

重要

必ずお読みください！

～指定難病医療費受給証をお持ちの方または申請者・保護者の皆様へ～

指定難病医療費受給者証 更新のお知らせ

このお知らせは、令和3年6月末現在で指定難病医療費受給者証をお持ちの方にお送りしています。

お手持ちの指定難病医療費受給者証は、令和3年12月31日で有効期限が終了します（自動延長されません）ので、更新を希望される場合は、下記の受付期間内に更新手続きを行ってください。

新型コロナウイルス感染症対策のため、郵送による申請をお願いします。

受付期間 令和3年9月1日(水)～同年12月28日(火)

(土日祝日は、原則窓口での受付は行っておりません。)







年内の受給証発行を御希望の場合は、なるべく令和3年9月30日(木)までにお手続きくださいますよう御協力をお願いいたします。

- 1 新型コロナ感染症対策のため、今年度は、**原則郵送による申請に御協力ください。**(特定記録郵便、レターパックなど記録が残る方法でお送りいただくと幸いです。)
※送付先・お問い合わせ先は、5ページを参照してください。
- 2 医療機関の状況等により、上記受付期間内に臨床調査個人票の提出が難しいときは、お早めに所管の保健福祉事務所または保健所（以下、「保健所等」という）に御相談ください。
- 3 やむを得ない事情により、窓口での申請を希望される場合は、事前に各保健福祉事務所等の案内を御覧ください。
なお、新型コロナウイルス感染症の状況によっては、窓口申請を制限あるいは中止することがありますので、あらかじめ御了承ください。
- 4 窓口申請のときは、別紙「来場者記入票」に、必要事項を記入の上、持参してください。

更新手続に必要な書類

チェック欄☑	全員必要	該当者のみ	準備する書類	参照ページ
<input type="checkbox"/>	○		① 指定難病医療費支給認定申請書(更新用)	2, 6, 7ページ
<input type="checkbox"/>	○		② 臨床調査個人票	2ページ
<input type="checkbox"/>	○		③ 世帯全員の住民票	2ページ
<input type="checkbox"/>	○		④ 同意書	2, 8ページ
<input type="checkbox"/>	○		⑤ 現在有効の指定難病医療費受給者証のコピー	2ページ
<input type="checkbox"/>		○	令和2年及び令和3年自己負担上限額管理票のコピー または、医療費申告書+医療費総額がわかる書類 (領収書等)のコピー	2, 3, 9, 10ページ
<input type="checkbox"/>	○		⑦ 医療保険証のコピー	3ページ
<input type="checkbox"/>	○		⑧ 令和3年度市町村民税所得額課税額証明書等	3ページ
<input type="checkbox"/>		○	⑨ 年金受給等に係る資料のコピー	4ページ
<input type="checkbox"/>		○	⑩ 世帯内特例に係る資料のコピー	4ページ
<input type="checkbox"/>		○	⑪ 生活保護の受給を証明する書類のコピー	4ページ

注意事項

-  令和3年9月30日までに更新の手続をいただいた場合でも、臨床調査個人票の審査など個別の事情により発行が遅れる場合がありますのでご了承ください。
-  令和3年10月1日以降に手続された場合は、新しい受給者証の発行が翌年1月以降になることが考えられますので、ご自身の受診日を考慮の上、手続をお願いいたします。
-  有効期間が切れた後の申請は新規申請となり、受給者証の開始日が、申請書等書類一式を保健所等で受理した日になります(1月1日からの受給者証は発行されません)。令和4年1月1日からの受給者証をご希望の場合は、必ず令和3年12月28日までに更新手続を行ってください。
-  新型コロナウイルス感染症の影響により、令和3年12月28日までに臨床調査個人票を提出できない見込みになったときは、お早めに管轄の保健所等に連絡・相談してください。
-  審査の結果、症状が認定基準に至っていない等の理由により医療費助成が不承認となる場合があります。
-  現在お使いの受給者証に記載されている住所・氏名・医療保険証等に変更があった場合、手続きが必要になりますので、管轄の保健所等の窓口で変更手続をしてください。

