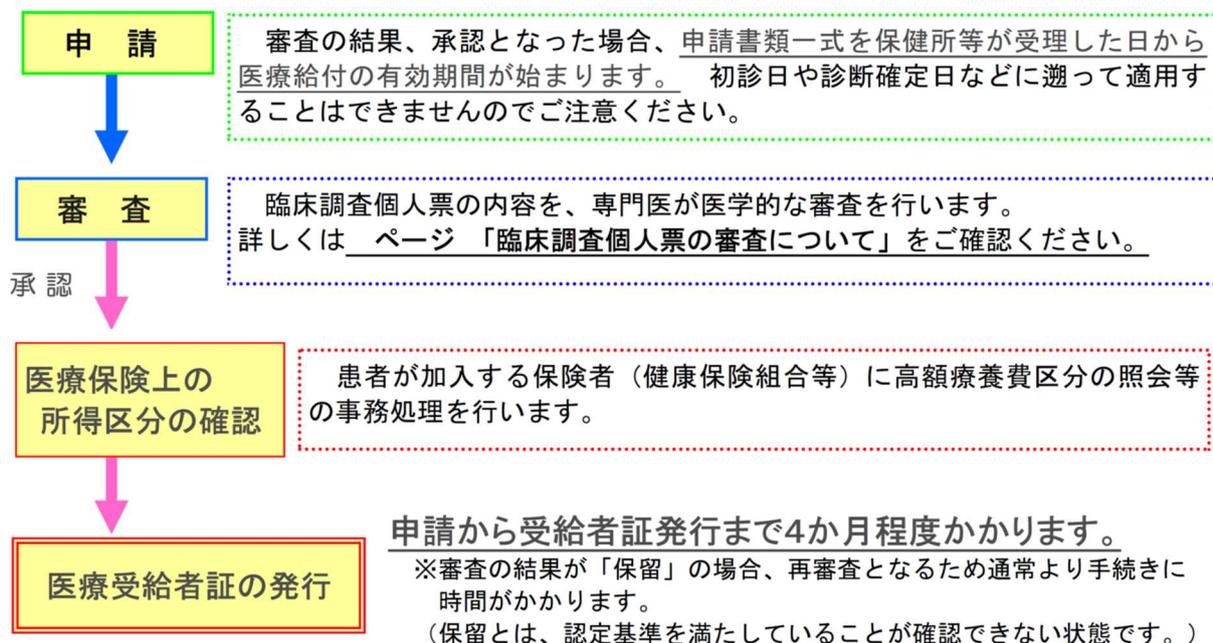


神奈川県指定難病医療費助成制度

1 申請ができる方

- ① 指定難病（難病のうち厚生労働省令によって指定された疾病）に該当する方
- ② 神奈川県内（横浜市、川崎市、相模原市を除く）に居住している方 【指定難病の患者が18歳未満の場合は、患者の保護者が神奈川県内（横浜市、川崎市、相模原市を除く）に居住している方】
- ③ 国民健康保険や社会保険など、公的医療保険に加入している方又は生活保護受給者

2 申請から医療受給者証交付まで



★審査の結果が「承認」となった場合は、「特定医療費（指定難病）医療受給者証」が交付されます。申請から医療受給者証が発行されるまでの間に指定医療機関においてかかった指定難病にかかる医療費について、払い戻し請求をすることができます。（指定医療機関でない医療機関でかかった医療費、指定難病と関係のない医療費は、払い戻しの請求をすることができません。）

3 医療受給者証の有効期間について

<有効期間の開始日>

申請書類一式を、保健所等が受理した日

<有効期間の末日>

令和元年7月以降に申請する場合：令和2年9月30日

★更新のご案内は、更新の時期が近づきましたら、対象者に郵送されます。



臨床調査個人票の審査について

- 臨床調査個人票に記載されている内容を審査し、認定された方に受給者証を交付します。
- 認定されるためには、以下の① または ② を満たす必要があります。

①：症状について、次の2つの認定基準を満たすこと

A：診断基準（対象疾病にかかっているか）

B：重症度基準（症状が一定程度あるか）

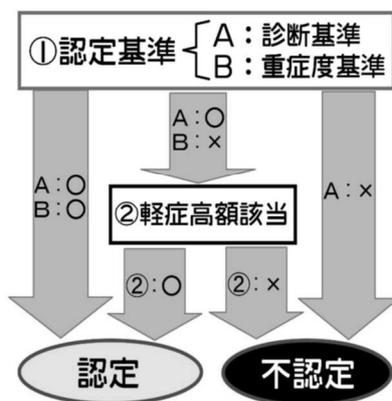
- ・症状がそれぞれの認定基準を満たしているかについては、主治医（難病指定医、協力難病指定医）に相談してください。
- ・認定基準は厚生労働省や神奈川県、難病情報センター等のホームページで公開されています。

