3,000円であり、医療費の1割が自己負担上限額の差額3,000円を下回っているため、患者からは1割分を徴収し、管理票上には徴収額1,500円を記載すること。



特定医療費（指定難病）				
年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
				月額自己負担上限額 5,000円
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）
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円

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円を記載すること。

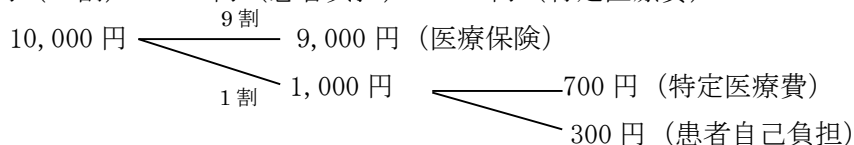


特定医療費（指定難病）				
年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
				月額自己負担上限額 5,000円
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円

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円を記載すること。

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）
年 月分自己負担上限額管理票

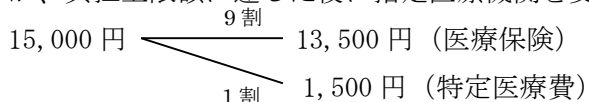
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額				5,000円
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円

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	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。
1月20日	××薬局	

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ないが、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、医療費総額を記載する。



特定医療費（指定難病）
年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額				5,000円
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）
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円
1月31日	○○○病院	15,000円		/

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	自己負担上限額に達した後も受診した際には、医療費総額を記載し、自己負担額及び自己負担の累積額（月額）の欄は斜線を引く。
1月20日	××薬局	

指定難病一覧

番号	病名	番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症	71	特発性大腿骨頭壊死症
2	筋萎縮性側索硬化症	72	下垂体性ADH分泌異常症
3	脊髄性筋萎縮症	73	下垂体性TSH分泌亢進症
4	原発性側索硬化症	74	下垂体性PRL分泌亢進症
5	進行性核上性麻痺	75	クッシング病
6	パーキンソン病	76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
7	大脳皮質基底核変性症	77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
8	ハンチントン病	78	下垂体前葉機能低下症
9	神経有棘赤血球症	79	家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)
10	シャルコー・マリー・トウス病	80	甲状腺ホルモン不応症
11	重症筋無力症	81	先天性副腎皮質酵素欠損症
12	先天性筋無力症候群	82	先天性副腎低形成症
13	多発性硬化症/視神経脊髄炎	83	アジソン病
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー	84	サルコイドーシス
15	封入体筋炎	85	特発性間質性肺炎
16	クロー・深瀬症候群	86	肺動脈性肺高血圧症
17	多系統萎縮症	87	肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	88	慢性血栓性肺高血圧症
19	ライゾーム病	89	リンパ脈管筋腫症
20	副腎白質ジストロフィー	90	網膜色素変性症
21	ミトコンドリア病	91	バッド・キアリ症候群
22	もやもや病	92	特発性門脈圧亢進症
23	プリオン病	93	原発性胆汁性胆管炎
24	亜急性硬化性全脳炎	94	原発性硬化性胆管炎
25	進行性多巣性白質脳症	95	自己免疫性肝炎
26	HTLV-1関連脊髄症	96	クローン病
27	特発性基底核石灰化症	97	潰瘍性大腸炎
28	全身性アミロイドーシス	98	好酸球性消化管疾患
29	ウルリッヒ病	99	慢性特発性偽性腸閉塞症
30	遠位型ミオパチー	100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
31	ベスレムミオパチー	101	腸管神経節細胞減少症
32	自己食空胞性ミオパチー	102	ルビンシュタイン・テイビ症候群
33	シュワルツ・ヤンベル症候群	103	CFC症候群
34	神経線維腫症	104	コステロ症候群
35	天疱瘡	105	チャージ症候群
36	表皮水疱症	106	クリオピリン関連周期熱症候群
37	膿疱性乾癬(汎発型)	107	若年性特発性関節炎
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群	108	TNF受容体関連周期性症候群
39	中毒性表皮壊死症	109	非典型溶血性尿毒症症候群
40	高安静脈炎	110	ブラウ症候群
41	巨細胞性動脈炎	111	先天性ミオパチー
42	結節性多発動脈炎	112	マリネスコ・シェーグレン症候群
43	顕微鏡的多発血管炎	113	筋ジストロフィー
44	多発血管炎性肉芽腫症	114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	115	遺伝性周期性四肢麻痺
46	悪性関節リウマチ	116	アトピー性脊髄炎
47	バージャー病	117	脊髄空洞症
48	原発性抗リン脂質抗体症候群	118	脊髄髄膜瘤
49	全身性エリテマトーデス	119	アイザックス症候群
50	皮膚筋炎/多発性筋炎	120	遺伝性ジストニア
51	全身性強皮症	121	脳内鉄沈着神経変性症
52	混合性結合組織病	122	脳表ヘモジデリン沈着症
53	シェーグレン症候群	123	HTRA1関連脳小血管病
54	成人発症スチル病	124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
55	再発性多発軟骨炎	125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
56	ベーチェット病	126	ペリー病
57	特発性拡張型心筋症	127	前頭側頭葉変性症
58	肥大型心筋症	128	ピッカースタッフ脳幹脳炎
59	拘束型心筋症	129	癱瘓重積型(二相性)急性脳症
60	再生不良性貧血	130	先天性無痛無汗症
61	自己免疫性溶血性貧血	131	アレキサンダー病
62	発作性夜間ヘモグロビン尿症	132	先天性核上性球麻痺
63	免疫性血小板減少症	133	メビウス症候群
64	血栓性血小板減少性紫斑病	134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群
65	原発性免疫不全症候群	135	アイカルディ症候群
66	IgA腎症	136	片側巨脳症
67	多発性嚢胞腎	137	限局性皮質異形成
68	黄色靱帯骨化症	138	神経細胞移動異常症
69	後縦靱帯骨化症	139	先天性大脳白質形成不全症
70	広範脊柱管狭窄症	140	ドラベ症候群

番号	病名	番号	病名
141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん	212	三尖弁閉鎖症
142	ミオクロニー欠伸てんかん	213	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん	214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
144	レノックス・ガストー症候群	215	ファロー四徴症
145	ウエスト症候群	216	両大血管右室起始症
146	大田原症候群	217	エプスタイン病
147	早期ミオクロニー脳症	218	アルポート症候群
148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	219	ギャロウェイ・モフト症候群
149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	220	急速進行性糸球体腎炎
150	環状20番染色体症候群	221	抗糸球体基底膜腎炎
151	ラスムッセン脳炎	222	一次性ネフローゼ症候群
152	PCDH19関連症候群	223	一次性膜性増殖性糸球体腎炎
153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎	224	紫斑病性腎炎
154	睡眠時徐波活性化を示す発達性てんかん性脳症及びてんかん性脳症	225	先天性腎性尿崩症
155	ランドウ・クレフナー症候群	226	間質性膀胱炎(ハンナ型)
156	レット症候群	227	オスラー病
157	スタージ・ウェーバー症候群	228	閉塞性細気管支炎
158	結節性硬化症	229	肺胞蛋白症(自己免疫性又は先天性)
159	色素性乾皮症	230	肺胞低換気症候群
160	先天性魚鱗癬	231	α 1-アンチトリプシン欠乏症
161	家族性良性慢性天疱瘡	232	カーニー複合
162	類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む。)	233	ウォルフラム症候群
163	特発性後天性全身性無汗症	234	ペルオキシソーム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)
164	眼皮膚白皮症	235	副甲状腺機能低下症
165	肥厚性皮膚骨膜炎	236	偽性副甲状腺機能低下症
166	弾性線維性仮性黄色腫	237	副腎皮質刺激ホルモン不応症
167	マルファン症候群/ロイス・ディーツ症候群	238	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症
168	エーラス・ダンロス症候群	239	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症
169	メンケス病	240	フェニルケトン尿症
170	オクシビタル・ホーン症候群	241	高チロシン血症1型
171	ウィルソン病	242	高チロシン血症2型
172	低ホスファターゼ症	243	高チロシン血症3型
173	VATER症候群	244	メープルシロップ尿症
174	那須・ハコラ病	245	プロピオン酸血症
175	ウィーバー症候群	246	メチルマロン酸血症
176	コフィン・ローリー症候群	247	イソ吉草酸血症
177	ジュベール症候群関連疾患	248	グルコーストランスporter-1欠損症
178	モワット・ウィルソン症候群	249	グルタル酸血症1型
179	ウィリアムズ症候群	250	グルタル酸血症2型
180	ATR-X症候群	251	尿素サイクル異常症
181	クルーゾン症候群	252	リジン尿性蛋白不耐症
182	アペール症候群	253	先天性葉酸吸収不全
183	ファイファー症候群	254	ポルフィリン症
184	アントレー・ビクスラー症候群	255	複合カルボキシラーゼ欠損症
185	コフィン・シリス症候群	256	筋型糖原病
186	ロスモンド・トムソン症候群	257	肝型糖原病
187	歌舞伎症候群	258	ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症
188	多脾症候群	259	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
189	無脾症候群	260	システロール血症
190	鰓耳腎症候群	261	タンジール病
191	ウェルナー症候群	262	原発性高カイロミクロン血症
192	コケイン症候群	263	脳髄黄色腫症
193	ブラダー・ウィリ症候群	264	無 β リポタンパク血症
194	ソス症候群	265	脂肪萎縮症
195	ヌーナン症候群	266	家族性地中海熱
196	ヤング・シンブソン症候群	267	高IgD症候群
197	1p36欠失症候群	268	中條・西村症候群
198	4p欠失症候群	269	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
199	5p欠失症候群	270	慢性再発性多発性骨髄炎
200	第14番染色体父親性ダイノミー症候群	271	強直性脊椎炎
201	アンジェルマン症候群	272	進行性骨化性線維異形成症
202	スミス・マギニス症候群	273	肋骨異常を伴う先天性側弯症
203	22q11.2欠失症候群	274	骨形成不全症
204	エマヌエル症候群	275	タナトフォリック骨異形成症
205	脆弱X症候群関連疾患	276	軟骨無形成症
206	脆弱X症候群	277	リンパ管腫症/ゴーハム病
207	総動脈幹遺残症	278	巨大リンパ管奇形(頸部顔面病変)
208	修正大血管転位症	279	巨大静脈奇形(頸部口腔咽頭びまん性病変)
209	完全大血管転位症	280	巨大動静脈奇形(頸部顔面又は四肢病変)
210	単心室症	281	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群
211	左心低形成症候群	282	先天性赤血球形成異常性貧血

番号	病名	番号	病名
283	後天性赤芽球癆	316	カルニチン回路異常症
284	ダイヤモンド・ブラックファン貧血	317	三頭酵素欠損症
285	ファンコニ貧血	318	シトリン欠損症
286	遺伝性鉄芽球性貧血	319	セピアプテリン還元酵素(SR)欠損症
287	エプスタイン症候群	320	先天性グリコシルホスファチジルイノシトール(GPI)欠損症
288	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症	321	非ケトーシス型高グリシン血症
289	クロンカイト・カナダ症候群	322	β -ケトチオラーゼ欠損症
290	非特異性多発性小腸潰瘍症	323	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
291	ヒルシュスプルング病(全結腸型又は小腸型)	324	メチルグルタコン酸尿症
292	総排泄腔外反症	325	遺伝性自己炎症疾患
293	総排泄腔遺残	326	大理石骨病
294	先天性横隔膜ヘルニア	327	特発性血栓症(遺伝性血栓性素因によるものに限る。)
295	乳幼児肝巨大血管腫	328	前眼部形成異常
296	胆道閉鎖症	329	無虹彩症
297	アラジール症候群	330	先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症
298	遺伝性膝炎	331	特発性多中心性キャッスルマン病
299	嚢胞性線維症	332	膠様滴状角膜ジストロフィー
300	IgG4関連疾患	333	ハッチンソン・ギルフォード症候群
301	黄斑ジストロフィー	334	脳クレアチン欠乏症候群
302	レーベル遺伝性視神経症	335	ネフロン癆
303	アッシャー症候群	336	家族性低 β リポタンパク血症1(ホモ接合体)
304	若年発症型両側性感音難聴	337	ホモシチン尿症
305	遅発性内リンパ水腫	338	進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
306	好酸球性副鼻腔炎	339	MECP2重複症候群
307	カナバン病	340	線毛機能不全症候群(カルタゲナー症候群を含む。)
308	進行性白質脳症	341	TRPV4異常症
309	進行性ミオクローヌスてんかん	342	LMNB1 関連大脳白質脳症
310	先天異常症候群	343	PURA 関連神経発達異常症
311	先天性三尖弁狭窄症	344	極長鎖アシル-CoA 脱水素酵素欠損症
312	先天性僧帽弁狭窄症	345	乳児発症 STING 関連血管炎
313	先天性肺静脈狭窄症	346	原発性肝外門脈閉塞症
314	左肺動脈右肺動脈起始症	347	出血性線溶異常症
315	ネイルパテラ症候群(爪蓋蓋骨症候群)/LMX1B関連腎症	348	口ウ症候群

別紙2

別紙様式第2号（表面）				
特定医療費（指定難病）受給者証				
公費負担者番号	5	4	0	1 6 0 1
特定医療費受給者番号	0	0	1 1 2 3	
受診者	フリガナ	コウロウ シロウ		生年月日
	氏名	厚労 二郎		〇〇年 ×月 △日
	フリガナ	トウキョウトチヨダクカスミガセキ		
	住所	東京都千代田区霞が関〇-〇-×		
病名	〇〇〇病			
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ	コウロウ タロウ		続柄
	氏名	厚労 太郎		父
	フリガナ	トウキョウトチヨダクカスミガセキ		
	住所	東京都千代田区霞が関〇-〇-×		
指定医療機関名	病院・診療所	〇〇〇病院	所在地	東京都千代田区霞が関〇-〇-×
	薬局	□□薬局	所在地	東京都千代田区霞が関〇-〇-×
	訪問看護事業者等	△△事業所	所在地	東京都千代田区霞が関〇-〇-×
負担	自己負担上限額	月額	10,000 円	階層区分 一般所得Ⅰ
	人工呼吸器等装着	該当	・ 非該当	高額かつ長期 該当 ・ 非該当
	軽症高額該当	該当	・ 非該当	
	受診者と同じ世帯内にいる 指定難病又は小児慢性特定疾病の 医療費助成の対象患者			有 ・ 無
有効期間	〇〇年〇月〇日 から		〇〇年〇〇月〇日 まで	
上記のとおり認定する。 〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇〇〇都道府県知事 印				

別紙様式第3号

特定医療費（指定難病）

年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名	厚勢 二郎	受給者番号	001123
------	-------	-------	--------

月額自己負担上限額 10,000円

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)
〇月 〇日	〇〇〇病院	10,000円	2,000円	2,000円
〇月 〇日	〇〇薬局	15,000円	3,000円	5,000円
〇月 〇日	〇〇〇病院	10,000円	2,000円	7,000円
〇月 〇日	〇〇薬局	10,000円	2,000円	9,000円
〇月 〇日	〇〇〇病院	15,000円	1,000円	10,000円
〇月 〇日	〇〇〇病院	15,000円		
〇月 〇日	〇〇薬局	10,000円		
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

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
〇月 〇日	〇〇〇病院

※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いいたします。

別紙 4

公費負担者番号一覧（都道府県別）

① 下記②以外の者

都道府県名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号	都道府県名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号
北海道	5 4	0 1	6 0 1	9	滋賀県	5 4	2 5	6 0 1	1
青森県	5 4	0 2	6 0 1	8	京都府	5 4	2 6	6 0 1	0
岩手県	5 4	0 3	6 0 1	7	大阪府	5 4	2 7	6 0 1	9
宮城県	5 4	0 4	6 0 1	6	兵庫県	5 4	2 8	6 0 1	8
秋田県	5 4	0 5	6 0 1	5	奈良県	5 4	2 9	6 0 1	7
山形県	5 4	0 6	6 0 1	4	和歌山県	5 4	3 0	6 0 1	4
福島県	5 4	0 7	6 0 1	3	鳥取県	5 4	3 1	6 0 1	3
茨城県	5 4	0 8	6 0 1	2	島根県	5 4	3 2	6 0 1	2
栃木県	5 4	0 9	6 0 1	1	岡山県	5 4	3 3	6 0 1	1
群馬県	5 4	1 0	6 0 1	8	広島県	5 4	3 4	6 0 1	0
埼玉県	5 4	1 1	6 0 1	7	山口県	5 4	3 5	6 0 1	9
千葉県	5 4	1 2	6 0 1	6	徳島県	5 4	3 6	6 0 1	8
東京都	5 4	1 3	6 0 1	5	香川県	5 4	3 7	6 0 1	7
神奈川県	5 4	1 4	6 0 1	4	愛媛県	5 4	3 8	6 0 1	6
新潟県	5 4	1 5	6 0 1	3	高知県	5 4	3 9	6 0 1	5
富山県	5 4	1 6	6 0 1	2	福岡県	5 4	4 0	6 0 1	2
石川県	5 4	1 7	6 0 1	1	佐賀県	5 4	4 1	6 0 1	1
福井県	5 4	1 8	6 0 1	0	長崎県	5 4	4 2	6 0 1	0
山梨県	5 4	1 9	6 0 1	9	熊本県	5 4	4 3	6 0 1	9
長野県	5 4	2 0	6 0 1	6	大分県	5 4	4 4	6 0 1	8
岐阜県	5 4	2 1	6 0 1	5	宮崎県	5 4	4 5	6 0 1	7
静岡県	5 4	2 2	6 0 1	4	鹿児島県	5 4	4 6	6 0 1	6
愛知県	5 4	2 3	6 0 1	3	沖縄県	5 4	4 7	6 0 1	5
三重県	5 4	2 4	6 0 1	2					

