

特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の
記載方法について（指定医療機関用）

平成26年12月

厚生労働省健康局疾病対策課

目 次

1. 制度の概要について	1
2. 指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い	3
3. 生活保護受給者等の取扱いについて	5
4. 診療報酬請求について	5
(1) 「診療の給付」欄について	
(2) 「食事療養」欄について	
5. 管理票の記載について	10
6. 参考資料	
別紙1 (指定難病一覧)	19
別紙2 (特定医療費(指定難病)受給者証)	20
別紙3 (自己負担上限額管理票)	21
別紙4 (公費負担者番号一覧(都道府県別))	22
別紙5 (指定医療機関療養担当規程)	23

第1 制度の概要について

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「難病法」という。）に基づく新たな医療費（特定医療費）助成制度の概要は以下のとおりである。

（1）特定医療費の支給対象者

特定医療費の支給対象となる者は、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場合である。

- ・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）である者であること。
- ・支給認定の申請のあった月以前の12月以内に医療費総額が33,330円を超える月数が既に3月以上ある者であること。

【参考1】「指定難病」とは

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。）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指定難病という。

（別紙1参照）

【参考2】「特定医療」とは

特定医療とは、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。

（2）自己負担割合

- ・医療保険の患者負担割合が3割の者については、負担割合が2割に軽減される。
- なお、医療保険の患者負担割合が2割の者や75歳以上で1割の者のほか、介護保険についても患者負担割合が1割の場合は、それぞれの制度の負担割合が適用される。

（3）自己負担上限額

- ・所得（市町村民税（所得割）の課税の額）や治療状況に応じて自己負担上限額（負担上限月額）が設定されている。
- ・入院・入院外の区別を設定せず、また、複数の指定医療機関（薬局、訪問看護ステーション等を含む。）で支払われた自己負担をすべて合算した上で自己負担上限額を適用する。

（注）病院、診療所における受療以外に、薬局での保険調剤、医療保険における訪問看護ステーションが行う訪問看護及び介護保険における訪問看護等が含まれる。

【難病法に基づく特定医療費の自己負担上限額】

階層区分	実施機関番号601番（原則）			実施機関番号501番（※）		
	一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者	一般	重症患者	人工呼吸器等装着者
生活保護	0円	0円	0円	0円	0円	0円
低所得Ⅰ	2,500円	2,500円	1,000円	2,500円	2,500円	1,000円
低所得Ⅱ	5,000円	5,000円		5,000円		
一般所得Ⅰ	10,000円	5,000円		5,000円	5,000円	
一般所得Ⅱ	20,000円	10,000円		10,000円		
上位所得	30,000円	20,000円		20,000円		
入院時の食費	食事（生活）療養標準負担額を自己負担			食事（生活）療養標準負担額の1/2を自己負担		

注1）（※）印は、平成29年12月31日までの経過的特例（（5）参照）である。

注2）同一世帯内に難病の特定医療費及び小児慢性特定疾病の医療費の給付の対象者がいる場合は、当該世帯内の対象患者を勘案して自己負担上限額の按分が行われるため、上記とは異なる自己負担上限額が受給者証に記載される場合がある。

○「高額かつ長期」とは

- ・実施機関番号601番の所得区分のうち「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」、「上位所得」の受診者であって、医療費総額が5万円を超えた月数が申請を行った月以前の12月以内に既に6月以上ある者が該当する。

○「重症患者」とは

- ・実施機関番号501の所得区分のうち、特定疾患治療研究事業における重症患者に該当する場合には、負担上限額が軽減され、平成29年12月31日までの間は、「低所得Ⅱ」に該当した場合でも、負担上限月額が2,500円、「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」、「上位所得」に該当した場合でも負担上限月額は5,000円となる。

○「人工呼吸器等装着者」とは

- ・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場合には、負担上限月額は1,000円となる。

（4）入院時の食費等

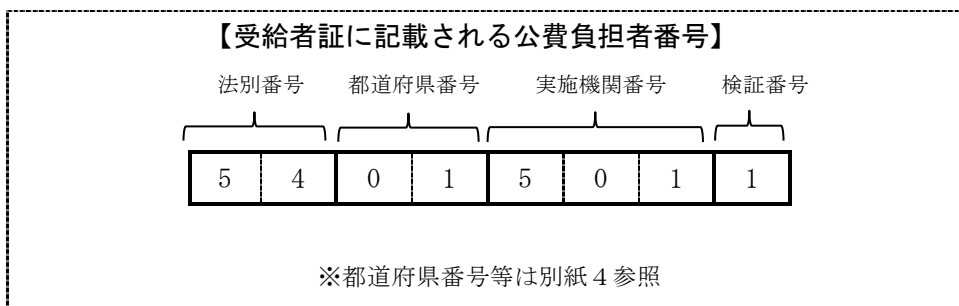
- ・入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額及び入院時生活療養費に係る生活療養標準負担額については、患者負担とする。
- ・ただし、入院時生活療養費の場合、難病法第7条第1項に規定する支給認定を受けた指定難病の患者の生活療養標準負担額は、現行の入院時食事療養標準負担額と同額となる（居住費の自己負担はなし）。

(5) 経過的特例（施行から3年間（平成29年12月31日まで））

- ・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、引き続き特定医療費の支給を受けている者）の場合、一般所得Ⅰ、一般所得Ⅱ、上位所得、重症患者に該当する者は、自己負担上限額が軽減される。
- ・入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額及び入院時生活療養費に係る生活療養標準負担額（食費部分）は2分の1を公費が負担する。

第2 指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い

- (1) 特定医療費の受給者に対しては、都道府県により医療受給者証（別紙2。以下「受給者証」という。）が発行される。
- (2) 受給者証の公費負担者番号の法別番号は「54」、実施機関番号は「501」と「601」の2種類に分かれており、実施機関番号「501」が付されている受給者証を所持している者については、平成27年1月1日から平成29年12月31日まで経過的特例の適用を受ける。