必要書類の詳細

① 指定難病医療費支給認定申請書（更新用）

申請者は、ご自身（代筆可）又は保護者、成年後見人等の法定代理人になります。
申請書の表裏にある記入欄のすべてに記入の上、提出してください。

（→P 6～7の記入例をご参照ください）

② 臨床調査個人票

都道府県に届け出を行った難病指定医が記入したものに限ります。

難病指定医が記入する専用の診断書であり、ご自身で記入する書類ではありません。
複数の疾病で認定を受けているときは、すべての疾患について作成が必要です。

③ 世帯全員の住民票

発行から3ヶ月以内のものを提出してください。

個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。

④ 同意書

福島県が医療保険者に所得区分の情報の報告を求めることを同意する書類です。

ご自身（代筆可）又は法定代理人が記入します。

すべて記入の上、提出してください。（→P 8の記入例をご参照ください）

⑤ 現在有効の指定難病医療費受給者証のコピー

有効期間内の指定難病医療費受給者証の表紙をコピーしてください。

コピー用紙は、A4サイズの紙を使用してください。（⑦と併せて両面コピー可）

⑥ 自己負担上限額管理票のコピー、

または、**医療費申告書＋医療費総額が分かる書類（領収書等）のコピー**

(1) 高額かつ長期の特例、(2) 軽症高額の特例 の片方または両方に該当する方は、令和2年から使用している自己負担上限額管理票（受給者証の右側及び内側にある医療費等の記載欄）及び令和3年分自己負担上限額管理票の添付が必要です。（→票の見方はP 9をご覧ください）。コピー用紙は、A4サイズの紙を使用してください。

受給者証等が手元にない場合や、自己負担上限額管理票で医療費総額が確認できない月がある場合で、該当する期間の領収書等をお持ちの方は、同封の医療費申告書＋領収書のコピーで代用することができます。（→P 10の記入例をご参照ください）

(1) 高額かつ長期の特例に該当する方

階層区分が一般所得Ⅰ、Ⅱ又は上位所得の方で、今回の更新申請月を含む12ヶ月以内に指定難病に係る医療費総額（※）が5万円を超える月が6回以上ある方が該当し、自己負担上限額の軽減措置を受けることができます。

(2) 軽症高額の特例に該当する方

医師が作成した臨床調査個人票の内容によっては、国が定める重症度の基準を満たさずに非該当（不承認）となることがありますが、別に診断基準を満たし、かつ、更新申請月を含む 12ヶ月以内 に指定難病に係る医療費総額（※）が 33,330円 を超える月が 3回以上 あるときは、支給認定を行います。

※ 医療費総額とは、窓口の自己負担額ではなく、医療保険分を含む額（10割分） のことです。自己負担上限額管理票の『医療費総額（10割分）』の欄をご参照ください。

⑦ 医療保険証のコピー

保険証の種類や被保険者によってコピーの対象者が異なりますので、下図を参照してください。

コピー用紙はA4サイズを使用し、⑤の受給者証とまとめて1枚にしても構いません。

⑧ 令和3年度市町村民税所得額課税額証明書等

保険証の種類や被保険者によって証明の対象者が異なりますので、下図を参照してください。なお、税額決定通知で代用することもできますが、源泉徴収票及び納税証明書による代用はできません。

※⑦「保険証」と⑧「所得額課税額証明書」は下記を参照してください。

提出書類		提出書類の対象者	
		⑦ 医療保険証のコピー	⑧ 令和3年度市町村民税所得額課税額証明書
国民健康保険（市町村国保、退職国保、各種国民健康保険組合等）		同じ国保に加入している方 全員分	同じ国保に加入している方 全員分 （中学生以下は不要）
後期高齢者医療制度		同じ住民票上で、後期高齢に加入している方 全員分	同じ住民票上で、後期高齢に加入している方 全員分
被用者保険 ・全国健康保険協会 ・健康保険組合 ・共済組合等	患者は被保険者本人	患者本人分のみ	患者本人分のみ
	患者は被保険者の家族（被扶養者）	被保険者及び患者分 ※患者本人の保険証に被保険者名の記載があるときは、患者本人分のみ	被保険者分のみ ※ただし、被保険者が非課税の場合、患者本人の所得額課税額証明書も必要

※ 類似した名称の証明書類が複数ありますので、窓口での交付申請の際は間違えないようご注意ください。

※ ③「住民票」は住民登録している市役所・町村役場で交付を受けてください。なお、⑧「所得額課税額証明書」は令和3年1月1日現在で住民票を置いていた自治体でのみ交付されますので、令和3年中に転居された方はご注意ください。また、本人以外が手続する際は、委任状が必要な場合があります。詳しくは、市役所・町村役場の交付窓口でご確認ください。