②：「軽症高額該当」の要件を満たすこと

対象は①のA「診断基準」を満たしているが、B「重症度基準」を満たさない方です。

- ・「軽症高額該当」の要件を満たすかどうかについては、指定難病でかかった医療費を確認する必要があります。

<審査の流れ>



①の認定基準を満たしているかは、主治医（難病指定医）に相談してください。

①の認定基準を満たさず、かつ②の「軽症高額該当」の要件も満たさない場合は、不認定となります。受給者証を交付することはできません。

○：基準を満たす
×：基準を満たさない

専門医による医学的な審査を行います。

○審査の結果、「保留」となることがあります。

保留とは、①認定基準及び②軽症高額該当基準を満たしていることが確認できない状態です。保留となった場合は、保留になった旨の通知を患者と難病指定医に送付します。

○審査の結果、「不認定」となることがあります。

不認定とは、①認定基準及び②軽症高額該当基準を満たさない状態です。不認定となった場合は、不認定と判断された理由を記載した「不認定通知」を送付します。

4 医療給付の内容及び患者さんの自己負担割合について

*対象医療の範囲

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
(保険適用外の費用やサービスは対象外となります)

*医療の給付の内容

入院、外来、院外薬局、(医療保険を使用した)訪問看護

*介護の給付の内容

(介護予防)訪問看護・訪問リハビリテーション・居宅療養管理指導、介護療養施設サービス

受診した複数の医療機関の自己負担をすべて合算し、受給者は自己負担上限月額を限度として負担することとなります。自己負担上限月額は、支給認定基準世帯員の市町村住民税額(所得割額)に応じて決定します。

※「患者負担割合：2割」について

医療保険上で3割負担となっている患者さんが、特定医療費の支給認定を受けた場合、自己負担上限月額を上限として、患者さんの負担は総医療費の2割となります。

なお、1割負担となっている患者さんは、そちらが優先されます。

例) 総医療費が40,000円で、受給者証がない場合

患者負担(3割) 12,000円		医療保険負担 28,000円
受給者証があると (自己負担上限月額が10,000円の方の場合)		
患者負担(2割) 8,000円	公費負担 4,000円	医療保険負担 28,000円

総医療費の2割の金額(8,000円)が自己負担上限月額である10,000円を下回るため、患者負担は8,000円となる。

5 指定難病医療給付の対象外となるもの

- ・受給者証に記載されている有効期間外にかかった医療費
- ・認定されている疾病及び付随して発生する傷病以外の治療(風邪や虫歯等)にかかった医療費や薬代
- ・公的医療保険の適用が受けられない、保険診療外の治療や薬代
- ・都道府県が指定した指定医療機関以外での受診でかかった医療費や薬代
- ・入院中の食事療養費及び生活療養費
- ・入院中に支払った差額ベッド代や、シーツ、テレビ、おむつなど保険適用外の料金
- ・高額療養費制度によって各公的医療保険からの払戻しを受けられる金額
- ・往診料等で医療機関に支払う保険適用外の交通費や手間賃、手数料など
- ・臨床調査個人票などの各種証明書料金
- ・めがねやコルセット、車椅子などの補装具、治療用装具の費用
- ・鍼灸、マッサージ、柔道整復にかかった治療費
- ・通所介護(デイサービス)、訪問介護サービス

⑥ 難病指定医及び指定医療機関について

難病指定医について

新規申請に必要な臨床調査個人票を記載できるのは、都道府県からの指定を受けた難病指定医に限られます。

指定医療機関について

指定難病の医療費の給付を受けることができるのは、都道府県からの指定を受けた指定医療機関で行われた医療に限られます(病院、薬局、訪問看護事業者も同様です)。

【指定難病医療費助成制度の変更点について】

マイナンバー(個人番号)の運用開始

情報連携が開始されることにより、新規・更新手続きの際、住民票、市町村民税課税(又は非課税)証明書の省略が可能となりました。

※ただし、被用者保険で市町村民税が非課税の方、国民健康保険組合(一部を除く)は市町村民税課税(又は非課税)証明書省略できません

【特例制度 1 軽症高額該当】

軽症高額該当

症状が認定基準に満たない方が、一定以上の医療費がかかっている証明を出すことにより、指定難病の認定を受けるための特例制度。

対象者

症状が認定基準を満たさず不認定となる方のうち、以下の要件を満たす方。

要件

新規または更新申請を行う月を含めて 12 か月さかのぼり、指定難病に係る医療費の総額が 33,330 円（10 割負担の場合）を超える月が 3 回以上ある。

（例 1）対象期間のさかのぼり方

令和元年 9 月に新規申請 ⇒ 対象期間は「平成 30 年 10 月～令和元年 9 月」

（例 2）医療費の総額の確認方法

①医療費総額（10 割）を確認する。

⇒「1 か月で計 33,330 円以上」となる。

（※自己負担限度額管理票の金額を足し算すると分かります。）

平成 31 年 1 月自己負担限度額管理票

受給者証の自己負担限度額管理票では、1 か月あたりの「医療費総額（10 割）」を合計してください。
合計 33,330 円を超える月が 1 年以内に 3 か月以上必要です。