- (3) 受給者証の自己負担上限額の記載欄には、所得や治療の状況に応じて設定された月の自己負担上限額が記載されている。
- (4) 難病の特定医療費においては、支給認定の際に都道府県から患者に対して受給者証に加えて自己負担上限額管理票（別紙3。以下「管理票」という。）が発行されることから、当該患者が指定医療機関を受診する際に管理票を受給者証と併せて指定医療機関の窓口提出する。
- (5) 難病法に基づく特定医療費の制度は、医療保険の医療費の患者負担割合が3割負担の者（70歳未満及び70歳から74歳で現役並み所得者）について2割負担に軽減する制度であり、所得に応じて月額自己負担上限額が設定されているが、医療費の2割が自己負担上限額を超えない場合は、医療費の2割分を徴収することとなる。
- (6) 70歳から74歳（誕生日が昭和19年4月1日までの者（※））については、75歳になるまでは、窓口負担が1割となることから、自己負担上限額に達していない場合は、医療費総額の1割を徴収し、当該額を管理票に記載することとなる。

(※) 医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）第7条第1項に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者（現役並み所得者を除く。）

- (7) 同一世帯内に複数の難病の特定医療費又は小児慢性特定疾病の医療費の給付の対象患者がいる場合、世帯内の対象患者を勘案して自己負担上限額を按分することから、該当する者については、上記第1の(3)に記載している自己負担上限額とは異なる額が受給者証に記載されている。
- (8) 複数の指定医療機関を受診した場合、患者が負担した自己負担額をすべて合算した上で自己負担上限額を適用する。自己負担上限額は、入院・入院外を問わず合算することとなる。
- (9) 入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（以下「食事（生活）療養標準負担額」という。）を徴収した場合、患者負担額は、管理票には記載しないこと。また、実施機関番号「501」が付されている受給者証が提示された場合、食事（生活）療養標準負担額は、その2分の1の額を徴収することとなる。

【実施機関番号「501」が付されている受給者証が提示された場合の窓口徴収額】

例1) 65歳未満 一般所得 $260円 \times 1 / 2 \times 5食 = 650円$

例2) 65歳未満 低所得 $210円 \times 1 / 2 \times 5食 = 525円$

注) レセプトには食事（生活）療養標準負担額の全額（2分の1にする前の金額）を記載する。

- (10) 管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該患者より自己負担を徴収した際に日付、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）を記載し、自己負担額徴収欄に押印する。

なお、医療費総額については、特定医療に係る診療とそれ以外の診療とに分かれる場合、管理票には特定医療に係る医療費の総額のみを記載する。

また、患者からの自己負担の徴収は、原則として、指定医療機関を受診した日に行うこととなることから、管理票への記載も当該受診した日に行うこととなるが、訪問看護サービス等において、利用した日の翌月に利用料を請求する場合には、利用した月の自己負担の累積額を確認したうえで、患者から徴収し、当該額を管理票に記載すること。

注) 患者から徴収した額に10円未満の端数がある場合には、四捨五入した額を自己負担額の欄に記載すること。

- (11) 自己負担の累積額（月額）が自己負担上限額に達した際には、所定欄に日付、医療機関名、確認印を押印することとなる。当該欄に医療機関名の記載のある管理票を所持している受給者からは当該月において自己負担を徴収しないこととなるが、医療費総額については、「高額かつ長期」等の確認に使用するため、患者からの申し出があった場合など、必要に応じて自己負担上

限度に達した後も5万円まで管理票に記載すること。

- (12) 特定医療に係る医療保険の給付については、通常の高額療養費に準じて、所得区分別の自己負担限度額が適用されるため、受給者証に記載されている高額療養費の所得区分をレセプトの特記事項の欄に記載することとなる。なお、記載する所得区分の略号は、「診療報酬請求等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)に基づいて記載することとなる。

ただし、平成27年12月31日までは、都道府県が保険者に対して行う照会等の結果を待たずに受給者証における医療保険の所得区分の記載欄を空欄とすることも認めているため、その場合の高額療養費の算定基準額については以下のとおり取り扱うこととする。

・70歳未満の者	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1%
・70歳以上の者 (入院療養)	44,400円
・70歳以上の者 (外来療養)	12,000円

また、平成27年1月1日から平成27年12月31日までの間、70歳以上の現役並み所得者(高齢受給者証又は後期高齢者医療受給者に負担割合「3割」の記載がある者)及び医療機関に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を受給者証と併せて提出した患者については、受給者証の適用区分欄が空欄であっても、当該限度額認定証等に記載されている所得区分を適用する。

第3 生活保護受給者等の取扱い

- (1) 生活保護受給者が特定医療費の支給を受ける場合、療養の給付と食事(生活)療養が全て特定医療の対象となるものである場合には、これらに係る費用は特定医療費として10割給付されるので、特定医療費単独の請求とする。特定医療の対象外の医療を含む場合には、特定医療費に係る公費欄には特定医療費の給付対象となる点数(金額)を記載し、生活保護に係る公費欄には特定医療費の対象とならない点数(金額)を記載すること。

- (2) また、生活保護移行防止措置により自己負担上限額が「0円」と記されている医療受給者証を所持している者のうち、食事(生活)療養費負担額分が特定医療費の支給対象外となる場合があることに留意すること。