指定都市名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号	指定都市名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号
札幌市	5 4	0 1	7 0 1	7	名古屋市	5 4	2 3	7 0 1	1
仙台市	5 4	0 4	7 0 1	4	京都市	5 4	2 6	7 0 1	8
さいたま市	5 4	1 1	7 0 1	5	大阪市	5 4	2 7	7 0 1	7
千葉市	5 4	1 2	7 0 1	4	堺市	5 4	2 7	7 0 2	5
横浜市	5 4	1 4	7 0 1	2	神戸市	5 4	2 8	7 0 1	6
川崎市	5 4	1 4	7 0 2	0	岡山市	5 4	3 3	7 0 1	9
相模原市	5 4	1 4	7 0 3	8	広島市	5 4	3 4	7 0 1	8
新潟市	5 4	1 5	7 0 1	1	北九州市	5 4	4 0	7 0 1	0
静岡市	5 4	2 2	7 0 1	2	福岡市	5 4	4 0	7 0 2	8
浜松市	5 4	2 2	7 0 2	0	熊本市	5 4	4 3	7 0 1	7

② 被保護者であって、医療保険各法の被保険者以外の者

都道府県名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号	都道府県名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号
北海道	5 4	0 1	6 0 2	7	滋賀県	5 4	2 5	6 0 2	9
青森県	5 4	0 2	6 0 2	6	京都府	5 4	2 6	6 0 2	8
岩手県	5 4	0 3	6 0 2	5	大阪府	5 4	2 7	6 0 2	7
宮城県	5 4	0 4	6 0 2	4	兵庫県	5 4	2 8	6 0 2	6
秋田県	5 4	0 5	6 0 2	3	奈良県	5 4	2 9	6 0 2	5
山形県	5 4	0 6	6 0 2	2	和歌山県	5 4	3 0	6 0 2	2
福島県	5 4	0 7	6 0 2	1	鳥取県	5 4	3 1	6 0 2	1
茨城県	5 4	0 8	6 0 2	0	島根県	5 4	3 2	6 0 2	0
栃木県	5 4	0 9	6 0 2	9	岡山県	5 4	3 3	6 0 2	9
群馬県	5 4	1 0	6 0 2	6	広島県	5 4	3 4	6 0 2	8
埼玉県	5 4	1 1	6 0 2	5	山口県	5 4	3 5	6 0 2	7
千葉県	5 4	1 2	6 0 2	4	徳島県	5 4	3 6	6 0 2	6
東京都	5 4	1 3	6 0 2	3	香川県	5 4	3 7	6 0 2	5
神奈川県	5 4	1 4	6 0 2	2	愛媛県	5 4	3 8	6 0 2	4
新潟県	5 4	1 5	6 0 2	1	高知県	5 4	3 9	6 0 2	3
富山県	5 4	1 6	6 0 2	0	福岡県	5 4	4 0	6 0 2	0
石川県	5 4	1 7	6 0 2	9	佐賀県	5 4	4 1	6 0 2	9
福井県	5 4	1 8	6 0 2	8	長崎県	5 4	4 2	6 0 2	8
山梨県	5 4	1 9	6 0 2	7	熊本県	5 4	4 3	6 0 2	7
長野県	5 4	2 0	6 0 2	4	大分県	5 4	4 4	6 0 2	6
岐阜県	5 4	2 1	6 0 2	3	宮崎県	5 4	4 5	6 0 2	5
静岡県	5 4	2 2	6 0 2	2	鹿児島県	5 4	4 6	6 0 2	4
愛知県	5 4	2 3	6 0 2	1	沖縄県	5 4	4 7	6 0 2	3
三重県	5 4	2 4	6 0 2	0					

指定都市名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号	指定都市名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号
札幌市	5 4	0 1	8 0 1	5	名古屋市	5 4	2 3	8 0 1	9
仙台市	5 4	0 4	8 0 1	2	京都市	5 4	2 6	8 0 1	6
さいたま市	5 4	1 1	8 0 1	3	大阪市	5 4	2 7	8 0 1	5
千葉市	5 4	1 2	8 0 1	2	堺市	5 4	2 7	8 0 2	3
横浜市	5 4	1 4	8 0 1	0	神戸市	5 4	2 8	8 0 1	4
川崎市	5 4	1 4	8 0 2	8	岡山市	5 4	3 3	8 0 1	7
相模原市	5 4	1 4	8 0 3	6	広島市	5 4	3 4	8 0 1	6
新潟市	5 4	1 5	8 0 1	9	北九州市	5 4	4 0	8 0 1	8
静岡市	5 4	2 2	8 0 1	0	福岡市	5 4	4 0	8 0 2	6
浜松市	5 4	2 2	8 0 2	8	熊本市	5 4	4 3	8 0 1	5

指定医療機関療養担当規程

(指定医療機関の義務)

第 1 条 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「法」という。）第 5 条第 1 項に規定する指定難病の患者に対し特定医療を行う指定医療機関（同項に規定する指定医療機関をいう。以下同じ。）は、法及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 4 0 条に定めるところによるほか、この規程に定めるところにより、法の規定による特定医療を担当しなければならない。

(診療の拒否の禁止)

第 2 条 指定医療機関は、指定特定医療を受ける指定難病の患者（以下「受診者」という。）の診療を正当な理由なく拒んではならない。

(診療開始時の注意)

第 3 条 指定医療機関は、指定難病の患者又はその保護者（法第 5 条第 1 項に規定する保護者をいう。）から法第 7 条第 4 項に規定する医療受給者証を提示して受診者の診療を求められたときは、その医療受給者証が有効であることを確かめた後でなければ診療をしてはならない。

(診療時間)

第 4 条 指定医療機関は、自己の定めた診療時間において診療をするほか、受診者が、やむを得ない事情により、その診療時間に診療を受けることができないときは、その者のために便宜な時間を定めて診療をしなければならない。

(診療録)

第 5 条 指定医療機関は、受診者に関する診療録に健康保険の例によって医療の担当に関し必要な事項を記載しなければならない。

(帳簿)

第 6 条 指定医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及びその他の物件をその完結の日から 5 年間保存しなければならない。

(通知)

第 7 条 指定医療機関が受診者について次の各号のいずれかに該当する事実のあることを知った場合には、速やかに、意見を付して医療受給者証を交付した都道府県に通知しなければならない。

- 1 受診者が正当な理由なく、診療に関する指導に従わないとき。
- 2 受診者が詐欺その他不正な手段により診療を受け、又は受けようとしたとき。

(指定訪問看護事業者等に関する特例)

第 8 条 指定医療機関である健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 88 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護を行う者に限る。）若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第 8 条の 2 第 4 項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。）にあつては、第 5 条中「関する診療録」とあるのは「対する指定訪問看護又は指定居宅サービス（訪問看護に限る。）若しくは指定介護予防サービス（介護予防訪問看護に限る。）の提供に関する諸記録」と、「健康保険の例によって」とあるのは「健康保険又は後期高齢者医療の例によって（指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者にあつては介護保険の例によって）」と、それぞれ読み替えて適用する。

(薬局に関する特例)

第9条 指定医療機関である薬局にあつては、第5条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替えて適用する。

事 務 連 絡
令和8年2月27日

公益社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課

小児慢性特定疾病医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法等について

平素より厚生労働行政につきまして種々御協力を賜り、厚く御礼申し上げます。

今般、健康保険法施行規則等の一部が改正されたこと等に伴い、別添のとおり、自己負担上限額管理票等の記載方法等を改正し、令和8年3月1日より適用いたしますので、貴会会員の関係機関に御周知下さいますようお願い申し上げます。

なお、本件は既に各都道府県等衛生主管部（局）長宛に、管内の指定医療機関等に対して周知していただくよう、依頼していることを申し添えます。

事 務 連 絡
令 和 8 年 2 月 1 6 日

各
都 道 府 県
指 定 都 市
中 核 市
児童相談所設置市
衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課

「小児慢性特定疾病医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載
方法等について（指定医療機関用）」の一部改正について

小児慢性特定疾病対策の推進につきましては、かねてより格段の御配慮を賜り、深く感謝申し上げます。

健康保険法施行規則等の一部が改正されたこと等に伴い、「小児慢性特定疾病医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法等について（指定医療機関用）」を別紙のとおり改正し、令和8年3月1日から適用することといたしましたので、事務の参考にされたくご連絡いたします。また、貴管内の指定医療機関等に対して周知方お願いいたします。

小児慢性特定疾病医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法等について（指定医療機関用）

新旧対照表

(変更点は下線部)

新	旧
<p>(別紙)</p> <p>小児慢性特定疾病医療費に係る 自己負担上限額管理票等の 記載方法等について（指定医療機関用）</p> <p>厚生労働省 <u>健康・生活衛生局</u> 難病対策課</p>	<p>(別紙)</p> <p>小児慢性特定疾病医療費に係る 自己負担上限額管理票等の 記載方法等について（指定医療機関用）</p> <p>厚生労働省 <u>健康局</u> 難病対策課</p>

新

目次

第1	小児慢性特定疾病医療支援の制度の概要について	1
第2	指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い	2
第3	生活保護受給者等の取扱いについて	4
第4	診療報酬請求について	5
	(1)「療養の給付」欄について	
	(2)「食事療養」欄について	
第5	管理票の記載について	8

旧

目次

第1	小児慢性特定疾病医療支援の制度の概要について	1
第2	指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い	2
第3	生活保護受給者等の取扱いについて	4
第4	診療報酬請求について	4
	(1)「療養の給付」欄について	
	(2)「食事療養」欄について	
第5	管理票の記載について	8

新	旧
<p>第1 小児慢性特定疾病医療支援の制度の概要について 児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「児童福祉法」という。）に基づく新たな医療費（小児慢性特定疾病医療費）助成制度の概要は以下のとおりである。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 小児慢性特定疾病医療費支援 都道府県知事、指定都市市長、中核市市長又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市長（特別区長を含む。）（以下「都道府県知事等」という。）が指定する医療機関（以下「指定医療機関」という。）に通い、又は入院する小児慢性特定疾病にかかっている児童等であって、当該疾病の状態が当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定める程度であるものに対し行われる医療をいう。</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>第2 (1)～(8) (略)</p> <p>(9) 管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該患者より自己負担を徴収した際に日付、当該指定医療機関名、医療費総額（10割分）、自己負担額、自己負担の累積額（月額）を記載する。</p> <p>(10) 自己負担の累積額が自己負担上限月額に達した際には、所定欄に日付、指定医療機関名を記載することとなる。累積額が自己負担上限月額を超えた管理票を所持している受給者からは当該月において自己負担を徴収しないこととなるが、医療費総額については「高額かつ長期」等の確認に使用するため、自己負担上限月額に達した後も5万円を超えるまで管理票に記載すること。</p> <p>(11) 小児慢性特定疾病医療に係る医療保険の給付については、通常の高額療養費に準じて、所得区分別の自己負担上限月額が適用されるため、<u>オンライン資格確認又は限度額適用認定証等により確認した</u>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なる。なお、記載する所得区分の略号は、「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）に基づいて記載することとなる。 ただし、<u>オンライン資格確認又は限度額適用認定証等による所得区分の確認ができない</u>場合の高額療養費の算定基準額については、<u>以下の</u></p>	<p>第1 小児慢性特定疾病医療支援の制度の概要について 児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「児童福祉法」という。）に基づく新たな医療費（小児慢性特定疾病医療費）助成制度の概要は以下のとおりである。</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 小児慢性特定疾病医療費支援 都道府県知事、指定都市市長、中核市市長又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市長（特別区長を含む。）（以下「都道府県知事等」という。）が指定する医療機関（「指定<u>小児慢性特定疾病医療機関</u>」という。）に通い、又は入院する小児慢性特定疾病にかかっている児童等であって、当該疾病の状態が当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定める程度であるものに対し行われる医療をいう。</p> <p>(3)～(5) (略)</p> <p>第2 (1)～(8) (略)</p> <p>(9) 管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該患者より自己負担を徴収した際に日付、当該指定医療機関名、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<u>し、徴収欄に押印</u>する。</p> <p>(10) 自己負担の累積額が自己負担上限月額に達した際には、所定欄に日付、指定医療機関名を記載、<u>確認印を押印</u>することとなる。累積額が自己負担上限月額を超えた管理票を所持している受給者からは当該月において自己負担を徴収しないこととなるが、医療費総額については「高額かつ長期」等の確認に使用するため、自己負担上限月額に達した後も5万円を超えるまで管理票に記載<u>し、徴収印欄に記載内容を確認する印として押印</u>すること。</p> <p>(11) 小児慢性特定疾病医療に係る医療保険の給付については、通常の高額療養費に準じて、所得区分別の自己負担上限月額が適用されるため、<u>受給者証に記載されている</u>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なる。なお、記載する所得区分の略号は、「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）に基づいて記載することとなる。 <u>また、小児慢性特定疾病医療費適用の診療と小児慢性特定疾病医療費適用外の診療がある時に、高額療養費の限度額適用認定証を所持し</u></p>

新	旧
<p><u>区分として取り扱うこととする。</u> <u>また、この取扱いに伴う高額療養費の給付額の事後調整は行わないこととする。</u></p> <p>① <u>70歳未満の者 適用区分ウ</u> ② <u>70歳以上の者（入院療養）（ただし、④の者を除く。） 適用区分一般</u> ③ <u>70歳以上の者（外来療養）（ただし、④の者を除く。） 適用区分一般</u> ④ <u>70歳以上の現役並み所得者 適用区分ア</u></p> <p>※①については、レセプトの「特記事項」欄へは記載しない。なお、②③④については、「特記事項」へ記載する必要がある。</p> <p>※②③の「適用区分一般」とは、レセプト記載要領に基づき、後期高齢者医療を除く70歳以上の者（2割負担）は「適用区分エ」、後期高齢者医療被保険者（2割負担）は「適用区分カ」、後期高齢者医療被保険者（1割負担）は「適用区分キ」を指す。</p> <p>※④は、高齢受給者証等の提示により、指定医療機関において、現役並み所得者であることが確認できた場合。</p> <p>第3、4（略）</p>	<p><u>ていなくても、小児慢性特定疾病の受給者証に記載された所得区分を元に、小児慢性特定疾病適用外の診療についても、高額療養費が現物給付になることに留意すること。</u></p> <p><u>ただし、保険者からの連絡の遅れ等により受給者証における医療保険の所得区分の記載欄を空欄とすることも認めているため、その場合の高額療養費の算定基準額については、80,100円＋（医療費－267,000円）×1％として取り扱うこととし、空欄の場合の小児慢性特定疾病適用外の診療についての高額療養費については、償還払いとなることに留意すること。</u></p> <p>第3、4（略）</p>

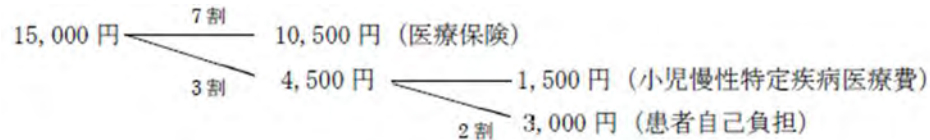
新

第5 管理票の記載について

【記載例】

- 15歳の一般の健康保険の加入者（3割）入院外の場合
- 自己負担上限月額；一般所得Ⅰ（5,000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割が自己負担上限月額5,000円を下回っているため、患者からは2割分を徴収する。



小児慢性特定疾病医療費
年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
------	-------	-------	---------

月額自己負担上限額 5,000円

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）
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円

イ（略）

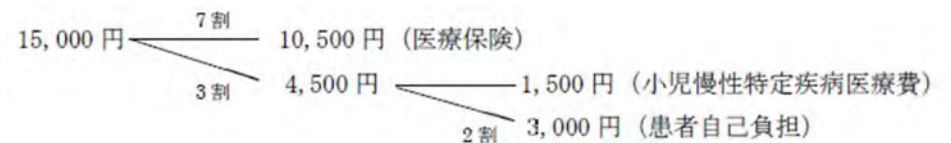
旧

第5 管理票の記載について

【記載例】

- 15歳の一般の健康保険の加入者（3割）入院外の場合
- 自己負担上限月額；一般所得Ⅰ（5,000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割が自己負担上限月額5,000円を下回っているため、患者からは2割分を徴収する。



