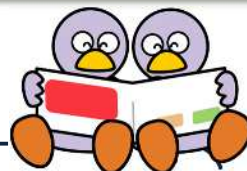




# 指定難病の医療給付に係る 支給認定(新規)申請の手引

指定難病に係る医療給付を受けるには、支給認定の申請を行い埼玉県から認定を受ける必要がありますので、この手引をお読みいただいた上で申請してください。



埼玉県マスコット「コバトン」

## 目次

<b>指定難病に係る医療給付制度</b> -----	<b>1</b>
支給認定申請から医療受給者証交付までの概要.....	1
医療受給者証有効期間(医療給付が受けられる期間).....	1
医療給付の内容.....	2
限度額適用認定証について.....	2
指定難病一覧(348疾病・50音順).....	3
<b>支給認定申請</b> -----	<b>7</b>
支給認定申請ができる方・申請の受付窓口.....	7
認定基準.....	7
自己負担上限月額の算定.....	9
<b>支給認定申請に必要な書類・記入例</b> -----	<b>11</b>
支給認定申請に必要な書類一覧.....	11
支給認定申請書の記入例.....	12
証明書類の注意事項.....	14
健康保険書類と課税証明書のフローチャート.....	17
必要書類の添付省略可否のフローチャート.....	18
収入状況申告書について.....	19
個人番号(マイナンバー)について.....	20
<b>助成開始時期の遡りについて</b> -----	<b>23</b>
<b>登録者証について</b> -----	<b>24</b>
<b>申請手続中(医療受給者証交付前)の注意事項</b> -----	<b>24</b>
<b>医療受給者証交付後の注意事項</b> -----	<b>26</b>
<b>参考</b> -----	<b>27</b>
<b>支給認定申請等の受付窓口一覧</b> -----	<b>31</b>

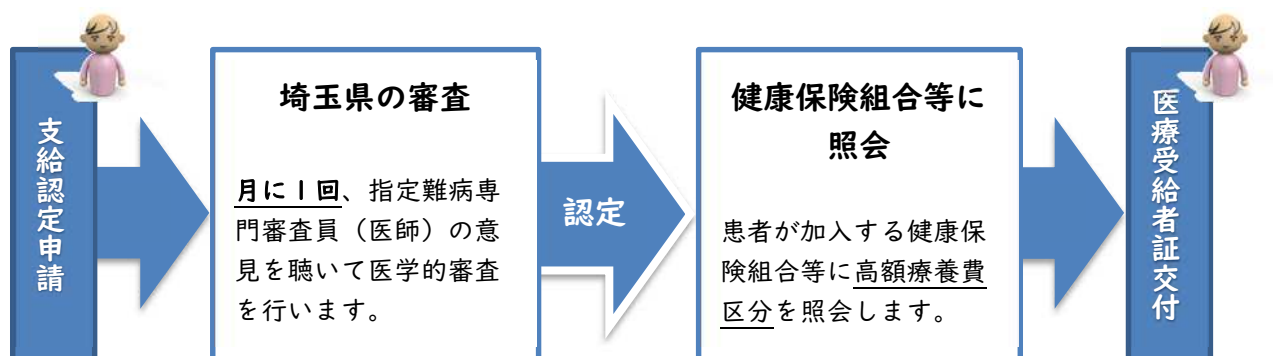
# 指定難病に係る医療給付制度

原因が不明で治療方法が確立していない、いわゆる難病のうち、厚生労働大臣が指定する疾病を「指定難病」といい、現在348疾病（3～6頁参照）が指定されています。

指定難病は、治療が極めて困難であり、その医療費も高額に及ぶため、患者さんの医療費の負担軽減を目的として、一定の認定基準を満たしている方に指定難病の治療に係る医療費の一部を助成しています。

## 支給認定申請から医療受給者証交付までの概要

埼玉県（住所地を管轄する保健所）に支給認定申請を行い、支給認定を受けて医療受給者証の交付を受けた方（以下「受給者」といいます。）が医療給付の対象になります（7～10頁参照）。



健康保険組合等への照会等の事務処理を行うため、医療受給者証の交付までには3か月程度かかります。また、審査の結果、不認定となる場合があります。不認定になった場合は、認定基準を満たさないと判断された理由を記載した通知を送付します。

## 医療受給者証有効期間（医療給付が受けられる期間）

### 有効期間の開始日

有効期間の開始日は「重症度分類を満たしていることを診断した日等」（臨床調査個人票に記載されている診断年月日又は、軽症者特例を満たした日の翌日）まで遡りが可能です。

ただし、遡り期間は原則として申請日の1か月前までとなります（やむを得ない理由があるときは最長3か月前まで延長できます。）。

### 有効期間の終了日

有効期間の終了日は埼玉県（住所地を管轄する保健所）が申請を受付した日より次のようになります。

埼玉県が支給認定申請を受付した日	有効期間の終了日
1月1日 から 6月30日まで	申請した年の 9月30日まで
7月1日 から 12月31日まで	申請した <u>翌年</u> の 9月30日まで

（注）有効期間満了後も継続して医療給付を希望される方は年に1回継続申請手続きが必要になります（受給者の方には、毎年6月頃にお知らせを郵送しています。届かない場合は管轄の保健所へお問い合わせください。）。

## 医療給付の内容

医療給付は、難病法に基づく指定医療機関（26頁参照）で行われた次の医療等に限られます。

対象となる医療の範囲	<u>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等</u>
医療の給付の内容	健康保険を使用した「入院、外来、薬剤の支給、訪問看護」
介護の給付の内容	訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、 介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、 介護予防居宅療養管理指導、介護医療院サービス

次の費用は、医療給付の対象にはなりませんのでご注意ください。

- × 受給者証に記載された病名以外の病気やけがによる医療費
- × 入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
- × 健康保険が適用されない医療費  
（保険診療外の治療・調剤、入院時の差額ベッド代など）
- × 介護保険での訪問介護の費用
- × 臨床調査個人票、療養証明書等の文書料
- × 治療用装具
- × はり、灸、あんま、マッサージの費用
- × 医療機関までの交通費、移送費
- × 後発医薬品（ジェネリック医薬品）がある場合で先発医薬品を希望される場合に発生する特別の料金

受給者は、受診等をした全ての指定医療機関における自己負担額（窓口での支払額）を合算し、自己負担上限月額を限度として負担することになります（申請時にご提出いただく書類をもとに自己負担上限月額を算定します。9頁参照）。

なお、複数の指定医療機関における自己負担額を管理するために、医療受給者証の交付時に自己負担上限月額管理票を併せて送付します。受診の際は、医療受給者証と自己負担上限月額管理票（見本26頁参照）を医療機関の窓口にご提出ください。

## 限度額適用認定証について

医療受給者証交付までの間、入院等により高額な医療費の自己負担が生じる場合には、加入されている健康保険組合等に申請し、「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」の交付を受けることをお勧めします。

この制度を利用すると、ご家族の所得状況に応じて医療機関窓口における支払の上限額が設定されますので、高額な医療費の一時的な負担を軽減することができます。

※限度額適用認定証の申請をしなくても、医療機関等の窓口でマイナ保険証を提出し「限度額情報の表示」に同意することで、設定されている支払の上限額まで負担を抑えることができます。

手続の詳細は、加入されている健康保険組合等にお問合せください。

# 指定難病一覧（348疾病・50音順）

※太字は令和7年4月1日適用です。

告示番号	指定難病名
ア	135 アイカルディ症候群
	119 アイザックス症候群
	66 IgA腎症
	300 I g G 4 関連疾患
	24 亜急性硬化性全脳炎 ※略称SSPE
	46 悪性関節リウマチ
	83 アジソン病
	303 アッシャー症候群
	116 アトピー性脊髄炎
	182 アペール症候群
	297 アラジール症候群
	231 α1-アンチトリプシン欠乏症
	218 アルポート症候群
	131 アレキサンダー病
イ	201 アンジェルマン症候群
	184 アントレー・ピクスラー症候群
	247 イソ吉草酸血症
	222 一次性ネフローゼ症候群
	223 一次性膜性増殖性糸球体腎炎
	197 I p 36欠失症候群
	325 遺伝性自己炎症疾患
	120 遺伝性ジストニア
ウ	115 遺伝性周期性四肢麻痺
	298 遺伝性膝炎
	286 遺伝性鉄芽球性貧血
	175 ウィーバー症候群
	179 ウィリアムズ症候群
	171 ウィルソン病
	145 ウエスト症候群
	191 ウェルナー症候群
エ	233 ウォルフラム症候群
	29 ウルリッヒ病
	26 H T L V - 1 関連脊髄症 ※略称HAM
	180 A T R - X 症候群
	168 エーラス・ダンロス症候群
	287 エプスタイン症候群
	217 エプスタイン病
	204 エマヌエル症候群
	339 M E C P 2 重複症候群
	<b>342 LMNB1関連大脳白質脳症</b>
オ	30 遠位型ミオパチー
	68 黄色靱帯骨化症
	301 黄斑ジストロフィー
	146 大田原症候群
	170 オクシピタル・ホーン症候群
カ	227 オスラー病
	232 カーニー複合

告示番号	指定難病名
カ	141 海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん
	97 潰瘍性大腸炎
	72 下垂体性ADH分泌異常症
	76 下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
	77 下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
	73 下垂体性TSH分泌亢進症
	74 下垂体性PRL分泌亢進症
	78 下垂体前葉機能低下症
	79 家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）
	266 家族性地中海熱
	336 家族性低βリポタンパク血症1（ホモ接合体）
	161 家族性良性慢性天疱瘡
	307 カナバン病
	269 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アネ症候群
キ	187 歌舞伎症候群
	258 ガラクトース-1-リン酸ウリジルトランスフェラーゼ欠損症
	316 カルニチン回路異常症
	257 肝型糖原病
	226 間質性膀胱炎（ハンナ型）
	150 環状20番染色体症候群
	209 完全大血管転位症
	164 眼皮膚白皮症
	236 偽性副甲状腺機能低下症
	219 ギャロウェイ・モフト症候群
	<b>344 極長鎖アシル-CoA脱水素酵素欠損症</b>
	1 球脊髄性筋萎縮症
	220 急速進行性糸球体腎炎
	271 強直性脊椎炎
ク	41 巨細胞性動脈炎
	279 巨大静脈奇形（頸部口腔咽頭びまん性病変）
	280 巨大動静脈奇形（頸部顔面又は四肢病変）
	100 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
	278 巨大リンパ管奇形（頸部顔面病変）
	2 筋萎縮性側索硬化症 ※略称ALS
	256 筋型糖原病
	113 筋ジストロフィー
	75 クッシング病
	106 クリオピリン関連周期熱症候群
	281 クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群
	181 クルーゼン症候群
	248 グルコーストランスポーター1欠損症
	249 グルタル酸血症1型
ケ	250 グルタル酸血症2型
	16 クロウ・深瀬症候群
	96 クローン病
	289 クロンカイト・カナダ症候群
ケ	129 痙攣重積型（二相性）急性脳症