第4 診療報酬請求について

本記載方法で示している事例のほか、診療報酬の請求にあたっては「診療報酬請求等の記載要領等について」(昭和51年8月7日保険発第82号)に基づいて記載すること。

(1) 「療養の給付」欄について

特定医療費に係る公費欄の負担金額(自己負担額)については必ず記載すること。

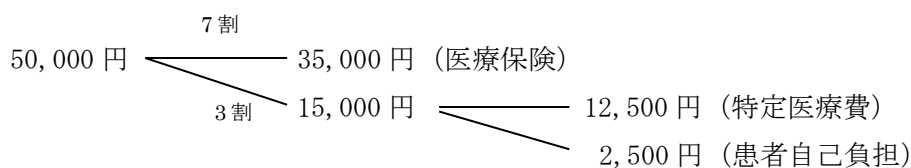
【事例 1】

一般の健康保険の加入者（3割）入院外の場合

○入院外医療費 5,000点

○特定医療費（低所得者 I；負担上限月額 2,500円）

療養の給付	保 険	請求点 5,000	※決定点	負担金額 円			
	公 費 ①	点	点	円 2,500			
	公 費 ②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000円×7割=35,000円
- ・特定医療費
50,000円×3割-2,500円(公費①)=12,500円
- ・患者自己負担額
2,500円

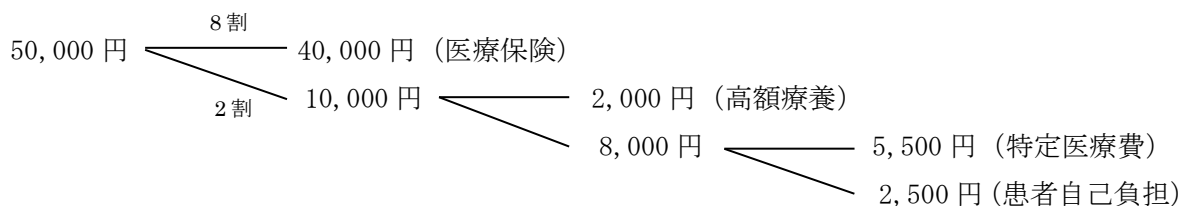
【事例 2】

70歳以上（誕生日が昭和19年4月2日以降の者）の者（2割）外来の場合

○入院外医療費 5,000点

○特定医療費（低所得者 I；負担上限月額 2,500円）

療養の給付	保 険	請求点 5,000	※決定点	負担金額 円 8,000			
	公 費 ①	点	点	円 2,500			
	公 費 ②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000 円 × 8 割 = 40,000 円
- ・高額療養
50,000 円 × 2 割 - 8,000 円 = 2,000 円
- ・特定医療費
8,000 円 - 2,500 円 (公費①) = 5,500 円
- ・患者自己負担額
2,500 円

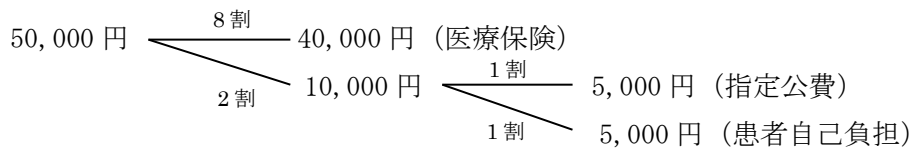
【事例 3】

70 歳以上から 75 歳未満 (軽減特例措置対象者) の外来の場合

○入院外医療費 5,000 点

○特定医療費 (一般所得者 II ; 負担上限月額 10,000 円)

療養の給付	保	請求点	※決定点	負担金額 円			
	険	5,000					
	公費①	点	点	円 10,000			
	公費②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000 円 × 8 割 = 40,000 円
- ・指定公費
50,000 円 × 1 割 = 5,000 円
- ・患者自己負担額
50,000 円 × 1 割 = 5,000 円

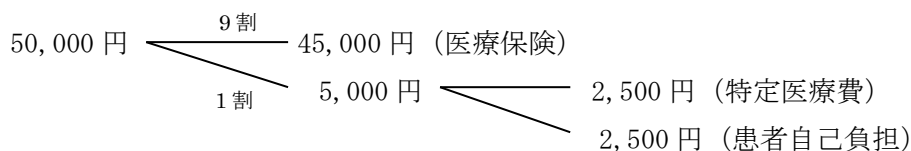
【事例 4】

後期高齢者医療の加入者 (1 割) 外来の場合

○入院外医療費 5,000 点

○特定医療費 (低所得者 I ; 負担上限月額 2,500 円)

療養の給付	保	請求点	※決定点	負担金額 円			
	険	5,000					
	公費①	点	点	円 2,500			
公費②					※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000 円 × 9 割 = 45,000 円
- ・特定医療費
50,000 円 × 1 割 - 2,500 円 (公費①) = 2,500 円
- ・患者自己負担額
2,500 円

(2) 「食事・生活療養費」欄について

食事（生活）療養標準負担額については、特定医療費の給付対象外であるため、公費①の標準負担額の欄に「0」を記載することになる。

ただし、実施機関番号 501 番の受給者証を所持している者については、平成 29 年 12 月 31 日まで経過的特例が適用されるため、食事（生活）療養標準負担額の 2 分の 1 を公費が負担することから、請求レセプト上は公費負担①の標準負担額の欄に食事（生活）療養標準負担額の全額を記載する。

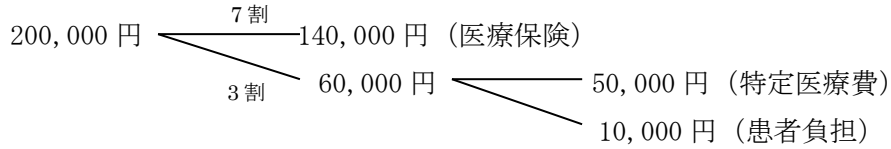
ア. 経過的特例の適用者の場合（実施機関番号 501 番）

- 入院医療費 20,000 点
- 特定医療費（一般所得者Ⅱ；負担上限月額 10,000 円）
- 入院日数 15 日
- 一般の健康保険加入者（3割）

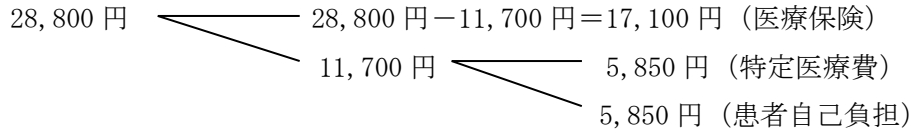
療養の給付	保	請求点	※決定点	負担金額 円	食事・生活療養費	保	回	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
	険	20,000				険	45	28,800		11,700
	公費①	点	点	円 10,000		公費①	45	28,800	円	円 11,700
公費②				円	公費②	回	円	円	円	

