

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）



令和3年12月

目 次

第 1	制度の概要	2
第 2	窓口での自己負担徴収の流れ	4
第 3	生活保護受給者等の取扱い	6
第 4	診療報酬請求について	7
第 5	管理票の記載について	10
第 6	他医療費助成制度との関係について	19
第 7	医療機関等証明欄及び療養証明書の記載について	20

《資料》

参考 1	指定難病一覧	22
参考 2	受給者証に記載される公費負担者番号一覧	25
様式 1	特定医療費（指定難病）受給者証	27
様式 2	自己負担上限額管理票	28
様式 3	医療費支給申請書兼口座振替依頼書	29
様式 4	介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書	30
様式 5	軽症かつ高額用申請書兼療養証明書	31
様式 6	難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書	32
様式 7	軽症かつ高額の認定基準への照会について	33

制度全般・指定：東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課疾病対策担当

東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号

電話番号 03（5320）4471（直通）

医療費等の請求・支払：東京都福祉保健局保健政策部医療助成課医療給付担当

電話番号 03（5320）4454

第 1 制度の概要

(1) 根拠法

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。）

(2) 給付対象者（指定難病（p 3 [用語解説 1] 参照）の患者）

ア 都内に住所を有し、難病法の指定難病にり患し、その疾病の程度が認定基準に該当する方

イ 都内に住所を有し、難病法の指定難病にり患し、申請のあった月以前の 12 か月以内に当該の疾患に対する医療費総額について 33,330 円を超える月が既に 3 回以上ある方

(3) 特定医療を提供する医療機関 指定医療機関

(4) 給付内容

ア 総論

- ・医療保険においては、認定された疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に関する医療について、各種医療保険を優先適用し、原則 2 割の自己負担額を控除した残額を給付します。ただし、生活保護受給者世帯に属する者については、全額を特定医療費として給付します。
- ・介護保険においては、認定された疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る介護保険適用の訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、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及び介護医療院サービスにおいて、患者負担割合から自己負担額を控除した残額を給付します。
- ・医療保険及び介護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 割に軽減されます。
- ・医療保険及び介護保険の患者負担割合がもともと 2 割の者及び 1 割の者の場合は、それぞれの制度の負担割合が適用されます。

イ 自己負担上限額

- ・世帯の所得と疾病の状況等に応じて自己負担上限額が設定されます（表 1）。
- ・入院、入院外の区別を設定せずに、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。）の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こととなります。

表 1 難病法に基づく特定医療費の自己負担上限額表

階層区分	一 般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
生活保護	0	0	0
低所得Ⅰ	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	10,000	5,000	
一般所得Ⅱ	20,000	10,000	
上位所得	30,000	20,000	
入院時の食費	食事（生活）療養標準負担額を自己負担		

注）同一世帯内に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者が複数いる場合は、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ります。

ウ 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は、指定難病の患者の負担とします。
- ・ただし、生活保護受給者及び要保護者の一部については入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の全額が助成されます。
- ・もともと、指定難病の医療費助成の対象となる患者の生活療養費のうちの居住費部分については、医療保険での負担とされていることから、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、食費部分のみが自己負担となり、現行の入院時食事療養標準負担額と同額となります。

(5) 被交付証

医療受給者証（様式 1。以下「受給者証」という。）

(6) 公費負担番号

- ・受給者証の公費負担者番号の法別番号は「54」になります。
- ・実施機関番号は「601」（平成 30 年 4 月 1 日以降、指定都市にあつては 700 番台の番号を設定）と「602」（平成 30 年 4 月 1 日以降、指定都市にあつては 800 番台の番号を設定）に分かれている。被保護者であつて医療保険各法の被保険者及び被扶養者以外の者は、実施機関番号「602」（又は 800 番台）であり、それ以外の者は実施機関番号「601」（又は 700 番台）である。なお、実施機関番号「501」については、平成 29 年 12 月 31 日をもって経過措置が終了したことに伴い、平成 30 年 1 月 1 日以降は廃止となっている。

