

健 発 1203 第 1 号
平成 26 年 12 月 3 日

各 都道府県知事 殿

厚生労働省健康局長
(公 印 省 略)

特定医療費の支給認定について (通知)

難病の患者に対する医療等に関する法律 (平成 26 年法律第 50 号) に基づく特定医療費の支給については、平成 27 年 1 月 1 日から施行されるところであるが、標記について、特定医療費支給認定実施要綱 (別紙) を作成したので、これを参考に支給認定を行うとともに、関係者に対する周知方につき配慮を願いたい。

なお、この通知は、地方自治法 (昭和 22 年法律第 67 号) 第 245 条の 4 第 1 項の規定に基づく技術的助言であることを申し添える。

特定医療費支給認定実施要綱

難病の患者に対する医療等に関する法律（平成26年法律第50号。以下「法」という。）第5条第1項に基づく特定医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、法令の定めるところによるほか、本要綱を踏まえ、もって支給認定の適正な実施を図られたい。

第1 定義

- 1 指定難病（法第5条第1項に規定する指定難病（難病（発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものをいう。以下同じ。）のうち、当該難病の患者数が本邦において、人口（官報で公示された最近の国勢調査又はこれに準ずる全国的な人口調査の結果による人口をいう。）のおおむね千分の一程度に相当する数に達せず、かつ、当該難病の診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっているものであって、当該難病の患者の置かれている状況からみて当該難病の患者に良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて指定するもの）をいう。以下同じ。）の患者又はその保護者（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条に規定する保護者をいう。以下同じ。）を「指定難病の患者等」という。
- 2 特定医療（支給認定を受けた指定難病の患者に対し、指定医療機関が行う医療であって、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をいう。以下同じ。）の提供を受ける指定難病の患者を「受診者」という。
- 3 特定医療費の支給を受ける指定難病の患者等を「受給者」という。
- 4 特定医療費の支給認定の申請を行おうとする者又は行った者を「申請者」という。
- 5 受診者及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成26年政令第358号。以下「令」という。）第1条第1項第2号に規定する支給認定基準世帯員（以下「支給認定基準世帯員」という。）で構成する世帯（特定医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「支給認定世帯」という。

第2 特定医療の対象

- 1 特定医療の対象となる者
 - (1) 特定医療の対象となる者は、指定難病にかかっていると認められる者であって、次のいずれかに該当するものとする。こと。
 - ① その病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度（個々の指定難病の特性に応じ、日常生活又は社会生活に支障があると医学的に判断される程度）である者
 - ② 当該支給認定の申請のあった月以前の12月以内に医療費が33,330円を超える月数が既に3月以上ある者

(2) 平成29年12月31日までの間においては、特定医療の対象となる者は、(1)に該当する者のほか、平成26年12月31日において特定疾患治療研究事業（「特定疾患治療研究事業について」（昭和48年4月17日付け衛発第242号公衆衛生局長通知）における「特定疾患治療研究事業」をいう。以下同じ。）による医療に関する給付が行われるべき療養を受けていた者であって、かつ、その病状の程度が当該療養を継続する必要があるものとして特定疾患治療研究事業の対象疾患ごとの認定基準に該当する者とする。

2 特定医療費の支給対象

(1) 特定医療費の支給対象となる医療の内容

特定医療費の支給の対象となる医療の内容は以下のとおりとする。

- ① 診察
- ② 薬剤の支給
- ③ 医学的処置、手術及びその他の治療
- ④ 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

(2) 特定医療費の支給対象となる介護の内容

特定医療費の支給の対象となる介護の内容は以下のとおりとする。

- ① 訪問看護
- ② 訪問リハビリテーション
- ③ 居宅療養管理指導
- ④ 介護療養施設サービス
- ⑤ 介護予防訪問看護
- ⑥ 介護予防訪問リハビリテーション
- ⑦ 介護予防居宅療養管理指導

第3 支給認定の要件等

1 所得区分

特定医療費の支給認定については、法第5条第2項の規定により、自己負担について受給者の家計の負担能力や受診者の治療状況に応じた区分（以下「所得区分」という。）を設けて認定することとし、所得区分ごとに負担上限月額（令第1条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）を設けることとする。

(1) 所得区分及びそれぞれの負担上限月額は次のとおり。

- | | | |
|---------|--------|---------|
| ① 生活保護 | 負担上限月額 | 0円 |
| ② 低所得Ⅰ | 負担上限月額 | 2,500円 |
| ③ 低所得Ⅱ | 負担上限月額 | 5,000円 |
| ④ 一般所得Ⅰ | 負担上限月額 | 10,000円 |
| ⑤ 一般所得Ⅱ | 負担上限月額 | 20,000円 |
| ⑥ 上位所得 | 負担上限月額 | 30,000円 |

(2) (1)の所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」、「⑤一般所得Ⅱ」、「⑥上位所得」については、受診者が高額難病治療継続者（同一の月に受けた特定医療（支給認定を受けた月以後のものに限る。）の医療費総額が5万円を超えた月数が高額難病治療継続者の申請を行った月以前の12月以内に既に6月以上ある者をいう。以下同じ。）に該当する場合には、

次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。

- ④' 一般所得（高額継続）Ⅰ 負担上限月額 5,000円
- ⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ 負担上限月額10,000円
- ⑥' 上位所得（高額継続） 負担上限月額20,000円

(3) (1)の所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」、「⑤一般所得Ⅱ」、「⑥上位所得」については、受診者が難病療養継続者（平成26年12月31日において特定疾患治療研究事業による医療に関する給付が行われるべき療養を受けていた者であって、法の施行の日から継続して受診者である者をいう。以下同じ。）に該当するときには、平成29年12月31日までの間は、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。

- ④' 一般所得（療養継続）Ⅰ 負担上限月額 5,000円
- ⑤' 一般所得（療養継続）Ⅱ 負担上限月額10,000円
- ⑥' 上位所得（療養継続） 負担上限月額20,000円