実施機関番号 501 の者は経過的特例の適用のため、標準負担額の 1/2 を公費で負担することになるが、レセプト上は標準負担額の全額を記載する。

①療養の給付



②入院時食事療養費



【療養の給付の請求】

①療養の給付

- ・医療保険
200,000 円 × 7割 = 140,000 円
- ・特定医療費
200,000 円 × 3割 - 10,000 (公費①) = 50,000 円
- ・患者自己負担額
10,000 円

②入院時食事療養費

- ・医療保険
28,800 円 - 11,700 円 = 17,100 円
- ・特定医療費
11,700 円 × 1 / 2 = 5,850 円
- ・患者自己負担額
5,850 円

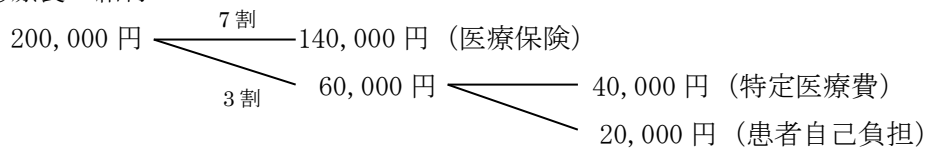
イ. 経過的特例の適用外の者 (実施機関番号 601 番)

- 入院医療費 20,000 点
- 特定医療費 (一般所得者Ⅱ; 負担上限月額 20,000 円)
- 入院日数 15 日
- 一般の健康保険加入者 (3割)

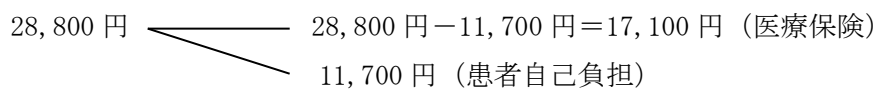
入院時食事療養費の食事療養標準負担額については、特定医療の給付対象外であるため、公費欄の食事療養に関する請求と標準負担額の欄に「0」を記載する。

療養の給付	保	請求 点	※決定 点	負担金額 円	食 事 ・ 生 活 療 養 費	保	回	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円	
	險	20,000					険	45	28,800		11,700
	公 費 ①	点	点	円		20,000	公 費 ①	回	0	円	円
	公 費 ②	点	点	円	公 費 ②	回		円	円	円	

①療養の給付



②入院時食事療養費



【療養の給付の請求】

①療養の給付

- ・医療保険
200,000 円×7 割=140,000 円
- ・特定医療費
200,000 円×3 割-20,000 円（公費①）=40,000 円
- ・患者自己負担額
20,000 円

②入院時食事療養費

- ・医療保険
28,800 円-11,700 円=17,100 円
- ・患者自己負担額
11,700 円

第5 管理票の記載について

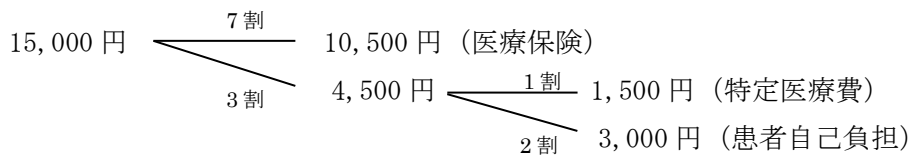
【記載例1】

70歳未満の者（患者負担3割の場合）

- 自己負担上限額；一般所得I（10,000円）
- 一般の健康保険加入者（窓口負担3割→2割）

ア 1月5日 ○○○病院（総医療費1,500点）

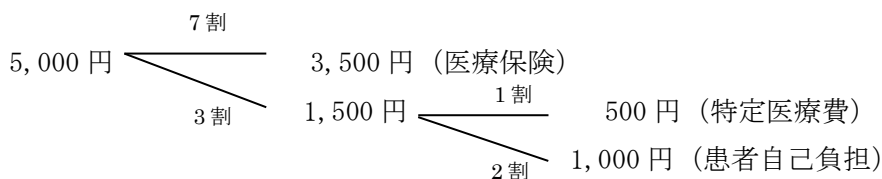
医療費の2割が自己負担上限額1万円を下回っているため、患者からは2割分を徴収する。



特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568		
月額自己負担上限額 10,000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
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印

イ 1月5日 ××薬局（総医療費500点）

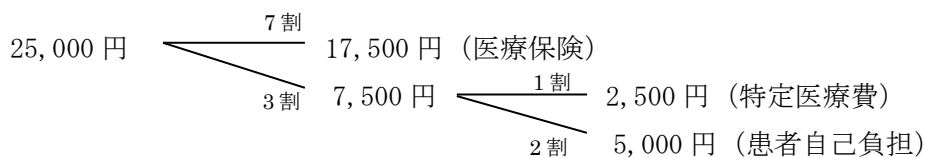
上記アと同様に患者からは2割分を徴収する。



特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○		受給者番号	0012568	
			月額自己負担上限額 10,000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
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印