小児慢性特定疾病医療費

平成27年1月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
------	-------	-------	---------

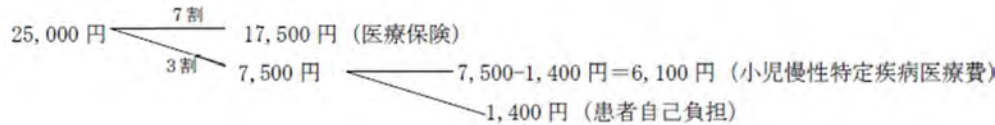
自己負担上限額 5,000円

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（略）

新

ウ 1月20日 △△病院（総医療費 2,500 点）
 2割分と自己負担上限月額が同額のため、本来患者からは5,000円を徴収するのだが、既に他の医療機関で3,600円を徴収しているため、△△病院では5,000円-3,600円=1,400円を徴収する。



小児慢性特定疾病医療費
 年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
------	-------	-------	---------

月額自己負担上限額 5,000円

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)
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円
1月5日	××薬局	3,000円	600円	3,600円
1月20日	△△病院	25,000円	1,400円	5,000円
日				

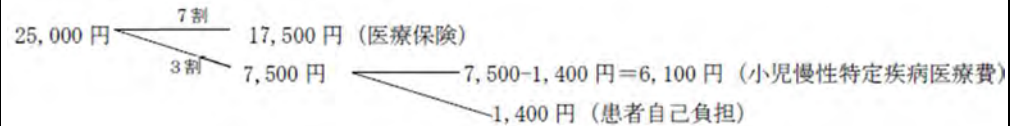
上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
1月20日	△△病院
日	

自己負担上限月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。

旧

ウ 1月20日 △△病院（総医療費 2,500 点）
 2割分と自己負担上限月額が同額のため、本来患者からは5,000円を徴収するのだが、既に他の医療機関で3,600円を徴収しているため、△△病院では5,000円-3,600円=1,400円を徴収する。



小児慢性特定疾病医療費

平成27年1月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
------	-------	-------	---------

自己負担上限額 5,000円

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	3,000円	600円	3,600円	印
1月20日	△△病院	25,000円	1,400円	5,000円	印
日					印

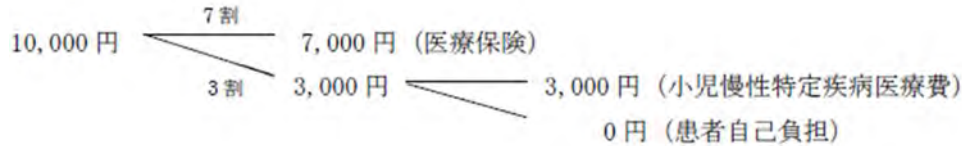
上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	△△病院	印
日		

自己負担上限月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。

新

エ 1月20日 ▲▲薬局（総医療費1,000点）
 医療費総額が月に50,000円を超える月が12か月以内に既に6回以上ある場合には、小児慢性特定疾病医療費の自己負担額が下がる場合があることから、医療費総額を把握するため、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、医療費総額を記載する。



小児慢性特定疾病医療費 年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
		月額自己負担上限額 5,000円		
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)
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円
1月5日	××薬局	3,000円	600円	3,600円
1月20日	△△病院	25,000円	1,400円	5,000円
1月20日	▲▲薬局	10,000円		

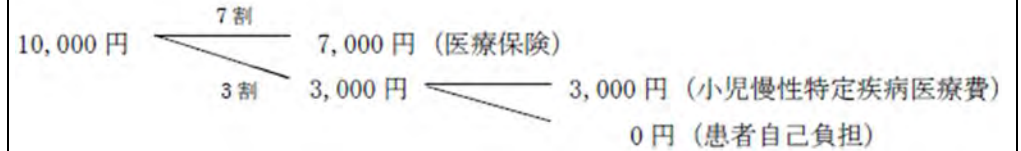
上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
1月20日	△△病院

医療費総額のみ記載し、自己負担額及び自己負担の累積額(月額)の欄は斜線を引く。

旧

エ 1月20日 ▲▲薬局（総医療費1,000点）
 医療費総額が月に50,000円を超える月が12か月以内に既に6回以上ある場合には、小児慢性特定疾病医療費の自己負担額が下がる場合があることから、医療費総額を把握するため、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、徴収印欄に記載内容を確認する印として押印する。



小児慢性特定疾病医療費 平成27年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568		
		自己負担上限額 5,000円			
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	3,000円	600円	3,600円	印
1月20日	△△病院	25,000円	1,400円	5,000円	印
1月20日	▲▲薬局	10,000円			印

上記のとおり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	△△病院	印

医療費総額のみ記載し、自己負担額及び自己負担の累積額(月額)の欄は斜線を引く。

(別紙)

小児慢性特定疾病医療費に係る
自己負担上限額管理票等の
記載方法等について（指定医療機関用）

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課

目 次

第 1	小児慢性特定疾病医療支援の制度の概要について……………	1
第 2	指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い……………	2
第 3	生活保護受給者等の取扱い……………	4
第 4	診療報酬請求について……………	5
	(1)「療養の給付」欄について	
	(2)「食事療養」欄について	
第 5	管理票の記載について……………	8

第1 小児慢性特定疾病医療支援の制度の概要について

児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「児童福祉法」という。）に基づく新たな医療費（小児慢性特定疾病医療費）助成制度の概要は以下のとおりである。

（1）小児慢性特定疾病

児童又は児童以外の満20歳に満たない者（以下「児童等」という。）が当該疾病にかかっていることにより、長期にわたり療養を必要とし、及びその生命に危険が及ぶおそれがあるものであって、療養のために多額の費用を要するものとして厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定める疾病をいう。

（2）小児慢性特定疾病医療支援

都道府県知事、指定都市市長、中核市市長又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市長（特別区長を含む。）（以下「都道府県知事等」という。）が指定する医療機関（以下「指定医療機関」という。）に通い、又は入院する小児慢性特定疾病にかかっている児童等であって、当該疾病の状態が当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定める程度であるものに対し行われる医療をいう。

（3）自己負担割合

医療保険の患者負担割合が3割の者については、負担割合が2割に軽減される。

（4）自己負担上限月額

- ・所得（市町村民税（所得割）の課税の額）や治療状況に応じて負担上限月額が設定されている。
- ・入院・入院外の区別を設定せず、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。）で支払われた自己負担をすべて合算した上で自己負担上限月額を適用する。

（注）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が含まれる。

【児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病の自己負担上限月額】

単位（円）

階層区分	一般	高額かつ長期重症患者	人工呼吸器等装着者
生活保護等	0	0	0
低所得Ⅰ	1,250	1,250	500
低所得Ⅱ	2,500	2,500	
一般所得Ⅰ	5,000	2,500	
一般所得Ⅱ	10,000	5,000	
上位所得	15,000	10,000	
入院時の食費	食事療養標準負担額の1/2を自己負担		

注1）血友病患者については自己負担月額及び食事療養標準負担額は0円である。

注2）生活保護（医療保険各法の被保険者及び被扶養者を除く。）等については、実施機関番号700番台の実施機関番号を付する。（第2（2）参照）

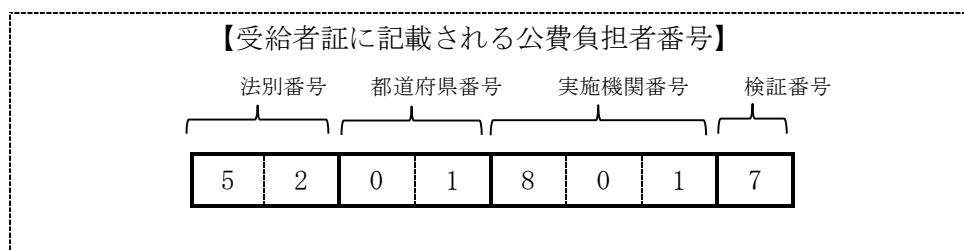
- 「高額かつ長期」とは
 - ・所得区分のうち「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」、「上位所得」の受診者であって、医療費総額が5万円を超えた月数が申請を行った月以前の12月以内に既に6月以上ある者が該当する。
- 「重症患者」とは
 - ・「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」に該当する者。
- 「人工呼吸器等装着者」とは
 - ・人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた小児慢性特定疾病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当する旨の都道府県、指定都市、中核市又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区を含む。）（以下「都道府県等」という。）による認定を受けた者。

(5) 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の1/2については、患者負担とする。
ただし、生活保護受給者等及び血友病患者については、自己負担0円とする。

第2 指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い

- (1) 小児慢性特定疾病医療費の受給者に対しては、都道府県等から受給者証が発行される。
- (2) 受給者証の公費負担者番号の法別番号は「52」、実施機関番号は800番台を付し、入院時食事療養費の自己負担が0円となる「生活保護受給世帯」、「血友病患者」等については700番台を付する。
ただし、生活保護受給世帯であって、医療保険各法の被保険者及び被扶養者は800番台を付することとする。



- (3) 受給者証の自己負担上限月額の記事欄には、所得等に応じて設定された月の自己負担上限月額が記載されている。
- (4) 小児慢性特定疾病医療費においては、支給認定の際に都道府県等から患者に対して受給者証に加えて自己負担上限額管理票（以下「管理票」という。）が発行されることから、当該患者が指定医療機関を受診する際に管理票を受給者証と併せて指定医療機関の窓口へ提出する。

(5) 児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の制度は、医療保険の医療費の患者負担割合が3割負担の者について2割負担に軽減する制度であり、所得に応じて自己負担上限月額が設定されているが、医療費の2割が自己負担上限月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る。

(6) 同一世帯内に複数の難病の特定医療費受給者又は小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等がいる場合、世帯内の対象患者数を勘案して自己負担上限月額を按分することから、該当する者については、上記第1の(4)に記載している自己負担上限月額とは異なる額が受給者証に記載されている。

(7) 複数の指定医療機関を受診した場合、同一月内に患者が負担した自己負担額を入院・入院外を問わずすべて合算し、自己負担上限月額を適用する。

(8) 入院時の食事療養標準負担額を徴収した場合、患者負担額は管理票には記載しないこと。また、実施機関番号800番台が付されている受給者証が提示された場合、食事療養標準負担額はその2分の1の額(1円単位)を徴収することとなる。ただし、800番台が付されている受給者証を所持している者であっても、生活保護受給者の場合には食事療養標準負担額の患者負担は0円となるので留意すること。

なお、実施機関番号700番台が付されている受給者証が提示された場合の食事療養標準負担額の患者負担は0円となる。

【実施機関番号「800」番台が付されている受給者証が提示された場合の窓口徴収額】

例1) 一般所得 $260円 \times 1 / 2 \times 5食 = 650円$

例2) 低所得 $210円 \times 1 / 2 \times 5食 = 525円$

注) レセプトには食事療養標準負担額の全額(2分の1にする前の金額)を1円単位で記載する。

(9) 管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該患者より自己負担を徴収した際に日付、当該指定医療機関名、医療費総額(10割分)、自己負担額、自己負担の累積額(月額)を記載する。

なお、医療費総額については、小児慢性特定疾病医療に係る診療とそれ以外の診療とに分かれる場合、管理票には小児慢性特定疾病医療に係る医療費の総額のみを記載すること。

また、患者からの自己負担の徴収は、原則として、指定医療機関を受診した日に行うことから、管理票への記載も当該受診をした日に行うこととなるが、訪問看護サービスにおいて、利用した日の翌月に利用料を請求する場合には、原則として利用した月の自己負担の累積額を確認したうえで、患者から徴収し、当該額を管理票に記載すること。

注) 患者から徴収した額に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すること。

(10) 自己負担の累積額が自己負担上限月額に達した際には、所定欄に日付、指定医療機関名を記載することとなる。累積額が自己負担上限月額を超えた管理票を所持している受給者からは当該月において自己負担を徴収しないこととなるが、医療費総額については「高額かつ長期」等の確認に使用するため、自己負担上限月額に達した後も5万円を超えるまで管理票に記載すること。

(11) 小児慢性特定疾病医療に係る医療保険の給付については、通常の高額療養費に準じて、所得区分別の自己負担上限月額が適用されるため、オンライン資格確認又は限度額適用認定証等により確認した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なる。なお、記載する所得区分の略号は、「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）に基づいて記載することとなる。

ただし、オンライン資格確認又は限度額適用認定証等による所得区分の確認ができない場合の高額療養費の算定基準額については、以下の区分として取り扱うこととする。

また、この取扱いに伴う高額療養費の給付額の事後調整は行わないこととする。

- ① 70歳未満の者 適用区分ウ
- ② 70歳以上の者（入院療養）（ただし、④の者を除く。） 適用区分一般
- ③ 70歳以上の者（外来療養）（ただし、④の者を除く。） 適用区分一般
- ④ 70歳以上の現役並み所得者 適用区分ア

※①については、レセプトの「特記事項」欄へは記載しない。なお、②③④については、「特記事項」へ記載する必要がある。

※②③の「適用区分一般」とは、レセプト記載要領に基づき、後期高齢者医療を除く70歳以上の者（2割負担）は「適用区分エ」、後期高齢者医療被保険者（2割負担）は「適用区分カ」、後期高齢者医療被保険者（1割負担）は「適用区分キ」を指す。

※④は、高齢受給者証等の提示により、指定医療機関において、現役並み所得者であることが確認できた場合。

第3 生活保護受給者等の取扱い

(1) 実施機関番号700番台が付されている生活保護受給者が小児慢性特定疾病医療費の支給を受ける場合、療養の給付と食事療養が全て小児慢性特定疾病医療の対象となる。これらに係る費用は小児慢性特定疾病医療費として10割給付されるので、小児慢性特定疾病医療費単独の請求とする。小児慢性特定疾病医療の対象外の医療を含む場合には、小児慢性特定疾病医療費に係る公費欄には小児慢性特定疾病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小児慢性特定疾病医療費の対象とならない点数（金額）を記載すること。

(2) また、生活保護移行防止措置により自己負担上限月額が「0円」と記されている受給者証を所持している者のうち、食事療養標準負担額分が小児慢性特定疾病医療費において全額支給ではなく、1/2支給となる場合があることに留意すること。

第4 診療報酬請求について

この記載方法で示している事例のほか、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）に基づいて記載すること。

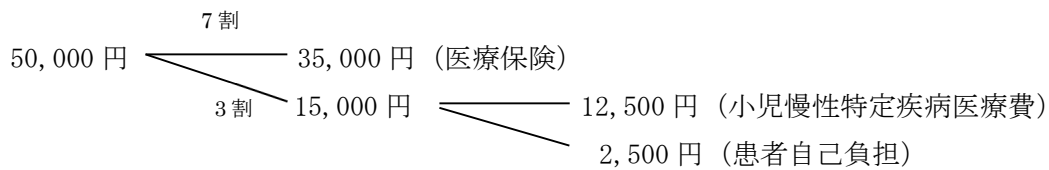
(1) 「療養の給付」欄について

小児慢性特定疾病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すること。

【事例1】

- 15歳の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
- 小児慢性特定疾病医療費（低所得者Ⅱ；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



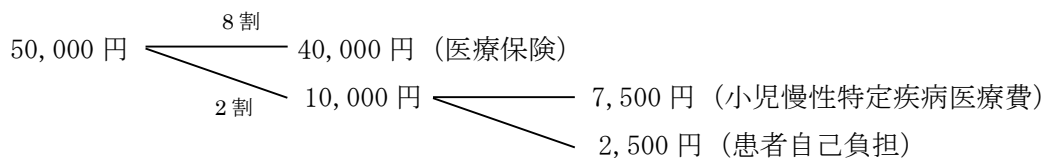
【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000円×7割=35,000円
- ・小児慢性特定疾病医療費
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】

- 6歳の一般の健康保険の加入者（2割）入院外の場合
- 入院外医療費 5,000点
- 小児慢性特定疾病医療費（低所得者Ⅱ；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



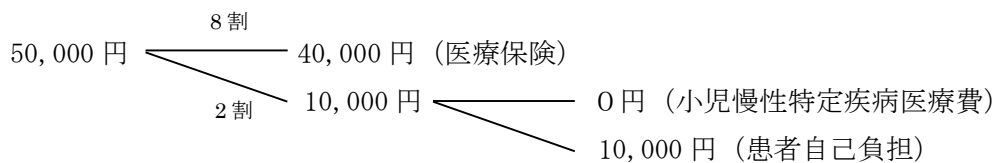
【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000 円 × 8 割 = 40,000 円
- ・小児慢性特定疾病医療費
50,000 円 × 2 割 - 2,500 円 (公費①) = 7,500 円
- ・患者自己負担額
2,500 円