表 2 受給者証に記載される公費負担者番号

法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
5	4	1	3	6	0	1	5

※都道府県番号等は参考 2 参照

（用語解説 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つて、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つて、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。（p22 参考 1 参照）

（用語解説 2）「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つて、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。

第2 窓口での自己負担徴収の流れ

- (1) 窓口での確認書類は、次のとおりです。
 - ・被保険者証
 - ・受給者証
 - ・自己負担上限額管理票（p28 **様式2**。以下「管理票」という。）
 - ・その他の医療費助成の併用がある場合はその医療券
- (2) 難病法に基づく医療費助成制度は、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歳以上で現役並み所得者）について2割負担に軽減する制度で、所得に応じて月額自己負担上限額が設定されていますが、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ります。
- (3) 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、p2の**表1**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ます。
- (4) 複数の指定医療機関を受診（※）した場合、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します。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ります。

（※）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ます。

- (5) 入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を徴収した場合、当該患者負担額は、管理票には記載しません。
- (6) 管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該患者から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印を押します。

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に分かれる場合には、管理票には特定医療に係る医療費の総額のみを記載します。

（※2）指定難病の患者から自己負担を徴収する場合は、原則として、指定医療機関を受診した日に徴収することになりますが、訪問看護サービス等において、翌月に請求される場合は、受診した月の自己負担の累積額（月末）を確認したうえで、患者から徴収し、受診した月のページの管理票に記載します。

（※3）患者からの徴収額に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します。

- (7) 自己負担の累積額（月額）が自己負担上限額に達した時点で、指定医療機関は所定欄に日付、医療機関名、確認印を押印してください。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指定難病の患者からはすべての指定医療機関において当該月の間、自己負担の徴収を行わず公費負担となります。

なお、医療費総額については、更新時に新たな自己負担上限額を算定する根拠となるため、自己負担上限額に達した後や、生活保護者についても管理票への記載・押印をお願いします。

- (8) 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します。また、記載する略号については、「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）によります。

(70 歳未満)

健康保険制度	国民健康保険制度	区分
標準報酬月額 83 万円以上	旧ただし書所得 901 万円超	ア
標準報酬月額 53 万円～79 万円	旧ただし書所得 600 万円～901 万円以下	イ
標準報酬月額 28 万円～50 万円	旧ただし書所得 210 万円～600 万円以下	ウ
標準報酬月額 26 万円以下	旧ただし書所得 210 万円以下	エ
低所得者	低所得者	オ

(70 歳以上)

健康保険制度	国民健康保険制度、後期高齢者医療制度	区分
現役並みⅢ (標準報酬月額 83 万円以上で高齢受給者証の負担割合が 3 割の方)	現役並み所得者Ⅲ (課税所得 690 万円以上)	Ⅵ
現役並みⅡ (標準報酬月額 53 万～79 万円で高齢受給者証の負担割合が 3 割の方)	現役並み所得者Ⅱ (課税所得 380 万円以上)	Ⅴ
現役並みⅠ (標準報酬月額 28 万～50 万円で高齢受給者証の負担割合が 3 割の方)	現役並み所得者Ⅰ (課税所得 145 万円以上)	Ⅳ
一般所得者	一般	Ⅲ
低所得者Ⅱ	低所得Ⅱ	Ⅱ
低所得者Ⅰ	低所得Ⅰ	Ⅰ

ただし、保険者からの連絡の遅れ等により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られているため、その場合のレセプトの特記事項の欄の記載については、以下のとおり取り扱うこととします。

- ・ 70 歳未満の者：空欄（高額療養費の算定は区分「ウ」）
- ・ 70 歳以上の者（負担割合が 3 割の方）：「26 区ア」（Ⅵ・現Ⅲ）
- ・ 70 歳以上の者（上記以外の方）：「29 区エ」（Ⅲ・一般）