告示番号	指定難病名
ケ	158 結節性硬化症
	42 結節性多発動脈炎
	64 血栓性血小板減少性紫斑病 ※略称TTP
	137 限局性皮質異形成
	<b>346 原発性肝外門脈閉塞症</b>
	262 原発性高カイロミクロン血症
	94 原発性硬化性胆管炎
	48 原発性抗リン脂質抗体症候群
	4 原発性側索硬化症
	93 原発性胆汁性胆管炎
	65 原発性免疫不全症候群
	43 顕微鏡的多発血管炎
コ	267 高IgD症候群
	98 好酸球性消化管疾患
	45 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
	306 好酸球性副鼻腔炎
	221 抗糸球体基底膜腎炎
	69 後縦靱帯骨化症
	80 甲状腺ホルモン不応症
	59 拘束型心筋症
	241 高チロシン血症1型
	242 高チロシン血症2型
	243 高チロシン血症3型
	283 後天性赤芽球癆
	70 広範脊柱管狭窄症
	332 膠様滴状角膜ジストロフィー
	192 コケイン症候群
	104 コステロ症候群
	274 骨形成不全症
	199 5p欠失症候群
	185 コフィン・シリズ症候群
	176 コフィン・ローリー 症候群
	52 混合性結合組織病
サ	190 鰓耳腎症候群
	60 再生不良性貧血
	55 再発性多発軟骨炎
	211 左心低形成症候群
	84 サルコイドーシス
	212 三尖弁閉鎖症
	317 三頭酵素欠損症
シ	103 CFC症候群
	53 シェーグレン症候群
	159 色素性乾皮症 ※略称XP
	32 自己貪食空胞性ミオパチー
	95 自己免疫性肝炎
	288 自己免疫性後天性凝固因子欠乏症
	61 自己免疫性溶血性貧血 ※略称AIHA
	260 シトステロール血症
	318 シトリン欠損症

告示番号	指定難病名
シ	224 紫斑病性腎炎
	265 脂肪萎縮症
	107 若年性特発性関節炎
	304 若年発症型両側性感音難聴
	10 シャルコー・マリー・トゥース病
	11 重症筋無力症
	208 修正大血管転位症
	<b>347 出血性線溶異常症</b>
	177 ジュベール症候群関連疾患
	33 シュワルツ・ヤンベル症候群
	138 神経細胞移動異常症
	125 神経軸索スワロイト形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
	34 神経線維腫症
	9 神経有棘赤血球症
	5 進行性核上性麻痺
	338 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症
	272 進行性骨化性線維異形成症 ※略称FOP
ス	25 進行性多巣性白質脳症 ※略称PML
	308 進行性白質脳症
	309 進行性ミオクロームスてんかん
	214 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
	213 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
ス	<b>154 睡眠時棘徐波活性化を示す発達性てんかん性脳症及びてんかん性脳症</b>
	157 スタージ・ウェーバー症候群
	38 ステューヴンス・ジョンソン症候群
セ	202 スミス・マギニス症候群
	206 脆弱X症候群
	205 脆弱X症候群関連疾患
	54 成人発症スチル病
	117 脊髄空洞症
	18 脊髄小脳変性症（多系統萎縮症を除く。）
	118 脊髄髄膜瘤
	3 脊髄性筋萎縮症
	319 セピアブテリン還元酵素（SR）欠損症
	328 前眼部形成異常
	28 全身性アミロイドーシス
	49 全身性エリテマトーデス ※略称SLE
	51 全身性強皮症
	310 先天異常症候群
	294 先天性横隔膜ヘルニア
	132 先天性核上性球麻痺
	330 先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症
	160 先天性魚鱗癬
	12 先天性筋無力症候群
	320 先天性グリコシルホスファチジルイノシトール（GPI）欠損症
	311 先天性三尖弁狭窄症
	225 先天性腎性尿崩症
	282 先天性赤血球形成異常性貧血

告示番号	指定難病名
セ	312 先天性僧帽弁狭窄症
	139 先天性大脳白質形成不全症
	313 先天性肺静脈狭窄症
	82 先天性副腎低形成症
	81 先天性副腎皮質酵素欠損症
	111 先天性ミオパチー
	130 先天性無痛無汗症
	253 先天性葉酸吸収不全
	127 前頭側頭葉変性症
	340 線毛機能不全症候群（カルケナ症候群を含む。）
ソ	147 早期ミオクロニー脳症
	207 総動脈幹遺残症
	293 総排泄腔遺残
	292 総排泄腔外反症
	194 ソトス症候群
タ	200 第14番染色体父親性ダイソミー症候群
	284 ダイヤモンド・ブラックファン貧血
	7 大脳皮質基底核変性症
	326 大理石骨病
	40 高安動脈炎
	17 多系統萎縮症
	275 タナトフォリック骨異形成症
	44 多発血管炎性肉芽腫症
	13 多発性硬化症／視神経脊髄炎
	67 多発性嚢胞腎
	188 多脾症候群
	261 タンジール病
	210 単心室症
	166 弾性線維性仮性黄色腫
	296 胆道閉鎖症
チ	305 遅発性内リンパ水腫
	105 チャージ症候群
	134 中隔視神経形成異常症／ドモルシア症候群
	39 中毒性表皮壊死症
	101 腸管神経節細胞僅少症
テ	341 T R P V 4 異常症
	108 TNF受容体関連周期性症候群
	172 低ホスファターゼ症
	35 天疱瘡
ト	57 特発性拡張型心筋症
	85 特発性間質性肺炎
	27 特発性基底核石灰化症
	327 特発性血栓症（遺伝性血栓性素因によるものに限る。）
	163 特発性後天性全身性無汗症
	71 特発性大腿骨頭壊死症
	331 特発性多中心性キャッスルマン病
	92 特発性門脈圧亢進症
	140 ドラベ症候群

告示番号	指定難病名
ナ	268 中條・西村症候群
	174 那須・ハコヲ病
	276 軟骨無形成症
	153 難治頻回部分発作重積型急性脳炎
ニ	203 22q11.2欠失症候群
	295 乳幼児肝巨大血管腫
	<b>345 乳児発症STING関連血管炎</b>
	251 尿素サイクル異常症
ヌ	195 ヌーナン症候群
ネ	315 ネルバテラ症候群（爪膝蓋骨症候群）/LMX1B関連腎症
	335 ネフロン癆
ノ	334 脳クレアチン欠乏症候群
	263 脳腱黄色腫症
	121 脳内鉄沈着神経変性症
	122 脳表ヘモジデリン沈着症
	37 膿疱性乾癬（汎発型）
	299 嚢胞性線維症
ハ	6 パーキンソン病
	47 バージャー病
	87 肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
	86 肺動脈性肺高血圧症
	229 肺胞蛋白症（自己免疫性又は先天性）
	230 肺胞低換気症候群
	333 ハッチンソン・ギルフォード症候群
	91 バッド・キアリ症候群
	123 H T R A 1 関連脳小血管病
	8 ハンチントン病
ヒ	152 P C D H 19関連症候群
	321 非ケトーシス型高グリシン血症
	165 肥厚性皮膚骨膜症
	114 非ジストロフィー性ミオトニー症候群
	124 皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
	<b>343 PURA関連神経発達異常症</b>
	58 肥大型心筋症
	239 ビタミンD依存性くる病/骨軟化症
	238 ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症
	314 左肺動脈右肺動脈起始症
	128 ビッカースタッフ脳幹脳炎
	109 非典型溶血性尿毒症症候群
	290 非特異性多発性小腸潰瘍症
	50 皮膚筋炎／多発性筋炎
	36 表皮水疱症
	291 ヒルシュブルグ病（全結腸型又は小腸型）
フ	183 ファイファー症候群
	173 VATER症候群
	215 ファロー四徴症
	285 ファンコニ貧血
	15 封入体筋炎

告示番号	指定難病名
フ	240 フェニルケトン尿症
	255 複合カルボキシラーゼ欠損症
	235 副甲状腺機能低下症
	20 副腎白質ジストロフィー
	237 副腎皮質刺激ホルモン不応症
	110 ブラウ症候群
	193 プラダー・ウィリ症候群
	23 ブリオン病
	245 プロピオン酸血症
ヘ	228 閉塞性細気管支炎
	322 $\beta$ -ケトチオラーゼ欠損症
	56 ベーチェット病
	31 ベスレムミオパチー
	126 ペリー病
	234 ペルオキシーム病（副腎白質ジストロフィーを除く。）
	136 片側巨脳症
	149 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群
	323 芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
ホ	62 発作性夜間ヘモグロビン尿症
	337 ホモシスチン尿症
	254 ポルフィリン症
	112 マリネスコ・シェーグレン症候群
マ	167 マルファン症候群/ロイス・ディーツ症候群
	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
	88 慢性血栓塞栓性肺高血圧症
	270 慢性再発性多発性骨髄炎
	99 慢性特発性偽性腸閉塞症
	142 ミオクロニー欠神てんかん
ミ	143 ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん
	21 ミトコンドリア病
	329 無虹彩症
ム	189 無脾症候群
	264 無 $\beta$ リボタンパク血症
	244 メーブルシロップ尿症
メ	324 メチルグルタコン酸尿症
	246 メチルマロン酸血症
	133 メビウス症候群
	<b>63 免疫性血小板減少症</b>
	169 メンケス病
	90 網膜色素変性症
モ	22 もやもや病
	178 モワット・ウィルソン症候群
	196 ヤング・シンプソン症候群
ユ	148 遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
ヨ	198 4p欠失症候群

告示番号	指定難病名
ラ	19 ライソゾーム病
	151 ラスムッセン脳炎
	155 ランドウ・クレフナー症候群
リ	252 リジン尿性蛋白不耐症
	216 両大血管右室起始症
	277 リンパ管腫症/ゴーハム病
	89 リンパ脈管筋腫症 ※略称LAM
ル	162 類天疱瘡（後天性表皮水疱症を含む。）
	102 ルビンシュタイン・テイビ症候群
レ	302 レーベル遺伝性視神経症
	259 レンチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
	156 レット症候群
	144 レノックス・ガストー症候群
ロ	<b>348 ロウ症候群</b>
	186 ロスマンド・トムソン症候群
	273 肋骨異常を伴う先天性側弯症

