

指定難病医療費助成制度の指定医療機関の皆さんへ

難病医療費助成制度が平成 27 年 1 月 1 日から改正されることとなります。

すでに申請を出され難病の指定医療機関となった医療機関（薬局も含みます）では、今回、新たに県や市から発行される難病の医療受給者証により窓口での対応をお願いすることとなります。

しかし、同時に行われた高額療養費制度の改正手続などの関係から、経過的に対応をお願いしなくてはならない点が生まれています。

経過的な対応方法は、基本的に、これまでも制度改正や医療受給者証更新時にお願いしてきているものと類似しておりますが、次の点について窓口対応において御留意いただきますよう、よろしく申し上げます。

- 新たに発行される難病の医療受給者証の取扱いについては、別添の「難病の医療受給者証の取扱いについて」をご覧ください。高額療養費の適用区分の欄に経過措置があります。
- 申請をしても認定手続き等の理由で医療受給者証が交付されていない方がいらっしゃいます。医療受給証が届くまでの間は、難病の医療費助成が行われないものとして窓口負担となり、後ほど県や市町村から医療費助成分をお支払いする（償還払い）こととなります。
- 医療受給者証が届かない方でも、12 月 31 日までに申請された方（平成 26 年 12 月 31 日までに臨床調査個人票を除く必要書類全てを提出され、平成 27 年 2 月 28 日までに臨床調査個人票を提出された方を含む。）は、認定を受けると適用は平成 27 年 1 月 1 日となります。

問合せ先

神奈川県保健福祉局保健医療部保健予防課特定疾患グループ

電話：045-210-4777（直通）

平成27年からの難病の医療受給者証の取り扱いについて

特定医療費（指定難病）医療受給者証 見本（色：オレンジ色）

高額療養費制度の見直しに伴い、70歳未満の患者さんの適用区分はアイウエオの5区分に細分化されることとなりました。ただし、平成27年6月30日までに指定難病の支給認定を申請した方については適用区分を記載しないで受給者証を発行できることとされており、その場合の適用区分は「-」または「***」で表示されております。

なお、その方のレセプトの請求の際は、「特記事項」欄を空欄で請求することとされております（3枚目の資料を参照してください。）。レセプト請求の実務については、審査支払機関にお問い合わせください。

見本

神奈川県 特定医療費（指定難病）医療受給者証 公費負担者番号 5 4 1 4 受給者番号 氏名 生年月日 性別 住所 保険者 医療機関番号 適用区分 有効期間 疾病名 疾病名 疾病名 疾病名 月額自己負担限度額 階層区分 氏名 続柄 住所		人工呼吸器等装着 高額かつ長期 軽症者特別 重症患者認定 世界内地指定難病・小児慢性 名称 難病法に基づき指定された指定医療機関 所在地 名称 所在地 名称 所在地 名称 所在地 名称 所在地 名称 所在地 名称 所在地 名称 所在地	指定医療機関等 名称 所在地 名称 所在地 名称 所在地 名称 所在地 緊急その他やむを得ない場合については、その他の指定医療機関で受診可能です。 上記のとおり認定します。 発行機関 神奈川県知事	医療機関及び薬局の方へ 医療機関及び薬局は、以下の記入例を参考に当該月分の必要事項を記入の上、押印願います。 ・指定難病の患者さんについては、認定された疾病の治療に関して、健康保険の自己負担割合が2割となります（1割の方は1割が優先されます）。 ・入院時の食事療養費について、公費負担者番号「54145016」の内については、標準負担額の二分の一の公費負担があります。食費については、自己負担限度額管理票には記載しないでください。公費負担者番号が「54146014」の方は公費負担はありません。 <記入例> 自己負担限度額が10,000円、負担割合が2割 平成27年 1月自己負担限度額管理票 <table border="1"> <thead> <tr> <th>日付</th> <th>指定医療機関名</th> <th>診療報酬点数</th> <th>自己負担額</th> <th>月額の取収印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1/4</td> <td>〇〇病院</td> <td>3,500円</td> <td>7,000円</td> <td>印</td> </tr> <tr> <td>1/5</td> <td>××薬局△△店</td> <td>2,000円</td> <td>3,000円</td> <td>印</td> </tr> </tbody> </table> 保険適用後の一部負担金は4,000円であるが、患者は3,000円を支払うことによって自己負担限度額に達するのので、3,000円徴収する。 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 <table border="1"> <thead> <tr> <th>日付</th> <th>指定医療機関名</th> <th>確認印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1/5</td> <td>××薬局△△店</td> <td>印</td> </tr> </tbody> </table>	日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印	1/4	〇〇病院	3,500円	7,000円	印	1/5	××薬局△△店	2,000円	3,000円	印	日付	指定医療機関名	確認印	1/5	××薬局△△店	印																																																																																																																																																																																																						
日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印																																																																																																																																																																																																																											
1/4	〇〇病院	3,500円	7,000円	印																																																																																																																																																																																																																											
1/5	××薬局△△店	2,000円	3,000円	印																																																																																																																																																																																																																											
日付	指定医療機関名	確認印																																																																																																																																																																																																																													
1/5	××薬局△△店	印																																																																																																																																																																																																																													
平成 年 月自己負担限度額管理票 <table border="1"> <thead> <tr> <th>日付</th> <th>指定医療機関名</th> <th>診療報酬点数</th> <th>自己負担額</th> <th>月額の取収印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印																																																			平成 年 月自己負担限度額管理票 <table border="1"> <thead> <tr> <th>日付</th> <th>指定医療機関名</th> <th>診療報酬点数</th> <th>自己負担額</th> <th>月額の取収印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印																																																			平成 年 月自己負担限度額管理票 <table border="1"> <thead> <tr> <th>日付</th> <th>指定医療機関名</th> <th>診療報酬点数</th> <th>自己負担額</th> <th>月額の取収印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印																																																			平成 年 月自己負担限度額管理票 <table border="1"> <thead> <tr> <th>日付</th> <th>指定医療機関名</th> <th>診療報酬点数</th> <th>自己負担額</th> <th>月額の取収印</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table> 上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。 日付 指定医療機関名 確認印	日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印																																																		
日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印																																																																																																																																																																																																																											
日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印																																																																																																																																																																																																																											
日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印																																																																																																																																																																																																																											
日付	指定医療機関名	診療報酬点数	自己負担額	月額の取収印																																																																																																																																																																																																																											