ウ 1月20日 ○○○病院（総医療費2,500点）

上記アと同様に患者からは2割分を徴収する。

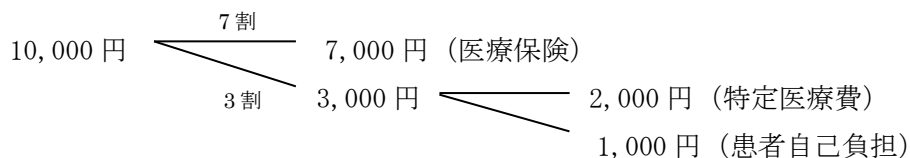


特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○		受給者番号	0012568	
			月額自己負担上限額 10,000円		
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円	印

エ 1月20日 ××薬局（総医療費1,000点）

自己負担額の累積額が9,000円のため、負担上限月額1万円との差額である1,000円を患者が負担する。

$$3,000\text{円（3割）} - 1,000\text{円（患者負担）} = 2,000\text{円（特定医療費）}$$



特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
月額自己負担上限額 10,000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
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	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
1月20日	××薬局	印

自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載する。

オ 1月31日 ○○○病院（総医療費1,500点）

自己負担額の累積額が10,000円のため、負担上限月額に達しており、患者の自己負担は生じないが、負担上限額に達した後に指定医療機関を受診した場合は、医療費総額を記載する。

15,000円 $\begin{cases} 7割 \rightarrow 10,500円（医療保険） \\ 3割 \rightarrow 4,500円（特定医療費） \end{cases}$

特定医療費（指定難病）
平成27年1月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
月額自己負担上限額 10,000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
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印
1月20日	○○○病院	25,000円	5,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印
1月31日	○○○病院	15,000円			

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
1月20日	××薬局	印

自己負担上限額に達した後も受診した際に、患者から申し出があった場合などには、医療費総額のみ記載し、その他の欄は斜線を引く。

【記載例 2】

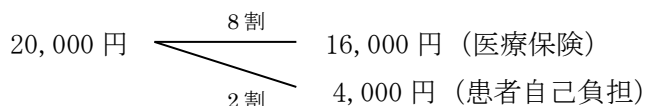
70歳以上（誕生日が昭和19年4月2日以降の者）の者

○自己負担上限額；一般所得 I（10,000円）

○国民健康保険加入者（患者負担2割）

ア 1月5日 ○○○病院（総医療費 2,000 点）

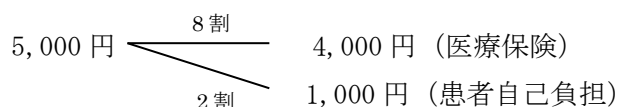
医療費の2割が自己負担上限額1万円を下回っているため、患者からは2割分を徴収する。



特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568		
月額自己負担上限額 10,000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
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円	印

イ 1月5日 ××薬局（総医療費 500 点）

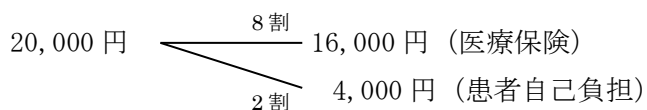
上記アと同様に、患者からは2割分を徴収する。



特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568		
月額自己負担上限額 10,000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
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	印

ウ 1月20日 ○○○病院（総医療費 2,000 点）

上記アと同様に、患者からは2割分を徴収する。

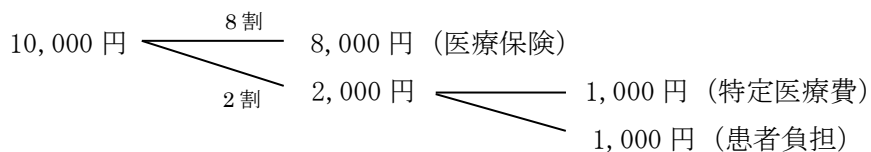


特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○		受給者番号	0012568	
				月額自己負担上限額	10,000円
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	印
1月20日	○○○病院	20,000円	4,000円	9,000円	印

エ 1月20日 ××薬局（総医療費 1,000 点）

自己負担額の累積額が9,000円のため、負担上限月額1万円との差額である1,000円を患者が負担する。

$$2,000 \text{ 円 (2割)} - 1,000 \text{ 円 (患者負担)} = 1,000 \text{ 円 (特定医療費)}$$



特定医療費（指定難病）

平成27年1月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
------	-------	-------	---------

月額自己負担上限額 10,000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
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	印
1月20日	○○○病院	20,000円	4,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	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
1月20日	××薬局	印

自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載する。

オ 1月31日 ○○○病院（総医療費1,500点）

自己負担額の累積額が10,000円のため、負担上限月額に達しており、患者の自己負担は生じないが、負担上限額に達した後に指定医療機関を受診した場合は、医療費総額を記載する。

15,000円 $\begin{cases} \xrightarrow{8割} 12,000円（医療保険） \\ \xrightarrow{2割} 3,000円（特定医療費） \end{cases}$

特定医療費（指定難病）

平成27年1月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
------	-------	-------	---------

月額自己負担上限額 10,000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
1月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円	印
1月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	印
1月20日	○○○病院	20,000円	4,000円	9,000円	印
1月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印
1月31日	○○○病院	15,000円			

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達した後も受診した際に、患者から申し出があった場合などには、医療費総額のみ記載し、その他の欄は斜線を引く。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	××薬局	印

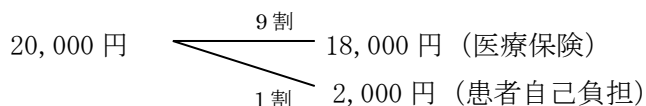
【記載例 3】

75歳以上の者

- 自己負担上限額；低所得Ⅱ（5,000円）
- 後期高齢者医療加入者（患者負担1割）

ア 1月5日 ○○○病院（総医療費2,000点）

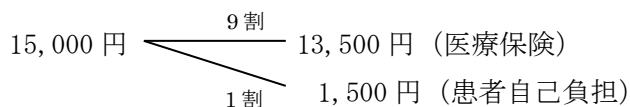
医療費の1割が自己負担上限額5,000円を下回っているため、患者からは1割分を徴収し、管理票上には徴収額2,000円を記載すること。