## 参 考

### 【埼玉県難病相談支援センター】

埼玉県では2か所に難病相談支援センターを設けています（申請手続等は各保健所にお問合せください。）。

### ●医療に関する相談など

難病相談支援員が、難病の患者さんやご家族の相談に応じています。

（月～金（祝日を除く）：10:00～16:00、相談料無料）

（TEL） 048-768-3351

埼玉県難病相談支援センター

### ●生活相談・就労相談など

ピアサポーター（難病患者やそのご家族など）が患者会の紹介、日常生活の相談やピアカウンセリング等を行っています。

（月～金（祝日を除く）：10:00～16:00、相談料無料）

（TEL） 048-834-6674

埼玉県 障難協

埼玉県マスコット「コバトン」



# 支給認定申請

## 支給認定申請ができる方・申請の受付窓口

### 【支給認定申請ができる方】

次の要件全てに該当する場合に支給認定申請を行うことができます。

なお、**患者が18歳未満の場合は保護者が申請者になります。**

- ・ 指定難病にり患している
- ・ 埼玉県内に住所がある（さいたま市を除く）

【受付窓口】 住所地を管轄する保健所（裏表紙参照）

【受付時間】 平日午前8時30分～午後5時15分

申請に必要な書類については  
11～22頁をご覧ください。

※ さいたま市にお住まいの方は、さいたま市が医療給付に係る事務を管轄しています。各種申請等の  
手続については、さいたま市保健所までお問合せください。

※ 支給認定申請をされる際は、必要書類に不足がないか提出前に住所地を管轄する保健所へご確認いた  
だくことをお勧めしております。

※ 18歳未満の方は「小児慢性特定疾病医療費助成制度」に  
該当する場合がありますので、そちらもご確認ください。

埼玉県 小児慢性特定疾病

## 認定基準

支給認定の対象になるのは、次の1及び2の両方を満たす方となります。

### 1 指定難病にり患している（病状の程度が医学的審査の基準（診断基準）を満たす。）。

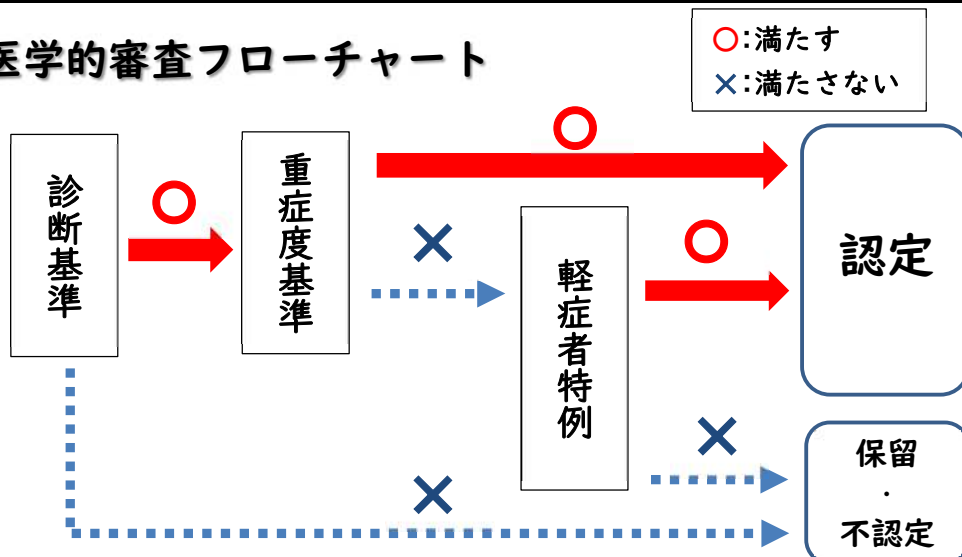
注）指定難病ごとに診断基準と重症度基準の2つの基準が設けられています。各保健所の窓口  
で配布しているほか、厚生労働省のホームページからもダウンロードできます。

### 2 次の①②の両方又はいずれかに該当する。

① 病状の程度が医学的審査の基準（重症度基準）を満たす。

② 指定難病にり患しており、医療費を考慮する期間において指定難病に係る医療費総  
額（10割負担額）が33,330円（自己負担額ではありません。）を超える月  
が3か月以上ある。【軽症者特例】

## 医学的審査フローチャート





## ○軽症者特例の「医療費を考慮する期間」

医療費を考慮する期間とは次のア・イのいずれか短い期間をいいます。この期間以外は対象となりませんのでご注意ください。

- ア 支給認定申請した月から起算して12か月前の月までの期間
- イ 指定難病を発症した年月から支給認定申請した月までの期間

### 【医療費を考慮する期間の例】

- ・ 支給認定申請をした日：西暦2025年 5月15日
- ・ 指定難病を発症した年月：西暦2024年10月 ※ 臨床調査個人票の基本情報「発症時期」に基づきます。

⑫	⑪	⑩	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①
6月	7月	8月	9月	10月	11月	2024年 12月	2025年 1月	2月	3月	4月	5月
12月前				発症							申請

アの期間：2024年6月～2025年5月

イの期間：2024年10月～2025年5月

短い期間  
を適用

【医療費を考慮する期間】  
2024年10月～2025年5月

## ○軽症者特例の「医療費総額33,330円」

医療費総額とは、指定難病の治療等（診察や投薬など）にかかった医療費（10割分）をいいます。患者が加入している健康保険の自己負担割合ごとの「医療費総額33,330円」の目安は以下のとおりです。

患者が加入している健康保険の自己負担割合	1か月の自己負担額の合計（目安）
3割	10,000円
2割	6,670円
1割	3,330円

軽症者特例に該当する者として申請を行う場合、医療費を考慮する期間において医療費総額33,330円を超える月の医療費申告書を3か月分記入して申告していただく必要があります（記入した医療費に係る領収書等（コピー可）の添付も必要です。）。

### 【医療費申告書の記入例】

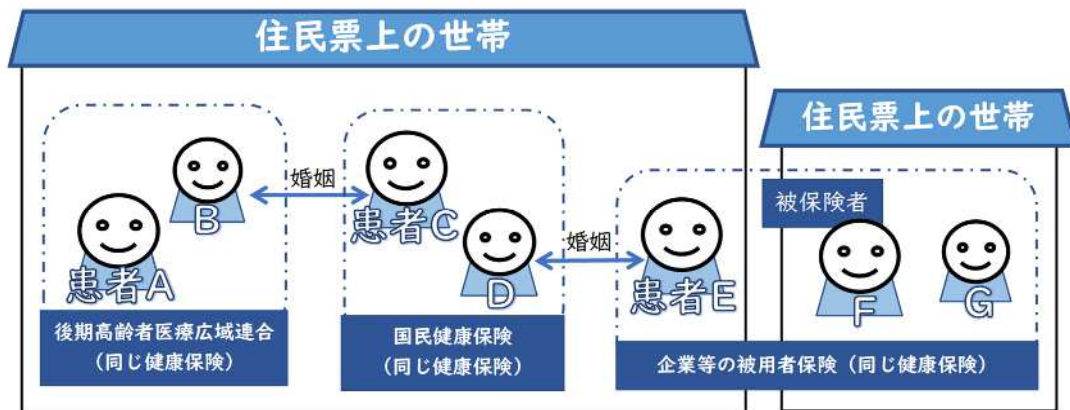
令和〇〇年 5月分 医療費申告書			
住 所 〇〇市△△-1			
指定難病である	〇〇〇〇病 ※かかっている疾病名	病院や薬局が発行した領収書等の 保険点数合計欄の点数の10倍 (合計金額が記載されている場合はその金額)を記入	
受診日	病院・薬局などの名称	医 療 費 の 内 訳	
		治療内容・ 医療品名など	かかった医療費(円) (10割分)
10日	□△内科クリニック	診療、検査、処方、 手術、注射など	5,520円
12日	○×薬局	〇〇×× (薬の名称など)	28,740円
病院や診療所で受けた治療等の 概要をわかる範囲で簡単に記入			

## 自己負担上限月額算定の概要

自己負担上限月額は、支給認定基準世帯員等（患者と同じ健康保険に加入している方等）の市町村民税（所得割額）に応じて次頁の表のように算定します。

### ○支給認定基準世帯員等の考え方

いくつかの例外はありますが、基本的に患者と同じ健康保険に加入している方が、支給認定基準世帯員等（市町村民税（所得割額）などを確認する対象）になります。下図の例では、



後期高齢者医療広域連合の場合：患者AとB

国民健康保険の場合：患者CとD

企業等の被用者保険の場合：被保険者Fと患者E（Fが非課税の場合）

が確認する対象（算定対象）になります。

### ○自己負担上限月額の算定方法

患者が加入する健康保険の種類などに基づいて次のような算定を行います。

必要な書類については11～19頁をご覧ください

#### ●算定対象の方のうち、いずれかの方又は全員が市町村民税課税（均等割のみ課税も含む）

	患者が加入している健康保険	算定方法
ア	国民健康保険（市町村国保）	患者及び患者と同じ健康保険に加入している方全員の 市町村民税（所得割額）を合計して１０頁の表に適用
	後期高齢者医療広域連合	
	国民健康保険組合	
	※ 患者が18歳未満で保護者が後期高齢者医療広域連合加入の場合は、保護者も算定対象になります。	
イ	ア以外の被用者保険	被保険者の市町村民税（所得割額）を１０頁の表に適用 ※ 被保険者が非課税で患者が課税の場合は患者の市町村民税（所得割額）を１０頁の表に適用

#### ●算定対象の方全員が市町村民税非課税（所得割及び均等割ともに非課税）

申請者（患者又は保護者）の収入（注）を10頁の表に適用

（注）市町村民税非課税証明書に記載されている「合計所得額と公的年金等収入額」及び遺族年金、障害年金などの年額を合計した額

#### ●その他

「申請した指定難病とは別の疾病で小児慢性特定疾病の受給認定を受けている方」、または、「患者と同じ健康保険に加入している方が指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者に該当する場合」は、自己負担上限月額の按分を行いますので申請の際に申し出てください。

## ○自己負担上限月額表

階層区分	階層区分の基準		患者負担割合：２割（注１）		
			自己負担上限月額（外来＋入院＋薬代＋介護給付費）		
			一般	高額かつ長期 （注２）	人工呼吸器等 装着者（注３）
生活保護	—		０ 円	０ 円	０ 円
低所得Ⅰ	市町村民税	本人収入　～80.9万円	2,500 円	2,500 円	1,000 円
低所得Ⅱ	非課税（世帯）	本人収入　80.9万円超	5,000 円	5,000 円	
一般所得Ⅰ	市町村民税 所得割額	7.1万円未満	10,000 円	5,000 円	
一般所得Ⅱ	市町村民税 所得割額	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 所得割額	25.1万円以上	30,000 円	20,000 円	
入院時の食費			（全額自己負担）		

（注1） **患者負担割合は原則2割**（健康保険の自己負担割合が1割の方は1割のまま）。

（注2） **高額かつ長期**は、支給認定後、又は、過去1年以内に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者証をお持ちだった方において、月ごとの指定難病に係る医療費総額\*が5万円を超える月数が申請月含め12か月以内（有効期間内）に6か月（6回）以上ある場合に適用されます。

\* 支給認定を受けた指定難病に係る医療費・介護サービス費（特定医療費）の10割分（26頁を参照）をいいます。なお、療養費の還付対象（24頁）になる医療費総額も含まれます。

（注3） **人工呼吸器等装着者\***は、次の要件を満たす方に適用されます（臨床調査個人票の人工呼吸器等に係る欄の記載により判断しますので、難病指定医に記載を依頼してください。）。

**\* 指定難病に起因して人工呼吸器等を装着している場合に限られます。**

<指定難病に起因して人工呼吸器を装着している場合の要件>	
<p>「■人工呼吸器に関する事項」のうち、次の①～④の項目全てに該当すること。</p> <p>① 人工呼吸器装着の有無…「1. あり」に該当</p> <p>② 施行状況…「3. 一日中施行」に該当</p> <p>③ 離脱の見込み…「2. なし」に該当</p> <p>④ 生活状況…いずれも「部分介助」又は「全介助」に該当</p>	
<指定難病に起因して体外式補助人工心臓*を装着している場合の要件>	
<p>* ペースメーカーではありません。</p> <p>いずれか に該当</p> <p>・ 「■体外式補助人工心臓に関する事項」の使用の有無…「1. あり」に該当</p> <p>・ 「■治療その他」の補助循環の欄…「1. あり」及び「2. 体外式」に該当</p>	

## ○支給認定後の自己負担上限月額の変更

加入する健康保険や世帯員の変更、所得の変動により、自己負担上限月額が変更になる場合があります。

詳細は25頁をご覧ください。

# 支給認定申請に必要な書類・記入例

全員提出が必要な書類（マイナンバー情報照会による一部省略可）・・・①～⑦

※ ①、②、⑥、⑦は埼玉県ホームページからダウンロードできます。③、④は市役所等で用意してください。

① 指定難病の医療給付に係る支給認定申請書 ㊦ 12頁～14頁

② 臨床調査個人票（診断書）（難病指定医が記載した日から6か月以内のもの）

- ※ 新規申請に係る臨床調査個人票を作成できるのは難病指定医だけです。
- ※ 埼玉県外の都道府県及び指定都市が指定する難病指定医が作成した臨床調査個人票も有効です。
- ※ 指定医でない医師が作成した診断書では、医療給付の申請をすることができません。
- ※ 「疾患名、アクセスキー、氏名、記載年月日、診断年月日」のみが記載された様式を医療機関から発行される場合があります。こちらの様式も臨床調査個人票として扱うことが可能です。
- ※ 診断書の内容が認定要件に合致しない場合や記載不備等がある場合、医療給付の認定をすることができません。作成を依頼する際は、要件等について指定医にご確認ください。
- ※ 診断書作成に係る文書料は医療給付の対象となりません。
- ※ 一部疾病には、CTなどの添付資料が必要です。

