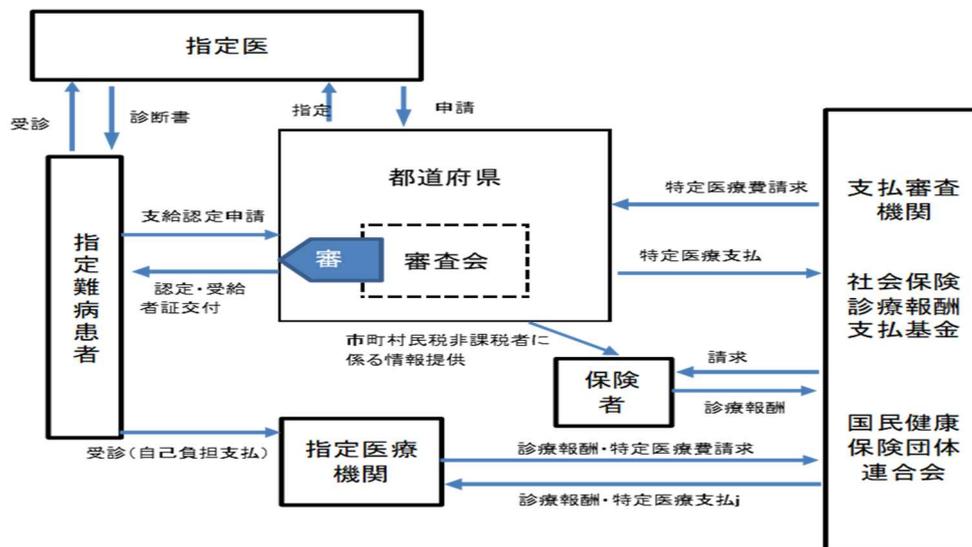


# 指定難病医療費受給者証発行等業務概要

福島県障がい福祉課

## I 新規認定【通年 想定件数 2,000 件/年】

- 難病患者への支援策として「難病の患者に対する医療等に関する法律」による医療費(制度対象となる難病にかかる医療費を「特定医療費」という)助成制度がある。
- 自己負担額は2割とされ、かつ所得状況により月ごとの上限額が設定される。
- 当該制度認定の申請として年間を通じて随時提出され、これを申請要件等に照らして審査の上認定の判断をする。



		原則 (R7/7/1以降)			
		自己負担上限額(円) 患者負担 2割(外来+入院)			
階層区分	階層区分の基準		一般	高額かつ長期	人工呼吸器装着者
生活保護	—		0	0	0
低所得 I	市町村民 税非課税	本人年収 80万9千円以下	2,500	2,500	1,000
低所得 II		本人年収 80万9千円超	5,000	5,000	
一般所得 I	市町村民税7.1万円未満		10,000	5,000	
一般所得 II	市町村民税7.1万円以上 25.1万円未満		20,000	10,000	
上位所得	市町村民税25.1万円以上		30,000	20,000	
入院時の食費		全額自己負担			

## 1 申請書の受付

概ね月一回程度、各保健福祉事務所及び中核市保健所から「難病医療費支給認定申請書（新規用）」（以下、「申請書」という）が送付されてくるので一覧と現物を照合する。

## 2 審査

各保健社事務所等で第1次審査を実施の上、申請書に審査結果が記載されてくるのでこれらを審査する。

- (1) 氏名、住所、保険者等基本事項について添付資料と照合する。
- (2) 階層区分を添付の課税資料から確認する。
- (3) 添付の「臨床検査個人票」（以下、「個票」という）に記載の重症度を、国が定める重症度分類表と照合して審査する。
- (4) 疑義ある場合にはその旨県担当者の指示による。

## 3 システム入力

- (1) 前記2で審査した各事項等を指定のシステムに入力し、入力後は申請書と入力結果の照合を行う。
- (2) 下記4で回答があった所得区分を入力する。
- (3) 下記5の審査会結果を入力する。
- (4) 下記6の発送実績等を入力する。

## 4 被用者保険加入者に係る保険者への通知

被用者保険（健康保険、船員保険及び共済組合等）に加入している申請者については、申請者（申請者が被扶養者の場合は被保険者）の課税情報から市町村民税非課税者に該当する場合、被保険者の記号番号又は個人番号並びに当年1月1日時点における申請者及び被保険者の郵便番号及び住所を記載した連絡票を保険者に送付する。

送付に必要な資料の作成や通知書を発送する際の事務補助を行う。

## 5 審査会諮問

- (1) すべての案件を「指定難病審査会」（以下、「審査会」という）にかけるべく、診療分野別に一覧表を作成する。
- (2) 審査会諮問の書類一式を調製のうえ、審査会各審査委員（福島医大教授等）に送付する際の事務補助を行う。