また、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方については、受給者証の適用区分が空欄であっても、当該限度額認定証等に記載されている所得区分を適用します。

所得区分の変更があった場合、保険者等からの連絡を受けた後に受給者証を再発券するため、受給者証の区分と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区分が異なる場合があります。この場合は保険者に確認をとるか、当該限度額認定証等に記載されている所得区分を適用します。

第3 生活保護受給者等の取扱い

- (1) 自己負担上限額が0となる生活保護の所得区分の方が受診した際、療養の給付と食事療養費及び生活療養費が全て特定医療の対象となる場合は、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します。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）を記載します。
- (2) 生活保護移行防止措置として自己負担上限額の減免を受けた者についても、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額分が特定医療の支給対象となりえます。詳細はお問合せください。

（用語解説3） 生活保護受給者等の所得区分「生活保護」について

・「生活保護受給者」とは

生活保護法（昭和25年法律第144号）に規定する被保護者。所得区分は「生活保護」というカテゴリーに入り、自己負担上限額は0となります。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方も、この「生活保護」の区分となります。

・「生活保護移行防止措置対象者」とは

生活保護法の「要保護者」や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」で、本来の自己負担上限額を適用すると、保護又は支援給付を必要とする状態となってしまいますが、より負担の低い所得区分を適用すれば生活保護や支援給付を必要としない方であることを示しています。

第4 診療報酬請求について

本事例のほか、診療報酬の請求に当たっては「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）に基づいて記載してください。

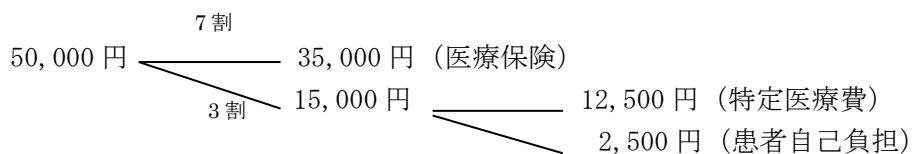
(1)「療養の給付」欄について

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します。

【事例1】 一般の健康保険の加入者（3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 5,000	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】

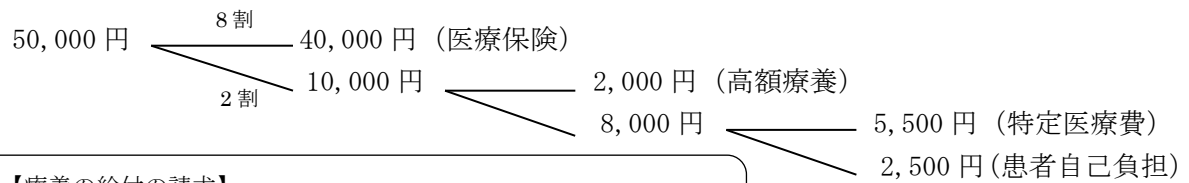
- ・医療保険
50,000 円 × 7 割 = 35,000 円
- ・特定医療費
50,000 円 × 3 割 - 2,500 円（公費①） = 12,500 円
- ・患者自己負担額
2,500 円

【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	※決定点	負担金額 円			
	医療保険	5,000		8,000			
	公費①	5,000		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】

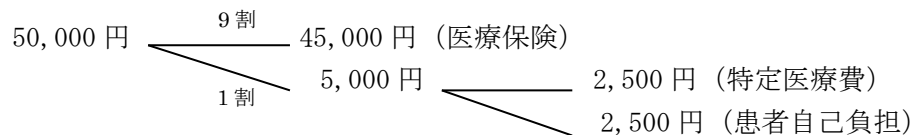
- ・医療保険
50,000 円 × 8 割 = 40,000 円
- ・高額療養
50,000 円 × 2 割 - 8,000 円 = 2,000 円
- ・特定医療費
8,000 円 - 2,500 円（公費①） = 5,500 円
- ・患者自己負担額
2,500 円

【事例3】 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	保険	請求点	※決定点	負担金額 円			
	医療保険	5,000					
	公費①	5,000		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
5,000 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