③ 世帯全員の記載がある住民票（申請日から1年以内に発行されたもの）

- ※ 加入している保険種類によっては添付を省略することができる場合があります。詳細は15頁をご確認ください。

④ 市町村・県民税課税（非課税）証明書 ㊦ 4～18頁

- （市町村民税非課税の場合）患者の障害基礎年金その他年金、給付金等の振込通知書等のコピー
- ※ 必要な課税証明書は、患者本人のみとは限りません。詳細は17頁をご確認ください。
- ※ 証明書の名称は自治体によって異なる場合があります。14頁を参照して必要な項目が記載されている証明書を取得してください。
- ※ 個人番号を用いた情報照会により添付を省略できる場合があります。詳細は15・18頁をご確認ください。

⑤ 加入している健康保険が確認できる書類のコピー等 ㊦ 15～18頁

- ※ 提出が必要な対象者は患者本人のみとは限りません。詳細は17頁をご確認ください。
- ※ 申請日時点で有効なものに限ります。
- ※ 個人番号を用いた情報照会により添付を省略することができます。詳細は15・18頁をご確認ください。

⑥ 高額療養費に係る所得区分照会に関する同意書（県HPからダウンロードした場合は2部）

⑦ 個人番号記載票及び本人確認書類 ㊦ 20頁～22頁

- ※ 個人番号記載票は、必ず申請者（患者又は保護者）分の本人確認書類（番号確認＋身元確認）と併せてご提出ください。個人番号記載票に記入が必要な方は患者本人のみとは限りません。詳細は21頁をご確認ください。

該当者のみ提出が必要な書類・・・⑧～⑫

※ ⑧の収入状況申告書と⑨の医療費申告書は、埼玉県ホームページからダウンロードできます。

⑧ 収入状況申告書（市町村民税非課税の場合必須） ㊦ 19頁

⑨ 指定難病に係る医療費申告書及び領収書（軽症者特例に該当する方） ㊦ 7頁～8頁

- 医療費申告書に記載する医療費に係る領収書は、少なくとも3か月分必要。コピー可。
- ※ なお、申請時に提出されていなくても必要な場合は、後日提出を求めることがあります。

⑩ 生活保護等受給者、境界層該当者であることを証明する書類

福祉事務所で発行される生活保護受給証明書、境界層該当者であることを証明する書類、中国残留邦人等の支援給付を証明する書類

⑪ 受給者証のコピー ※ 申請手続き中の場合は、当該申請書の写し

- ・患者と同じ健康保険の方で指定難病医療の受給者がいる場合、その方の受給者証のコピー
- ・患者又は患者と同じ健康保険の方で小児慢性特定疾病医療の受給者がいる場合、その方の小児慢性特定疾病医療受給者証のコピー

⑫ 「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」のコピー ㊦ 2頁

- ※ 加入健康保険組合から発行されるものです。お持ちの方はあわせてご提出ください。



# 支給認定申請書の記入例

指定難病の医療給付に係る支給認定申請書及び指定難病登録者証交付申請書  
(指定難病の医療給付に係る支給認定については該当するものに必ずチェック)

支給認定申請書 | 頁目

☒ 新規 ☐ 更新 ☐ 転入

令和 年 月 日

(宛先) 埼玉県知事  
個人情報等に係る同意事項(裏面)に同意した上で、  
下記のとおり支給認定を受けたいので申請します。

申請者名 (患者が18歳未満の 場合は保護者名)	埼玉 太郎	患者との 続柄	父
--------------------------------	-------	------------	---

## 1-1 患者に関する事項 ※現に支給認定を受けている場合は、受給者番号を記入

公費負担者番号※	5	4	1	1
居 住 地	〒000-0000 埼玉県〇〇市△△町1-2-3			
フリガナ	サイタマ ハナコ			
氏 名	埼玉 花子			
電 話 番 号	① ××× (×××) ××× ② ( )			
加入健康保険	フリガナ	サイタマ ハナコ	患者との続柄	本人
	被保険者氏名	埼玉 花子	後期高齢者 医療被保険者の 場合は被保険者番号	12345 00
	保険者名称	〇〇市(国民健康保険)		

※原則として、申請者は①患者本人 ②保護者(患者本人が18歳未満の場合の親権者など)に限られます。  
なお、申請書の提出のみであれば、提出する方はどなたでもかまいません。

氏名に外字が含まれる場合、受給者証の氏名表記は類似文字またはカタカナ表記での対応とさせていただきます。

※携帯電話番号など日中連絡がつく番号を記入。

※枝番がある場合は、枝番も含めて記入。

## 1-2 保護者に関する事項 (患者が18歳未満であり、保護者が申請する場合のみ記入)

居 住 地	〒埼玉県	※保護者(患者本人が18歳未満の場合の親権者など)が申請する場合のみ記入。	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同居の場合、チェックしていただければ居住地の記載を省略できます。
フリガナ	サイタマ タロウ	患者との続柄	父
氏 名	埼玉 太郎		
電 話 番 号	① ××× (×××) ××× ② ( )		

## 1-3 送付先に関する事項 (申請者の居住地以外に、医療受給者証等の書類送付を希望する場合のみ記入)

居 住 地	〒	※申請者の居住地と、書類の送付先が異なる場合のみ記入。	患者との続柄
フリガナ			
氏 名			
電 話 番 号	① ( ) ② ( )		

## 2 指定難病に関する事項

病名 (複数ある場合は全て記入)	1	潰瘍性大腸炎	「特例事項」に該当する場合、別途、事実関係を確認できる書類を提出する必要があります。 例) 軽症者特例に <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ 医療費申告書及び領収書
	2		
特例事項 (該当する場合のみチェック)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等を使用している。		<input checked="" type="checkbox"/> 軽症者特例に該当する。
	<input type="checkbox"/> 高額難病治療継続者である。		
受診を希望する指定医療機関※	名称	記載不要(各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関で受診できます。)	
	所在地		

※受給者証には「各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関」と記載されます。

裏面も必ずご確認ください。



## 支給認定申請書 2 頁目

### 3 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入する方）等に関する事項

- ・患者と同じ健康保険に加入する方全員を太枠内に記入してください。
- ・指定難病・小児慢性の支給認定状況欄には、指定難病もしくは小児慢性の医療給付に係る支給認定を受けた患者に該当する場合、又は支給認定の申請中である場合のみ○を付けてください。

フリガナ 氏 名	生 年 月 日	患者と の続柄	患者本人が小児慢性特定疾病の受給者（申請中を含む）である場合、必要事項を記入してください。 （9頁「●その他」も参照）	
患 者 本 人		本人	小児慢性	●●●●△△△
サイタマ タロウ 埼玉 太郎	明・大・昭・平・令 45 年 4 月 15 日	父	指定難病・小児慢性	「申請中」の場合は、 受給者番号は記入不要
サイタマ アヤコ 埼玉 彩子	明・大・昭・平・令 50 年 6 月 30 日	母	指定難病・小児慢性	●●●●●●●●
サイタマ イチロウ 埼玉 一郎	明・大・昭・平・令 18 年 9 月 9 日	兄	指定難病	太枠内には、患者と同じ健康保険に加入する 方全員記入してください。 ※申請者本人と異なる医療保険加入者は原則 記載不要です。
	明・大・昭・平・令 年 月 日		指定難病	

（注）太枠内の方（被用者保険の場合は被保険者のみ）の市町村民税（所得割）額の合計が251,000円以上である場合などで、自己負担上限月額が最高額（30,000円）になることを申請者が承諾する場合は、課税証明書等の添付を省略することができます。ただし、被用者保険に加入かつ被保険者の市町村民税非課税の方及び国民健康保険組合の方は省略できません。

自己負担上限月額が最高額（30,000円）になることを承諾し、  
市町村民税（所得割）額等を証明する書類は提出しません。

申請者氏名

### 4 指定難病医療給付の開始時期に関する事項 ※新規で申請される方のみ記入

医療費助成の開始日として希望する年月日

令和〇年 □月 △日

上記で希望する年月日から1か月以上前となっている理由

（ ）

年月日の記載に当たっては23頁をご参照ください。

（ ）

□ ③大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため

□ ④その他

（ ）

※ 申請日からの遡りの期間は、臨床調査個人票に記載されている診断年月日までとし、原則として1か月以内とします。ただし、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。

条件に該当する方のみ、課税証明書の添付を省略することができます。

（注）をよく読んだ上で、自己負担上限月額が最高額（30,000円）になることを承諾される場合のみご記名ください。

なお、該当しない方については、記入不要です。

### 5 指定難病登録者証に係る事項

登録者証の詳細については24頁をご参照ください。

指定難病登録者証について、

☒ 申請する ☐ 申請しない ☐ 申請済（発行自治体名

指定難病登録者証の紙での発行について、

☐ マイナンバー連携が困難なため、紙での発行を希望する（マイナンバー連携が困難な理由：

※障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いた情報連携により登録者情報と照合することがあります。

### 6 個人情報等に係る同意事項

本申請（申請書、診断書その他の添付書類）に基づく個人情報及び調査結果等

1. 他の都道府県又は指定都市に転居する場合に転居先の都道府県又は指定
2. 国、埼玉県及び埼玉県内の市町村が難病対策に関する目的に使用すること
3. 国、地方公共団体、保険者等の関係機関に医療給付に関する事項の照会を行い回答を得ること に同意します。

※ 本申請により得られた個人情報等は、上記同意事項及び支給認定に関する目的以外に使用しません。

すでに登録者証をお持ちの方は、こちらに  
発行自治体名を記入してください。

7 臨床調査個人票の研究利用に関する事項（臨床調査個人票を併せて提出する場合はチェックをしてください。）

私は、指定難病の医療費助成の申請（登録者証の申請）に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることについて、厚生労働大臣に対して

☒同意する ☐同意しない

※詳細については、別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を参照してください。

○下記のアンケートに御協力ください。該当する項目にチェックをつけてください。なお、回答は任意です。

（回答いただいたアンケートの

臨床調査個人票の研究利用に関するご説明

埼玉県 臨床調査個人票 同意書

①療養の状況	主な通院・入院先医療機関：				
②医療機器等の 使用状況	<input type="checkbox"/> 使用していない	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器※1	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 吸引器	<input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう
	<input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 自己注射	<input type="checkbox"/> その他（ ）
③身体等の状況	障害手帳【身体】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[ 級 ] 【療育】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[ 等級： ] 【精神】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[ 級 ]				
	介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護( <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)				
④サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
⑤講演会等の案内※2	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない				

※1 人工呼吸器には、常時着用する場合だけでなく、一時的に使用する場合も含みます。

※2 保健所から必要に応じ、難病に関する講演会等（オンライン含む）のご案内を行います。

支給認定申請書の記入例は以上となります。

## 証明書類の注意事項

証明書類は支給認定申請を行う時期によって必要年度、必要年が異なります。

証明書類の種類	申請する時期
市町村・県民税課税（非課税）証明書＊	4月1日から6月30日まで…前年度分の証明書 7月1日から3月31日まで…申請する年度分の証明書
公的年金等源泉徴収票 遺族年金、障害年金等の振込通知書等の コピー	1月1日から 6月30日まで…前々年分のもの 7月1日から12月31日まで…前年分のもの