特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568		
月額自己負担上限額 5,000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
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	印

イ 1月5日 ××薬局（総医療費1,500点）

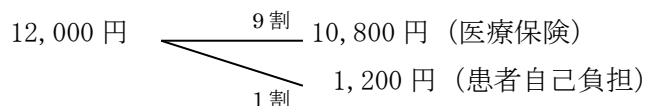
自己負担上限額の累積額2,000円と月額自己負担上限額5,000円の差額が3,000円であり、医療費の1割が自己負担上限額の差額3,000円を下回っているため、患者からは1割分を徴収し、管理票上には徴収額1,500円を記載すること。



特定医療費（指定難病）					
平成27年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568		
月額自己負担上限額 5,000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
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	印
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円	印

ウ 1月20日 ○○○病院（総医療費 1,200 点）

自己負担上限額の累積額 3,500 円と月額自己負担上限額 5,000 円の差額が 1,500 円であり、医療費の 1 割（1,200 円）と上記の差額 1,500 円に 300 円の差額が生じるため、患者からは 1 割分を徴収し、管理票上には徴収額 1,200 円を記載すること。

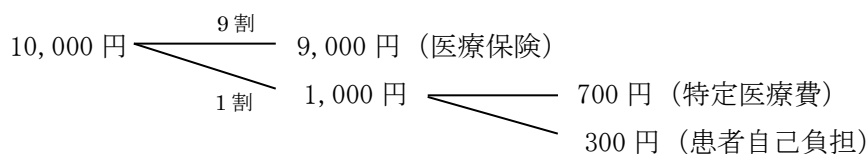


特定医療費（指定難病）					
平成 27 年 1 月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○	受給者番号	0 0 1 2 5 6 8		
月額自己負担上限額					5,000 円
日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	印
1 月 20 日	○○○病院	12,000 円	1,200 円	4,700 円	印

エ 1月20日 ××薬局（総医療費 1,000 点）

自己負担上限額の累積額と月額自己負担上限額の差額が 300 円であるため、患者からは差額分の 300 円を徴収し、医療費の 1 割（1,000 円）から徴収した 300 円の差額の 700 円を特定医療が負担し、管理票上には徴収額 300 円を記載すること。

$$1,000 \text{ 円 (1 割)} - 300 \text{ 円 (患者負担)} = 700 \text{ 円 (特定医療費)}$$



特定医療費（指定難病）

平成27年1月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
------	-------	-------	---------

月額自己負担上限額 5,000円

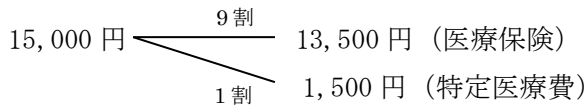
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	印
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円	印
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円	印
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円	印

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	自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載する。	徴収印
1月20日	××薬局		印

オ 1月31日 ○○○病院（総医療費1,500点）

自己負担上限額の累積額が10,000円のため、負担上限月額に達しており、患者の自己負担は生じないが、負担上限額に達した後に指定医療機関を受診した場合は、医療費総額を記載する。



特定医療費（指定難病）

平成27年1月分自己負担上限額管理票

受診者名	×× ○○	受給者番号	0012568
------	-------	-------	---------

月額自己負担上限額 5,000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
1月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	印
1月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円	印
1月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円	印
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円	印
1月31日	○○○病院	15,000円			

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達した後も受診した際に、患者から申し出があった場合などには、医療費総額を記載し、その他の欄は斜線を引く。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	××薬局	印

指定難病一覧

番号	病名	番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症	56	ベーチェット病
2	筋萎縮性側索硬化症	57	特発性拡張型心筋症
3	脊髄性筋萎縮症	58	肥大型心筋症
4	原発性側索硬化症	59	拘束型心筋症
5	進行性核上性麻痺	60	再生不良性貧血
6	パーキンソン病	61	自己免疫性溶血性貧血
7	大脳皮質基底核変性症	62	発作性夜間ヘモグロビン尿症
8	ハンチントン病	63	特発性血小板減少性紫斑病
9	神経有棘赤血球症	64	血栓性血小板減少性紫斑病
10	シャルコー・マリー・トゥース病	65	原発性免疫不全症候群
11	重症筋無力症	66	IgA 腎症
12	先天性筋無力症候群	67	多発性嚢胞腎
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎	68	黄色靭帯骨化症
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／ 多巣性運動ニューロパチー	69	後縦靭帯骨化症
15	封入体筋炎	70	広範脊柱管狭窄症
16	クドウ・深瀬症候群	71	特発性大腿骨頭壊死症
17	多系統萎縮症	72	下垂体性ADH分泌異常症
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	73	下垂体性TSH分泌亢進症
19	ライゾゾーム病	74	下垂体性PRL分泌亢進症
20	副腎白質ジストロフィー	75	クッシング病
21	ミトコンドリア病	76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
22	もやもや病	77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
23	プリオン病	78	下垂体前葉機能低下症
24	亜急性硬化性全脳炎	79	家族性高コレステロール血症(ホモ接合体)
25	進行性多巣性白質脳症	80	甲状腺ホルモン不応症
26	HTLV-1関連脊髄症	81	先天性副腎皮質酵素欠損症
27	特発性基底核石灰化症	82	先天性副腎低形成症
28	全身性アミロイドーシス	83	アジソン病
29	ウルリッヒ病	84	サルコイドーシス
30	遠位型ミオパチー	85	特発性間質性肺炎
31	ベスレムミオパチー	86	肺動脈性肺高血圧症
32	自己食空胞性ミオパチー	87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
33	シュワルツ・ヤンペル症候群	88	慢性血栓性肺高血圧症
34	神経線維腫症	89	リンパ脈管筋腫症
35	天疱瘡	90	網膜色素変性症
36	表皮水疱症	91	バッド・キアリ症候群
37	膿疱性乾癬(汎発型)	92	特発性門脈圧亢進症
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群	93	原発性胆汁性肝硬変
39	中毒性表皮壊死症	94	原発性硬化性胆管炎
40	高安動脈炎	95	自己免疫性肝炎
41	巨細胞性動脈炎	96	クローン病
42	結節性多発動脈炎	97	潰瘍性大腸炎
43	顕微鏡的多発血管炎	98	好酸球性消化管疾患
44	多発血管炎性肉芽腫症	99	慢性特発性偽性腸閉塞症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
46	悪性関節リウマチ	101	腸管神経節細胞僅少症
47	パージャール病	102	ルピンシュタイン・テイビ症候群
48	原発性抗リン脂質抗体症候群	103	CFC症候群
49	全身性エリテマトーデス	104	コステロ症候群
50	皮膚筋炎／多発性筋炎	105	チャージ症候群
51	全身性強皮症	106	クリオピリン関連周期熱症候群
52	混合性結合組織病	107	全身型若年性特発性関節炎
53	シェーグレン症候群	108	TNF受容体関連周期性症候群
54	成人スチル病	109	非典型溶血性尿毒症症候群
55	再発性多発軟骨炎	110	ブラウ症候群