【事例 3】

- 6 歳の一般の健康保険の加入者 (2 割) 入院外の場合
- 入院外医療費 5,000 点
- 小児慢性特定疾病医療費 (上位所得 ; 負担上限月額 15,000 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】

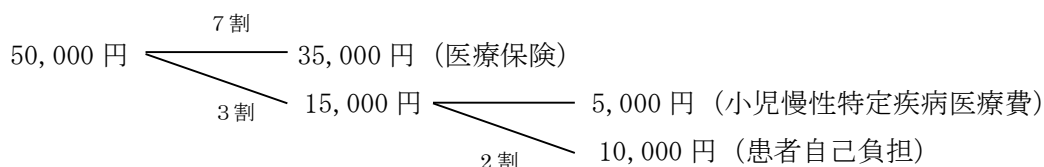
- ・医療保険
50,000 円 × 8 割 = 40,000 円
- ・小児慢性特定疾病医療費
50,000 円 × 2 割 - 10,000 円※ (公費①) = 0 円
- ・患者自己負担額
10,000 円

※医療保険 2 割の自己負担額が小児慢性特定疾病に係る自己負担上限月額を下回っているため、全額自己負担となり小児慢性特定疾病の公費支出は 0 円となる。

【事例 4】

- 15 歳の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
- 小児慢性特定疾病医療費 (上位所得 ; 負担上限月額 15,000 円)

療養の給付	保 険	請求点 5,000	※決定点	負担金額 円			
	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 × 7割 = 35,000 円
- ・小児慢性特定疾病医療費
50,000 円 × 3割 - 10,000 円※ (公費①) = 5,000 円
- ・患者自己負担額
10,000 円

※医療保険 2割の自己負担額が小児慢性特定疾病に係る自己負担上限月額を下回っているため、自己負担額は 2割の 10,000 円となり、残り 5,000 円については公費負担となる。

(2) 「食事療養」欄について

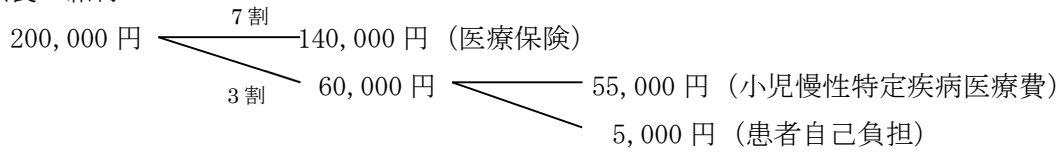
食事療養標準負担額については、実施機関番号 800 番台の受給者証を所持している者について、食事療養標準負担額の 2分の1 を公費で負担することから、請求レセプト上は公費負担①の標準負担額の欄に食事療養標準負担額の全額を記載する。

実施機関番号 800 番台の適用者の場合

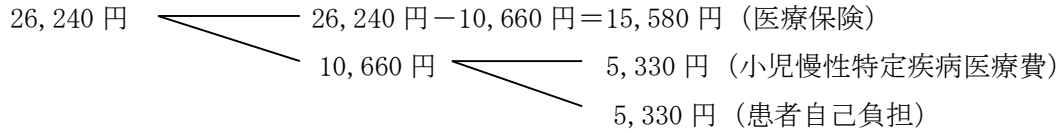
- 入院医療費 20,000 点
- 小児慢性特定疾病医療費 (一般所得者 I ; 負担上限月額 5,000 円)
- 入院日数 15 日 (入院日の食事: 夜のみ、退院日の食事: 朝のみ)
- 一般の健康保険加入者 (3割)

療養の給付	保 険	請求点 20,000	※決定点	負担金額 円	食 事 ・ 生 活 療 養 費	保 険	回 41	請求 円 26,240	※決定 円	(標準負担額) 円 10,660
	公費①	点	点	円 5,000		公費①	回 41	円 26,240	円	円 10,660
	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
- ・小児慢性特定疾病医療費
200,000円×3割-5,000円(公費①)=55,000円
- ・患者自己負担額
5,000円

②入院時食事療養費

- ・医療保険
26,240円-10,660円=15,580円
- ・小児慢性特定疾病医療費
10,660円×1/2=5,330円
- ・患者自己負担額
5,330円

第5 管理票の記載について

【記載例】

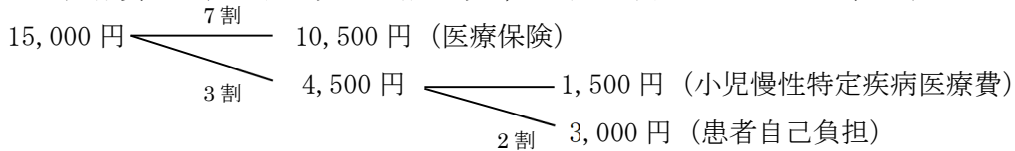
15歳の一般の健康保険の加入者(3割)入院外の場合

○自己負担上限月額;一般所得I(5,000円)

○一般の健康保険加入者(窓口負担3割→2割)

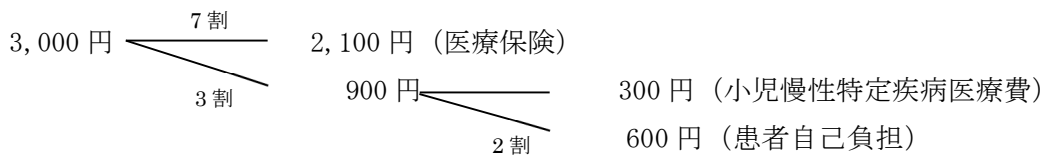
ア 1月5日 ○○○病院(総医療費1,500点)

医療費の2割が自己負担上限月額5,000円を下回っているため、患者からは2割分を徴収する。

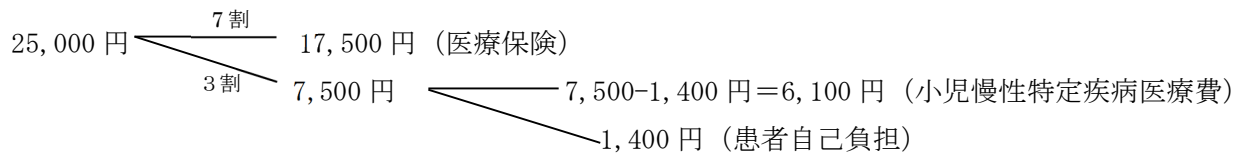


小児慢性特定疾病医療費				
年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
				月額自己負担上限額 5,000円
日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円

イ 1月5日 ××薬局（総医療費 300 点）
 上記アと同様に患者からは2割分を徴収する。

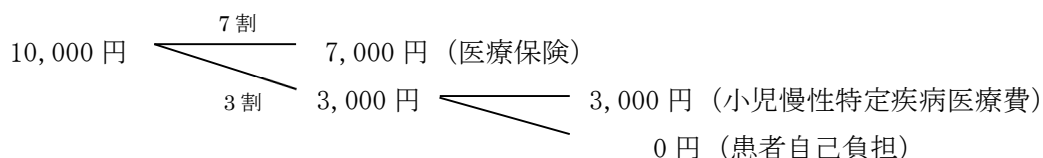


ウ 1月20日 △△病院（総医療費 2,500 点）
 2割分と自己負担上限月額が同額のため、本来患者からは5,000円を徴収するのだが、既に他の医療機関で3,600円を徴収しているため、△△病院では5,000円-3,600円=1,400円を徴収する。



小児慢性特定疾病医療費 年 月分自己負担上限額管理票				
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568	
月額自己負担上限額 5,000円				
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)
1月5日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円
1月5日	××薬局	3,000 円	600 円	3,600 円
1月20日	△△病院	25,000 円	1,400 円	5,000 円
日				
上記のとおり自己負担上限額に達しました。				
日付	指定医療機関名			
1月20日	△△病院	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;"> 自己負担上限月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。 </div>		
日				

エ 1月20日 ▲▲薬局（総医療費 1,000 点）
 医療費総額が月に 50,000 円を超える月が 12 か月以内に既に 6 回以上ある場合には、小児慢性特定疾病医療費の自己負担額が下がる場合があることから、医療費総額を把握するため、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、医療費総額を記載する。



小児慢性特定疾病医療費
年 月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
------	-------	-------	---------

月額自己負担上限額 5,000円

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)
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円
1月5日	××薬局	3,000円	600円	3,600円
1月20日	△△病院	25,000円	1,400円	5,000円
1月20日	▲▲薬局	10,000円		

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

医療費総額のみ記載し、自己負担額及び自己負担の累積額 (月額) の欄は斜線を引く。

日付	指定医療機関名
1月20日	△△病院

健生難発 0216 第 2 号
令和 8 年 2 月 16 日

各 都道府県 衛生主管部（局）長 殿
指定都市

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課長
（公印省略）

「難病の患者に対する医療等に関する法律第 5 条第 1 項に規定する特定医療及び特定疾患治療研究事業による医療に関する給付の対象療養に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて」の一部改正について

今般、「難病の患者に対する医療等に関する法律第 5 条第 1 項に規定する特定医療及び特定疾患治療研究事業による医療に関する給付の対象療養に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて」（平成 26 年 12 月 25 日付け健疾発 1225 第 2 号。以下「通知」という。）を別紙の新旧対照表のとおり改正し、令和 8 年 3 月 1 日より適用することとしたので通知する。

なお、この通知は、地方自治法（昭和 22 年法律第 67 号）第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

新旧対照表

改正後	改正前
<p>難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する特定医療及び特定疾患治療研究事業による医療に関する給付の対象療養に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて</p> <p>「特定医療費の支給認定の実務上の取扱いについて」（平成26年12月22日健疾発第1号）及び「特定疾患治療研究事業の実務上の取扱いについて」（平成13年3月29日健疾発第22号）において、受診者の医療保険における所得区分（以下単に「所得区分」という。）についての連絡等に係る事務の詳細については別途通知することとしているところであるが、当該事務に係る各都道府県の具体的な取扱いについては、下記のとおりとするので、円滑な実施にご協力方お願いします。</p> <p>また、本通知の施行に伴い、「特定疾患治療研究事業による医療に関する給付の対象療養に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱について」（平成21年4月30日健疾発第0430003号）は、平成26年12月31日限り廃止する。</p> <p>なお、この取扱いについては、保険局と協議済みであるので念のため申し添える。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 被用者保険（健康保険、船員保険及び共済組合等）について (1) 新規申請に係る取扱いについて ① 都道府県からの連絡について ア) <u>被保険者が、低所得者区分（（2）②の所得区分における70歳未満の市町村民税世帯非課税者並びに70歳以上の低所得者Ⅰ及び低所得者Ⅱをいう。以下同じ。）に該当すると思われる者については、被保険者（70歳以上の低所得者Ⅰに該当すると思われる者については、その被扶養者を含む。）の非課税証明書等を確認し、原則として、紙媒体で作成した別添様式①（被用者保険）の連絡票に、被保険者及び申請者の被保険者等記号番号又は個人番号並びに当年1月1日時点における両者の住所（都道府県名及び市町村名）を記載の上、別添様式Aの送付状を添付して郵送により行うこと。加え</u></p>	<p>難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する特定医療及び特定疾患治療研究事業による医療に関する給付の対象療養に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて</p> <p>「特定医療費の支給認定の実務上の取扱いについて」（平成26年12月22日健疾発第1号）及び「特定疾患治療研究事業の実務上の取扱いについて」（平成13年3月29日健疾発第22号）において、受診者の医療保険における所得区分（以下単に「所得区分」という。）についての連絡等に係る事務の詳細については別途通知することとしているところであるが、当該事務に係る各都道府県の具体的な取扱いについては、下記のとおりとするので、円滑な実施にご協力方お願いします。</p> <p>また、本通知の施行に伴い、「特定疾患治療研究事業による医療に関する給付の対象療養に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱について」（平成21年4月30日健疾発第0430003号）は、平成26年12月31日限り廃止する。</p> <p>なお、この取扱いについては、保険局と協議済みであるので念のため申し添える。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 被用者保険（健康保険、船員保険及び共済組合等）について (1) 新規申請に係る取扱いについて ① 都道府県からの連絡について ア) <u>都道府県からの連絡は、原則として、紙媒体で作成した別添様式①（被用者保険）の連絡票に、別添様式Aの送付状及び返送先を記入した返信用封筒を添付して郵送により行うこと。</u> <u>ただし、全国健康保険協会への連絡については、照会件数が多い場合には、連絡票を電子媒体に収録して郵送することも可能とするが、その場合に使用する媒体はCD-R又はDVD-Rに限るものとし、電子媒体に収録するExcelファイルのファイル名は連絡票整理記号と同一とすること。また、収録する連絡票の電子ファイルには、必ずパスワードを設定することとし、当該パスワードの伝達につい</u></p>

て、長期入院（申請月以前の1年間の入院日数が通算して90日を超えていること）の申出が申請者よりあった場合には、別添様式①（被用者保険）の連絡票の備考欄に「長期入院」と記載すること。

また、全国健康保険協会への連絡については、連絡件数が多い場合には、連絡票を電子媒体に収録して郵送することも可能とするが、その場合に使用する媒体はCD-R又はDVD-Rに限るものとし、電子媒体に収録するExcelファイルのファイル名は連絡票整理記号と同一とすること。また、収録する連絡票の電子ファイルには、必ずパスワードを設定することとし、当該パスワードの伝達については、電子媒体とは別に郵送する又は個別に協会支部の担当者へ電話連絡するなど、電子媒体に同封しない方法で対応すること。

- イ) 連絡票の送付先は、被保険者の所属する保険者（支部がある保険者の連絡票の送付先は、被保険者の所属する支部）とすること。
 - ウ) 都道府県は、連絡の件数が多い場合には、保険者に対して連絡票の媒体や送付方法について連絡し、適宜調整されたい。また、電子データの提供を希望する健康保険組合等から、連絡票の媒体や送付方法について連絡がなされる場合があるので、適宜調整されたい。
 - エ) 連絡票及び送付状には必ず送付ごとに必要となる連絡票整理記号を記入すること。なお、個人番号を記載した連絡票を送付する場合、個人番号は特定個人情報に当たることから、追跡可能な郵便方法とすること。
- ②（削除）

ては、電子媒体とは別に郵送する又は個別に協会支部の担当者へ電話連絡するなど、電子媒体に同封しない方法で対応すること。

なお、低所得者区分（（2）②の所得区分における70歳未満の市町村住民税世帯非課税者並びに70歳以上の低所得者Ⅰ及び低所得者Ⅱをいう。以下同じ。）に該当すると思われる者については、被保険者（70歳以上の低所得者Ⅰに該当すると思われる者については、その被扶養者を含む。）の非課税証明書等の写しを添付すること。ただし、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（平成25年法律第27号。以下「番号利用法」という。）に規定する情報提供ネットワークシステムにより、申請者が個人番号による情報連携を希望した場合は、非課税証明書等の写しを省略することとして差し支えないが、その場合には、それ以外の者に係る連絡票（以下「連絡票A」という。）の記載事項に加え、被保険者及び申請者の個人番号並びに当年1月1日時点における両者の郵便番号及び住所を記載した連絡票αを作成し送付すること。

一部負担金の割合が「3割」と表示された高齢受給者証、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を確認することにより、都道府県において所得区分の確認ができた者については、連絡票A又は連絡票αに代えて連絡票B（様式は連絡票A及びαと共通）を作成し送付すること。この場合には、都道府県において確認した所得区分の記号を保険者認定区分欄に記載するとともに、確認に使用した書類等の写しを添付すること。

- イ) 連絡票の送付先は、被保険者証を発行しているところ（支部の名称で発行している場合は当該支部）とすること。
 - ウ) 都道府県は、連絡の件数が多い場合には、保険者に対して連絡票の媒体や送付方法について連絡し、適宜調整されたい。また、電子データの提供を希望する健康保険組合等から、連絡票の媒体や送付方法について連絡がなされる場合があるので、適宜調整されたい。
 - エ) 連絡票、送付状及び返信先を記入した返信用封筒には必ず送付ごとに必要となる連絡票整理記号を記入すること。なお、連絡票αを送付する場合、個人番号は特定個人情報に当たることから、追跡可能な郵便方法とすること。
- ② 保険者からの連絡について

ア) 都道府県が送付した連絡票Aについては、原本の保険者認定区分欄に、連絡票Aの送付を受けた時点で適用されている所得区分が記

載されること。なお、連絡票αについては、送付を受けた時点における最新の地方税情報を照会した上で、その結果に基づき、当該時点で適用されている所得区分が記載されること。また、連絡票A及びαに記載された者について、連絡を受けた時点で既に資格喪失している場合や該当者が存在しない場合には、保険者認定区分欄に朱書きで「該当者なし」と記入されること。