### ＊ 市町村・県民税課税（非課税）証明書

- 証明書の名称は自治体により異なることがあります。収入・所得金額、各種控除額、市町村・県民税額（所得割、均等割）の全てが明記されている証明書を取得してください。

※ ご本人が非課税の場合、本人収入を確認させていただく場合があるため、必ず、数字入りのものをお取りいただきますようお願いいたします（文言のみ不可）。

- 市町村窓口では発行手数料がかかります（申請者の負担になります。）。
- 市町村によって証明書の交付開始時期が異なります。証明書を取得される際には、事前にお住まいの市町村にご確認ください。
- 市町村の証明書には複数の種類があります。必要な書類がどれかわかりづらい場合はこの頁及び11頁、17頁を市町村窓口に提示してください。

※ 個人番号（マイナンバー）カードをお持ちの方は、コンビニ等でも証明書を取得できる場合があります。

## \* 加入している健康保険が確認できる書類のコピー等

- 保険者名、記号番号、患者名、資格取得年月日、被保険者名（被用者保険の場合のみ）が確認できる次のいずれかをご提出ください。
  1. 「健康保険証」の写し（有効期限内に限る。期限がない場合も令和7年12月2日以降は不可）**令和7年12月2日以降は不可**
  2. 「資格確認書」の写し
  3. 「資格情報のお知らせ」の写し（被用者保険の場合、被保険者本人・家族の別が確認できないため不可）
  4. マイナポータル上の資格情報画面のスクリーンショット（画面を印刷したものでも可）
- ※ マイナポータルの資格情報画面を申請時に窓口で見せることで、上記1～4の代わりにできます。
- ※ 加入している健康保険が確認できる書類の提出が必要な方（17頁参照）全員分を提出する必要があります。

## \* マイナンバーを用いた情報照会により、添付を省略できる書類について

患者が加入する健康保険の種類により、下表のとおり添付書類を省略できます。希望される場合には別紙「マイナンバー（個人番号）による書類省略に関する調書」（次頁参照）に記入した上で、その他申請書類と併せてご提出ください。

	患者が加入している健康保険	添付を省略できる書類
ア	国民健康保険（市町村国保） 後期高齢者医療広域連合	① 加入している健康保険が確認できる書類のコピー ② 市町村・県民税課税（非課税）証明書
イ	被用者保険（ <u>全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等</u> ）	① 住民票 ② 加入している健康保険が確認できる書類のコピー ③ 市町村・県民税課税（非課税）証明書 ※③は市町村民税非課税に該当する方は省略不可
ウ	国民健康保険組合	加入している健康保険が確認できる書類のコピーのみ
エ	生活保護受給	① 住民票 ② 生活保護受給証明書

- ※ 加入している健康保険が確認できる書類のコピーは、保険者に個人番号を提供していない場合等、一部省略できない場合があります。
- ※ 市町村・県民税課税（非課税）証明書を省略する場合であっても、支給認定基準世帯員全員が市町村民税非課税に該当する方は収入状況申告書を提出していただく必要があります。詳細については17頁をご確認ください。
- ※ 住民税の申告義務があるものの申告をしていない場合、マイナンバーで課税情報を取得することができないため、後日、書類の提出を求める場合があります。
- ※ 境界層該当者であることを証明する書類、中国残留邦人等の支援給付を証明する書類を省略することはできません。



マイナンバーの情報連携により書類の添付を省略した場合、必要書類を添付して申請する場合より受給者証の交付までに時間がかかりますのでご了承ください。

# マイナンバー（個人番号）による添付書類の省略に関する調査

（マイナンバーによる添付書類の省略を希望する方のみご記入ください）

令和 年 月 日

受給者番号					難病医療給付申請に係る添付書類について、 マイナンバーによる添付書類の省略を希望 します。
申請者名 （患者が18歳未満 の場合は保護者名）					
患 者	フリガナ				
	氏 名				
	省略を希望する書類		<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類		
	課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する	

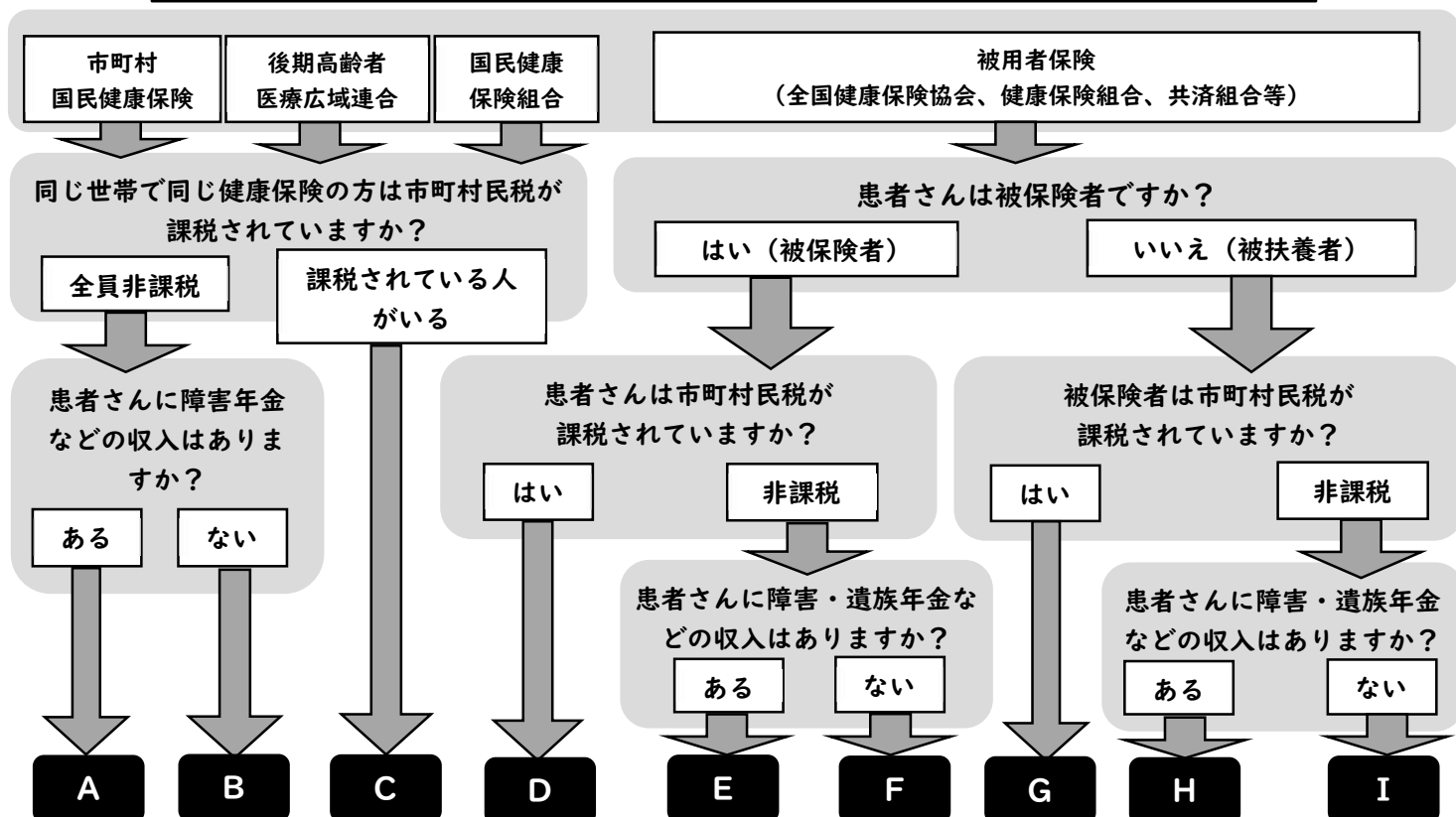
※個人番号を利用して省略を希望する書類の情報を取得することに関する同意です。同意がない場合は添付書類が必要になります。

支給認定基準世帯員	一人目	フリガナ				
		氏 名				
		省略を希望する書類		<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類		
		課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する	
	二人目	フリガナ				
		氏 名				
		省略を希望する書類		<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類		
		課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する	
	三人目	フリガナ				
		氏 名				
		省略を希望する書類		<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類		
		課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する	
	四人目	フリガナ				
		氏 名				
		省略を希望する書類		<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類		
		課税市町村		個人番号による情報 取得にかかる同意※	<input type="checkbox"/> 同意する	

# 健康保険書類と課税（非課税）証明書のフローチャート

11頁④と⑤について、患者さんがご加入の健康保険により提出していただく書類が異なります。

## 患者さんはどの健康保険に加入していますか？



健康保険書類		課税（非課税）証明書及び年金等の収入がわかる証明書類	
A	同じ世帯の方で 同じ健康保険の方 全員分	・ 同じ健康保険の方全員分の課税（非課税）証明書 ・ 患者さんの年金等の収入額がわかる振込通知書等及び収入状況申告書	A
B		・ 同じ健康保険の方全員分の課税（非課税）証明書 ・ 患者さんの収入状況申告書	B
C		・ 同じ健康保険の方全員分の課税（非課税）証明書	C
D	患者さん (被保険者)分	・ 患者さんの課税（非課税）証明書	D
E		・ 患者さんの課税（非課税）証明書 ・ 患者さんの年金等の収入額がわかる振込通知書等及び収入状況申告書	E
F		・ 患者さんの課税（非課税）証明書 ・ 患者さんの収入状況申告書	F
G	患者さん分 (被扶養者)	・ 被保険者の課税（非課税）証明書	G
H		・ 被保険者及び患者さん（被扶養者）の課税（非課税）証明書 ・ 患者さん（被扶養者）の年金等の収入額がわかる振込通知書等及び収入状況申告書	H
I		・ 被保険者及び患者さん（被扶養者）の課税（非課税）証明書 ・ 患者さん（被扶養者）の収入状況申告書	I

※ 収入状況申告書については、19頁をご確認ください。

※ 課税証明書は、義務教育終了前の子で証明書記載の扶養人数に含まれている場合は省略可。



## 必要書類の添付省略可否のフローチャート

ⅠⅠ頁③と④と⑤について、患者さんがご加入の健康保険により添付を省略することができる書類が異なります。

### 患者さんはどの健康保険に加入していますか？

市町村国民健康保険、  
後期高齢者医療広域連合

国民健康  
保険組合

被用者保険  
(全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等)

被保険者は市町村民税が  
課税されていますか？

はい

非課税

A

B

C

D

○：省略可 ×：省略不可

	住民票	健康保険書類	課税証明書
A	×	○	○
B	×	○	×
C	○	○	○
D	○	○	×

※マイナンバーによる添付書類の省略を希望する場合は、「マイナンバー（個人番号）による書類省略に関する調書」（16 頁参照）を記載の上、提出してください。

## 収入状況申告書について

17頁において収入状況申告書の提出に該当された方は、以下の書類を記入してください。

市町村民税非課税（世帯）の方は必ず提出してください。

### 市町村民税非課税者に係る収入状況申告書（記入例）

次のとおり、収入状況に係る事項を申告します。

申請者※氏名

※申請書の申請者氏名欄に記名された方（患者又は保護者）を記載してください。

1 下表のうち、申請者が受給している年金等について、該当するものにチェック☑してください。

<input checked="" type="checkbox"/>	年金・手当金等 (令和○年1月～令和○年12月の期間内で受給していたもの)
<input type="checkbox"/>	① 遺族年金
該当者はいずれかに☑ <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	② 障害年金
<input type="checkbox"/>	③ 寡婦年金
<input type="checkbox"/>	④ 特別児童扶養手当
<input type="checkbox"/>	⑤ 特別障害者手当
<input type="checkbox"/>	⑥ 障害児福祉手当（福祉手当）
<input type="checkbox"/>	⑦ 労災等による障害補償給付・障害給付
<input type="checkbox"/>	⑧ ①～⑦のいずれにも該当しない