(4) (1)の所得区分のうち「③低所得Ⅱ」、「④一般所得Ⅰ」、「⑤一般所得Ⅱ」、「⑥上位所得」については、受診者が難病療養継続者であって、かつ、特定疾患治療研究事業における重症患者（以下「重症認定患者」という。）に該当する場合には、平成29年12月31日までの間は、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの負担上限月額を設ける。

- ③' 低所得（重症）Ⅱ 負担上限月額 2,500円
- ④' 一般所得（重症）Ⅰ 負担上限月額 5,000円
- ⑤' 一般所得（重症）Ⅱ 負担上限月額 5,000円
- ⑥' 上位所得（重症） 負担上限月額 5,000円

(5) 所得区分のうち「①生活保護」以外の場合において、(1)から(4)までの所得区分にかかわらず、受診者が人工呼吸器等装着者（人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた指定難病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当する旨の都道府県による認定を受けた者）であると都道府県知事が認める場合には、別途負担上限月額を1,000円とする区分を設ける。

(6) 受診者が児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る同法第6条の2第1項に規定する小児慢性特定疾病児童等（以下「支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等」という。）である場合又は受診者が属する医療保険と同一の医療保険に属する者のうちに受診者以外の指定難病の患者若しくは小児慢性特定疾病児童等がある場合は、当該指定難病の患者又は小児慢性特定疾病児童等の(1)から(5)までに掲げる額に医療費按分率（当該世帯における次の①及び②の額の合算額で、次の①及び②のうち当該世帯における最も高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額（その額に10円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）を負担上限月額とする。

- ① 受給者が属する所得区分の負担上限月額
- ② 児童福祉法施行令（昭和23年政令第74号）第22条第2項に規定する小児慢性特定疾病医療支援負担上限月額

2 各所得区分の所得の内容等

(1) 1 (1) の所得区分のうち「①生活保護」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。

- ① 支給認定世帯の世帯員が生活保護法（昭和25年法律第144号）の被保護者又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（平成6年法律第30号）による支援給付を受けている者（以下「支援給付受給者」という。）である場合
- ② 生活保護法の要保護者（以下「要保護者」という。）又は中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付を必要とする状態にある者（以下「要支援者」という。）であって、「②低所得Ⅰ」の負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態となる場合

(2) 1 (1) の所得区分のうち「②低所得Ⅰ」の対象は、次のいずれかに該当する場合であるものとする。

- ① 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯（注1）であって、指定難病の患者等に係る次に掲げる収入の合計金額がそれぞれ80万円以下である場合
 - ・ 地方税法上の合計所得金額（注2）
（合計所得金額が0円を下回る場合は、0円とする。）
 - ・ 所得税法上の公的年金等の収入金額（注3）
 - ・ その他厚生労働省令で定める給付（注4）

（注1）「市町村民税世帯非課税世帯」とは、支給認定世帯の世帯員が、受診者が特定医療を受ける日の属する年度（特定医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあつては、前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（均等割及び所得割双方が非課税）又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である支給認定世帯をいう。

（注2）「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。ただし、公的年金等の支給を受ける者については、所得税法（昭和40年法律第33号）第35条第2項に規定する雑所得の金額は、公的年金等控除額を80万円として算定した額とする。

（注3）「公的年金等の収入金額」とは、所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。

（注4）「その他厚生労働省令で定める給付」とは、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号。以下「規則」という。）第8条各号に掲げる国民年金法（昭和34年法律第141号）に基づく障害基礎年金等の給付の合計金額をいう。

- ② 支給認定世帯の世帯員が要保護者又は要支援者であって「③低所得Ⅱ」の負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態になる場合であつて、かつ、所得区分が「①生活保護」の対象ではない場合

(3) 1 (1) の所得区分のうち「③低所得Ⅱ」の対象は、次のいずれかに該当する場合であつて、かつ、所得区分が「①生活保護」及び「②低所得Ⅰ」の対象ではない場合であるものとする。

- ① 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯である場合

- ② 支給認定世帯の世帯員が要保護者若しくは要支援者であって「④一般所得Ⅰ」の負担上限月額を適用したとしたならば保護又は支援給付を必要とする状態になる場合
- (4) 1 (1) の所得区分のうち「④一般所得Ⅰ」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が7万1千円未満の場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」、「②低所得Ⅰ」及び「③低所得Ⅱ」の対象ではない場合であるものとする。
- (5) 1 (1) の所得区分のうち「⑤一般所得Ⅱ」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が25万1千円未満の場合であって、かつ、所得区分が「①生活保護」、「②低所得Ⅰ」、「③低所得Ⅱ」及び「④一般所得Ⅰ」の対象ではない場合であるものとする。
- (6) 1 (1) の所得区分のうち「⑥上位所得」の対象となるのは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が25万1千円以上の場合であるものとする。
- (7) 1 (2) の所得区分のうち「④' 一般所得（高額継続）Ⅰ」の対象となるのは、「④一般所得Ⅰ」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する場合であるものとする。
- (8) 1 (2) の所得区分のうち「⑤' 一般所得（高額継続）Ⅱ」の対象となるのは、「⑤一般所得Ⅱ」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する場合であるものとする。
- (9) 1 (2) の所得区分のうち「⑥' 上位所得（高額継続）」の対象となるのは、「⑥上位所得」の対象のうち、受診者が高額難病治療継続者に該当する場合であるものとする。
- (10) 1 (3) の所得区分のうち「④' 一般所得（療養継続）Ⅰ」の対象となるのは、「④一般所得Ⅰ」の対象のうち、難病療養継続者である場合であるものとする。
- (11) 1 (3) の所得区分のうち「⑤' 一般所得（療養継続）Ⅱ」の対象となるのは、「⑤一般所得Ⅱ」の対象のうち、難病療養継続者であるものとする。
- (12) 1 (3) の所得区分のうち、「⑥' 上位所得（療養継続）」の対象となるのは、「⑥上位所得」の対象のうち、難病療養継続者であるものとする。
- (13) 1 (4) の所得区分のうち、「③' 低所得（重症）Ⅱ」の対象となるのは、「③低所得Ⅱ」の対象のうち、難病療養継続者であり、かつ、重症認定患者である場合であるものとする。
- (14) 1 (4) の所得区分のうち、「④' 一般所得（重症）Ⅰ」の対象となるのは、「④一般所得Ⅰ」の対象のうち、難病療養継続者であり、かつ、重症認定患者である場合であるものとする。
- (15) 1 (4) の所得区分のうち、「⑤' 一般所得（重症）Ⅱ」の対象となるのは、「⑤一般所得Ⅱ」の対象のうち、難病療養継続者であり、かつ、重症認定患者である場合であるものとする。