自己負担限度額・階層区分の詳細は裏面参照

自己負担限度額管理票は毎回確認し、記入をお願いします。入院時の食事療養費は記入しないでください。

平成27年6月30日までに指定難病の申請を行った方については、「指定医療機関」の欄には個別の医療機関名は表示されず、「難病法に基づき指定された指定医療機関」と記載されます。
 貴医療機関が神奈川県からの指定を受けており、指定難病に係る医療であれば医療費支給の対象となります。

問合せ先
 神奈川県保健福祉局保健医療部保健予防課特定疾患グループ
 電話：045-210-4777（直通）

医療受給者証に記載されている階層区分について

階層区分		階層区分の基準		自己負担限度額 (外来+入院+薬代+訪問看護等※)					
				公費負担者番号					
				54146014			54145016		
				一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者	一般	現行の重症患者	人工呼吸器等装着者
A	(生活保護)	—		0	0	0	0	0	0
B1	(低所得Ⅰ)	市町村民税 非課税(世帯)	本人収入 ～80万円	2,500	2,500	1,000	2,500	2,500	1,000
B2	(低所得Ⅱ)		本人収入 80万円超	5,000	5,000		5,000		
C1	(一般所得Ⅰ)	市町村民税 課税以上7.1万円未満		10,000	5,000		5,000	5,000	
C2	(一般所得Ⅱ)	市町村民税 7.1万円～25.1万円未満		20,000	10,000		10,000		
D	(上位所得)	市町村民税 25.1万円以上		30,000	20,000	20,000			

※訪問看護等…

介護保険のうち、以下のサービスが介護給付費支給対象となります。
 (介護予防) 訪問看護、(介護予防) 訪問リハビリテーション、
 (介護予防) 居宅療養管理指導、介護療養施設サービス

<主な変更点>

公費負担者番号		法別番号が54に変更となることに伴い、神奈川県における公費負担者番号が「54146014」と「54145016」の2種類に変わります。(スモン等、一部法別番号51の疾患もあります。)
患者負担	医療保険の負担割合	医療保険の負担割合が3割となっている方については、 2割 となります。2割分を上限として患者さんが負担し、患者負担を除く金額を公費で負担します。
	自己負担上限月額	患者さんが受診した 複数の医療機関での自己負担額を合算 して自己負担上限月額を適用します(入院、外来、薬局、訪問看護等全て合算します)。患者さんには医療受給者証と共に自己負担限度額管理票を交付しますので、当該管理票の確認及び記入をお願いします。

★自己負担限度額管理票が足りない場合は…

自己負担限度額管理票をコピーするか、今後ホームページで当該管理票の用紙をご用意いたしますのでそちらを印刷していただき、上から貼り付けて記入してください。

【資料】

平成27年1月～12月までの医療機関における難病法による特定医療及び小児慢性特定疾病医療支援の受給者証の提示パターンとレセプトの取扱いについて

【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】

提示パターン	レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い
反映後の受給者証	受給者証の所得区分に応じた記載とする

【所得区分の受給者証への反映ができていない場合】

提示パターン	レセプトの「特記事項」欄への記載と取扱い
① 反映前の受給者証(受給者証に所得区分の記載がないもの)のみ	特記事項へは記載しない
② 反映前の受給者証+「3割」(現役並み所得者の記載がある高齢受給者証等)	「現役並み」として記載する
③ 反映前の受給者証+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	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に応じた記載とする

※ 本取扱いは、平成26年12月19日健疾発1219第1号厚生労働省健康局疾病対策課長通知「難病の患者に対する医療等に関する法律に基づく特定医療に係る高額療養費の支給に係る事務の当面の取扱いについて」及び平成26年12月19日雇児母発第1219第1号厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課長通知「児童福祉法に基づく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事務の当面の取扱いについて」に基づく内容であること。