都道府県が送付した連絡票Bについては、都道府県が記入した所得区分が確認され、修正が必要な場合は、都道府県で記載した所得区分の記号が二重線で抹消され、修正後の所得区分の記号が朱書きされること。また、連絡票Bに記載された者については、連絡票の送付を受けた時点で既に資格喪失している場合や該当者が存在しない場合には、都道府県で記載した所得区分の記号が二重線で抹消され、朱書きで「該当者なし」と記入されること。

イ) 連絡票A及びαの記入並びに連絡票Bの確認が終了した後、原本は、別添様式αの返送状に添付され、都道府県が送付した返信用封筒で、郵送により返送されること。なお、保険者との間で返送方法について別途調整済みの場合には、この限りではない。

ウ) 保険者からの返送は、できるだけ早急に行われることとなっており、連絡票の受付から2週間以内に返送されない場合には、保険者から都道府県の担当者へ連絡がなされることとなっている。

(2) 更新申請等及び所得区分の変更に係る取扱いについて

- ① 被用者保険の加入者が低所得者区分に該当するかどうかについては市町村民税課税情報に基づいて認定がなされることとなるが、前年度の市町村民税課税情報に基づく所得区分認定の有効期限は7月末までとされている。このため、被用者保険の加入者に係る更新申請等(変更申請を含む。以下同じ。)については、7月早期に行わせることとし、都道府県は、低所得者区分に該当すると思われる者(更新等の前に低所得者区分の認定を受けていた者及び更新申請等の時点で新たに低所得者区分に該当すると思われることとなった者を含む。)についてのみ、(1)①に準じて、7月下旬までに保険者に連絡すること。

(2) 更新申請等及び所得区分の変更に係る取扱いについて

- ① 被用者保険の加入者が低所得者区分に該当するかどうかについては市町村民税課税情報に基づいて認定がなされることとなるが、前年度の市町村民税課税情報に基づく所得区分認定の有効期限は7月末までとされている。このため、被用者保険の加入者に係る更新申請等(変更申請を含む。以下同じ。)については、7月早期に行わせることとし、都道府県は、低所得者区分に該当すると思われる者(更新等の前に低所得者区分の認定を受けていた者及び更新申請等の時点で新たに低所得者区分に該当すると思われることとなった者を含む。)についてのみ、(1)①に準じて、7月下旬までに所得区分の認定のために必要な書類を保険者に送付すること。ただし、番号利用法に規定する情報提供ネットワークシステムにより、申請者が個人番号による情報連携を希望した場合は、非課税証明書等の写しを省略することとして差し支えないが、その場合には連絡票Aの記載事項に加え、被保険者及び申請者の個人番号並びに当年

- ② 更新申請等の前に低所得者区分に該当しているが、更新申請等の時点で今後低所得者区分に該当しなくなるとされる者については、保険者への連絡は不要である。

(※)所得区分

(70歳未満) ア：標準報酬月額 83万円以上
イ：標準報酬月額 53万円以上 79万円以下
ウ：標準報酬月額 28万円以上 50万円以下
エ：標準報酬月額 26万円以下
オ：市町村民税世帯非課税者

(70歳以上)

VI (現役並みⅢ)：標準報酬月額 83万円以上
V (現役並みⅡ)：標準報酬月額 53万円以上 79万円以下
IV (現役並みⅠ)：標準報酬月額 28万円以上 50万円以下
Ⅲ (一般所得者)：標準報酬月額 26万円以下
Ⅱ (低所得者Ⅱ)：市町村民税世帯非課税者
Ⅰ (低所得者Ⅰ)：市町村民税世帯非課税者
(年金収入一定基準以下)

- ③ (削除)

- ④ (削除)

1月1日時点における両者の郵便番号及び住所を記載した連絡票αを作成し送付すること。保険者からの返送は(1)②に準じて行われる。

- ② 更新申請等の前に低所得者区分に該当しているが、更新申請等の時点で今後低所得者区分に該当しなくなるとされる者については、保険者への連絡は不要である。7月末までに都道府県が保険者に連絡をしなかった者については、ア～エ又はⅢ～Ⅵのいずれかの該当する区分が、保険者から都道府県に対して変更後の所得区分として通知される。

(※)所得区分

(70歳未満) ア：標準報酬月額 83万円以上
イ：標準報酬月額 53万円以上 79万円以下
ウ：標準報酬月額 28万円以上 50万円以下
エ：標準報酬月額 26万円以下
オ：市町村民税世帯非課税者

(70歳以上)

VI (現役並みⅢ)：標準報酬月額 83万円以上
V (現役並みⅡ)：標準報酬月額 53万円以上 79万円以下
IV (現役並みⅠ)：標準報酬月額 28万円以上 50万円以下
Ⅲ (一般所得者)：標準報酬月額 26万円以下
Ⅱ (低所得者Ⅱ)：市町村民税世帯非課税者
Ⅰ (低所得者Ⅰ)：市町村民税世帯非課税者
(年金収入 80万円以下)

円以下
円以下
円以下

- ③ ①又は②によって保険者から通知された所得区分が従前のものから変更となっていた場合は、更新等の前の受給者証(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)第7条第4項に規定する医療受給者証又は特定疾患医療受給者証をいう。以下同じ。)の適用区分についても、変更後の所得区分に修正して交付すること。

- ④ 区分オ又はⅠ若しくはⅡ以外の者の区分変更については、標準報酬の改定等により随時行われることとなるが、当該区分変更に際しては、保険者から都道府県に対して変更後の所得区分が通知されるため、更新申請等に当たって、都道府県から連絡を行う必要はな

(3) 加入保険者変更の取扱いについて

受給者が加入する保険者の変更があった場合には、都道府県は、受給者からの届出に基づき、変更後の保険者に対して、新規申請と同様の方法により連絡を行うものとする。

(4) (削除)

2. (削除)

い。

(3) 加入保険者変更の取扱いについて

受給者が加入する保険者の変更があった場合には、都道府県は、受給者からの届出に基づき、変更後の保険者に対して、新規申請と同様の方法により連絡を行い、当該受給者に適用される所得区分について受給者証に記載を行うものとする。

(4) その他

都道府県は、受給者が治癒等で特定医療費の受給資格を失ったときは、速やかにその旨を保険者に連絡すること。

2. 市町村国民健康保険、国民健康保険組合について

(1) 新規申請に係る取り扱いについて

① 都道府県からの連絡について

ア) 都道府県からの連絡は、原則として、紙媒体で作成した別添様式

② (市町村 (国民健康保険)) 及び別添様式③ (国民健康保険組合) の連絡票に、別添様式Aの送付状及び返送先を記入した返信用封筒を添付して郵送により行うこと。なお、国民健康保険組合 (以下「国保組合」という。) については、現役並み所得者以外に該当すると思われる者については、被保険者等の (非) 課税証明書等の写しを添付すること。

ただし、市町村 (特別区含む。以下同じ。) 又は国保組合が、当該被保険者等の所得区分を公簿等又はその写しによって確認することができるときは、当該書類を省略することができる。

また、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を確認することにより、都道府県において所得区分の確認ができた者については、それ以外の者に係る連絡票Aとは別に連絡票B (様式は連絡票Aと共通) を作成し、連絡すること。この場合には、都道府県において確認した所得区分の記号を保険者認定区分欄に記載するとともに、確認に使用した書類等の写しを添付すること。

イ) 連絡の件数が多い場合には、都道府県から、連絡票の媒体や送付方法について連絡を行い、適宜調整されたい。

ウ) 都道府県が申請を受け付けるにあたり、受給者の同意書が必要かどうかについては、各市町村の個人情報保護条例又は各国保組合の個人情報の取扱いに関する規約等に基づき判断する必要があるから、それぞれ市町村又は国保組合にあらかじめ確認する必要がある。

る。

なお、同意書が必要となる場合のひな形については、別紙のとおりとする。また、当該同意書については、患者本人について氏名、住所等の記載を行うこととし、原本又は原本証明を行ったものを添付すること。

エ) 連絡票、送付状及び送付先を記入した返信用封筒には必ず送付ごとに必要となる連絡票整理記号を記入すること。

②市町村又は国保組合からの連絡について

ア) 都道府県が送付した連絡票Aについては、原本の保険者認定区分欄に、連絡票Aの送付を受けた時点で適用されている所得区分の記号が記載されること。また、連絡票Aに記載された者について、連絡を受けた時点で既に資格喪失している場合や該当者が存在しない場合には、保険者認定区分欄に朱書きで「該当者なし」と記入されること。

都道府県が連絡した連絡票Bについては、都道府県が記入した所得区分が確認され、修正が必要な場合は、都道府県で記載した所得区分の記号が二重線で抹消され、修正後の所得区分の記号が朱書されること。また、連絡票Bに記載された者については、連絡票の送付を受けた時点で既に資格喪失している場合や該当者が存在しない場合には、都道府県で記載した所得区分の記号が二重線で抹消され、朱書きで「該当者なし」と記入されること。

イ) 連絡票Aの記入及び連絡票Bの確認が終了した後、原本は、別添様式αの返送状に添付され、都道府県が送付した返信用封筒で、郵送により返送されること。

なお、市町村又は国保組合との間で返送方法について別途調整済みの場合には、この限りではない。

ウ) 市町村又は国保組合からの返送は、できるだけ早急に行われることとなっており、連絡票の受付から2週間以内に返送されない場合には、市町村又は国保組合から都道府県の担当者へ連絡がなされることとなっている。

(2) 更新申請等及び所得区分の変更に係る取扱いについて

毎年8月に所得区分が見直されることとなっているが、市町村と国保組合で取扱いが異なるので注意すること。

① 市町村について

市町村が都道府県と共同して運営する国民健康保険の被保険者に

<p>3. (削除)</p>	<p><u>ついて所得区分の変更があった場合には、7月末までに市町村から変更後の所得区分が通知されるため、更新申請等の時点も含め、都道府県から連絡を行う必要はない。</u></p> <p><u>なお、変更後の所得区分が通知された場合には、更新前の受給者証の適用区分についても、変更後の所得区分に修正して交付すること。</u></p> <p><u>② 国保組合について</u></p> <p><u>国保組合の被保険者に係る更新申請等については、7月早期に行わせることとし、都道府県は、更新申請等の前に現役並みⅢ区分以外の認定を受けている者について、(1) ①に準じて、7月下旬までに所得区分の認定のために必要な書類を保険者に送付すること。ただし、国保組合が、当該被保険者等の所得区分を公簿等の写し等によって確認することができるときは、当該書類を省略することができる。なお、更新申請等の時点で現役並みⅢの認定を受けていたが、8月以降は現役並みⅢではなくなる者については、7月下旬までに、国保組合からの変更後の所得区分が通知される。</u></p> <p><u>(3) 加入保険者変更の取扱いについて</u></p> <p><u>受給者が加入する保険者の変更(市町村が都道府県と共同して運営する国民健康保険の被保険者については、資格を管理する市町村の変更)があった場合には、都道府県は受給者からの届出に基づき、変更後の保険者に対して、新規申請と同様の方法により連絡を行い、当該受給者に適用される所得区分について受給者証に記載を行うものとする。</u></p> <p><u>(4) その他</u></p> <p><u>都道府県は、受給者が治癒等で支給認定を取り消されたときは、速やかにその旨を市町村又は国保組合に連絡すること。</u></p> <p><u>3. 後期高齢者医療広域連合について</u></p> <p><u>(1) 新規申請に係る取扱いについて</u></p> <p><u>① 都道府県からの連絡について</u></p> <p><u>ア) 都道府県からの連絡は、CSV形式及びExcel形式により作成した連絡票を電子媒体(CD-R又はCD-RW)に収録して別添様式Bの送付状及び返送先を記入した返信用封筒を添付して郵送すること。なお、別途、後期高齢者医療広域連合及び都道府県の間で送付方法について調整がされている場合には、この限りではないこと。</u></p> <p><u>限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を確認</u></p>
----------------	---

することにより、都道府県において所得区分の確認ができた者については、それ以外の者に係る連絡票Aとは別に連絡票B（様式は連絡票Aと共通）を作成し、連絡すること。この場合には、都道府県において確認した所得区分の記号を入力するとともに、確認に使用した書類等の写しを添付すること。

なお、CSV形式及びExcel形式による連絡票の作成方法等については、別添作成方法①及び②を参照すること。

イ) 連絡票、送付状及び送付先を記入した返信用封筒には必ず送付ごとに必要となる連絡票整理記号を記入すること。

②後期高齢者医療広域連合からの連絡について

ア) 都道府県が送付した連絡票については、連絡票の送付を受けた時点で適用されている所得区分の入力がなされること。なお、連絡票に記載された者について、連絡を受けた時点で既に資格喪失している場合や該当者が存在しない場合の扱いについては、別添作成方法①を参照すること。

イ) 後期高齢者医療広域連合は、都道府県から送付された連絡票Aの入力及び連絡票Bの確認が終了した後、CSV形式及びExcel形式により作成した連絡票を電子媒体（CD-R又はCD-RW）に収録したものに、必要事項を記載した別添様式βの送付状を添付して、都道府県から送付された返信用封筒により返送されること。なお、別途、後期高齢者医療広域連合及び都道府県の間で返送方法について調整されている場合には、この限りではないこと。

ウ) 後期高齢者医療広域連合からの返送は、できるだけ早急に行われることとなっており、連絡票の受付から2週間以内に返送されない場合には、後期高齢者医療広域連合から都道府県の担当者へ連絡がなされることになっている。

(2) 更新申請等及び所得区分の変更に係る取扱いについて

後期高齢者医療広域連合の被保険者については、毎年8月に所得区分が見直されることとなっているが、所得区分の変更があった場合には、7月末までに後期高齢者医療広域連合から変更後の所得区分が通知されるため、更新申請等の時点も含め、都道府県から連絡を行う必要はない。

なお、変更後の所得区分が通知された場合には、更新等の前の受給者証の適用区分についても、変更後の所得区分に修正して交付すること。

(3) その他

都道府県は、受給者が治癒等で支給認定を取り消されたときは、速やかにその旨を後期高齢者医療広域連合に連絡すること。

(削除)

連絡票の作成について(市町村)

- ※ 注意事項(都道府県ほか要配慮圏向け)
 - ・ 連絡票の作成・送付については、要配慮圏単位で行うこと。
 - ・ 同一市町村で複数の保険者番号がある場合、番号別にこの票をまとめること。その場合、保険者名欄は「〇〇市(××区)」のように記載すること。
 - ・ 市町村が発行する書類(限度額適用認定証、高齢受給者証など)の表示があつた者については、それ以外の者の連絡票とは別に連絡票を作成すること。
 - ・ 市町村が発行する書類の表示があつた者に係る連絡票は「連絡票B」と、それ以外の者に係る連絡票は「連絡票A」とし、掲載名の後の括弧書きに該当する方のアルファベットを記載すること。
 - ・ 連絡票の右欄には、連絡の種別(△は印)ごとく全体の枚数中の同枚目かを記入すること。
 - ・ 連絡票の裏面には次のとおりとし、連絡票がRにも同一の記号を記載すること。
 - ・ 発送日(西暦、4桁+月、2桁+日、2桁)→住所(〒5桁)→要配慮圏名(都道府県名又は指定都市名)
 - ・ ※平成27年4月1日に東京都が特定医療圏に係る連絡を行う場合、2019401-84-東京都
 - ・ 非課税証明書等の添付書類がある場合は、連番の順序に従い横書きで記入すること。また、同一人に係る添付書類が複数ある場合は左 upperキエス止めすること。
- ・ 連絡票Bを作成する場合は、当該連絡票の保険者認定区分欄に確認した区分に対応し、以下の記号を記入し、保険者が発行する書類(限度額適用認定証、高齢受給者証など)の写しを添付すること。

- (70歳未満)
- 旧ただし書所得80万円超 :「ア」
- 旧ただし書所得60万円～80万円以下 :「イ」
- 旧ただし書所得40万円～60万円以下 :「ウ」
- 旧ただし書所得20万円以下 :「エ」
- 市町村民税非課税 :「オ」
- 現給並みⅢ :「Ⅲ」
- 現給並みⅡ :「Ⅱ」
- 現給並みⅠ :「Ⅰ」
- 低所得Ⅱ :「II」
- 低所得Ⅰ :「I」

- ・ 市町村への連絡票の送付に際しては、返封先を記入した返信用封筒を同封すること。
- ・ 送付状や返信用封筒には連絡票識別記号を記入すること。

- ※注意事項(市町村向け)
 - ・ 要配慮圏から連絡を受けた者が加入者の中に存在しない場合には、保険者認定区分に「該当者なし」と記載すること。
 - ・ 保険者認定区分については、それぞれの所得区分に対応し、以下の記号を記入すること。