⑨ 年金受給等に係る資料のコピー

市町村民税が非課税世帯の方（階層区分が低所得Ⅰ、Ⅱの方）で、ご自身が令和2年に遺族年金等（遺族年金、障がい年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等）を受給している場合は、上記⑧に加えて、年金改定額通知書等の公的機関発行の資料のコピーを提出してください（令和2年1月1日から同年12月31日までに受け取った額が分かる年金のはがきなど）。

⑩ 世帯内特例に係る資料のコピー

同じ世帯（住民票）の中に、他に指定難病医療費もしくは小児慢性特定疾病の受給者があり、かつ、同じ種類の保険証をお使いの場合は『世帯内特例』に該当し、自己負担上限額が軽減される場合があります。

該当する世帯員の「指定難病医療費受給者証」もしくは「小児慢性特定疾病受給者証（給付決定通知書）」のコピーを提出してください。

⑪ 生活保護の受給を証明する書類のコピー

生活保護を受給している方は、それを証明する書類を提出してください。

また、生活保護を受給し医療保険に加入していない場合、④・⑦・⑧の提出は不要です。

【参考】自己負担上限額(月額)

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合：2割		
			自己負担限度額（外来＋入院＋薬代）		
			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	市町村民税 非課税（世帯）	本人年収 80万円以下	2,500円	2,500円	1,000円
低所得Ⅱ		本人年収 80万円超	5,000円	5,000円	
一般所得Ⅰ	市町村民税課税以上 7.1万円未満		10,000円	5,000円	
一般所得Ⅱ	市町村民税7.1万円以上 25.1万円未満		20,000円	10,000円	
上位所得	市町村民税 25.1万円以上		30,000円	20,000円	
入院時の食費			全額自己負担		

※ 自己負担上限額（月額）は、世帯あるいは個人の前年の収入額及び課税額（⑧・⑨）や過去の医療費（⑥）、臨床調査個人票の記載内容（②）、世帯内特例（⑩）によって総合的に判断・決定されます。収入額の変動や保険証の変更などにより、現在お使いの受給者証の額から変更される場合がありますのでご注意ください。

受付場所及びお問い合わせ先

お住まいの市町村を管轄する保健所等は下記の一覧のとおりです。県外に避難されている方は、住民票のある市町村を管轄する保健所等へお問い合わせください。

保健所等名称	管轄(住民票の住所地)	連絡先
福島市保健所	福島市	〒960-8002 福島市森合町 10-1 電話 024-573-4384
郡山市保健所	郡山市	〒963-8024 郡山市朝日二丁目 15-1 電話 024-924-2163
いわき市保健所	いわき市	〒973-8408 いわき市内郷高坂町四方木田 191 電話 0246-27-8594
県北保健福祉事務所	伊達市、二本松市 本宮市、伊達郡、安達郡	〒960-8012 福島市御山町 8-30 電話 024-534-4161
県中保健福祉事務所	須賀川市、田村市、 岩瀬郡、田村郡、石川郡	〒962-0834 須賀川市旭町 153-1 電話 0248-75-7814
県南保健福祉事務所	白河市、西白河郡、 東白川郡	〒961-0074 白河市郭内 127 電話 0248-22-5443
会津保健福祉事務所	会津若松市、喜多方市、 耶麻郡、河沼郡、大沼郡	〒965-0807 会津若松市城東町 5-12 電話 0242-29-5507 ※5月に上記へ移転しました。
南会津保健福祉事務所	南会津郡	〒967-0004 南会津郡南会津町田島字天道沢甲 2542-2 電話 0241-63-0306
相双保健福祉事務所	相馬市、南相馬市、相馬 郡、双葉郡	〒975-0031 南相馬市原町区錦町一丁目 30 電話 0244-26-1138
相双保健福祉事務所 いわき出張所	いわき市へ避難している 相双地域等の方	〒970-8026 いわき市平字梅本 15 電話 0246-24-6118
県庁障がい福祉課 ※障がい福祉課では、申請は受け付けておりません。		〒960-8670 福島市杉妻町 2-16 電話 024-521-7237