別紙2

別紙様式第2号（表面）

特定医療費（指定難病）受給者証										
公費負担者番号		5	4	0	1	5	0	1		
特定医療費受給者番号		0	0	1	1	2	3			
受 診 者	フリガナ	コウロウ シロウ					性別	生年月日		
	氏名	厚労 二郎					男・女	明治 大正 昭和 平成 ○○年×月△日		
	フリガナ	トウキョウトチヨダクカスミガセキ								
	住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-×								
	保険者（※1）	〇〇△△組合								
	被保険者証の 記号及び番号（※2）	123456					適用区分	ウ		
病名		〇〇〇病								
保護者（受診者が18歳未満の 場合記入）	フリガナ	コウロウ タロウ					続柄			
	氏名	厚労 太郎					父			
	フリガナ	トウキョウチヨダクカスミガセキ								
	住所	東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-×								
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所	〇〇〇病院			所在地	東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-×				
	薬局	□□薬局			所在地	東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-×				
	訪問看護事業者等	△△事業所			所在地	東京都千代田区霞ヶ関〇-〇-×				
負 担	自己負担上限額	月額 10,000 円					階層 区分	一般所得 I		
	人工呼吸器等装着	該当・ <u>非該当</u>			高額かつ長期	該当・ <u>非該当</u>				
	軽症高額該当	該当・ <u>非該当</u>			重症患者認定	該当・ <u>非該当</u>				
	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・ <u>無</u>					
有効期間		平成〇〇年〇月〇日 から 平成〇〇年〇〇月〇〇日 まで								
上記のとおり認定する。 平成〇〇年〇〇月〇〇日 〇〇〇〇都道府県知事 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

別紙3

別紙様式第3号

特定医療費（指定難病）

平成〇〇年〇月分 自己負担上限額管理票

受診者名	厚労 二郎	受給者番号	001123
------	-------	-------	--------

月間自己負担上限額 10,000 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
〇月 〇日	〇〇〇病院	10,000円	2,000円	2,000円	印
〇月 〇日	□□薬局	15,000円	3,000円	5,000円	印
〇月 〇日	〇〇〇病院	10,000円	2,000円	7,000円	印
〇月 〇日	□□薬局	10,000円	2,000円	9,000円	印
〇月 〇日	〇〇〇病院	15,000円	1,000円	10,000円	印
〇月 〇日	〇〇〇病院	10,000円			
〇月 〇日	□□薬局	5,000円			
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
〇月 〇日	〇〇〇病院	印

別紙 4

公費負担者番号一覧（都道府県別）

① 経過的特例の適用を受ける者

都道府県名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号	都道府県名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号
北海道	5 4	0 1	5 0 1	1	滋賀県	5 4	2 5	5 0 1	3
青森県	5 4	0 2	5 0 1	0	京都府	5 4	2 6	5 0 1	2
岩手県	5 4	0 3	5 0 1	9	大阪府	5 4	2 7	5 0 1	1
宮城県	5 4	0 4	5 0 1	8	兵庫県	5 4	2 8	5 0 1	0
秋田県	5 4	0 5	5 0 1	7	奈良県	5 4	2 9	5 0 1	9
山形県	5 4	0 6	5 0 1	6	和歌山県	5 4	3 0	5 0 1	6
福島県	5 4	0 7	5 0 1	5	鳥取県	5 4	3 1	5 0 1	5
茨城県	5 4	0 8	5 0 1	4	島根県	5 4	3 2	5 0 1	4
栃木県	5 4	0 9	5 0 1	3	岡山県	5 4	3 3	5 0 1	3
群馬県	5 4	1 0	5 0 1	0	広島県	5 4	3 4	5 0 1	2
埼玉県	5 4	1 1	5 0 1	9	山口県	5 4	3 5	5 0 1	1
千葉県	5 4	1 2	5 0 1	8	徳島県	5 4	3 6	5 0 1	0
東京都	5 4	1 3	5 0 1	7	香川県	5 4	3 7	5 0 1	9
神奈川県	5 4	1 4	5 0 1	6	愛媛県	5 4	3 8	5 0 1	8
新潟県	5 4	1 5	5 0 1	5	高知県	5 4	3 9	5 0 1	7
富山県	5 4	1 6	5 0 1	4	福岡県	5 4	4 0	5 0 1	4
石川県	5 4	1 7	5 0 1	3	佐賀県	5 4	4 1	5 0 1	3
福井県	5 4	1 8	5 0 1	2	長崎県	5 4	4 2	5 0 1	2
山梨県	5 4	1 9	5 0 1	1	熊本県	5 4	4 3	5 0 1	1
長野県	5 4	2 0	5 0 1	8	大分県	5 4	4 4	5 0 1	0
岐阜県	5 4	2 1	5 0 1	7	宮崎県	5 4	4 5	5 0 1	9
静岡県	5 4	2 2	5 0 1	6	鹿児島県	5 4	4 6	5 0 1	8
愛知県	5 4	2 3	5 0 1	5	沖縄県	5 4	4 7	5 0 1	7
三重県	5 4	2 4	5 0 1	4					