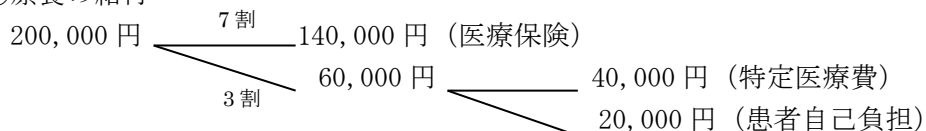
食事療養標準負担額については、生活保護受給者及び要保護者の一部を除き特定医療費の支給対象外であるため、公費①の標準負担額の欄は「0」円です。

- 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）

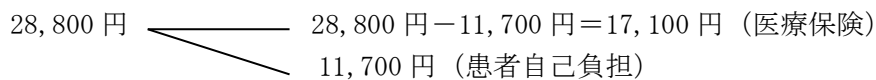
入院時食事療養費の食事療養標準負担額については、特定医療の給付対象外であるため、公費欄の食事療養に関する請求と標準負担額の欄に「0」を記載します。

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

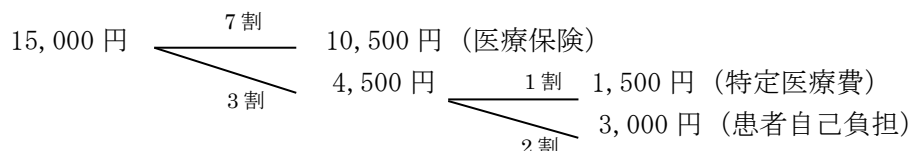
第5 管理票の記載について

【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）

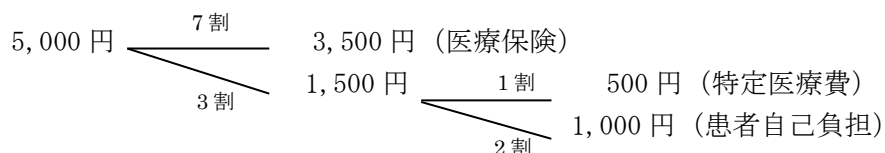
医療費の2割が自己負担上限額1万円を下回っているため、患者からは2割分を徴収します。



特定医療費（指定難病）					
令和4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）

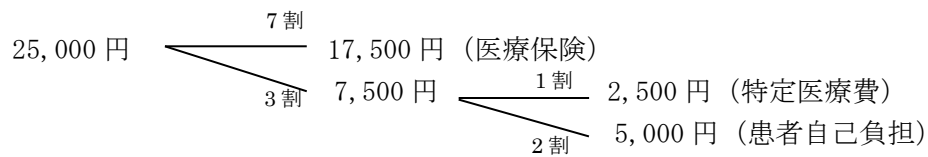
上記アと同様に患者からは2割分を徴収する。



特定医療費（指定難病）					
令和4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割分を徴収します。

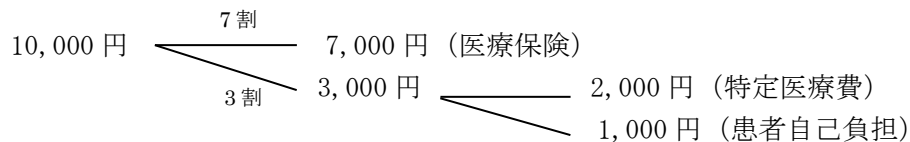


特定医療費（指定難病） 令和4年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○		受給者番号	0012568	
			月額自己負担上限額 10,000 円		
日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円	
1月5日	××薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円	
1月20日	○○○病院	25,000 円	5,000 円	9,000 円	

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 円を患者が負担します。

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



特定医療費（指定難病） 令和4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	
1月5日	××薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円	
1月20日	○○○病院	25,000 円	5,000 円	9,000 円	
1月20日	××薬局	10,000 円	1,000 円	10,000 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する際に自己負担を徴収した医療機関が記載する。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	××薬局	