(16) 1 (4) の所得区分のうち、「⑥' 上位所得 (重症)」の対象となるのは、「⑥上位所得」のうち、難病療養継続者であり、かつ、重症認定患者である場合であるものとする。

(17) (4) から (16) までにおいて、市町村民税額 (所得割) の合計を判断する場合には、本要綱第3の3 (6) 及び第5の3に基づくこととなる。

3 支給認定世帯

(1) 支給認定世帯については、(7) に掲げる特例に該当する場合を除き、受診者と同じ医療保険の被保険者をもって、受診者の生計を維持するものとして取り扱うこととする。なお、受診者が属する医療保険が国民健康保険又は後期高齢者医療である場合は、当該受診者が加入している医療保険の被保険者であって、受診者と同一の世帯 (住民基本台帳法 (昭和42年法律第81号) に基づく住民基本台帳上の世帯をいう。) に属する者に限るものとする。

(2) 家族の実際の居住形態及び税制面での取扱いにかかわらず、(7) に掲げる特例に該当する場合を除き、医療保険の加入関係が異なる場合には別の支給認定世帯として取り扱う。

(3) 支給認定の申請に当たっては、特定医療費支給認定申請書 (別紙様式第1号。以下「申請書」という。) の他、受診者の氏名が被保険者本人又は被扶養者として記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など各種医療保険の加入関係を示すもの (以下「被保険者証等」という。) の写し (注) を申請者に提出させるものとする。あわせて、支給認定世帯に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しを提出させるものとする。

(注) カード型の被保険者証等については、その券面の写しを提出させるものとする。以下同じ。

(4) 受診者が国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者である場合については、申請者の提示した被保険者証等の写しが支給認定世帯全員のものかどうかの確認を、申請者に住民票を提出させる、法第35条第1項の規定に基づき職権で調査する等の方法によって行うこととする。

(5) 支給認定基準世帯員の氏名が記載された被保険者証等の写しについても提出させることとする。

(6) 市町村民税世帯非課税世帯への該当の有無の判断や市町村民税額 (所得割) の支給認定世帯における合計額の算定は、受診者が指定特定医療 (第5の1 (3) に定める指定特定医療をいう。以下同じ。) を受ける日の属する年度 (指定特定医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合にあつては、前年度) の課税状況を基準とすることが基本となる。なお、指定特定医療を受ける日の属する月が4月から6月である場合であつて、7月以降も支給認定の有効期間が継続するときには、7月に市町村民税世帯非課税世帯への該当の有無の判断や市町村民税額 (所得割) の支給認定世帯における合計額の算定について再確認を行うことを必ずしも要さない。ただし、個別の判断によって再確認を行うことは差し支えない。

(7) 支給認定世帯の範囲の特例

受診者が18歳未満で国民健康保険に加入している場合については、受給者（保護者）が後期高齢者医療に加入している場合であっても、受診者と受給者を同一の支給認定世帯とみなすものとする。

(8) 加入している医療保険が変更となった場合など支給認定世帯の状況が変化した場合は、新たな被保険者証の写し等必要な書面を添付の上、受給者に速やかに変更の届出をさせるものとする。なお、支給認定世帯の状況の変化に伴い負担上限月額等について支給認定の変更が必要となった場合には、職権で支給認定の変更を行う場合を除き、別途、支給認定の変更の申請が必要となる点に留意すること。

第4 支給認定の申請

支給認定の申請は、規則第12条に定めるところによるが、その具体的事務処理は次によること。

1 申請に当たっては、申請書に指定医（法第6条第1項に規定する指定医をいう。以下同じ。）の作成する診断書（法第6条第1項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）、被保険者証等及び受診者の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、被保護者又は支援給付受給者であることの証明書、市町村民税世帯非課税世帯であって「低所得Ⅰ」に該当すると考えられる者については指定難病の患者等に係る収入の状況が確認できる資料）を添付の上、都道府県に申請させること。

これらの資料に加え、軽症高額該当（法第7条第1項第2号に規定する基準に該当していることをいう。）に係る申請に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が33,330円を超えている月が3月以上あることを証明する書類を、高額難病治療継続者の認定に係る申請に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が5万円を超えている月が6月以上あることを証明する資料（第5の1（2）に定める自己負担上限額管理票の写し等とする。）を、重症認定患者の認定に係る申請に当たっては、医師が作成した重症であることを証明する診断書（別紙様式第6号）を、第3の1（6）に定める場合に該当する場合は、受診者が支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（児童福祉法第19条の3第7項に規定する医療受給者証の写し等とする。）又は受診者と同一の医療保険に属する者が支給認定を受けた指定難病の患者若しくは支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（法第7条第4項に規定する医療受給者証の写し等とする。）を添付の上、都道府県に申請させること。

2 特定医療費の初回の申請に係る臨床調査個人票は、指定難病にかかっている事実を確認するに当たっての基礎資料となるものであるから、規則第14条第1項第1号に規定する難病指定医（以下「難病指定医」という。）が作成したものとする。

