

疾病第 2364 号
令和 8 年 3 月 12 日

千葉県指定医療機関（指定難病・小児慢性特定疾病）の管理者 様

千葉県健康福祉部疾病対策課長
(公印省略)

小児慢性特定疾病医療受給者証及び特定医療費（指定難病）
受給者証の記載内容の取扱いについて（通知）

日頃、本県の健康福祉行政に御理解と御協力を賜り厚くお礼申し上げます。

児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費及び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費については、受給者証の提示を受けた指定医療機関から受給者へ現物給付いただくことになっています。

今般、国の制度改正があり、受給者証に保険情報（保険者名、記号・番号、適用区分）の印字が不要となったため、今後、保険情報の記載のない受給者証が提示されることとなります。

また、適用区分の変更を反映させた受給者証の随時発行もなくなるため、既に発行された保険情報の記載のある受給者証であっても、これを用いて区分情報を確認することができなくなります。

つきましては、受給者証の保険情報の記載有無にかかわらず、下記のとおり御対応いただきますようお願いいたします。

記

1 保険情報及び限度額適用区分の確認方法等
別添リーフレットのとおりに

2 療養費申請書への医療費の証明を依頼されたとき

従前は、申請者（受給者）が適用区分を申請書に記入しましたが、受給者証に記載がなくなることで本人では記入できなくなります。依頼を受けた指定医療機関にかれては、本紙裏面の記載例にならい御記入いただくようお願いいたします。なお、記載例は暫定的な対応であり、今後、様式改正にて記入欄を新設する予定です。

【問合せ先】

千葉県健康福祉部疾病対策課 受給者証担当
TEL : 043-223-2575

▼記載例（小児慢性特定疾病療養費申請書）

(様式11)

(平成30年8月1日改正)

療 養 費 証 明 書

公費負担者番号		受給者番号				
患者氏名		病名				
受給者証の有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
申請診療月	保 険 対 象 分			食事療養費 患者負担額 (金額・回数・日数)	多数回該当	公費負担額 (この欄は記入しないで下さい)
	上記有効期間内の対象疾患に係る保険診療総額(A)	社会保険等 負担額(B) B=A-C	患者負担額 (C)			
6月	入院 18日	1,000,000円	912,570円 (ウ) 87,430円	26,010円 (51食/18日)	有・無	円
	通院 2日	36,000円	25,200円 10,800円	円 (食/	有・無	円
7月	入院 4日	320,000円	239,370円 (ウ) 80,630円	5,100円 (10食/4日)	有・無	円
	通院 3日	47,000円	32,900円 14,100円	円 (食/	有・無	円
月	入院 日	円	円	円 (食/	有・無	円
	通院 日	円	円	円 (食/	有・無	円
上記のとおり証明する。						
年 月 日						
医療機関名						
所在地						
代表者氏名						

患者負担額 (C) の余白部分に
把握する当時の適用区分を御記入願います。
把握していない月は空欄で構いません。

※「多数回該当」とは、同一医療機関における過去12ヶ月の小児慢性特定疾患対象療養費（入院に限る）に係る高額療養費の支給月額が3月以上ある場合に4月目から多数回該当により所得区分ごとの軽減された自己負担額（入院に限る）を適用するものです。