記入例

指定難病医療費支給認定申請書

受給者番号

受給者証の上から
2段目の数字を記入

「有」の場合、年金額
が分かる書類（ハガキ
等）のコピーを添付
（非課税世帯のみ）

住民票上の住所を記入。受給者証に記入された
住所と現在の住民票上の住所が違う場合は、変
更の手続きが必要です。
※福島県のホームページ等から変更申請書(様
式第8号)を御準備いただき、更新申請書と一
緒に御提出ください。

医療保険証を見ながら記入。受給者証に記入された医療保険と現在お使い
の医療保険が違う場合は、変更の手続きが必要です。
※福島県のホームページ等から変更申請書(様式第8号)を御準備いた
だき、更新申請書と一緒に御提出ください。

保険証の上の方に
書いてあります

保険証の下の方に書いてあります

同じ住民票上で、同一種類の保
険証をお使いの指定難病医療費
受給者、または小児慢性特定疾
病医療受給者がおりましたら、
こちらに記入してください

2つ以上の指定難病をお持ち
の場合は、全ての疾患名また
は告示番号（臨床調査個人票
1ページ目の疾患名の左にあ
る数字）を記載してください

※ 現在、指定難病の治療のために継続して受診して
いる医療機関のみ記入してください
※ 薬局・訪問看護ステーションも記入してください
※ 5か所以上ある場合は、裏面に記入してください

それぞれの有無について○をつけてください

申請者（本人、保護者、成年後見人等の法定
代理人）の住所、名前を記入してください。

自筆の場合は押印不要です

裏面も記入し
てください

裏面にも記入するところがあります！

同一世帯に他の対象者がいることを証明する書類、高額かつ長期にかかる資料、軽症高額にかかる資料、
同意書

変更確認 自己負担限度額変 氏名変 住所変 宛先変 保険変 医療機関変

保健所等判定 重症度満たす 重症度未満で軽症高額該当 それ以外

(ウラ面)

<同意について>

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用させていただきます。
また、臨床調査個人票の活用について、ご同意を賜います。
なお、この同意は、本申請書の提出と併せて、厚生労働省の臨床研究等の実施に同意するものとさせていただきます。

この欄は、患者さんを最上段に記入し、そのあとに世帯の中で患者さんと同じ種類の保険証を使っている方全員を記入してください。

<支給認定基準世帯の確認> 患者さんと同じ医療保険に加入している方の状況を記入・丸囲みしてください。

続柄	(カナ) 氏名	個人番号(マイナンバー)				医療保険の種類		税証明添付		
		生年月日	年齢			被用者保険の方のみ				
患者本人	()	明	大	昭	平	()	歳	国保 後期高齢 被用者保険	本人 被扶養者	有・無
	()	明	大	昭	平	()	歳			
	()	明	大	昭	平	()	歳			
	()	明	大	昭	平	()	歳	後期高齢 被用者保険	本人 被扶養者	有・無
	()	明	大	昭	平	()	歳	国保 後期高齢 被用者保険	本人 被扶養者	有・無
	()	明	大	昭	平	()	歳	国保 後期高齢 被用者保険	本人 被扶養者	有・無
	()	明	大	昭	平	()	歳	国保 後期高齢 被用者保険	本人 被扶養者	有・無

「支給認定基準世帯」における現況を記載してください。
①医療保険の種別欄は該当する保険に○をつけてください。
②被用者保険（全国健康保険協会（協会けんぽ）、健康保険組合、共済組合等）の方は、本人が被扶養者に○をつけてください。
③税証明欄には、提出が必要な方は有に○をつけてください。

<送付先等連絡先>

住所・電話番号
※長期入院・入所中、避難等により送付先が住民票と異なる場合のみ記入してください。

※アパート名・棟名・部屋番号、〇〇様方等具体的に記入願います。

患者さんの住民票の住所と異なる住所に新しい受給者証の送付や今後の連絡を希望する場合、必ずこちらに記入してください

電話番号 ()

□(オモテ続き) 受療医療機関 記載欄	⑤名称		⑥名称	
	所在地		所在地	
	医療機関が表面に記入しきれなかった場合、こちらに記入してください			
	所在地		所在地	
	⑨名称		⑩名称	
	所在地		所在地	

備考

記入例

医療保険上の所得区分に関する情報につき、福島県が医療保険者に報告を求めることへの同意書です

同意書

指定難病医療費制度に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、福島県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和3年 9月 〇日