また、更新の申請に係る臨床調査個人票は、難病指定医又は規則第14条第1項第2号に規定する協力難病指定医（以下「協力難病指定医」という。）が作成したものとする。

3 都道府県は、所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの特定医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討すること。

申請の資格を有すると認められた者については、次に掲げる要件を満たしているかを審査し、いずれも満たしている場合には当該申請を認定すること。

① 受診者が指定難病にかかっていること。

② その受診者の病状の程度が、個々の指定難病の特定に応じ、日常生活又は社会生活に

支障があると医学的に判断される程度であること。

都道府県は、受診者が当該要件を満たしていなかった場合又は当該要件を満たしていることを判定できなかった場合には、法第8条第1項に規定する指定難病審査会（以下「指定難病審査会」という。）に対し、支給認定に係る審査（以下「審査」という。）を求めること。

4 難病療養継続者に該当する者として支給認定の申請を受理した場合は、3に準じて、次に掲げる要件を満たしているかを審査し、いずれも満たしている場合には当該申請を認定すること。

① 受診者が平成26年12月31日時点で、特定疾患治療研究事業の医療費の支給に係る疾病であった指定難病にかかっていること。

② その受診者の病状の程度が、平成26年12月31日時点で、特定疾患治療研究事業に係る病状の程度に関する基準を満たしていること。

都道府県は、受診者が当該要件を満たしていないと考えられる場合又は当該要件を満たしていることを判定できなかった場合には、指定難病審査会に対し、審査を求めること。

第5 支給認定

1 支給認定の手続

(1) 都道府県知事は、特定医療を必要とすると認められた申請者について、支給認定を行い、医療受給者証（別紙様式第2号。以下「受給者証」という。）を交付すること。

また、指定難病審査会の審査の結果、特定医療費の支給要件に該当しないと判定された場合には、理由を記載の上、申請者に却下の通知書（別紙様式第4号）を交付すること。

(2) 受給者証の交付に当たっては、支給認定世帯の所得状況、高額難病治療継続者への該当の有無の判断及び本要綱第3の1に定める負担上限月額の設定を行った上で、規則第25条に定める事項を記載した受給者証を交付すること。また、必要に応じ自己負担上限額管理票（別紙様式第3号。以下「管理票」という。）を受給者に交付すること。

(3) 特定医療費の支給の範囲は、受診者の指定特定医療（特定医療のうち（5）により選定された医療機関から受ける医療であって当該支給認定に係る指定難病に係るものをいう。以下同じ。）に関する費用に限られること。

(4) 支給認定の有効期間は1年以内とすること。ただし、当該期間を延長する特別の事情があると認められるときは、1年3月を超えない範囲内において都道府県知事が定める期間とすること。

(5) 特定医療を受ける指定医療機関の指定は、指定医療機関の中から、申請書における記載を参考として、受診者が特定医療を受けることが相当と認められるものを定めるものとする。なお、同一受診者に対し複数の指定医療機関を指定することは差し支えない。

(6) 受給者から受給者証の再交付の申請があったときは、受給者証を再交付すること。また、受給者証を紛失した者に対しては、再交付の後に失った受給者証を発見したときは速やかに再交付前の受給者証を都道府県に返還しなければならない旨を申し添えるものとする。

(7) 受診者が死亡したとき又は医療を受けることを中止したとき、支給認定の有効期間が満了したとき、受給者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他当該都道府県において支給認定を行う理由がなくなったときは、受給者証を速やかに都道府県に返還させること。

2 支給認定世帯の所得の認定

(1) 支給認定世帯の所得は、申請者の申請に基づき認定するものとする。

(2) 申請の際の提出資料や申請者からの聞き取りから、所得区分の認定に必要な所得が一切確認できなければ、原則として所得区分を「⑥上位所得」として取り扱うこととする。

ただし、市町村民税額（所得割）が25万1千円未満であることについてのみ確認できた場合は所得区分を「⑤一般所得Ⅱ」として取り扱うこととする。この場合において、本要綱第3の1（2）に該当する場合は所得区分を「⑤'一般所得（高額継続）Ⅱ」として、本要綱第3の1（3）に該当する場合は所得区分を「⑤'一般所得（療養継続）Ⅱ」として、本要綱第3の1（4）に該当する場合は所得区分を「⑤'一般所得（重症）Ⅱ」として取り扱うこととする。

また、市町村民税額（所得割）が7万1千円未満であることについてのみ確認できた場合は所得区分を「④一般所得Ⅰ」として取り扱うこととする。この場合において、本要綱第3の1（2）に該当する場合は所得区分を「④'一般所得（高額継続）Ⅰ」として、本要綱第3の1（3）に該当する場合は所得区分を「④'一般所得（療養継続）Ⅰ」として、本要綱第3の1（4）に該当する場合は所得区分を「④'一般所得（重症）Ⅰ」として取り扱うこととする。

さらに、市町村民税非課税であることについてのみ確認できた場合には、所得区分を「③低所得Ⅱ」として取扱うこととし、本要綱第3の1（4）に該当する場合は所得区分を「③'低所得（重症）Ⅱ」として取り扱うこととする。

(3) 市町村民税（所得割）の額の確認は、各医療保険制度の保険料の算定対象となっている者の所得を確認するものとする。

3 支給認定世帯の所得区分の認定

(1) 支給認定世帯の所得区分は、受診者の属する支給認定世帯のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき算定し、認定を行うものとする。なお、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定しても差し支えない。

また、所得区分が「②低所得Ⅰ」に該当するかどうかを判断する場合には、併せて申請者の障害年金等の受給状況を示す公的機関発行の適宜の資料に基づき、申請者の収入を算定し認定するものとする。