## 6 受給者証等の作成・発送

- (1) 前記5の審査結果をシステムに入力し、認定等の起案基礎となる各種資料を調製する。
- (2) 県職員起案の起案が決裁となった後、認定された者には受給者証をシステムから

出力し、不承認（保留）となった者には不承認（保留）通知書等を作成する。

受給者証（不承認通知書）と申請書類を照合のうえ、各保健福祉事務所等へ発送の事務補助を行う。

## Ⅱ 変更処理【通年 想定件数（各種変更全体）2,000件/年】

- 受給者証記載事項に変更等があった場合、受給者は指定の用紙により届出をするので、これを審査の上受給者用に反映させる。

### 1 申請書の受付

概ね月数回、各保健福祉事務所及び中核市保健所から「特定医療費支給認定変更申請書・届出書」（以下、「届出書等」という）が送付されてくるので一覧と現物を照合する。

### 2 審査～新受給者証発送

変更事由により下記のとおり処理する。

なお、入力結果の照合及び保健福祉事務所等への発送履歴の入力等は全業務共通となる。

#### （1）氏名、住所等

- ① 添付資料と照合し、システムに入力する。変更後の受給者証発行は行わない。  
※各保健福祉事務所等で手書き修正発行済み。

#### （2）保険者

- ① 被用者保険で被保険者が市町村民税非課税の者については上記Ⅰ－４のとおり通知を行う。
- ② 上記Ⅰ－６（２）により変更後受給者証の作成・発送の事務補助を行う。

#### （3）階層区分

課税状況（階層区分）の変動により自己負担限度額が変わる場合があり、当該変更申請があった際は添付資料の審査が必要となる。

- ① Ⅰ－２（２）のとおり審査を行う。
- ② 審査結果をシステムに入力し、変更起案のための帳票等を調製する。
- ③ 上記Ⅰ－６（２）により変更後受給者証の作成・発送の事務補助を行う。

#### （4）疾患追加・変更

前記Ⅰ－２（３）、５、６に準じて審査及び変更後受給者証の作成・発送の事務補助を行う。

#### （5）指定医療機関

申請書記載の医療機関をシステムに入力する。変更後の受給者証発行は行わない。

## Ⅱ-2 指定医及び指定医療機関の指定・登録【通年 想定件数 500 件/年】

- 指定難病医療費の対象として認定を受けるために必要な「臨床検査個人票」は、県の指定を受けた「指定医」のみ作成することができ、当該医療費の対象となる医療の給付ができるのは県の指定を受けた指定医療機関のみである。これら指定に必要な申請書の審査等を行う。

### 1 申請書の受付

概ね月数回、各保健福祉事務所及び中核市保健所から「指定医指定申請」「指定医療機関指定申請書」（以下、「申請書等」という）が送付されてくるので一覧表と現物を照合する。

### 2 審査～指定通知発送

(1) 申請書等の内容を添付書類と照合する。

※指定医 → 専門医有効期間、講習受給の有無を確認

※指定医療機関→ 国登録の事業所番号の取得を確認

(2) 問題なければ指定通知書発行の書類の調製を行い、所定のデータベースへの登録を行う。

(3) 登録内容の変更届の提出があった場合も上記に準じて処理を行い、各受給者に係る指定医療機関の情報をシステムに登録する。

### 3 指定医研修会の案内

更新のために必要となる研修会について、更新対象者の絞り込み及び各指定医への案内作業を行う。

## Ⅲ 更新認定【特定期間 想定件数 15,000 件/年】

- 難病医療費助成制度は1月～12月までの認定であり、毎年更新が必要となる。
- 例年、9月を集中受付期間としており、12月中には希望するすべての受給者が更新手続を終えることになり、年内に更新後の受給者証を発送の事務補助を行うことが目標となる。

### 1 申請書の受付

9月以降月数回程度、各保健福祉事務所及び中核市保健所から「難病医療費支給認定申請書（更新用）」（以下、「申請書」という）及び添付書類一式が送付されてくるので、一覧表を作成し簿冊に綴る。