保健所への申請日が、  
1月1日から 6月30日まで  
…前々年分のもの  
7月1日から12月31日まで  
…前年分のもの

①～⑦のいずれにも  
該当しない場合には、  
必ず⑧にチェックを付  
けてください。

2 提出する書類(①～⑦にチェックした方のみ)

受給額が確認できる書類を提出してください。

例) 遺族年金等の振込通知書（コピー）、振込額がわかる通帳のコピー等

下記に承諾☑した場合、上記書類の提出は不要です。

☐ 自己負担上限月額が低所得Ⅱ（5,000円）

承諾し、上記書類を提出しません。

①～⑦にチェックが付いた方で、受給額を確認することができる書類の提出がない場合には、低所得Ⅱとなります。

(参考)

・公的年金収入等と①～⑦の合計が80.9万円以下の場合の自己負担上限月額 ⇒ 低所得Ⅰ(上限月額 2,500円)  
・公的年金収入等と①～⑦の合計が80.9万円を超える場合の自己負担上限月額 } 低所得Ⅱ(上限月額 5,000円)  
①～⑦の受給額が確認できる書類の提出がない場合の自己負担上限月額

## 個人番号（マイナンバー）について

いわゆる番号法の規定により、難病法に基づく事務においても、個人番号（マイナンバー）を利用することが可能となりました。

### ○利用目的

ご提供いただいた個人番号（マイナンバー）は、適切な安全管理のもと、番号法に限定的に定められた範囲内でのみ利用します。

利 用 目 的
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項の特定医療費の支給に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第六条第一項の支給認定の申請の受理、その申請に係る事実についての審査又はその申請に対する応答に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律による医療受給者証に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第十条第二項の支給認定の変更に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第十一条第一項の支給認定の取消しに関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第三十七条の資料の提供等の求めに関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成二十六年厚生労働省令第百二十一号）第十三条第一項の申請内容の変更の届出の受理、その届出に係る事実についての審査又はその届出に対する応答に関する事務

また、番号法の規定に基づき、関係機関との間で専用のネットワークシステムを用いて、情報のやり取り（情報連携）を行います。なお、情報連携に関する記録は、これに関わる各主体により記録・保存されます。

DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報（所在の都道府県名又は市町村名）を秘匿することが可能ですので、希望される方は、申請・届出に際してその旨を窓口にお申出ください。なお、お申出いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

### ○提出書類

支給認定申請に当たっては、「個人番号記載票」及び「本人確認書類（番号確認＋身元確認）」を併せて提出してください。

#### ① 個人番号記載票 ⇒ 記入例は22頁参照

次の方の個人番号（マイナンバー）や氏名（フリガナ）、住所、生年月日等を記入し、提出してください（記入欄が足りない場合は複数枚使用）。

【個人番号記載票に記入が必要な方】（個人番号（マイナンバー）の提供が必要な方）

- ・ 患者
- ・ 保護者（患者が18歳未満で保護者が申請する場合、保護者欄に記入）
- ・ 支給認定基準世帯員（下表のとおり患者が加入している健康保険によって異なります。）

患者が加入している健康保険	記入が必要な方
国民健康保険（市町村交付） 後期高齢者医療広域連合 国民健康保険組合（土建国保や建設国保など）	患者と <u>同じ健康保険に加入している方全員</u>
被用者保険（全国健康保険協会や企業の健康保険など）	<u>患者と被保険者の方</u>

## ② 本人確認書類（番号確認＋身元確認）

なりすまし等を防止するため、「①個人番号記載票」と併せて、必ず申請者（患者又は保護者）の方の本人確認書類（「個人番号カード（マイナンバーカード）（両面）」又は「番号確認書類及び身元確認書類」）を提示又は提出してください。

番号確認書類	+	身元確認書類
<p><b>【以下のうち、いずれか1点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>通知カード</b> 令和2年5月25日以降は、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合又は正しく変更手続がとられている場合に限り、利用可能です。</li> <li>● <b>個人番号（マイナンバー）入り住民票*</b></li> </ul> <p><b>※ 個人番号通知書は番号確認書類になりません。</b></p>	+	<p><b>【以下のうち、いずれか1点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 運転免許証 ● パスポート</li> <li>● 障害者手帳 ● 在留カード</li> <li>● 写真付き学生証/身分証明書/社員証など</li> </ul> <hr/> <p>上記が困難な場合</p> <p><b>【以下のうち、いずれか2点】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● <del>健康保険証又は資格確認書</del> ● 介護保険証</li> <li>● 住民票*（番号確認書類と併用不可）</li> <li>● 基礎年金番号通知書 ● （特別）児童扶養手当証書</li> <li>● 写真なし学生証/身分証明書/社員証など</li> </ul>

\*住民票は世帯員全員の記載があるものをご用意ください。



本人確認書類は、窓口にお越しいただく場合は原本を提示、郵送による場合はそのコピーを提出してください。

※ 郵送による場合は、原本は提出しないでください。書類に記載された氏名、住所、生年月日のほか、顔写真や発行機関の印影などを含め、記載事項が鮮明に読み取れるようにコピーしてください。




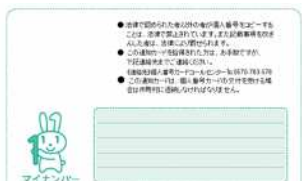
## ○注意事項

- ・本人確認書類は、申請者（患者又は保護者）分のみ必要となります。
- ※ 本人確認書類は、支給認定申請に当たってご提出いただく他の書類（11頁）と重複して差し支えありません。
- ※ 代理人が申請する場合は、代理人の代理権の確認書類・身元確認書類とご本人（患者又は保護者）分の番号確認書類（コピー可）が必要となります。
- ・ご家族などが書類を提出するためだけに窓口にお越しいただく場合は、申請者（患者又は保護者）分の本人確認書類（コピー）のみが必要となります。
- ・申請者以外の方の個人番号等は、申請者の方が適切に本人確認を行った上、個人番号記載票に誤りがないよう記入してください。
- ・番号確認書類と身元確認書類は併用できません。ただし、個人番号カード（マイナンバーカード）は、1枚で本人確認が可能です。  
例）番号確認書類として住民票等を使用した場合は、身元確認書類として併用不可
- ・通知カードは身元確認書類としてはお取り扱いできません。
- ・身元確認書類は、番号確認書類に記載された(i)氏名、(ii)生年月日又は住所が記載されているものに限りです。
- ・書類に有効期間が設定されている場合は申請日時点において有効であるものに限りです。
- ・提出書類に本手続に必要な方々や提供する必要がない方の個人番号（マイナンバー）が記載されているときは、その方の個人番号部分を復元できない程度にマスキング等をしてください。  
なお、マスキング等がされていない場合は、職員が責任をもってマスキング等をさせていただきます。



書類に不備不足等がある場合は、追加で書類を求めることや内容についてお問合せさせていただきますことがあります。

## 【参考】

▼ 個人番号カード（マイナンバーカード）	▼ 通知カード
<ul style="list-style-type: none"> <li>両面を提示又は提出してください。</li> <li>有効期間内のものに限りです。</li> </ul> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>(表)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(裏)</p> </div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>裏面に変更事項の記載がある場合は、裏面も提示又は提出してください。</li> </ul> <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>(表)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(裏)</p> </div> </div>

個人番号カード（マイナンバーカード）や通知カードに関しては、お住まいの市区町村までお問合せください。

## ○個人番号記載票

### 【記入例】個人番号記載票

① 患者 (要支援者)	フリガナ	サイタマ ハナコ		生年				
	氏 名	埼玉 花子						
	住 所	〒000-000 〇〇市△△町1-2-3						
	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7
② 保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ	サイタマ タロウ		生年				
	氏 名	埼玉 太郎						
	住 所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただく 〒						
	個人番号 (マイナンバー)	2	3	4	5	6	7	8
③ 受給者番号								
支給認定基準世帯員 (患者と同じ健康保険に加入している)	④ 一人目	フリガナ	サイタマ アヤコ		生年			
		氏 名	埼玉 彩子					
		住 所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただく 〒					
	個人番号 (マイナンバー)	3	4	5	6	7	8	9
	二人目	フリガナ	サイタマ イチロウ		生年			
		氏 名	埼玉 一郎					
		住 所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただく 〒					
	個人番号 (マイナンバー)	4	5	6	7	8	9	1
	三人目	フリガナ			生年			
		氏 名						
<input type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただく								

### ① 患者欄

- 患者の個人番号（マイナンバー）と氏名（フリガナ）、住所、生年月日を記入してください。
- 新規申請時は必ず記入してください。

### ② 保護者欄

- 患者が18歳未満で、保護者が申請する場合は、この欄に保護者の個人番号（マイナンバー）と氏名（フリガナ）、住所、生年月日を記入してください。
- 患者と同住所の場合は、住所欄に☒することで記入を省略できます。

### ③ 受給者番号欄

- 新規申請時は記入の必要はありません。
- ※ 支給認定後の手続で使用する際は、受給者証に記載してある受給者番号を記入してください。

### ④ 支給認定基準世帯員欄

- 患者が加入している健康保険に応じて、対象者の個人番号（マイナンバー）と氏名（フリガナ）、住所、生年月日を記入してください。
- 患者本人が被用者保険（被保険者）の場合は記入不要です。患者本人が被用者保険（被扶養者）の場合は、被保険者について一人目の欄に記入してください。患者本人が被用者保険以外の場合は、同じ健康保険の方全員について記入してください。
- 患者と同住所の場合は、住所欄に☒することで記入を省略できます。
- 対象者が4人以上いる場合は、裏面を使用してください。

- 内容に誤りのないよう十分にご確認の上、記入・提出してください。特に、個人番号（マイナンバー）は4桁ずつ丁寧にご確認いただき、正確に記入してください。

- 必ず本人確認書類（番号確認＋身元確認）を併せて提示又は提出してください（21頁参照）。



# 助成開始時期の遡りについて

医療費の助成の開始時期は「重症度分類を満たしていることを診断した日等」へ前倒し可能です。

## ○支給認定申請書の記載方法

〈支給認定申請書抜粋〉

医療費助成の開始日として希望する年月日

令和〇年 □月 △日

上記で希望する日が申請日から1か月以上前となっている理由  
(希望する日が申請日から1か月以上前となっている場合は、

- ☐ ①臨床調査個人票の受領に時間を要したため  
☐ ②症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため  
☐ ③大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため  
☐ ④その他( )

※ 申請日からの遡りの期間は、臨床調査個人票に記載されている診断年月日までとし、原則として1か月以内とします。ただし、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。