(2) 法第37条に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、加えて申請の際に税情報や手当の受給状況等に係る調査についての同意を書面で得るような取扱い等を行うことも差し支えない。

なお、この同意は原則受給者から得るものとするが、これが困難な場合は、受給者以外の保護者等に自らの身分を示す適宜の書面を提出させた上で、当該保護者等から同意を得てもよいこととする。

- (3) 所得区分は、支給認定の審査時に把握されている所得状況に基づき認定するものとする。
なお、所得状況について定期的に職権で把握し、職権で把握した所得に応じた所得区分に変更することも差し支えない。

4 指定難病審査会における判定

第4の3又は4により判定を求められた指定難病審査会は、受診者の支給認定の申請に係る指定難病及びその病状の程度等について医学的知見に基づく判定を的確に行い、都道府県知事に判定の結果を報告すること。

5 未申告者の取扱い

非課税であることから税制上の申告をしておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

なお、非課税であることが確認できなければ、所得区分を「⑥上位所得」として取り扱うこと。

6 医療保険未加入者の取扱い

- (1) 支給認定の申請に係る審査の段階で受診者が加入している医療保険の把握を行い、受診者又は保護者が被用者保険の加入者又は後期高齢者医療の被保険者となる場合や、支給認定世帯の世帯員が生活保護の医療扶助の受給者又は支援給付受給者となっている場合を除き、医療保険の加入手続を行っていない場合には、受診者又は保護者に対して手続を促すとともに、市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。

- (2) 受給者がその有効期間内に加入医療保険の資格を喪失した場合は、被用者保険の加入者となり得る場合や、支給認定世帯の世帯員が生活保護の医療扶助の受給者又は支援給付受給者となり得る場合を除き、速やかに市町村の国民健康保険主管課に連絡し、国民健康保険の加入手続が行われるようにすること。

- (3) (1) 及び (2) の加入手続を行っている途上における申請に際しての支給認定世帯の取扱いについては、加入手続が完了した場合の支給認定世帯に準じて取り扱うこと。

- (4) (1) 及び (2) にかかわらず、医療保険の加入手続を行わないことについて正当な理由がある場合については、支給認定の申請を受け付けることとし、所得区分の認定に当たっては「⑥上位所得」とすること。

7 支給認定の変更

- (1) 受給者が支給認定の変更の申請を行うときには、変更申請書（別紙様式第1号）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、受給者証を添えて提出させることとする。

なお、申請書及び受給者証の記載事項の変更のうち、変更申請書の提出を要するのは、負担上限月額（所得区分、高額難病治療継続者の該当及び世帯内按分の変更等によるもの）及び受療を希望する指定医療機関、支給認定に係る指定難病の名称のみとし、これら以外の変更については、特定医療費受給者証等記載事項変更届（別紙様式第5号）をもって届出させることとする。

- (2) 所得区分の変更の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日の属する月の翌月の初日から新たな所得区分に変更するものとし、新たな所得区分と負担上限月額を記載した受給者証を交付することとする。また、必要に応じ、新たな自己負担上限額を記載した管理票を交付すること。なお、所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書（別紙様式第4号）を申請者に交付することとする。
- (3) 指定医療機関の変更の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日に遡って新たな医療機関に変更するものとし、新たな指定医療機関を記載した受給者証を交付する。なお、指定医療機関の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付すること。
- (4) 支給認定に係る指定難病の名称の変更の申請があったときは、指定医が作成した臨床調査個人票の提出を求めるとし、当該臨床調査個人票に基づき特定医療の要否を判定する。変更の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日に遡って特定医療費を支給するものとし、新たな指定難病の名称を記載した受給者証を交付する。なお、支給認定に係る指定難病の名称の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付すること。

8 特定医療に係る支給認定の更新

支給認定の有効期間が終了した際の支給認定の更新（以下「更新」という。）を申請する場合、申請者は、更新申請書（別紙様式第1号）に難病指定医又は協力難病指定医の診断書（以下「臨床調査個人票（更新）」という。）、被保険者証等及び支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料を添付の上、都道府県知事あて申請させること。都道府県知事は、必要に応じて、指定難病審査会に対し、更新の要否等についての判定を求めるとともに、更新が必要であると認められるものについて、更新後の新たな受給者証を交付すること。また、更新を必要としないと認められるものについては認定しない旨、本要綱第5の1（1）の却下手続に準じて通知書を交付すること。

第6 特定医療の受診

1 負担上限月額管理の取扱い

- (1) 特定医療に係る自己負担額を管理するため、必要に応じて管理票を交付すること。
- (2) 管理票の交付を受けた受給者は、指定医療機関で指定特定医療を受ける際に受給者証とともに管理票を医療機関に提示すること。
- (3) 管理票を提示された指定医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際に、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定特定医療について支払った自己負担の累積額及び医療費総額を管理票に記載する。当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載すること。
- (4) 受給者から、当該月の自己負担の累積額が負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。

2 食事療養費及び生活療養費

- (1) 入院時の食事療養及び生活療養については、所得区分が「①生活保護」及び生活保護移

行防止のため食事療養費及び生活療養費の減免措置を受けた受給者（以下「食事療養費等減免者」という。）以外の受給者には、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額と同額分を自己負担させることとなる（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が特定医療費の対象となり得るが、実際には医療保険が優先し、食事療養費及び生活療養費分が医療保険から支払われるため、特定医療費としては食事療養費及び生活療養費分を支払わないこととなる。）。

ただし、難病療養継続者の入院時の食事療養及び生活療養については、平成29年12月31日までの間は、医療保険における入院時の食事療養及び生活療養に係る標準負担額の2分の1を特定医療費として支払うこととする（原則として健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が特定医療費として支給されることとなるが、医療保険が優先して適用されるため、医療保険に加入している難病療養継続者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分の2分の1を特定医療費として支給することとなる。）。