② 上記①以外の者

都道府県名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号	都道府県名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号
北海道	5 4	0 1	6 0 1	9	滋賀県	5 4	2 5	6 0 1	1
青森県	5 4	0 2	6 0 1	8	京都府	5 4	2 6	6 0 1	0
岩手県	5 4	0 3	6 0 1	7	大阪府	5 4	2 7	6 0 1	9
宮城県	5 4	0 4	6 0 1	6	兵庫県	5 4	2 8	6 0 1	8
秋田県	5 4	0 5	6 0 1	5	奈良県	5 4	2 9	6 0 1	7
山形県	5 4	0 6	6 0 1	4	和歌山県	5 4	3 0	6 0 1	4
福島県	5 4	0 7	6 0 1	3	鳥取県	5 4	3 1	6 0 1	3
茨城県	5 4	0 8	6 0 1	2	島根県	5 4	3 2	6 0 1	2
栃木県	5 4	0 9	6 0 1	1	岡山県	5 4	3 3	6 0 1	1
群馬県	5 4	1 0	6 0 1	8	広島県	5 4	3 4	6 0 1	0
埼玉県	5 4	1 1	6 0 1	7	山口県	5 4	3 5	6 0 1	9
千葉県	5 4	1 2	6 0 1	6	徳島県	5 4	3 6	6 0 1	8
東京都	5 4	1 3	6 0 1	5	香川県	5 4	3 7	6 0 1	7
神奈川県	5 4	1 4	6 0 1	4	愛媛県	5 4	3 8	6 0 1	6
新潟県	5 4	1 5	6 0 1	3	高知県	5 4	3 9	6 0 1	5
富山県	5 4	1 6	6 0 1	2	福岡県	5 4	4 0	6 0 1	2
石川県	5 4	1 7	6 0 1	1	佐賀県	5 4	4 1	6 0 1	1
福井県	5 4	1 8	6 0 1	0	長崎県	5 4	4 2	6 0 1	0
山梨県	5 4	1 9	6 0 1	9	熊本県	5 4	4 3	6 0 1	9
長野県	5 4	2 0	6 0 1	6	大分県	5 4	4 4	6 0 1	8
岐阜県	5 4	2 1	6 0 1	5	宮崎県	5 4	4 5	6 0 1	7
静岡県	5 4	2 2	6 0 1	4	鹿児島県	5 4	4 6	6 0 1	6
愛知県	5 4	2 3	6 0 1	3	沖縄県	5 4	4 7	6 0 1	5
三重県	5 4	2 4	6 0 1	2					

指定医療機関療養担当規程

(指定医療機関の義務)

第 1 条 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 項に規定する指定難病の患者に対し特定医療を行う指定医療機関（同項に規定する指定医療機関をいう。以下同じ。）は、法及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 40 条に定めるところによるほか、この規程に定めるところにより、法の規定による特定医療を担当しなければならない。

(診療の拒否の禁止)

第 2 条 指定医療機関は、指定特定医療を受ける指定難病の患者（以下「受診者」という。）の診療を正当な理由なく拒んではならない。

(診療開始時の注意)

第 3 条 指定医療機関は、指定難病の患者又はその保護者（法第 5 条第 1 項に規定する保護者をいう。）から法第 7 条第 4 項に規定する医療受給者証を提示して受診者の診療を求められたときは、その医療受給者証が有効であることを確かめた後でなければ診療をしてはならない。

(診療時間)

第 4 条 指定医療機関は、自己の定めた診療時間において診療をするほか、受診者が、やむを得ない事情により、その診療時間に診療を受けることができないときは、その者のために便宜な時間を定めて診療をしなければならない。

(診療録)

第 5 条 指定医療機関は、受診者に関する診療録に健康保険の例によって医療の担当に関し必要な事項を記載しなければならない。

(帳簿)

第 6 条 指定医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及びその他の物件をその完結の日から 5 年間保存しなければならない。

(通知)

第 7 条 指定医療機関が受診者について次の各号のいずれかに該当する事実のあることを知った場合には、速やかに、意見を付して医療受給者証を交付した都道府県に通知しなければならない。

- 1 受診者が正当な理由なく、診療に関する指導に従わないとき。
- 2 受診者が詐欺その他不正な手段により診療を受け、又は受けようとしたとき。

(指定訪問看護事業者等に関する特例)

第 8 条 指定医療機関である健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 88 条第 1 項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成 9 年法律第 123 号）第 41 条第 1 項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第 8 条第 4 項に規定する訪問看護を行う者に限る。）若しくは同法第 53 条第 1 項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第 8 条の 2 第 4 項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。）にあつては、第 5 条中「関する診療録」とあるのは「対する指定訪問看護又は指定居宅サービス（訪問看護に限る。）若しくは指定介護予防サービス（介護予防訪問看護に限る。）の提供に関する諸記録」と、「健康保険の例によって」とあるのは「健康保険又は後期高齢者医療

の例によって（指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者にあつては介護保険の例によって）」と、それぞれ読み替えて適用する。

（薬局に関する特例）

第9条 指定医療機関である薬局にあつては、第5条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替えて適用する。