「申請書」と「臨床調査個人票」等をご用意いただき、下記のフロー図に倣って助成開始を希望する日等を記載してください。

※ 下記フロー図は最大限遡れる日を示しております。その日までの間で任意の日を記載いただくことも可能です。

A：支給認定の申請日

B：(重症度分類を満たす方) 臨床調査個人票に記載されている診断年月日

(軽症者特例を満たす方) 領収書等で確認した「軽症者特例を満たした日の翌日」

A から B までの期間が、1か月以内である

はい

B の日付を記載してください。  
日付下部のチェックボックスの記載は不要です。

いいえ

申請が遅れたことにやむを得ない理由がある

はい

A から B までの期間が3か月以内である

はい

B の日付を記載してください。  
日付下部のチェックボックスの記載が必要です。

いいえ

A から3か月前の日付を記載してください。  
日付下部のチェックボックスの記載が必要です。

いいえ

A から1か月前の日付を記載してください。  
日付下部のチェックボックスの記載は不要です。

### ●1か月前(3か月前)の考え方●

1か月前または3か月前の同日を記載してください。  
ただし同日が存在しない場合は、月末の日を記載してください。

(例1) Aが11月15日の場合の1か月前⇒10月15日を記載

(例2) Aが5月31日の場合の1か月前⇒4月30日を記載

## ○やむを得ない理由の例 ※理由の詳細について、職員から申請時に確認させていただくことがあります。

### ①臨床調査個人票の受領に時間を要したため

- 「診断がついた」あと「臨床調査個人票の受領まで」に申請者の責めに帰さない理由により時間を要したケース
- × 「診断がつく」までに時間を要したケースは想定していない。

### ②症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため

- 成年患者本人や申請者である保護者が、体調面の理由により準備に時間を要したケース
- 成年患者本人や申請者である保護者が、自分以外の家族等の看護や介護におわれていたケース

### ③大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため

- 地震、豪雨、豪雪、津波等に被災したことにより準備に時間を要したケース
- 感染症により行動制限が必要であるケース

### ④その他

- 医療機関から診断を受け臨床調査個人票を発行されているが、DV被害を受け(女性相談所で一時保護を受ける等)、申請手続きのために直ちに動けなかった。
- 離島患者において、医療機関が遠隔地(島外)にあり、臨床調査個人票を受領後、治療のために帰島することができず、申請書類の準備や提出に時間を要したため 等
- × 仕事、育児、失念、身内の不幸、転居等は想定していない。

# 登録者証について

## ○登録者証とは

障害福祉サービスの受給申請時やハローワーク等の利用時に、医師の診断書に代わり、「指定難病の患者であること」を確認できるものです。

※ 「受給者」であることを証明するものではないため、「登録者証」を使用して医療給付を受けることはできません。

※ 障害福祉サービスについて、詳しくは30頁をご確認ください。

## ○登録者証の申請方法

指定難病医療給付の支給認定申請と同時に登録者証の申請が可能です。同時申請を希望される方は指定難病の医療給付に係る支給認定及び指定難病登録者証の交付申請書の「5 指定難病登録者証に係る事項」の項目に記入してください。記載方法は13頁をご参照ください。

※ 登録者証のみの申請も可能です。登録者証のみの申請方法については管轄の保健所にお問い合わせください。

## ○留意事項

- 登録者証は原則、マイナンバー情報連携により交付されます。マイナンバーカードを取得していない等によりマイナンバー連携が困難であり、紙での発行を希望する場合は、指定難病の医療給付に係る支給認定及び指定難病登録者証の交付申請書の項目に記入してください。
- 登録者証には、患者の氏名、生年月日、有効期間の開始年月日が記載されます。
- 登録者証に有効期限はありません。

# 申請手続中(医療受給者証交付前)の注意事項

## 医療受給者証交付前に生じた医療費の請求

申請を行ってから医療受給者証が交付されるまで、少なくとも3か月程度かかります。

このため、医療受給者証有効期間の始期から医療受給者証が交付されるまでの期間は、保険診療等を受けた際の自己負担分をいったん指定医療機関にお支払いいただくことになります。

この期間における医療費のうち公費で負担すべき額については、医療受給者証交付後、住所地を管轄する保健所を通じて埼玉県に請求することができます。請求を行う際は、住所地を管轄する保健所へ下表の書類を提出してください。申請から支払いまでに少なくとも4か月程度かかります。

なお、同一月に複数の指定医療機関を利用した場合には合算する必要がありますので、必ず月毎にまとめて請求をしてください。

医療費の請求に必要な書類	
①	指定難病に係る「療養費支給申請書」
②	指定医療機関が作成した「療養証明書」
3	受診した指定医療機関が発行した領収書（ <b>原本のみ有効 再発行無効・コピー不可</b> ） ※領収書に保険点数等の内訳がない場合は、診療明細書や調剤明細書も提出してください。 ※紛失等により領収書の原本が添付できない場合、その分の医療費は請求できません。
4	指定難病医療受給者証のコピー
5	加入している健康保険が確認できる書類のコピー等（添付がない場合は、個人番号照会により確認します）
6	振込口座及び名義が確認できるもの（通帳表紙裏の見開き部分のコピー又はカードのコピー）
7	保険者・市町村等から支給された医療費（高額療養費など）が確認できるもの（通知のコピーなど）
8	市町村からの介護保険に係る高額介護（介護予防）サービス費が確認できるもの（通知のコピーなど）

（注1）①、②の様式は各保健所で配布しているほか、埼玉県ホームページからもダウンロードできます。

（注2）7、8は、当該書類がない場合は提出不要です。なお、高額療養費等が支給対象となる場合は、原則として保険者等へ高額療養費等の請求後、上記の書類を保健所へ提出してください。

## 申請手続中に変更が生じた場合

次の①～④の変更が生じた場合は、「支給認定の申請に係る事項の変更届出書」（様式第7号）に次の書類を添付の上、速やかに申請を行った保健所へご提出ください。

### ① 加入する健康保険が変更になったとき

- ・高額療養費に係る所得区分照会に関する同意書
- ・新たに加えた健康保険が確認できる書類のコピー等（17頁参照）
- ・自己負担上限月額算定に必要な書類（17頁参照）

### ※ 新たに個人番号（マイナンバー）の提供が必要な方がいる場合

- ・その方の個人番号等を個人番号記載票に記入の上、ご提出ください（20頁参照）。

### ② 氏名が変更になったとき

- ・変更前後の氏名が確認できる書類  
（個人番号（マイナンバー）カード、戸籍抄本、運転免許証などのコピー）

### ③ 県内（さいたま市を除く）で転居したとき

- ・転居先及び世帯員が確認できる書類（世帯全員の住民票）

### ※ 他の都道府県または指定都市（さいたま市等）へ転出、死亡、治癒したとき

- ・速やかに申請を行った保健所にご連絡ください。

### ④ 個人番号（マイナンバー）が変更になったとき

- ・変更後の個人番号等を記載した個人番号記載票及び本人確認書類（申請者の個人番号（マイナンバー）が変更する場合）

また、⑤の変更が生じた場合には、「支給認定に係る事項の変更申請書」（様式第2号）に次の書類を添付の上、申請を行った保健所へご提出ください。

### ⑤ 自己負担上限月額に係る事項が変更になったとき

#### ● 「人工呼吸器等装着者」に該当することになった場合

- ・人工呼吸器等に係る欄の記載がある臨床調査個人票（難病指定医又は協力難病指定医が作成したもの）※ 指定難病に起因して人工呼吸器等を装着している場合に限る。

#### ● 「高額かつ長期」に該当することになった場合（10頁の注2参照）

- ・自己負担上限月額管理票の該当ページのコピー等（少なくとも6月分\*）  
\* 申請月含め12か月以内かつ医療受給者証が有効である（又は有効であった）期間に限ります。

#### ● 生活保護の受給を開始した場合

- ・生活保護受給証明書

#### ● 患者が新たに小児慢性特定疾病に係る支給認定を受けた、又は患者と同じ健康保険に加入する方が新たに指定難病又は小児慢性特定疾病に係る支給認定を受けた場合

- ・その方の指定難病又は小児慢性特定疾病にかかる医療受給者証のコピー  
※ 9頁「●その他」も参照

#### ● 支給認定基準世帯員に変更が発生し、自己負担上限月額に変更が生じる場合

- ・変更内容により必要な書類が異なります。管轄の保健所へご相談ください。

# 医療受給者証交付後の注意事項

## 医療受給者証の利用の際の注意点

指定難病にかかる医療を受けるときは、健康保険証に加え、指定難病医療受給者証と自己負担上限月額管理票を窓口に提示して支給認定された疾病の診療等を受けてください。

### 【見本】

指定難病医療受給者証（うすい緑色）

自己負担上限月額管理票（黄色）

なお、指定難病に係る医療給付を受けることができるのは指定医療機関だけです。

## 〇難病法に基づく指定医療機関とは

埼玉県 難病指定医療機関

- ・都道府県知事又は指定都市の市長が医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等）の申請に基づき指定したものです。
- ・指定難病医療給付を受けることができるのは原則として指定医療機関に限られます。
- ・指定医療機関は各都道府県又は指定都市のホームページに掲載されていますので、そちらをご確認いただくか、医療機関に直接お問合せください。

## 〇患者の窓口支払額（自己負担額）の例

窓口で支払う金額は、支給認定された疾病の医療給付の対象に係る自己負担分のうち、月単位で自己負担上限額までとなります（複数の指定医療機関を利用する場合は合算します。）。

例）支給認定された疾病の治療のために、複数の指定医療機関を利用した。

- 自己負担割合：2割（健康保険の自己負担割合が3割の方は1割分を別途公費で負担）
- 自己負担上限月額：10,000円

日付	指定医療機関	医療費・介護サービス費 (10割)	自己負担割合 (2割)	患者の窓口支払額 (自己負担額)	医療給付額 (公費負担額)
○月10日	A病院	28,500円	5,700円	5,700円	0円
○月10日	B薬局	11,250円	2,250円	2,250円	0円
○月15日	C訪問看護ステーション	15,000円	3,000円	2,050円	950円
○月25日	A病院	28,500円	5,700円	0円	5,700円
○月26日	B薬局	11,250円	2,250円	0円	2,250円

※月ごとに管理するため翌月は自己負担額が発生します。

日付	指定医療機関	医療費介護サービス費 (10割)	自己負担割合 (2割)	患者の窓口支払額 (自己負担額)	医療給付額 (公費負担額)
△月8日	A病院	28,500円	5,700円	5,700円	0円

自己負担上限月額（10,000円）に達したため、その月はこの後、患者の自己負担なし



## 受給者証交付後に変更事項等が生じた場合

### ● 治癒・死亡・他の都道府県や指定都市への転出等

住所地を管轄する保健所へ連絡し指定難病医療受給者証を保健所に返納してください。

なお、他の都道府県や指定都市へ転出した場合には、転入先の都道府県又は指定都市で速やかに手続きをとることにより、引き続き医療給付が受けられます。

### ● 支給認定申請内容に変更が生じた場合

次のような変更が生じた場合は、住所地を管轄する保健所で変更手続きを行ってください。変更手続きについては埼玉県ホームページをご覧ください。保健所にお問合せください。

- ① 加入する健康保険が変更になったとき
- ② 住所、氏名が変更になったとき
- ③ 自己負担上限月額に係る事項が変更になったとき（25頁参照）

（注）自己負担上限月額の変更は原則として変更手続きを行った月の翌月初日（変更手続きを行った日が月の初日である場合はその日）から適用になります。

「人工呼吸器等装着者」や「高額かつ長期」に該当することになった場合などでも変更手続きを行わないと自己負担上限月額は変更されません。

※ 申請内容の変更に伴い、個人番号（マイナンバー）の提供が必要な方（20頁参照）に変更が生じた場合は、個人番号記載票に必要な事項をご記入の上、併せて提出してください。

## 参考

### よくある質問

#### Q 支給認定に必要な書類はどこでもらえますか

各保健所で配布しているほか、埼玉県疾病対策課のホームページからもダウンロードすることができます。

埼玉県疾病対策課ホームページの「指定難病医療給付制度申請の手続き」及び「申請書様式一覧」をご覧ください。

埼玉県ホームページ  
「指定難病医療給付制度申請の手続き」



埼玉県ホームページ  
「申請書様式一覧」



#### Q いつから助成を受けることができますか

審査の結果、認定となった際に交付される受給者証の有効期間の始期は「重症度分類を満たしていることを診断した日」等からになります。

ただし、遡り期間は原則として申請日から1か月となります（やむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。）。