一方、食事療養費等減免者については、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額を0円とするので、食事療養費等減免者以外の受給者とは異なり、少なくとも医療保険の標準負担額相当部分を特定医療費として支給することとなる。（原則として健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が特定医療費として支給されることになるが、医療保険が優先するため、医療保険に加入している食事療養費等減免者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分のみが、医療保険に加入していない食事療養費等減免者（被保護者等）については、健康保険の食事療養費及び生活療養費相当部分と標準負担額相当部分の合算分が、それぞれ特定医療費として支給されることとなる。）

(2) なお、入院時の食事療養及び生活療養に係る自己負担額については、負担上限月額を計算する際の自己負担額には含まれないことに留意すること。

3 指定医療機関の窓口における自己負担額

受給者の自己負担については、その性質上、医療保険制度における一部負担金の一部であるから、健康保険法第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、医療機関における自己負担の徴収に当たっては、10円未満の金額は、四捨五入して、自己負担を徴収するものであること。

第7 特定医療費の支給等

1 特定医療費の支給

特定医療費の支給は、受診者が受給者証を指定医療機関に提示して受けた指定特定医療に係る費用について都道府県が当該指定医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。

2 指定医療機関

都道府県知事は、法第24条第1号で定めるところにより、指定を行った指定医療機関についての一覧を作成し、公示すること。

また、指定医療機関に異動（新規指定や廃止等）のあった場合には、異動のあった指定医療機関の一覧を、各月ごとに公示するとともに、社会保険診療報酬支払基金及び国民健康保険団体連合会に送付すること。

3 指定医療機関における診療報酬の請求及び支払

指定医療機関が診療報酬を請求するに当たっては、診療報酬請求書に診療報酬明細書を添付のうえ、当該指定医療機関所在地の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に提出させること。

4 診療報酬の審査、決定及び支払

診療報酬の審査については「特定医療費の支給に係る診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」（健発1112第10号平成26年11月12日厚生労働省健康局長通知）及び「特定医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」（健発1112第12号平成26年11月12日厚生労働省健康局長通知）の定めるところによること。

第8 その他

1 医療保険各法等との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第4条の規定のとおり、健康保険法の規定による療養の給付や児童福祉法の規定による小児慢性特定疾病医療費等の支給を受けられるときは、特定医療費の支給は行わないものとする。したがって、特定医療費の支給は、医療保険の自己負担部分を対象とすることとなる。

2 各種様式

本要綱に係る各種様式の例は別添のとおりであるので、参考とすること。

特定医療費（指定難病）支給認定申請書（新規・更新・変更）

（※1）

受診者	フリガナ				生年月日	
	氏名	性別	男・女	年齢	歳	明大昭和成 治正和成 年 月 日
	フリガナ				電話	
	住所					
加入医療保険	被保険者氏名				受診者との続柄	
	保険種別				被保険者証の 記号・番号	
	被保険者証 発行機関名					
	所在地					
申請者	フリガナ				受診者との 関係	
	氏名					
	住所 （※2）				電話番号 （※2）	
病名						
自己負担上限額の特例 （該当するものに☑）	<input type="checkbox"/>	人工呼吸器等装着	<input type="checkbox"/>	高額かつ長期（※3） （高額難病治療継続者）		
	<input type="checkbox"/>	軽症高額該当（※3）	<input type="checkbox"/>	重症患者認定（※4）		
今回申請する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 医療費助成を受けている者又は申請中の者					有（氏名） ・ 無	
受診を希望する （指定）医療機関 （薬局、訪問看護事業者 等を含む）	医療機関名			所在地		
受給者番号（※5）						
臨床調査個人票の 研究利用についての同意	指定難病の研究を推進するため、提出した診断書（臨床調査個人票）を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意する（詳細については裏面を参照）。					
私は、上記のとおり、臨床調査個人票の研究利用について同意し、特定医療費の支給を申請します。						
申請者氏名		印（※6）				
平成		年 月 日		〇〇〇〇都道府県知事 殿		

※1 新規・更新・変更のいずれかに○をする。

※2 受診者本人と異なる場合に記入。

※3 特定疾患治療研究事業の医療費助成の申請をしている方は記入する必要は無い。

※4 特定疾患治療研究事業の医療費助成の申請をしている方であって、重症患者認定基準に該当する方のみ記入。

※5 更新または変更の方のみ記入。

※6 申請者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとする。

（参考）本申請書の様式は、新制度における新規の申請者と兼用とすることを想定しており、※1、3、5については、新制度における新規の申請者を想定した記載を含むことから、既認定者に該当しない内容も含まれている。

特 定 医 療 費 （ 指 定 難 病 ） 受 給 者 証							
公費負担者番号							
特定医療費受給者番号							
受 診 者	フリガナ				性 別	生 年 月 日	
	氏 名				男 ・ 女	明 治 大 正 昭 和 平 成 年 月 日	
	フリガナ						
	住 所						
	保険者（※1）						
	被保険者証の 記号及び番号（※2）				適用区分		
病 名							
保 護 者 （ 受 診 者 が 1 8 歳 未 満 の 場 合 記 入 ）	フリガナ				続 柄		
	氏 名						
	フリガナ						
	住 所						
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所			所 在 地			
	薬 局			所 在 地			
	訪問看護事業者等			所 在 地			
負 担	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			重症患者認定		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 医療費助成の対象患者				有 ・ 無		
有 効 期 間	平 成 年 月 日		か ら		平 成 年 月 日 ま で		
上記のとおり認定する。							
平 成 年 月 日 ○○○○都道府県知事 印							