- (70歳未満)
- 旧ただし書所得90万円超 :「ア」
- 旧ただし書所得60万円～90万円以下 :「イ」
- 旧ただし書所得40万円～60万円以下 :「ウ」
- 旧ただし書所得20万円以下 :「エ」
- 市町村民税非課税 :「オ」
- 現給並みⅢ :「Ⅲ」
- 現給並みⅡ :「Ⅱ」
- 現給並みⅠ :「Ⅰ」
- 一般 :「III」
- 低所得Ⅱ :「II」
- 低所得Ⅰ :「I」

改正後

(削除)

現行

【別添様式③】
【国保組合】
(連絡票管理記号)

特定医療費支給対象者連絡票 (A・B)

受給者番号

通番	受給者番号	対象者氏名			対象者本人について			被保険者について			保険者認定区分 ※後者にて記入	備考	
		漢字	ふりがな	生年月日 元号 年 月 日	被保険者証 記号番号	個人番号	当年1月1日 時点の住所	漢字	ふりがな	個人番号			当年1月1日 時点の住所
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													

受給者名

改正後

現行

(別添様式A)

(別添様式A)

令和 年 月 日

平成 年 月 日

(保険者名) 御中

(保険者名) 御中

(実施機関名)

(実施機関名)

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の
特定医療（特定疾患治療研究事業）の対象者に係る連絡票の
送付について

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の
特定医療（特定疾患治療研究事業）の対象者に係る連絡票の
送付について

別紙のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の
特定医療（特定疾患治療研究事業）の対象者のうち、低所得者区分に該当
すると思われる者について、健康保険法施行規則第98条の2第2項及び
第3項に基づき、連絡いたします。

別紙のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の
特定医療（特定疾患治療研究事業）の対象者について連絡いたします。

連絡票枚数 _____ 枚
対象者数 _____ 人

(連絡票A)
連絡票枚数 _____ 枚
対象者数 _____ 人

(連絡票α)
連絡票枚数 _____ 枚
対象者数 _____ 人

(連絡票B)
連絡票枚数 _____ 枚
対象者数 _____ 人

連絡先
住所
電話番号
(FAX)

担当者名

連絡先
住所
電話番号
(FAX)

担当者名

改正後	現行					
<p>(削除)</p>	<p>(別添様式α)</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>(実施機関名) 御中</p> <p>(保険者名)</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の 特定医療（特定疾患治療研究事業）の対象者に係る連絡票の 返送について</p> <p>平成 年 月 日付で送付された連絡票（連絡票整理記号〇 〇〇〇）につき、別紙のとおり返送いたします。</p> <table border="1" data-bbox="1518 1078 1991 1321"><tr><td>連絡先</td></tr><tr><td>住所</td></tr><tr><td>電話番号</td></tr><tr><td>(FAX)</td></tr><tr><td>担当者名</td></tr></table>	連絡先	住所	電話番号	(FAX)	担当者名
連絡先						
住所						
電話番号						
(FAX)						
担当者名						

改正後

現行

(削除)

(別添様式B)

平成 年 月 日

(後期高齢者医療広域連合) 御中

(実施機関名)

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の
特定医療（特定疾患治療研究事業）の対象者に係る広域連合の
認定の申出について

別紙のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項
の
特定医療の対象者に係る広域連合の認定の申出について、必要な資料を
送付します。

(連絡票A)

対象者数

_____人

(連絡票B)

対象者数

_____人

連絡先

住所

電話番号

(FAX)

担当者名

改正後	現行		
<p>(削除)</p>	<p>(別添様式β)</p> <p>平成 年 月 日</p> <p>(実施機関名) 御中</p> <p>(後期高齢者医療広域連合名)</p> <p>難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の 特定医療（特定疾患治療研究事業）の対象者に係る所得区分の（変更 の）通知について</p> <p><申出に対する通知の場合> 平成 年 月 日付で申出のありました件（連絡票整理記号 〇〇〇〇）につき、別添のとおり認定した所得区分を通知いたします。</p> <p><所得区分の変更があった場合> 認定した被保険者について、別添のとおり所得区分の変更があったの で通知いたします。</p> <table border="1" data-bbox="1532 1123 1991 1353"><tr><td>連絡先 住所 電話番号 (FAX)</td></tr><tr><td>担当者名</td></tr></table>	連絡先 住所 電話番号 (FAX)	担当者名
連絡先 住所 電話番号 (FAX)			
担当者名			

改正後	現行
<p data-bbox="241 130 436 162">別添作成方法①</p> <p data-bbox="645 162 728 194">(削除)</p>	<p data-bbox="1115 130 1310 162">別添作成方法①</p> <p data-bbox="1525 162 1585 194">(略)</p>

改正後	現行
<p data-bbox="241 129 434 161">別添作成方法②</p> <p data-bbox="645 164 719 196">(削除)</p>	<p data-bbox="1115 129 1308 161">別添作成方法②</p> <p data-bbox="1527 164 1579 196">(略)</p>

健 疾 発 1225 第 2 号
平 成 26 年 12 月 26 日

[改正経過]

第 1 次改正	平成27年 9 月 30 日	健疾発0930第 1 号
第 2 次改正	平成27年12月28日	健難発1228第 1 号
第 3 次改正	平成29年 9 月 29 日	健難発0929第 1 号
第 4 次改正	平成30年 6 月 29 日	健難発0629第 2 号
第 5 次改正	平成30年 7 月 31 日	健難発0731第 1 号
第 6 次改正	令和 4 年 9 月 28 日	健難発0928第 1 号
第 7 次改正	令和 8 年 2 月 16 日	健生難発0216第 2 号

各 都道府県衛生主管部（局） 長 殿

厚生労働省健康局疾病対策課長
（ 公 印 省 略 ）

難病の患者に対する医療等に関する法律第 5 条第 1 項に規定する特定医療及び
特定疾患治療研究事業による医療に関する給付の対象療養に係る高額療養費の
支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて

「特定医療費の支給認定の実務上の取扱いについて」（平成 26 年 12 月 22 日健疾発第
1 号）及び「特定疾患治療研究事業の実務上の取扱いについて」（平成 13 年 3 月 29 日
健疾発第 22 号）において、受診者の医療保険における所得区分（以下単に「所得区分」
という。）についての連絡等に係る事務の詳細については別途通知することとしている
ところであるが、当該事務に係る各都道府県の具体的な取扱いについては、下記のと
おりとするので、円滑な実施にご協力方お願いする。

また、本通知の施行に伴い、「特定疾患治療研究事業による医療に関する給付の対象
療養に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて」（平成 21
年 4 月 30 日健疾発第 0430003 号）は、平成 26 年 12 月 31 日限り廃止する。

なお、この取扱いについては、保険局と協議済みであるので念のため申し添える。

記

1. 被用者保険（健康保険、船員保険及び共済組合等）について

（1）新規申請に係る取扱いについて

①都道府県からの連絡について

ア) 被保険者が、低所得者区分（（2）②の所得区分における70歳未満の市町
村民税世帯非課税者並びに70歳以上の低所得者Ⅰ及び低所得者Ⅱをいう。以

下同じ。)に該当すると思われる者については、被保険者(70歳以上の低所得者Iに該当すると思われる者については、その被扶養者を含む。)の非課税証明書等を確認し、原則として、紙媒体で作成した別添様式①(被用者保険)の連絡票に、被保険者及び申請者の被保険者等記号番号又は個人番号並びに当年1月1日時点における両者の住所(都道府県名及び市町村名)を記載の上、別添様式Aの送付状を添付して郵送により行うこと。加えて、長期入院(申請月以前の1年間の入院日数が通算して90日を超えていること)の申出が申請者よりあった場合には、別添様式①(被用者保険)の連絡票の備考欄に「長期入院」と記載すること。

また、全国健康保険協会への連絡については、連絡件数が多い場合には、連絡票を電子媒体に収録して郵送することも可能とするが、その場合に使用する媒体はCD-R又はDVD-Rに限るものとし、電子媒体に収録するExcelファイルのファイル名は連絡票整理記号と同一とすること。また、収録する連絡票の電子ファイルには、必ずパスワードを設定することとし、当該パスワードの伝達については、電子媒体とは別に郵送する又は個別に協会支部の担当者へ電話連絡するなど、電子媒体に同封しない方法で対応すること。

イ) 連絡票の送付先は、被保険者の所属する保険者(支部がある保険者の連絡票の送付先は、被保険者の所属する支部)とすること。

ウ) 都道府県は、連絡の件数が多い場合には、保険者に対して連絡票の媒体や送付方法について連絡し、適宜調整されたい。また、電子データの提供を希望する健康保険組合等から、連絡票の媒体や送付方法について連絡がなされる場合があるので、適宜調整されたい。

エ) 連絡票及び送付状には必ず送付ごとに必要となる連絡票整理記号を記入すること。なお、個人番号を記載した連絡票を送付する場合、個人番号は特定個人情報に当たることから、追跡可能な郵便方法とすること。

(2) 更新申請等及び所得区分の変更に係る取扱いについて

① 被用者保険の加入者が低所得者区分に該当するかどうかについては市町村民税課税情報に基づいて認定がなされることとなるが、前年度の市町村民税課税情報に基づく所得区分認定の有効期限は7月末までとされている。このため、被用者保険の加入者に係る更新申請等(変更申請を含む。以下同じ。)については、7月早期に行わせることとし、都道府県は、低所得者区分に該当すると思われる者(更新等の前に低所得者区分の認定を受けていた者及び更新申請等の時点で新たに低所得者区分に該当すると思われることとなった者を含む。)についてのみ、(1)①に準じて、7月下旬までに保険者に連絡すること。

② 更新申請等の前に低所得者区分に該当しているが、更新申請等の時点で今後低所得者区分に該当しなくなるとと思われる者については、保険者への連絡は不要である。

(※)所得区分

- (70歳未満) ア：標準報酬月額 83万円以上
イ：標準報酬月額 53万円以上 79万円以下
ウ：標準報酬月額 28万円以上 50万円以下
エ：標準報酬月額 26万円以下
オ：市町村民税世帯非課税者

(70歳以上)

- VI（現役並みⅢ）：標準報酬月額 83万円以上
V（現役並みⅡ）：標準報酬月額 53万円以上 79万円以下
IV（現役並みⅠ）：標準報酬月額 28万円以上 50万円以下
Ⅲ（一般所得者）：標準報酬月額 26万円以下
Ⅱ（低所得者Ⅱ）：市町村民税世帯非課税者
Ⅰ（低所得者Ⅰ）：市町村民税世帯非課税者
（年金収入一定基準以下）

(3) 加入保険者変更の取扱いについて

受給者が加入する保険者の変更があった場合には、都道府県は、受給者からの届出に基づき、変更後の保険者に対して、新規申請と同様の方法により連絡を行うものとする。

連絡票の作成について(被用者保険)

※ 注意事項(都道府県等向け)

- ・ 連絡票の作成送付については、実施機関単位で行うこと。
- ・ 保険者が発行する書類(限度額適用認定証など)の提示があった者については、それ以外の者の連絡票とは別に連絡票を作成すること。
- ・ 連絡票の右肩には、連絡票に全体の枚数中の何枚目かを記入すること。
- ・ 連絡票整理記号は次のとおりとすること。
 - 発送日(西暦・4桁+月・2桁+日・2桁)―法別番号(52)―実施機関名(都道府県名又は指定都市名)
 - ※平成27年4月1日に東京都が小児慢性特定疾病医療費に係る連絡を行う場合:20150401―52―東京都
- ・ 連絡先が保険者の支部となる場合は、「保険者名」は支部まで記入すること。
- ・ 対象者本人と被保険者が同一の場合には、被保険者の氏名欄(漢字)に「左に同じ」、その他の項目は空欄とすること。
- ・ 全国健康保険協会に送付する際は被保険者等記号番号及び個人番号を併記すること。その他の保険者については、都道府県と保険者の双方で調整し、被保険者等記号番号及び個人番号の併記又は被保険者等記号番号のみの
- ・ 「当年1月1日時点の住所」欄には、都道府県及び市町村名を記入すること。
- ・ 送付状には連絡票整理記号を記入すること。
- ・ 連絡票の送付前に、個人番号等内容を確認すること。
- ・ 「長期入院」(申請月以前の1年間の入院日数が通算して90日を超えていること)の申出があった場合には、「対象者本人について」の備考欄に「長期入院」と記載。

(別添様式A)

令和 年 月 日

(保険者名) 御中

(実施機関名)

難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の
特定医療（特定疾患治療研究事業）の対象者に係る連絡票の
送付について

別紙のとおり、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項の
特定医療（特定疾患治療研究事業）の対象者のうち、低所得者区分に該当
すると思われる者について、健康保険法施行規則第98条の2第2項及び
第3項に基づき、連絡いたします。

連絡票枚数	_____枚
対象者数	_____人

連絡先
住所
電話番号
(FAX)
担当者名

健生難発0216第1号
令和8年2月16日

都道府県
各 指定都市 衛生主管部（局）長 殿
中核市
児童相談所設置市

厚生労働省健康・生活衛生局難病対策課長
（公印省略）

「児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて」の一部改正について

今般、「児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて」（平成26年12月26日付け雇児母発1226第1号。以下、「通知」という。）を別紙の新旧対照表のとおり改正し、令和8年3月1日より適用することとしたので通知する。

なお、この通知は、地方自治法（昭和22年法律第67号）第245条の4第1項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

新旧対照表

改正後	改正前
<p>児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて</p> <p>標記事務に係る各都道府県、指定都市、中核市及び児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市(特別区含む。)(以下「都道府県等」という。)の具体的な取扱いについては、下記のとおりとするので、円滑な実施にご協力方お願いします。</p> <p>なお、この取扱いについては、保険局と協議済みであることを申し添える。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 被用者保険(健康保険、船員保険及び共済組合等)について (1) 新規申請に係る取扱いについて ① 都道府県等からの連絡について ア) <u>被保険者が、低所得者区分((2)②の所得区分における70歳未満の市町村民税世帯非課税者並びに70歳以上の低所得者Ⅰ及び低所得者Ⅱをいう。以下同じ。)</u>に該当すると思われる者については、<u>被保険者(70歳以上の低所得者Ⅰに該当すると思われる者については、その被扶養者を含む。)</u>の非課税証明書等を確認し、原則として、紙媒体で作成した別添様式①(被用者保険)の連絡票に、<u>被保険者及び申請者の被保険者等記号番号又は個人番号並びに当年1月1日時点における両者の住所(都道府県名及び市町村名)を記載の上、別添様式Aの送付状を添付して郵送により行うこと。加えて、長期入院(申請月以前の1年間の入院日数が通算して90日を超えていること)の申出が申請者よりあった場合には、別添様式①(被用者保険)の連絡票の備考欄に「長期入院」と記載すること。</u> <u>また、全国健康保険協会への連絡については、連絡件数が多い場合には、連絡票を電子媒体に収録して郵送することも可能とするが、その場合に使用する媒体はCD-R又はDVD-Rに限るものとし、電子媒体に収録するExcelファイルのファイル名は連絡票整理記</u></p>	<p>児童福祉法第6条の2第3項に規定する小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて</p> <p>標記事務に係る各都道府県、指定都市、中核市及び児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市(特別区含む。)(以下「都道府県等」という。)の具体的な取扱いについては、下記のとおりとするので、円滑な実施にご協力方お願いします。</p> <p>なお、この取扱いについては、保険局と協議済みであることを申し添える。</p> <p style="text-align: center;">記</p> <p>1. 被用者保険(健康保険、船員保険及び共済組合等)について (1) 新規申請に係る取扱いについて ① 都道府県等からの連絡について ア) <u>都道府県等からの連絡は、原則として、紙媒体で作成した別添様式①(被用者保険)の連絡票に、別添様式Aの送付状及び返送先を記入した返信用封筒を添付して郵送により行うこと。</u> <u>ただし、全国健康保険協会への連絡については、照会件数が多い場合には、連絡票を電子媒体に収録して郵送することも可能とするが、その場合に使用する媒体はCD-R又はDVD-Rに限るものとし、電子媒体に収録するExcelファイルのファイル名は連絡票整理記号と同一とすること。また、収録する連絡票の電子ファイルには、必ずパスワードを設定することとし、当該パスワードの伝達については、電子媒体とは別に郵送する又は個別に協会支部の担当者へ電話連絡するなど、電子媒体に同封しない方法で対応すること。</u> <u>なお、低所得者区分((2)②の所得区分における70歳未満の市町村民税世帯非課税者をいう。以下同じ。)</u>に該当すると思われる者については、<u>被保険者の非課税証明書等の写しを添付すること。ただし、行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律(平成25年法律第27号。以下「番号利用法」とい</u></p>

号と同一とすること。また、収録する連絡票の電子ファイルには、必ずパスワードを設定することとし、当該パスワードの伝達については、電子媒体とは別に郵送する又は個別に協会支部の担当者へ電話連絡するなど、電子媒体に同封しない方法で対応すること。