助成期間の遡りについては23頁や埼玉県疾病対策課のホームページをご参照ください。

埼玉県 難病 支給開始日





## Q 郵送で難病の医療費助成の申請をしてもよいですか

郵送による申請も可能です。その場合も、申請先は住所地を管轄する保健所になります。

郵送により申請される際は、書類の不足や事故等のトラブル防止のため、必ず簡易書留やレターパックプラス（赤）での郵送をお願いします。なお、申請日は保健所が申請書類を収受した日となります。投函日ではないのでご注意ください。

## Q 申請書を提出してから受給者証が届くまで、どのくらいかかりますか

提出書類が不備なく、適切に受理されてから、3か月程度かかります。（個人番号を利用した書類省略を行う場合は、交付までさらにお時間をいただく場合があります。）

なお、支給申請が認定となった場合、医療受給者証有効期間の始期から受給者証が交付されるまでにかかった医療費については、療養費として払い戻しが可能です。手続きには領収書の原本（再発行の場合はお支払いできません。）が必要となりますので、必ず保管をお願いします。（1頁、24頁参照）

## Q 受給者証はこの医療機関でも使用することができますか

各都道府県及び指定都市が指定する「指定医療機関」であれば、使用可能です。（26頁参照）

## Q マイナンバーの本人確認書類は提出人数分必要ですか

本人（患者又は保護者）分のみで結構です。その他の方のマイナンバーについては、提出者が間違いないかご確認ください。本人確認書類については21頁をご覧ください。

## Q 黄色い手帳（指定難病医療費自己負担上限月額管理票）はどのように使用するのですか

指定難病による医療や介護サービスを受けるときに、指定難病医療受給者証と一緒に指定医療機関の窓口でご提示ください。指定医療機関で必要事項が記入されます。

更新申請や変更申請などで確認することがあるため、なくさないようお持ちください。

## Q 指定難病医療費自己負担上限月額管理票をなくしてしまった（使い切った）のですが、どうすればいいですか

新しいものをお渡ししますので、保健所までご連絡ください。保健所の連絡先については、31頁（裏表紙）に記載されています。

## Q マイナポータルで健康保険の情報を確認する方法を教えてください

マイナポータルにログイン後、「健康保険証」を選択してください。健康保険証利用の申込が完了していれば健康保険証情報の一覧が表示されます。



### 参考

マイナポータルの使い方（ログイン・操作方法等）に関しては、デジタル庁のホームページをご参照ください。



デジタル庁ホームページ

「マイナポータル | デジタル庁 ウェブサービス・アプリケーション」

## Q マイナンバー情報連携により交付された登録者証は、どこで見ることができますか

情報連携によって交付される登録者証は、マイナポータルで確認することができます。  
マイナポータル上での操作手順は以下の通りです。

- ① マイナンバーにログインし、トップページの下  
部にある「その他のわたしの情報」を選択す  
る。



マイナポータルトップページ下部のメニュー。上部には「確定申告」と「年末調整」のボタンがある。その下には「住まい」「しごと」のセクションがあり、それぞれ「引越し」「雇用保険」のリンクがある。最下部には「その他のわたしの情報」というリンクがあり、これが赤い枠で囲われている。

- ② 表示される項目の中にある「健康・医療」を選  
択し、「その他の項目」を選択する。



マイナポータル「取得する情報の選択」画面。左側には「取得する情報の選択」というタイトルがあり、下部には「健康・医療」が選択されている。右側には「取得依頼対象日」と「取得依頼」のボタンがある。また、「取得依頼対象日」の下には「最新の取得対象日」と「過去に取得した日」のリンクがある。右側には「注意事項」の欄があり、取得に関する注意事項が記載されている。最下部には「確認する」と「取得する」のボタンがあり、どちらも赤い枠で囲われている。

- ③ 「難病患者支援」の項目を選択すると、右  
図の画面になるのでそのまま「確認する」  
→「取得する」を選択する。



マイナポータル「特定医療費支給情報」画面。上部には「特定医療費支給情報」というタイトルがあり、下部には「支給開始年月」「支給終了年月」「支給情報」の項目がある。また、「登録者証情報」の欄があり、「登録者証効力開始年月日」と「登録者証効力終了年月日」の項目がある。この画面全体が赤い枠で囲われている。

- ④ 回答結果一覧から、照会した結果を  
確認することができます。ダウンロ  
ードした PDF には難病に関する情報  
が記載されており、「登録者証情  
報」の登録者証効力開始年月日欄に  
日付が記載されています。

## 災害避難行動要支援者の避難行動支援について

お住まいの市町村では、「災害対策基本法」に基づき、自ら避難することが困難で特に支援が必要な方が災害時に迅速かつ適切な避難が行えるよう支援するため、「避難行動要支援者名簿」を作成しています。

災害対策基本法の規定に基づき、市町村から埼玉県に対して難病患者に係る情報提供の求めが生じた場合は、改正個人情報保護法における「法令に基づく場合」等に該当するものとして市町村に情報提供を行います。

避難行動要支援者名簿等の避難行動支援の詳細については、お住まいの市町村にお問合せください。

※ 改正個人情報保護法における「法令に基づく場合」は本人の同意がなくても、患者が迅速かつ適切な避難が行うことができるようにするため、お住いの市町村に情報提供を行います。

## 障害福祉サービス等について

障害者総合支援法に定める障害者の対象に、難病患者等が加わり、障害者手帳の有無にかかわらず、所定の手続きを経た上で市町村において必要と認められた場合、障害福祉サービス等を利用することができます。

### 対象者

- ・障害者総合支援法第4条第1項の政令で定める対象疾病にり患されている方  
※ 障害者総合支援法対象疾病と、指定難病の疾病名が異なる場合がありますが、国の指定難病は、全て障害者総合支援法対象疾病に含まれます。

### 対象疾病にり患していることの確認について

- ・障害福祉サービス等の申請時には、申請者の疾病が障害者総合支援法対象疾病に該当するか、診断書などで確認することとされています。この確認については、指定難病医療給付制度における受給者証や登録者証等でも確認することが可能です。
- ・また、指定難病医療給付制度の支給認定申請の結果、不認定通知書が交付され、当該通知書に、指定難病の診断基準は満たすものの、病状の程度が一定の基準（重症度基準）を満たしていないために不認定となった旨が記載されている場合は、当該通知書を障害福祉窓口等で提示することで、障害者総合支援法の対象疾病にり患している旨の証明となります。

### お問い合わせ先

- ・障害福祉サービス等の内容や手続方法等については、**お住まいの市町村の障害福祉担当課**へご相談ください。

## ヘルプマークについて

内部障害や難病の方など、外見から分からなくても援助や配慮を必要としている方々が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせることで援助を得やすくなるよう、**市町村の窓口**で「ヘルプマーク」を配布しています。

詳しくは埼玉県ホームページでご確認ください。

埼玉県 ヘルプマーク



## 埼玉県思いやり駐車場制度（パーキング・パーミット制度）について

歩行が困難な方や移動の際に配慮が必要な方が車のルームミラーなどに利用証を掲示して該当の駐車区画に駐車することによって、対象者の利用であることがわかりやすくなり、安心して外出できるようにする制度です。指定難病医療受給者証をお持ちの方は利用証の交付を受けることができます。利用証の申請は**市町村の窓口**となります。

詳しくは埼玉県ホームページでご確認ください。

埼玉県 思いやり駐車場



<支給認定申請等の受付窓口（県保健所）> 開庁時間 平日 8:30～17:15

お住まいの市町村	管轄保健所	電話番号	郵便番号	所在地	アクセス
蕨市、戸田市	南部保健所	048(262)6111	333-0842	川口市前川 1-11-1	蕨駅東口から 徒歩25分
朝霞市、志木市、和光市、新座市、 富士見市、ふじみ野市、三芳町	朝霞保健所	048(461)0468	351-0016	朝霞市青葉 台1-10-5	朝霞駅南口から 徒歩15分
春日部市、松伏町	春日部保健所	048(737)2133	344-0038	春日部市 大沼1-76	春日部駅西口からバス 地方庁舎下車
草加市、八潮市、三郷市、吉川市	草加保健所	048(925)1551	340-0035	草加市西町 425-2	草加駅西口から 徒歩10分
鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、 伊奈町	鴻巣保健所	048(541)0249	365-0039	鴻巣市東 4-5-10	鴻巣駅東口から 徒歩15分
東松山市、滑川町、嵐山町、小川町、 川島町、吉見町、ときがわ町、 東秩父村	東松山保健所	0493(22)0280	355-0037	東松山市若 松町2-6-45	東松山駅東口から 徒歩20分
坂戸市、鶴ヶ島市、毛呂山町、 越生町、鳩山町	坂戸保健所	049(283)7815	350-0212	坂戸市石井 2327-1	北坂戸駅から 徒歩20分
所沢市、飯能市、狭山市、入間市、 日高市	狭山保健所	04(2941)6557	350-1324	狭山市稲荷 山2-16-1	稲荷山公園駅から 徒歩7分
行田市、加須市、羽生市	加須保健所	0480(61)1216	347-0031	加須市南町 5-15	加須駅南口から 徒歩8分
久喜市、蓮田市、幸手市、白岡市、 宮代町、杉戸町	幸手保健所	0480(42)1101	340-0115	幸手市中 1-16-4	幸手駅から 徒歩3分
熊谷市、深谷市、寄居町	熊谷保健所	048(578)4548	360-0031	熊谷市末広 3-9-1	熊谷駅北口から 徒歩15分
本庄市、美里町、神川町、上里町	本庄保健所	0495(22)6481	367-0047	本庄市前原 1-8-12	本庄駅南口から 徒歩15分
秩父市、横瀬町、皆野町、長瀬町、 小鹿野町	秩父保健所	0494(22)3824	368-0025	秩父市桜木 町8-18	秩父駅から 徒歩10分

<市保健所等（各市を管轄しています。）> 開庁時間 平日 8:30～17:15

川越市保健所(総合保健センター)		
電話番号：049(229)4124 〒350-1104 川越市小ヶ谷817-1		西川越駅から 徒歩12分
川口市保健所		
電話番号：048(423)6708 〒333-0842 川口市前川1-11-1		蕨駅東口から 徒歩25分
越谷市保健所		
電話番号：048(973)7531 〒343-0023 越谷市東越谷10-31		越谷駅東口 又は 南越谷駅北口からバス 越谷市立病院前下車 南越谷駅南口からバス 越谷市立病院下車
所沢市役所 (新規申請受付のみ。その他の手続は狭山保健所で受付しています。)		
保健医療課 電話番号：04(2998)9385 〒359-8501 所沢市並木1-1		航空公園駅東口から 徒歩3分

<難病指定医、指定医療機関等の問合せ> 開庁時間 平日 8:30～17:15

埼玉県保健医療部疾病対策課	電話番号：048(830)3491 所在地：〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1（埼玉県庁）
---------------	--

※ さいたま市にお住まいの方は、さいたま市保健所が各種申請等の受付窓口となります。

さいたま市保健所（各区の保健センターでも受付をしています。） 開庁時間 平日 8:30～17:15		
電話番号：048(840)2219 〒338-0013 さいたま市中央区鈴谷7-5-12	与野本町駅 又は 南与野駅から 徒歩15分	

（令和7年7月発行）