※1 後期高齢者医療広域連合を含む
 ※2 後期高齢者医療制度においては被保険者番号

注意事項

- 1 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。
- 2 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生する傷病に関する医療に限られています。
- 3 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下さい。
- 4 緊急その他やむを得ない場合には、本医療受給者証に記載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。
- 5 氏名、居住地、加入している医療保険に変更があったときは、〇〇〇知事にその旨を届け出て下さい。また、受診している医療機関等に変更があったときは、速やかに〇〇〇知事に変更の申請をして下さい。
- 6 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに〇〇〇知事に返還して下さい。
- 7 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、〇〇〇知事に再交付の申請を行って下さい。
- 8 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下さい。
- 9 その他指定難病の医療の受給に関しての問い合わせは、下記に連絡して下さい。

連絡先

〇〇〇都道府県〇〇部〇〇課〇〇係（TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）
又は〇〇〇保健所（TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇）

指定医療機関に対するお願い

指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

特 定 医 療 費 (指 定 難 病)
 平成 年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円

日 付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり、当月の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
月 日		

支給認定と
変更認定共用

番 号
平成 年 月 日

通 知 書

申請者

殿

〇〇〇都道府県知事 〇〇 〇〇 印

難病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項（又は法律第10条第1項）の規定による特定医療費の申請は、下記により認定されませんでしたので通知します。

理由

1. 特定医療費の対象となる疾病ではないため
2. 疾病の症状の程度が特定医療費の対象となる程度ではないため
3. 軽症高額該当の要件を満たしていないため

4. その他（ ）

1. 高額かつ長期（高額難病治療継続者）の要件を満たしていないため

2. 人工呼吸器等装着者の要件を満たしていないため

3. その他（ ）

教 示

この処分について不服がある場合は、この処分があったことを知った日の翌日から起算して60日以内に〇〇〇〇都道府県知事に対して異議申立てをすることができます。

この処分の取消しを求める訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に限り、〇〇〇〇都道府県を被告として（訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事となります。）提起することができます（なお、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、この処分の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。また、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して60日以内に異議申立てをした場合には、この処分の取消しの訴えは、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であれば、提起することができます（なお、その異議申立てに対する決定の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内であっても、その異議申立てに対する決定の日の翌日から起算して1年を経過するとこの処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。）。

特定医療費（指定難病）受給者証等記載事項変更届

受 診 者	フリガナ		性 別	男 ・ 女	年 齢	歳	生 年 月 日	
	氏 名						年 月 日	
	フリガナ							
	住 所							
保 護 者	フリガナ					受診者 との関係		
	氏 名							
	フリガナ							
	住 所 (受診者と異なる場合に記入)							
受 給 者 番 号								
変 更 の あ る 事 項	事 項		変 更 前			変 更 後		
	<input type="checkbox"/>	受診者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)						
	<input type="checkbox"/>	受給者に関する事項 (氏名・住所・電話番号)						
	<input type="checkbox"/>	被保険者証に関する事項 (記号及び番号・保険者 名・保険者所在地・受診 者と同一の加入者)						
	<input type="checkbox"/>	医療保険の適用区分						
備 考								
<p>私は、特定医療費支給認定申請書及び特定医療費受給者証に記載された事項の変更について、上記のとおり届け出ます。</p> <p style="text-align: center;">届出者氏名 印</p> <p style="text-align: center;">平成 年 月 日 〇〇〇〇都道府県知事 殿</p>								

※1 届出者氏名については、記名押印又は自筆による署名のいずれかとすること。
 ※2 指定医療機関、自己負担上限額（所得区分・人工呼吸器装着・軽症高額該当・高額かつ長期・重症患者認定（※3））及び指定難病の名称の変更については、支給認定の変更を行うため、特定医療費支給認定申請書（変更）に記載し申請すること。
 ※3 重症患者認定の対象となるのは、特定疾患治療研究事業の医療費助成を受けていた方のみ。

診 断 書

年 月 日生 男・女

患者氏名 _____

患者住所 _____

指定難病名 _____

○欄	該当対象部位	
	眼	
	聴器	
	肢体	
	神経系	
	呼吸器	
	心臓	
	腎臓	
	肝臓	
	血液・造血器	
	その他	

注1： 該当対象部位の左欄に○を付してください。

注2： 上記の指定難病を主たる要因として、別添1「重症患者認定基準表」の対象部位別の症状が現に認められ、かつ、長期間（概ね6ヶ月以上）継続するものと認められるかどうかについて、御記載ください。

以上のとおり診断します。

平成 年 月 日

医療機関名

医療機関所在地

医師の氏名

印

重症患者認定基準表

下記の症状が長期間継続するものと認められるもの

対象部位	症状の状態	一部の例示	
眼	①眼の機能に著しい障害を有するもの	両眼の視力の和が0.04以下のもの	
		両眼の視野がそれぞれ10度以内でかつ両眼による視野について視能率による損失率が95%以上のもの	
聴器	②聴覚機能に著しい障害を有するもの	両耳の聴力レベルが100デシベル以上のもの	
肢	上肢	③両上肢の機能に著しい障害を有するもの	両上肢の用を全く廃したもの
		④両上肢の全ての指の機能に著しい障害を有するもの	両上肢のすべての指を基部から欠き、有効長が0のもの
			両上肢のすべての指の用を全く廃したもの
	⑤一上肢の機能に著しい障害を有するもの	一上肢を上腕の2分の1以上で欠くもの 一上肢の用を全く廃したもの	
	下肢	⑥両下肢の機能に著しい障害を有するもの	両下肢の用を全く廃したもの
		⑦両下肢を足関節以上で欠くもの	両下肢をショパール関節以上で欠くもの
	体幹・脊柱	⑧体幹の機能に座っていることができない程度又は立ち上がることができない程度の障害を有するもの	腰掛、正座、あぐら、横すわりのいずれもができないもの又は、臥位又は坐位から自力のみでは立ち上がれず、他人、柱、杖、その他の器物の介護又は補助によりはじめて立ち上がることができる程度の障害を有するもの
			⑨身体の機能の障害又は長期にわたる安静を必要とする病状が前①～⑧と同程度以上と認められる状態であって、日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度のもの
神経系		一上肢及び一下肢の用を全く廃したもの 四肢の機能に相当程度の障害を残すもの 肢体の障害に準じる	
呼吸器		活動能力の程度がゆっくりでも少し歩くと息切れがする、または、息苦しくて身の回りのこともできない状態に該当し、かつ、次のいずれかに該当するもの。 (1) 予測肺活量1秒率が20%以下のもの (2) 動脈血ガス分析値にA表に掲げる異常を示すもの いかなる負荷にも耐え得ないもの	
心臓		浮腫、呼吸困難等の臨床症状があり、B表に掲げる症状の1又は2に該当し、かつ、C表に掲げる心臓疾患検査所見等のうち、いずれか2つ以上の所見等があるもの	
腎臓		D表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、E表に掲げるうち、いずれか1つ以上の検査成績の異常に該当するもの	
肝臓		F表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、G表に掲げるうち、いずれか1系列以上の検査成績が異常を示すもの	
		G表に掲げるうち、いずれか2系統以上の検査成績が高度異常を示し、高度の安静を必要とするもの	
血液・造血器		H表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、I表に掲げる1～4までのうち、3つ以上に該当するもの	
		J表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があり、かつ、K表に掲げるうち、いずれか1つ以上の所見があるもの	
その他			