イ) 連絡票の送付先は、被保険者の所属する保険者（支部がある保険者の連絡票の送付先は、被保険者の所属する支部）とすること。

ウ) 都道府県等は、連絡の件数が多い場合には、保険者に対して連絡票の媒体や送付方法について連絡し、適宜調整されたい。また、電子データの提供を希望する健康保険組合等から、連絡票の媒体や送付方法について連絡がなされる場合があるので、適宜調整されたい。

エ) 連絡票及び送付状には必ず送付ごとに必要となる連絡票整理記号を記入すること。なお、個人番号を記載した連絡票を送付する場合、個人番号は特定個人情報に当たることから、追跡可能な郵便方法とすること。

② （削除）

う。) に規定する情報提供ネットワークシステムにより、保険者が非課税証明書等と同一の内容を含む情報の提供を受けることができる場合は、この限りでない。

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を確認することにより、都道府県等において所得区分の確認ができた者については、それ以外の者に係る連絡票（以下「連絡票A」という。）とは別に連絡票B（様式は連絡票Aと共通）を作成し送付すること。この場合には、都道府県等において確認した所得区分の記号を保険者認定区分欄に記載するとともに、確認に使用した書類等の写しを添付すること。

（新設）

イ) 都道府県等は、連絡の件数が多い場合には、保険者に対して連絡票の媒体や送付方法について連絡し、適宜調整されたい。また、電子データの提供を希望する健康保険組合等から、連絡票の媒体や送付方法について連絡がなされる場合があるので、適宜調整されたい。

ウ) 連絡票、送付状及び返信先を記入した返信用封筒には必ず送付ごとに必要となる連絡票整理記号を記入すること。

② 保険者からの連絡について

ア) 都道府県等が送付した連絡票Aについては、原本の保険者認定区分欄に、連絡票Aの送付を受けた時点で適用されている所得区分が記載されること。また、連絡票Aに記載された者について、連絡を受けた時点で既に資格喪失している場合や該当者が存在しない場合には、保険者認定区分欄に朱書きで「該当者なし」と記入されること。

都道府県等が送付した連絡票Bについては、都道府県等が記入した所得区分が確認され、修正が必要な場合は、都道府県等で記載した所得区分の記号が二重線で抹消され、修正後の所得区分の記号が朱書されること。また、連絡票Bに記載された者については、連絡票Bの送付を受けた時点で既に資格喪失している場合や該当者が存在しない場合には、都道府県等で記載した所得区分の記号が二重線で抹消され、朱書きで「該当者なし」と記入されること。

(2) 更新申請等及び所得区分の変更に係る取扱いについて

① 被用者保険の加入者が低所得者区分に該当するかどうかについては市町村民税課税情報に基づいて認定がなされることとなるが、前年度の市町村民税課税情報に基づく所得区分認定の有効期限は7月末までとされている。このため、被用者保険の加入者に係る更新申請等(変更申請を含む。以下同じ。)については、7月早期に行わせることとし、都道府県等は、低所得者区分に該当すると思われる者(更新等の前に低所得者区分の認定を受けていた者及び更新申請等の時点で新たに低所得者区分に該当すると思われることとなった者を含む。)についてのみ、(1)①に準じて、7月下旬までに保険者に連絡すること。

② 更新申請等の前に低所得者区分に該当しているが、更新申請等の時点で今後低所得者区分に該当しなくなると思われる者については、保険者への連絡は不要である。

(※)所得区分

(70歳未満) ア：標準報酬月額 83万円以上
イ：標準報酬月額 53万円以上 79万円以下
ウ：標準報酬月額 28万円以上 50万円以下
エ：標準報酬月額 26万円以下
オ：市町村民税世帯非課税者

(70歳以上)

イ) 連絡票Aの記入及び連絡票Bの確認が終了した後、原本は、別添様式αの返送状に添付され、都道府県等が送付した返信用封筒で、郵送により返送されること。なお、保険者との間で返送方法について別途調整済みの場合には、この限りではない。

ウ) 保険者からの返送は、できるだけ早急に行われることとなっており、連絡票の受付から2週間以内に返送されない場合には、保険者から都道府県等の担当者へ連絡がなされることとなっている。

(2) 更新申請等及び所得区分の変更に係る取扱いについて

① 被用者保険の加入者が低所得者区分に該当するかどうかについては市町村民税課税情報に基づいて認定がなされることとなるが、前年度の市町村民税課税情報に基づく所得区分認定の有効期限は7月末までとされている。このため、被用者保険の加入者に係る更新申請等(変更申請を含む。以下同じ。)については、7月早期に行わせることとし、都道府県等は、低所得者区分に該当すると思われる者(更新等の前に低所得者区分の認定を受けていた者及び更新申請等の時点で新たに低所得者区分に該当すると思われることとなった者を含む。)についてのみ、(1)①に準じて、7月下旬までに所得区分の認定のために必要な書類を保険者に送付すること。ただし、番号利用法に規定する情報提供ネットワークシステムにより、保険者が所得区分の認定のために必要な書類と同一の内容を含む情報の提供を受けることができる場合は、この限りでない。保険者からの返送は(1)②に準じて行われる。

② 更新申請等の前に低所得者区分に該当しているが、更新申請等の時点で今後低所得者区分に該当しなくなると思われる者については、保険者への連絡は不要である。7月末までに都道府県等が保険者に連絡をしなかった者についてはア～エのいずれか該当する区分が、保険者から都道府県等に対して変更後の所得区分として通知される。

(※)所得区分

(70歳未満) ア：標準報酬月額 83万円以上
イ：標準報酬月額 53万円以上 79万円以下
ウ：標準報酬月額 28万円以上 50万円以下
エ：標準報酬月額 26万円以下
オ：市町村民税世帯非課税者

(新設)

<p>円以下</p> <p>円以下</p> <p>③ (削除)</p> <p>④ (削除)</p> <p>(3) 加入保険者変更の取扱いについて 小児慢性特定疾病児童等が加入する保険者の変更があった場合には、都道府県等は、受給者からの届出に基づき、変更後の保険者に対して、新規申請と同様の方法により連絡を行うものとする。</p> <p>(4) (削除)</p> <p>2. (削除)</p>	<p><u>VI (現役並みⅢ) : 標準報酬月額 83 万円以上</u> <u>V (現役並みⅡ) : 標準報酬月額 53 万円以上 79 万円以下</u> <u>IV (現役並みⅠ) : 標準報酬月額 28 万円以上 50 万円以下</u> <u>Ⅲ (一般所得者) : 標準報酬月額 26 万円以下</u> <u>Ⅱ (低所得者Ⅱ) : 市町村民税世帯非課税者</u> <u>Ⅰ (低所得者Ⅰ) : 市町村民税世帯非課税者</u> <u>(年金収入一定基準以下)</u></p> <p>③ <u>①又は②によって保険者から通知された所得区分が従前のものから変更となっていた場合は、更新等の前の医療受給者証(法第 19 条の 3 第 7 項に規定する医療受給者証をいう。以下同じ。)の適用区分についても、変更後の所得区分に修正して交付すること。</u></p> <p>④ <u>区分外以外の者の区分変更については、標準報酬の改定等により随時行われることとなるが、当該区分変更の際には、保険者から都道府県等に対して変更後の所得区分が通知されるため、更新申請等に当たって、都道府県等から連絡を行う必要はない。</u></p> <p>(3) 加入保険者変更の取扱いについて 小児慢性特定疾病児童等が加入する保険者の変更があった場合には、都道府県等は、受給者からの届出に基づき、変更後の保険者に対して、新規申請と同様の方法により連絡を行い、当該受給者に適用される所得区分について医療受給者証に記載を行うものとする。</p> <p>(4) その他 <u>都道府県等は、小児慢性特定疾病児童等が治癒等で小児慢性特定疾病医療支援を受ける必要がなくなったときは、速やかにその旨を保険者に連絡すること。</u></p> <p>2. <u>市町村国民健康保険、国民健康保険組合について</u> (1) <u>新規申請に係る取り扱いについて</u> ① <u>都道府県等からの連絡について</u> ア) <u>都道府県等からの連絡は、原則として、紙媒体で作成した別添様式②(市町村国民健康保険)及び別添様式③(国民健康保険組合)の連絡票に、別添様式Aの送付状及び返送先を記入した返信用封筒を添付して郵送により行うこと。なお、国民健康保険組合については、被保険者等の(非)課税証明書等の写しを添付すること。</u></p>
--	--

ただし、保険者が、当該被保険者等の所得区分を公簿等又はその写しによって確認することができる場合は、当該書類を省略することができる。

限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を確認することにより、都道府県等において所得区分の確認ができた者については、それ以外の者に係る連絡票Aとは別に連絡票B(様式は連絡票Aと共通)を作成し、連絡すること。この場合には、都道府県等において確認した所得区分の記号を保険者認定区分欄に記載するとともに、確認に使用した書類等の写しを添付すること。

イ) 連絡の件数が多い場合には、都道府県等から、連絡票の媒体や送付方法について連絡を行い、適宜調整されたい。

ウ) 都道府県等が申請を受け付けるにあたり、受給者の同意書が必要かどうかについては、各市町村の個人情報保護条例又は各国民健康保険組合(以下「国保組合」という。)の個人情報の取扱いに関する規則等に基づき判断する必要があるから、それぞれ市町村国民健康保険及び国保組合にあらかじめ確認する必要がある。

なお、同意書が必要となる場合のひな形については、別紙のとおりとする。また、当該同意書については、小児慢性特定疾病児童等本人について氏名、住所等の記載を行うこととし、原本又は原本証明を行ったものを添付すること。

エ) 連絡票、送付状及び送付先を記入した返信用封筒には必ず送付ごとに必要となる連絡票整理記号を記入すること。

② 保険者からの連絡について

ア) 都道府県等が送付した連絡票Aについては、原本の保険者認定区分欄に、連絡票Aの送付を受けた時点で適用されている所得区分の記号が記載されること。また、連絡票Aに記載された者について、連絡を受けた時点で既に資格喪失している場合や該当者が存在しない場合には、保険者認定区分欄に朱書きで「該当者なし」と記入されること。

都道府県等が連絡した連絡票Bについては、都道府県等が記入した所得区分が確認され、修正が必要な場合は、都道府県等で記載した所得区分の記号が二重線で抹消され、修正後の所得区分の記号が朱書されること。また、連絡票Bに記載された者については、連絡票の送付を受けた時点で既に資格喪失している場合や該当者が存在しない場合には、都道府県等で記載した所得区分の記

号が二重線で抹消され、朱書きで「該当者なし」と記入されること。

イ) 連絡票Aの記入及び連絡票Bの確認が終了した後、原本は、別添様式αの返送状に添付され、都道府県等が送付した返信用封筒で、郵送により返送されること。

なお、保険者との間で返送方法について別途調整済みの場合には、この限りではない。

ウ) 保険者からの返送は、できるだけ早急に行われることとなっており、連絡票の受付から2週間以内に返送されない場合には、保険者から都道府県等の担当者へ連絡がなされることとなっている。

(2) 更新申請等及び所得区分の変更に係る取扱いについて

毎年8月に所得区分が見直されることとなっているが、市町村と国保組合で取扱いが異なるので注意すること。

① 市町村国民健康保険について

市町村国民健康保険の被保険者について所得区分の変更があった場合には、7月末までに保険者から変更後の所得区分が通知されるため、更新申請等の時点も含め、都道府県等から連絡を行う必要はない。

なお、変更後の所得区分が通知された場合には、更新前の医療受給者証の適用区分についても、変更後の所得区分に修正して交付すること。

② 国保組合について

国保組合の被保険者に係る更新申請等については、7月早期に行わせることとし、都道府県等は、更新申請等の前に現(1)①に準じて、7月下旬までに所得区分の認定のために必要な書類を保険者に送付すること。ただし、保険者が、当該被保険者等の所得区分を公簿等又はその写しによって確認することができる場合は、当該書類を省略することができる。

(3) 加入保険者変更の取扱いについて

小児慢性特定疾病児童等が加入する保険者の変更があった場合には、都道府県等は受給者からの届出に基づき、変更後の保険者に対して、新規申請と同様の方法により連絡を行い、当該受給者に適用される所得区分について医療受給者証に記載を行うものとする。

(4) その他

都道府県等は、小児慢性特定疾病児童等が治癒等で小児慢性特定疾

	病医療支援を受ける必要がなくなったときは、速やかにその旨を保険者に連絡すること。
--	--

連絡票の作成について(被用者保険)

- ※ 注意事項(都道府県等向け)
 - ・連絡票の作成・送付については、実施機関単位で行うこと。
 - ・保険者が発行する書類(履歴書適用認定証など)の提示があった者については、それ以外の者の連絡票とは別に連絡票を作成すること。
- 一 (創設)
 - ・連絡票の右欄には、連絡票に全体の枚数中の何枚目かを記入すること。
 - ・連絡票整理記号は次のとおりとする。
 - ※ 平成27年4月1日(西暦・4桁・十・日・2桁)ー法別番号(02)ー実施機関名(都道府県名又は市名)
 - ※ 平成27年4月1日に東京都が小児慢性特定疾病医療費に係る連絡票を行う場合は、20150401ー52ー東京都
 - ・連絡先が保険者の支那となる場合は、「保険者名」は支那まで記入すること。
 - ・対象者本人と被保険者が同一の場合は、被保険者の氏名欄(漢字)に「左に同じ」、その他の項目は空欄とすること。
- 二 (創設)
 - 一 (創設)
 - ・全労連健康保険協会に送付する際は被保険者登記番号及び個人番号を併記すること。その他の保険者については、都道府県と保険者の双方で調整し、被保険者登記番号及び個人番号の併記又は被保険者登記番号のみを記入してもよい。
 - 一 (創設)
 - ・「当年度1月1日時点の住所」欄には、都道府県及び市町村名を記入すること。
 - 一 (創設)
 - ・送付先には連絡票整理記号を記入すること。
 - 一 (創設)
 - ・連絡票の送付前に、個人番号等内容を確認すること。
 - 一 (創設)
 - ・上乗入れ院(手術室)以前の生年月日の個人番号を重複して20日を超えて記入することの申出があった場合は、「対象者本人」についての重曹欄に「乗入れ院」を記載。
- ※ (創設)
 - 一 (創設)
 - ・連絡票の有効送付については、実施機関単位で行うこと。
 - ・保険者が発行する書類(履歴書適用認定証など)の提示があった者については、それ以外の者の連絡票とは別に連絡票を作成すること。
 - ・職員の名の括弧書きに該当するものはアフリック印を記載すること。
 - ・連絡票の左欄には、連絡票の種類(A、B又はB)ごとに全体の枚数中の何枚目かを記入すること。
 - ・連絡票整理記号は次のとおりとし、連絡票A、B又はBに同一の記号を記載すること。
 - ※ 平成27年4月1日(西暦・4桁・十・日・2桁)ー法別番号(02)ー実施機関名(都道府県名又は市名)
 - ※ 平成27年4月1日に東京都が小児慢性特定疾病医療費に係る連絡票を行う場合は、20150401ー52ー東京都
 - 一 (創設)
 - ・連絡先が保険者の支那となる場合は、「保険者名」は支那まで記入すること。
 - ・対象者本人と被保険者が同一の場合は、被保険者の氏名欄(漢字)に「左に同じ」、その他の項目は空欄とすること。
 - ・住所(〒)欄には、被保険者の住所(漢字)及び市町村名を記入すること。また、同一人に係る送付書類が複数ある場合は左上から左下順に重複して記載すること。
 - ・非住所証明書等の送付書類がある場合は、通常の履歴(左に同じ)欄の右側に連絡票の個人番号を記入すること。また、同一人に係る送付書類が複数ある場合は左上から左下順に重複して記載すること。
 - ・連絡票に記入しない、送付先が保険者の支那となる場合は、被保険者の個人番号を記入することとし、対象者本人及び被保険者の個人番号を併記すること。その他の保険者については、都道府県と保険者の双方で調整し、被保険者登記番号及び個人番号の併記又は被保険者登記番号のみを記入すること。
 - ・連絡票を作成する場合は、当該連絡票の保険者認定区分欄に確認した区分ごとに以下の品目を記入し、保険者が発行する書類(履歴書適用認定証など)の提示を添付すること。

連絡票の作成について(被用者保険)