福島県知事

患者さんの住所と名前

住所 福島市杉妻町2番16号

氏名 福島太郎

(代筆 福島一郎)

※法定代理人とは患者さんが未成年者の場合の親権者、若しくは家庭裁判所が選任した未成年後見人、又は患者さんが成人の場合に家庭裁判所が選任した成年後見人等民法等の法律で規定された代理人を指します。

法定代理人

住所

氏名

患者さんが未成年者や被後見人等の場合は法定代理人欄に記載願います

受給者証の上から2段目の数字を記入して下さい。

受給者 番号	1	2	3	4	5	6	7
-----------	---	---	---	---	---	---	---

加入 医療 保険	保険種別	健康保険(協会けんぽ・組合)・共済 国保(市町村・組合)・後期高齢・船員
	被保険者証 発行機関 名称	福島市

保険者名称を記入してください。(保険証の下の方に書いてあります。)

例) 全国健康保険協会福島支部 福島県後期高齢者医療広域連合
〇〇市、〇〇町、〇〇村 〇〇〇〇健康保険組合 など

軽症高額の特例、高額かつ長期の特例を申請する場合、受給者証裏面の自己負担上限額管理票を確認してください。

おもて面

指定難病医療費受給者証					
公費負担者番号					
指定難病医療費受給者番号					
氏名					
住所					
生年月日				性別	
病名					
有効期間					
保険者					
被保険者証の記号番号				適用区分	
保護者 (受診者が18歳未満の場合)	氏名			続柄	
	住所				
指定医療機関名	難病法に基づき指定された指定医療機関				
自己負担上限額	月額	円	階層区分		
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受給者					有・無
上記のとおり認定する。 年 月 日					
福島県知事					印

注意事項

- この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を限度とする自己負担上限額までを医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能となります。
- 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 氏名、居住地、加入している医療保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、速やかに居住地の保健所等にその旨を届け出てください。
- 緊急その他やむを得ない場合には、登録されている指定医療機関以外の指定医療機関での診療等も特定医療費の支給対象となりますが、受診後、速やかに医療機関変更の届け出をしてください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、居住地の保健所等にその旨を届け出てください。
- この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行ってください。
- 受給者証が新たに発行された場合でも、古い受給者証は有効期間満了日から1年間は保管してください。
- その他指定難病の医療の受給に関する問合せは、居住地の保健所等に連絡してください。

(保健所等)

うら面

年 分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月間自己負担 累計額	自己負担額 徴収印
/					
/					
/					
/					
/					
上記のとおり月額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
/					

軽症高額の特例、高額かつ長期の特例を申請する場合、こちらに記入された医療費総額(10割分)の合計額をご確認ください。

※自己負担がない場合や、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。

受給者証裏面の自己負担上限額管理票で医療費総額が確認できない場合のみ作成して下さい。

医療費申告書

記入例

令和3年9月〇日

住所 福島市杉妻町2-16

氏名 福島 太郎

指定難病である ○○○○○○病

※に係る医療費については、下記のとおりです。

(※かかっている疾病名をご記入ください。)

受診日	病院・薬局などの名称	医療費の内訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費総額 (円) <10割分>
令和3年 3月	○○○病院 月ごとにまとめて記入して下さい。	入院	1,200,650
令和3年 4月	○○○病院	入院	612,100
令和3年 5月	○○○病院 ×××薬局	外来 薬剤料	24,890 300,980
令和3年 6月	○○○病院 ×××薬局	外来 薬剤料	24,890 150,310
令和3年 7月	○○○病院 ×××薬局	外来 薬剤料	11,500 40,980
令和3年 8月	○○○病院 ×××薬局	外来 薬剤料	11,500 40,980

窓口で支払った額ではなく、領収書等から医療保険を含む医療費総額(10割)を記入して下さい。
(ただし、記入できるのは、指定難病及びそれを原因とした疾病のみです。)

記入した分の領収書等を忘れずに添付して下さい。

※お支払い済みの医療費が確認できる領収書等を添付してください。

○この申告書に記載する医療費とは、記載している指定難病及び当該指定難病を原因として発生する傷病に関する医療費をいいます。

○医療費について、高額かつ長期ならば一月5万円、軽症高額ならば一月33,330円を超えることがわかる範囲まで御記入願います。