呼吸器疾患の参考表

A表（呼吸器疾患検査所見—動脈血ガス分析値）

	検査項目	単位	異常値
1	動脈血O ₂ 分圧	mmHg	55以下
2	動脈血CO ₂ 分圧	mmHg	60以上

動脈血ガス分析値は、1回のみの検査成績によることなく、総合的に判定するものとする。

心臓疾患の参考表

B表（心臓疾患重症症状）

1	安静時にも心不全症状又は狭心症症状が起こり、安静からはずすと訴えが増強するもの
2	身体活動を極度に制限する必要がある心臓病患者で、身の回りのことはかろうじてできるが、それ以上の活動では心不全症状又は狭心症症状がおこるもの

C表（心臓疾患検査所見等）

1	明らかな器質性雑音が認められるもの
2	X線フィルムによる計測（心胸郭計数）で60%以上のもの
3	胸部X線所見で、肺野に高度うっ血所見のあるもの
4	心電図で、陳旧性心筋梗塞所見のあるもの
5	心電図で、脚ブロック所見のあるもの
6	心電図で、完全房室ブロック所見のあるもの
7	心電図で、第2度以上の不完全房室ブロック所見のあるもの
8	心電図で、心房細動又は粗動所見があり、心拍数に対する脈拍数の欠損が10以上のもの
9	心電図で、ST低下が0.2mV以上の所見があるもの
10	心電図で、第Ⅲ誘導及びV1以外の誘導のTが逆転した所見があるもの
11	心臓ペースメーカーを装着したもの
12	人工弁を装着したもの

腎臓疾患の参考表

D表（腎臓疾患重症症状）

1	尿毒症性心膜炎
2	尿毒症性出血傾向
3	尿毒症性中枢神経症状

E表（腎臓疾患検査所見等）

	検 査 項 目	単 位	異常値
1	内因性クレアチニン・クリアランス値	ml/分	10未満
2	血清クレアチニン濃度	mg/dl	8以上
3	血液尿素窒素	mg/dl	80以上

人工透析療法施行中の者にかかる腎機能検査成績は、当該療法実施前の成績による。

肝臓疾患の参考表

F表（肝臓疾患重症症状）

1	高度の腹水が存続するもの
2	意識障害発作を繰り返すもの
3	胆道疾患で発熱が頻発するもの

G表（肝臓疾患検査所見等）

系列	検 査 項 目	単 位	異常値	高度異常値
A	アルブミン(電気泳動法)	g/dl	2.8以上3.8未満	2.8未満
	γ-グロブリン(電気泳動法)	g/dl	1.8以上2.5未満	2.5以上
	Z T T (Kunkel法)	単位	14以上20未満	20以上
B	I C G (15分値)	%	10以上30未満	30以上
	血清総ビリルビン	mg/dl	1.0以上5.0未満	5.0以上
	黄疸指数(Meulengracht法)	—	10以上30未満	30以上
C	G O T (Karmen法)	単位	50以上200未満	200以上
	G P T (Karmen法)	単位	50以上200未満	200以上
D	アルカリフォスファターゼ(Bessey法)	単位	3.5以上10未満	10以上
	アルカリフォスファターゼ(Kind-King法)	単位	12以上30未満	30以上

血液・造血器疾患の参考表

H表（血液・造血器疾患重症症状－貧血群）

1	治療により貧血改善はやや認められるが、なお高度の貧血、出血傾向、易感染性を示すもの
2	輸血をひんぱんに必要とするもの

I表（血液・造血器疾患検査所見等－貧血群）

1	末梢血液中の赤血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) 血色素量が6.0g/dl未満のもの (2) 赤血球数が200万/mm ³ 未満のもの
2	末梢血液中の白血球像で、次のいずれかに該当するもの (1) 白血球が1,500/mm ³ 未満のもの (2) 顆粒球数が500/mm ³ 未満のもの
3	末梢血液中の血小板数が1万/mm ³ 未満のもの
4	骨髓像で、次のいずれかに該当するもの (1) 有核細胞が2万/mm ³ 未満のもの (2) 巨核球数が15/mm ³ 未満のもの (3) リンパ球が60%以上のもの (4) 顆粒球(G)と赤芽球(E)との比(G/E)が10以上のもの

J表（血液・造血器疾患重症症状－出血傾向群）

1	高度の出血傾向又は関節症状のあるもの
2	凝固因子製剤を頻繁に輸注しているもの

K表（血液・造血器疾患検査所見等－出血傾向群）

1	出血時間(デューク法)が10分以上のもの
2	血小板数が3万/mm ³ 未満のもの