## 2 審査

各保健社事務所等で第1次審査を実施の上、申請書に審査結果が記載されてくるのでこれらを審査する。

- (1) 添付の「臨床調査個人票」(以下、「臨個票」という)に記載の重症度を、国が定める重症度分類表と照合して審査する。
- (2) 重症度を満たさないと推定される申請書については別冊に移動し、審査会に諮問する。
- (3) 階層区分を添付の課税資料から確認する。
- (4) 保険者の変更の有無を確認の上、被用者保険で被保険者の課税状況が市町村民税非課税者に該当するか確認する。
- (5) 氏名、住所、保険者等基本事項について変更がないか添付資料と照合する。
- (6) 疑義ある場合にはその旨県担当者の指示による。

## 3 システム入力

- (1) 前記2で審査した各事項等を指定のシステムに入力し、入力後は申請書と入力結果の照合を行う。  
ただし、前記2(2)で審査会対象としたものは入力しない。
- (2) 審査会対象外または保険照会未回答以外はすべて「審査会承認」を入力する
- (3) 下記4で保険照会をした場合は、回答があった所得区分を入力する。
- (4) 受給者証発行後は、下記6の発送実績等を入力する。

## 4 被用者保険加入者に係る保険者への通知

被用者保険(健康保険、船員保険及び共済組合等)に加入している申請者については、申請者(申請者が被扶養者の場合は被保険者)の課税情報から市町村民税非課税者に該当する場合、被保険者の記号番号又は個人番号並びに当年1月1日時点における申請者及び被保険者の郵便番号及び住所を記載した連絡票を保険者に送付する。

送付に必要な資料の作成や通知書を発送する際の事務補助を行う。

## 5 審査会諮問

- (1) 「指定難病審査会」諮問案件について、診療分野別に一覧表を作成する。
- (2) 県の指示する方法により審査会各審査委員(福島医大教授等)に送付する。
- (3) 委員会審査結果については整理表を作成し、審査結果を係内で共有する。

## 6 受給者証等の作成・発送

- (1) 前記5の審査結果により、不承認等の起案基礎となる各種資料を調製する。
- (2) 県職員起案の起案が決裁となった後、認定された者には受給者証をシステムから

出力し、不承認（保留）となった者には不承認（保留）通知書等を作成し、各保健福祉事務所等へ発送する際の事務補助を行う。

#### IV 療養費還付計算【通年 想定件数 1,900 件/年】

- 認定事由の変更処理が終了するまでの間、受給者証がないまま受診した等の理由により規定の3割負担もしくは限度額を超えた自己負担をした場合、当該超過分を申請により還付する。

##### 1 申請書の受付

月に数回程度、各保健福祉事務所及び中核市保健所から「難病医療費療養費請求書」（以下、「請求書」という）が送付されてくるので一覧と現物を照合し、記録表を作成する。

##### 2 審査

各保健福祉事務所等で第1次審査を実施しているが、改めて県庁でも審査する。

- (1) 別途指定する計算書式により還付額を算出する。

算出上の疑義事項については適宜各保健所または医療機関に問い合わせの上、確認事項を記録する。

- (2) 上記算出シートを請求書に添えて県担当に提出。還付金額の確定後、支出する際の事務補助を行う。算出結果については記録表に入力する。

#### V 臨床調査票の保存及び発送【通年 想定件数 70,000 件/年】

- 臨床調査個人票を PDF に変換し国へ送付する。

##### 1 臨床調査個人票の保存

- (1) 別途指定する新規申請、疾患追加・変更、更新申請の簿冊から臨床調査個人票のデータを PDF データに変換する。
- (2) 古い簿冊から順に行うが、過去の簿冊は書庫に収蔵されているので、必要な手続きをとり書庫から簿冊を持ち出し、データ変換後は返却する。

##### 2 発送

- (1) 臨床調査個人票データの管理表を作成する。
- (2) 臨床調査個人票データを国へ送付する際の事務補助を行う。

## VI その他事務

- (1) 特定疾患医療費受給認定にかかる事務  
申請受付、審査、受給者証発行、各種変更申請対応、更新申請対応、医療機関との委託契約締結対応 等
- (2) 先天性血液凝固因子障害等治療研究事業にかかる事務  
申請受付、審査、受給者証発行、各種変更申請対応、更新申請対応、医療機関との委託契約締結対応 等
- (3) 遷延性意識障がい者治療研究事業にかかる事務  
申請受付、審査、承認通知書発行、各種変更申請対応、更新申請対応、医療機関との委託契約締結対応 等
- (4) スモンに対するはり・きゅう・マッサージ治療研究事業にかかる事務  
申請受付、審査、受給者証発行、各種変更申請対応、更新申請対応、医療機関との委託契約締結対応 等
- (5) 担当者会議等にかかる書類調製
- (6) 各種統計資料の調製及びデータ整理
- (7) 書類の箱詰め及びそれらを別途指示する場所への運搬