④ 1 か月の合計が
35,560 円 = 対象

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己 負担額	月額 累計額	徴収印
1/10	市役所クリニック	3,340 円	670 円	670 円	市クリ
1/10	市役所薬局	20,000 円	4,000 円	4,670 円	市薬
1/20	市役所クリニック	2,220 円	330 円	5,000 円	市クリ
1/20	市役所薬局	10,000 円	0 円	5,000 円	市薬

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
1/20	市役所クリニック	市クリ

②窓口負担の金額を確認する。

⇒窓口 3 割負担の方 = 月額 10,000 円を超える支払い

窓口 2 割負担の方 = 月額 6,666 円を超える支払い

窓口 1 割負担の方 = 月額 3,333 円を超える支払い

提出書類

①診療報酬明細書や領収書など、金額や点数が分かるもののコピー

②受給者証の自己負担限度額管理票のコピー

【特例制度 2 高額難病治療継続】

高額難病治療継続

指定難病の認定を受けた後、一定以上の医療費がかかっている証明を出すことにより、自己負担上限月額を軽減させるための特例制度。

該当した場合の軽減額

階層区分		患者負担割合：2割または1割		
		一般	高額難病治療継続	人工呼吸
A	生活保護	0円	0円	0円
B1	低所得Ⅰ	2,500円	2,500円	1,000円
B2	低所得Ⅱ	5,000円	5,000円	
C1	一般所得Ⅰ	10,000円	5,000円	
C2	一般所得Ⅱ	20,000円	10,000円	
D	上位所得	30,000円	20,000円	

階層区分が C1、C2 の方は半額分、D の方は 10,000 円分の軽減が受けられます。

対象者

認定を受けてから半年以上が経過しており、以下の要件を満たす方。

要件

変更（または更新）申請を行う月を含めて 12 か月さかのぼり（確認方法は、【特例制度 1 軽症高額該当】と同様）、指定難病に係る医療費の総額が 50,000 円（10 割負担の場合）を超える月が 6 回以上ある。

（例）医療費の総額の確認方法

①医療費総額（10 割）を確認する。

⇒「1 か月で計 50,000 円以上」となる。

（※自己負担限度額管理票の金額を足し算すると分かります。）

平成 31 年 2 月自己負担限度額管理票

受給者証の自己負担限度額管理票では、1 か月あたりの「医療費総額（10 割）」を合計してください。
合計 50,000 円を超える月が 1 年以内に 6 か月以上必要です。

㊦ 1 か月の合計が
50,500 円 = 対象

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	月額の累計額	徴収印
2/12	市役所クリニック	3,500 円	700 円	700 円	市クリ
2/12	市役所薬局	15,000 円	3,000 円	3,700 円	市薬
2/28	市役所クリニック	2,000 円	400 円	4,100 円	市クリ
2/28	市役所薬局	30,000 円	6,000 円	10,100 円	市薬

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

②窓口負担の金額を確認する。

- ⇒窓口3割負担の方 = 月額 15,000 円を超える支払い
- 窓口2割負担の方 = 月額 10,000 円を超える支払い
- 窓口1割負担の方 = 月額 5,000 円を超える支払い

提出書類

- ①診療報酬明細書や領収書など、金額や点数が分かるもののコピー
 - ②受給者証の自己負担限度額管理票のコピー
 - ③特定医療費支給認定変更申請書（第10号様式）
- ⇒変更事項の「高額難病治療継続者としての認定の希望」の『有』に○をする。

(参考)

第10号様式（第9条関係）

特定医療費支給認定変更申請書

年 月 日

神奈川県知事殿

申請者 居住地
氏 名 印

難病の患者に対する医療等に関する法律第10条第1項の規定により、次のとおり申請します。

必ず記載してください	受給者番号								
	患者	氏名							
		居住地	〒						
		日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）							
	保護者（患者さんが18歳未満の場合に記入）	氏名						患者との続柄	
		居住地	〒						
日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可）									

変更事項(変更を申請する事項のみ記入してください。)

指定難病 の名称	
高額難病治療継続者としての認定の希望	(有) ・ 無

変更事項の「高額難病治療継続者としての認定の希望」の『有』に○をする。