- ※ 注意事項(都道府県等向け)
 - ・連絡票の有効送付については、実施機関単位で行うこと。
 - ・保険者が発行する書類(履歴書適用認定証など)の提示があった者については、それ以外の者の連絡票とは別に連絡票を作成すること。
 - ・職員の名の括弧書きに該当するものはアフリック印を記載すること。
 - ・連絡票の左欄には、連絡票の種類(A、B又はB)ごとに全体の枚数中の何枚目かを記入すること。
 - ・連絡票整理記号は次のとおりとし、連絡票A、B又はBに同一の記号を記載すること。
 - ※ 平成27年4月1日(西暦・4桁・十・日・2桁)ー法別番号(02)ー実施機関名(都道府県名又は市名)
 - ※ 平成27年4月1日に東京都が小児慢性特定疾病医療費に係る連絡票を行う場合は、20150401ー52ー東京都
- 一 (創設)
 - ・対象者本人と被保険者が同一の場合は、「保険者名」は支那まで記入すること。
 - ・住所(〒)欄には、被保険者の住所(漢字)及び市町村名を記入すること。また、同一人に係る送付書類が複数ある場合は左上から左下順に重複して記載すること。
 - ・非住所証明書等の送付書類がある場合は、通常の履歴(左に同じ)欄の右側に連絡票の個人番号を記入すること。また、同一人に係る送付書類が複数ある場合は左上から左下順に重複して記載すること。
 - ・連絡票に記入しない、送付先が保険者の支那となる場合は、被保険者の個人番号を記入することとし、対象者本人及び被保険者の個人番号を併記すること。その他の保険者については、都道府県と保険者の双方で調整し、被保険者登記番号及び個人番号の併記又は被保険者登記番号のみを記入すること。
 - ・連絡票を作成する場合は、当該連絡票の保険者認定区分欄に確認した区分ごとに以下の品目を記入し、保険者が発行する書類(履歴書適用認定証など)の提示を添付すること。
- 一 (02歳未満)
 - 標準報酬月額33万円以上…「乙」
 - 標準報酬月額55万～70万円「イ」
 - 標準報酬月額22万～50万円「ウ」
 - 標準報酬月額20万円以下…「エ」
 - 市町村民税非課税…「オ」
- 一 (02歳未満)
 - 標準報酬月額33万円以上…「乙」
 - 標準報酬月額55万～70万円「イ」
 - 標準報酬月額22万～50万円「ウ」
 - 標準報酬月額20万円以下…「エ」
 - 市町村民税非課税…「オ」
- ・「当年度1月1日時点の住所」欄には、郵便番号、都道府県、市町村名及び市区町村名を記入すること。
- ・保険者への連絡票の送付に際しては、送付先を記入し、至信用封筒を貼付すること。
- ・送付先や送付用封筒には連絡票整理記号を記入すること。
- ・連絡票の送付前及び保険者から回答を待たずに、個人番号等内容を確認すること。また、回答を待たずに個人番号等の照り書きがあった場合は、保険者に對して再重曹金を払うこと。
- 一 (追加)
 - ※ 注意事項(履歴書向け)
 - ・標準報酬額から選定を受ける者が加入者の中に存在しない場合には、保険者認定区分に該当者なしと記載すること。
 - ・標準報酬区分については、それぞれの所管区分に同じ、以下の記号を記入すること。

(削除)

連絡票の作成について(市町村)

- ※ 注意事項(都道府県等向け)
 - ・ 連絡票の作成送付については、実施機関単位で行うこと。
 - ・ 同一市町村で複数の保険者番号がある場合、番号別にこの票をまとめること。その場合、保険者名欄は「〇の市(××区)」のように記載すること。
 - ・ 市町村が発行する書類(限価適用認定証など)の提示があった割については、それ以外の者の連絡票とは別に連絡票を作成すること。
 - ・ 市町村が発行する書類の提示があった割に係る連絡票は「連絡票B」と、それ以外の割に係る連絡票は「連絡票A」とし、職業名の後の括弧書きに該当する方のアルファベットを記載すること。
 - ・ 連絡票の右肩には、連絡票の種類(A又はB)ごとと全体の枚数中の何枚目かを記入すること。
 - ・ 連絡票整理記号は次のとおりとし、連絡票A・Bともに同一の記号を記載すること。
 - ※ 平成27年4月1日に東京都小児慢性特定疾病医療費に係る連絡票を行う場合、2019001-82-東京都
 - ※ 送付(年度・4桁十位・名付・名付)一法別番号(50)一実施機関名(都道府県名又は市名)
 - ・ 非課税証明書等の添付書類がある場合は、通番の順次に従い、綴り、書類の右上に通番を記入すること。また、同一人に係る添付書類が複数ある場合は左上ホキキス止めにする。
 - ・ 連絡票を作成する場合は、当該連絡票の保険者認定区分欄に確認した区分に応じ、以下の記号を記入し、保険者が発行する書類(限価適用認定証など)の写しを添付すること。

- (7歳未満)
 - 旧ただし書 所得30万円超 「ア」
 - 旧ただし書 所得30万円以下 「イ」
 - 旧ただし書 所得20万円～30万円以下 「ウ」
 - 旧ただし書 所得20万円以下 「エ」
 - 市町村長陸非課税 「オ」

- ・ 市町村への連絡票の送付に際しては、逆便を記入した返信用封筒を同封すること。
- ・ 送付状や返信用封筒には連絡票整理記号を記入すること。

- ※ 注意事項(市町村向け)
 - ・ 実施機関から連絡を受けた者が加入者の中に存在しない場合には、保険者認定区分ご「該当者なし」と朱書きすること。
 - ・ 保険者認定区分については、それぞれの所得区分に照し、以下の記号を記入すること。

- (7歳未満)
 - 旧ただし書 所得30万円超 「ア」
 - 旧ただし書 所得30万円以下 「イ」
 - 旧ただし書 所得20万円～30万円以下 「ウ」
 - 旧ただし書 所得20万円以下 「エ」
 - 旧ただし書 所得20万円以下 「エ」
 - 市町村長陸非課税 「オ」

(削除)

連絡票の作成について(国保組合)

- ※ 注意事項(都道府県等向け)
 - ・ 連絡票の作成送付については、実施機関単位で行うこと。
 - ・ 保険者が発行する書類(限度額適用認定証など)の提示があった者については、それ以外の者の連絡票とは別に連絡票を作成すること。
 - ・ 保険者が発行する書類の提示があった者に係る連絡票は「連絡票B」と、それ以外の者に係る連絡票は「連絡票A」とし、帳票名の後の括弧書きに該当する方のアルファベットを記載すること。
 - ・ 連絡票の右側には、連絡票の種類(A又はB)ごとに全体の枚数中の何枚目かを記入すること。
 - ・ 連絡票発着管理記号は次のとおりとし、連絡票A、Bともに同一の記号を記載すること。
 - ※平成27年度4月1日に東京都が小規模特定転換医療圏に係る連絡票発行機会：201901-09-東京都
 - ・ 非課税証明書等の送付書類がある場合は、送票の欄頭に税い、書類の右側に連番を記入すること。また、同一人に係る送付書類が複数ある場合は左上にキズ止めをすること。
 - ・ 連絡票を作成する場合は、当該連絡票の保険者認定区分欄に確認した区分に応じ、以下の記号を記入し、保険者が発行する書類(限度額適用認定証などの写しを添付すること。

(加味未済)

- 旧ただし書所得80万円超：「ア」
- 旧ただし書所得60万円～80万円以下：「イ」
- 旧ただし書所得40万円～60万円以下：「ウ」
- 旧ただし書所得20万円～40万円以下：「エ」
- 旧ただし書所得0万円以下：「オ」

- ・ 保険者への連絡票の送付に際しては、送票先を記入した返信用封筒を同封すること。
- ・ 送付状や連絡票封筒には連絡票発着管理記号を記入すること。

※注意事項(国保組合向け)

- ・ 実施機関から連絡を受けた者が加入者の中に存在しない場合には、保険者認定区分に「該当者なし」とを記載すること。
- ・ 保険者認定区分については、それぞれの所得区分に応じ、以下の記号を記入すること。

(加味未済)

- 旧ただし書所得90万円超：「ア」
- 旧ただし書所得60万円～90万円以下：「イ」
- 旧ただし書所得40万円～60万円以下：「ウ」
- 旧ただし書所得20万円以下：「エ」
- 旧ただし書所得0万円以下：「オ」

改正後

現行

(別添様式A)

年 月 日

(保険者名) 御中

(実施機関名)

児童福祉法第6条の2第3項の
小児慢性特定疾病医療支援の対象者に係る連絡票の
送付について

別紙のとおり、児童福祉法第19条の2第1項の小児慢性特定
疾病医療支援の対象者のうち、低所得者区分に該当すると思わ
れる者について、健康保険法施行規則第98条の2第2項及び第
3項に基づき、連絡いたします。

連絡票枚数 _____枚
対象者数 _____人

連絡先
住所
電話番号
(FAX)
担当者名

(別添様式A)

年 月 日

(保険者名) 御中

(実施機関名)

児童福祉法第6条の2第3項の
小児慢性特定疾病医療支援の対象者に係る連絡票の
送付について

別紙のとおり、児童福祉法第19条の2第1項の
小児慢性特定疾病医療支援の対象者について連絡いたします。

(連絡票A)
連絡票枚数 _____枚
対象者数 _____人

(連絡票α)
連絡票枚数 _____枚
対象者数 _____人

(連絡票B)
連絡票枚数 _____枚
対象者数 _____人

連絡先
住所
電話番号
(FAX)
担当者名

改正後

現行

(削除)

(別添様式α)

年 月 日

(実施機関名) 御中

(保険者名)

児童福祉法第6条の2第3項の
小児慢性特定疾病医療支援の対象者に係る連絡票の
返送について

年 月 日付で送付された連絡票（連絡票整理記号〇〇〇〇）につき、別紙のとおり返送いたします。

連絡先

住所

電話番号

(FAX)

担当者名

雇児母発 1226 第 1 号
平成 26 年 12 月 26 日

[改正経過]

- 第 1 次改正 平成 27 年 9 月 30 日 雇児母発 0930 第 1 号
- 第 2 次改正 平成 27 年 12 月 28 日 健難発 1228 第 2 号
- 第 3 次改正 平成 29 年 9 月 29 日 健難発 0929 第 2 号
- 第 4 次改正 平成 30 年 6 月 29 日 健難発 0629 第 4 号
- 第 5 次改正 令和 4 年 3 月 17 日 健難発 0317 第 3 号
- 第 6 次改正 令和 8 年 2 月 16 日 健生難発 0216 第 1 号

各 { 都道府県
指定都市
中核市
児童相談所設置市 } 衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長
(公 印 省 略)

児童福祉法第 6 条の 2 第 3 項に規定する小児慢性特定疾病医療支援に係る高額療養費の支給に係る保険者との連絡等の事務の取扱いについて

標記事務に係る各都道府県、指定都市、中核市及び児童福祉法第 59 条の 4 第 1 項の政令で定める市（特別区含む。）（以下「都道府県等」という。）の具体的な取扱いについては、下記のとおりとするので、円滑な実施にご協力方お願いします。

なお、この取扱いについては、保険局と協議済みであることを申し添える。

記

1. 被用者保険（健康保険、船員保険及び共済組合等）について

(1) 新規申請に係る取扱いについて

① 都道府県等からの連絡について

ア) 被保険者が、低所得者区分（（2）②の所得区分における70歳未満の市町村
民税世帯非課税者並びに70歳以上の低所得者Ⅰ及び低所得者Ⅱをいう。以下
同じ。）に該当すると思われる者については、被保険者（70歳以上の低所
得者Ⅰに該当すると思われる者については、その被扶養者を含む。）の非課
税証明書等を確認し、原則として、紙媒体で作成した別添様式①（被用者保

険)の連絡票に、被保険者及び申請者の被保険者等記号番号又は個人番号並びに当年1月1日時点における両者の住所(都道府県名及び市町村名)を記載の上、別添様式Aの送付状を添付して郵送により行うこと。加えて、長期入院(申請月以前の1年間の入院日数が通算して90日を超えていること)の申出が申請者よりあった場合には、別添様式①(被用者保険)の連絡票の備考欄に「長期入院」と記載すること。

また、全国健康保険協会への連絡については、連絡件数が多い場合には、連絡票を電子媒体に収録して郵送することも可能とするが、その場合に使用する媒体はCD-R又はDVD-Rに限るものとし、電子媒体に収録するExcelファイルのファイル名は連絡票整理記号と同一とすること。また、収録する連絡票の電子ファイルには、必ずパスワードを設定することとし、当該パスワードの伝達については、電子媒体とは別に郵送する又は個別に協会支部の担当者へ電話連絡するなど、電子媒体に同封しない方法で対応すること。

イ) 連絡票の送付先は、被保険者の所属する保険者(支部がある保険者の連絡票の送付先は、被保険者の所属する支部)とすること。

ウ) 都道府県等は、連絡の件数が多い場合には、保険者に対して連絡票の媒体や送付方法について連絡し、適宜調整されたい。また、電子データの提供を希望する健康保険組合等から、連絡票の媒体や送付方法について連絡がなされる場合があるので、適宜調整されたい。

エ) 連絡票及び送付状には必ず送付ごとに必要となる連絡票整理記号を記入すること。なお、個人番号を記載した連絡票を送付する場合、個人番号は特定個人情報に当たることから、追跡可能な郵便方法とすること。

(2) 更新申請等及び所得区分の変更に係る取扱いについて

① 被用者保険の加入者が低所得者区分に該当するかどうかについては市町村民税課税情報に基づいて認定がなされることとなるが、前年度の市町村民税課税情報に基づく所得区分認定の有効期限は7月末までとされている。このため、被用者保険の加入者に係る更新申請等(変更申請を含む。以下同じ。)については、7月早期に行わせることとし、都道府県等は、低所得者区分に該当すると思われる者(更新等の前に低所得者区分の認定を受けていた者及び更新申請等の時点で新たに低所得者区分に該当すると思われることとなった者を含む。)についてののみ、(1)①に準じて、7月下旬までに保険者に連絡すること。

② 更新申請等の前に低所得者区分に該当しているが、更新申請等の時点で今後低所得者区分に該当しなくなると思われる者については、保険者への連絡は不要である。

(※)所得区分

(70歳未満) ア：標準報酬月額83万円以上

イ：標準報酬月額53万円以上79万円以下

ウ：標準報酬月額28万円以上50万円以下

エ：標準報酬月額 26 万円以下

オ：市町村民税世帯非課税者

(70 歳以上)

VI（現役並みⅢ）：標準報酬月額 83 万円以上

V（現役並みⅡ）：標準報酬月額 53 万円以上 79 万円以下

IV（現役並みⅠ）：標準報酬月額 28 万円以上 50 万円以下

Ⅲ（一般所得者）：標準報酬月額 26 万円以下

Ⅱ（低所得者Ⅱ）：市町村民税世帯非課税者

Ⅰ（低所得者Ⅰ）：市町村民税世帯非課税者

(年金収入一定基準以下)

(3) 加入保険者変更の取扱いについて

小児慢性特定疾病児童等が加入する保険者の変更があった場合には、都道府県等は、受給者からの届出に基づき、変更後の保険者に対して、新規申請と同様の方法により連絡を行うものとする。

連絡票の作成について(被用者保険)

※ 注意事項(都道府県等向け)

- ・ 連絡票の作成送付については、実施機関単位で行うこと。
- ・ 保険者が発行する書類(限度額適用認定証など)の提示があった者については、それ以外の者の連絡票とは別に連絡票を作成すること。
- ・ 連絡票の右肩には、連絡票に全体の枚数中の何枚目かを記入すること。
- ・ 連絡票整理記号は次のとおりとすること。
 - 発送日(西暦・4桁+月・2桁+日・2桁)―法別番号(52)―実施機関名(都道府県名又は市名)
 - ※平成27年4月1日に東京都が小児慢性特定疾病医療費に係る連絡を行う場合:20150401―52―東京都
- ・ 連絡先が保険者の支部となる場合は、「保険者名」は支部まで記入すること。
- ・ 対象者本人と被保険者が同一の場合には、被保険者の氏名欄(漢字)に「左に同じ」、その他の項目は空欄とすること。
- ・ 全国健康保険協会に送付する際は被保険者等記号番号及び個人番号を併記すること。その他の保険者については、都道府県と保険者の双方で調整し、被保険者等記号番号及び個人番号の併記又は被保険者等記号番号のみの
- ・ 「当年1月1日時点の住所」欄には、都道府県及び市町村名を記入すること。
- ・ 送付状には連絡票整理記号を記入すること。
- ・ 連絡票の送付前に、個人番号等内容を確認すること。
- ・ 「長期入院」(申請月以前の1年間の入院日数が通算して90日を超えていること)の申出があった場合には、「対象者本人について」の備考欄に「長期入院」と記載。

(別添様式A)

年 月 日

(保険者名) 御中

(実施機関名)

児童福祉法第6条の2第3項の
小児慢性特定疾病医療支援の対象者に係る連絡票の
送付について

別紙のとおり、児童福祉法第19条の2第1項の小児慢性特定
疾病医療支援の対象者のうち、低所得者区分に該当すると思わ
れる者について、健康保険法施行規則第98条の2第2項及び第
3項に基づき、連絡いたします。

連絡票枚数	_____枚
対象者数	_____人

連絡先

住所

電話番号

(FAX)

担当者名