▼記載例（指定難病療養費申請書）

別紙様式第7号		令和6年4月1日改正様式		
指定難病療養費申請書				
千葉県知事		様 年 月 日		
受給者氏名		受給者番号		
生年月日	T・S・H・R 年 月 日 生	月額自己負担上限額	円	
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
健康保険組合等からの附加給付	有 → 自己負担限度額 円 円未満不支給 円未満切り捨て	健康保険上の適用区分	ア・イ・ウ・エ・オ VI・V・IV・III・II・I	
		決定金額	(この欄は記入しないでください) 円	
診療年月	保 険 対 象 分			公費負担額 (この欄は記入しないでください)
	上記有効期間内の対象疾患に係る保険診療総額…A		Aのうち、患者負担額…B	
R8年 6月	外来 2日間	36,000 円	(ウ) 10,800 円	円
	入院 18日間	1,000,000 円	87,430 円	円
R8年 7月	外来 3日間	47,000 円	14,100 円	円
	入院 4日間	320,000 円	80,630 円	円
年 月	外来 日間	円	円	円
年 月	入院 日間	円	円	円
年 月	外来 日間	円	円	円
年 月	入院 日間	円	円	円
上記のとおり証明する。				
指定医療機関名			作成者	
所在地			(部 署)	
年 月 日			氏 名	
代表者氏名			☎ 電話番号	
※証明内容についてお問合せさせていただく場合があります。				
この申請に関して、必要に応じて千葉県が健康保険組合等に対して照会すること、及び千葉県が健康保険組合等から照会を受けた際に千葉県が回答することについて同意します。				
振込先	金融機関名	銀行 支店		
	口座番号	普通・当座 No.		
	フリガナ			
	氏名			
		電話番号		
		受給者との続柄		
<p style="text-align: center;">患者負担額（B）の余白部分に 把握する当時の適用区分を御記入願います。 把握していない月は空欄で構いません。</p>				
<ol style="list-style-type: none"> 太枠内(証明欄)は指定医療機関が記入してください。 太枠内(証明欄)の訂正は、証明者の訂正印によるもの以外は一切認められません。 振込口座の名義人と申請者は、必ず同一人物にしてください。 消すことができるインクのペンを使用した申請は認められません。 <p>【 申請時に必要な添付書類 】</p> <ol style="list-style-type: none"> 領収書等の支払内容がわかる書類(申請月のものすべて) 特定医療費(指定難病)受給者証の写し 指定難病特定医療費自己負担限度額管理手帳の写し 健康保険証の写し 限度額適用認定証等の写し(交付されている方のみ) 振込先金融機関に関する名称、支店名、口座番号及び口座名義(カタカナ表示)が分かる通帳等の写し(通帳の2ページ目等) 				

医療
受給者証

保険者名・記号及び番号・適用区分の記載が廃止されます

難病・小児慢性特定疾病の医療受給者証から、保険者名・記号及び番号、および高額療養費の適用区分の記載が廃止されます。所得区分の確認のため、オンライン資格確認等システムの活用をお願いします。

◎患者さんがマイナ保険証を利用できる場合

患者さんがマイナンバーカードをカードリーダーに置くことで、オンライン資格確認等システムから資格情報の取得・取り込みができ、限度額適用区分情報を含めて確認できます。

◎患者さんが資格確認書を持参された場合

患者さんが提示した資格確認書を確認し、資格確認端末等でオンライン資格確認等システムに、保険者番号を入力することにより、資格情報の取得・取り込みができます。

この場合、限度額適用区分情報の提供については、毎回窓口職員等が口頭等で患者さんから同意を取得する必要があります。

◎患者さんが限度額適用認定証等を持参された場合

限度額適用認定証等に記載された所得区分を確認します。

所得区分が確認できない場合

オンライン資格確認未導入の医療機関、資格確認書を提示した患者が限度額適用区分情報の提供に不同意の場合や、患者からの限度額適用認定証等の提示がない場合等、所得区分が確認できない場合は、以下の取り扱いをお願いします。

	適用区分	特記事項への記載
① 70歳未満の者	適用区分ウ	不要
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 ※1	要
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 ※1	要
④ 70歳以上の現役並み所得者	適用区分ア ※2	要

※1 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「適用区分工」、後期高齢者医療被保険者(2割負担)は「適用区分力」、後期高齢者医療被保険者(1割負担)は「適用区分キ」を指します。

※2 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となります。

お問い合わせ先：千葉県健康福祉部疾病対策課 受給者証担当 043-223-2575