オ 1月31日 ○○○病院（総医療費 1,500 点）

自己負担額の累積額（10,000 円）が負担上限月額に達しているため、患者の自己負担は生じませんが、管理票には医療費総額を記載します。

15,000 円

7 割 → 10,500 円（医療保険）

3 割 → 4,500 円（特定医療費）

特定医療費（指定難病）					
令和4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	
1月5日	××薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円	
1月20日	○○○病院	25,000 円	5,000 円	9,000 円	
1月20日	××薬局	10,000 円	1,000 円	10,000 円	
1月31日	○○○病院	15,000 円	自己負担上限額に達した後も、医療費総額のみ記載・押印し、その他の欄は斜線を引いてください。		

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	

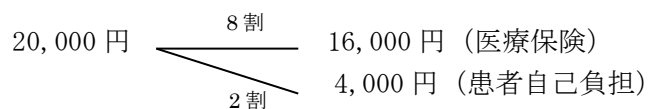
【記載例 2】70 歳以上の者

○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）

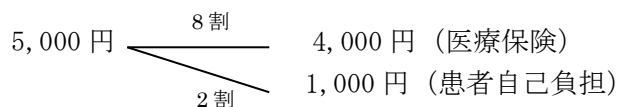
医療費の 2 割が自己負担上限額 1 万円を下回っているため、患者からは 2 割分を徴収します。



特定医療費（指定難病）					
令和 4 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 1 0, 0 0 0 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	

イ 1 月 5 日 ××薬局（総医療費 500 点）

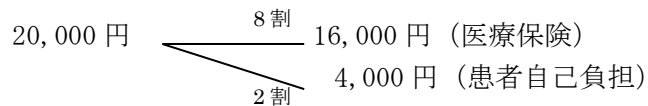
上記アと同様に、患者からは 2 割分を徴収します。



特定医療費（指定難病）					
令和 4 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 1 0, 0 0 0 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	
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	

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割分を徴収します。

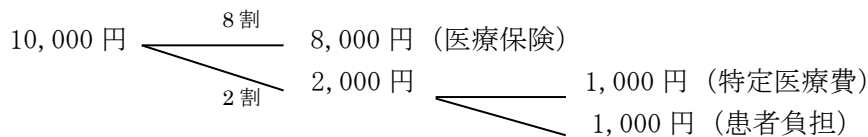


特定医療費（指定難病）					
令和4年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○		受給者番号	0012568	
			月額自己負担上限額 10,000円		
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月5日	○○○病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円	
1月5日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	
1月20日	○○○病院	20,000 円	4,000 円	9,000 円	

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 円を患者が負担します。

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



特定医療費（指定難病）					
令和4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	
1月5日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	
1月20日	○○○病院	20,000 円	4,000 円	9,000 円	
1月20日	××薬局	10,000 円	1,000 円	10,000 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する際に自己負担を徴収した医療機関が記載

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	××薬局	

オ 1月31日 ○○○病院（総医療費 1,500 点）

自己負担額の累積額（10,000 円）が負担上限月額に達しているため、患者の自己負担は生じませんが、管理票には医療費総額を記載します。

15,000 円

8割 12,000 円（医療保険）

2割 3,000 円（特定医療費）

特定医療費（指定難病）					
令和4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	/		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した後も、医療費総額のみ記載・押印し、その他の欄は斜線を引きます。

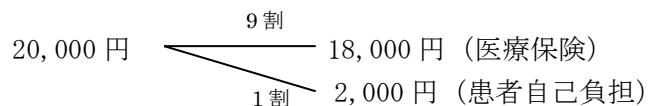
【記載例 3】 75 歳以上の者

○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）

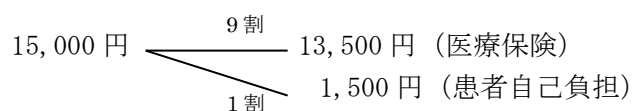
医療費の 1 割が自己負担上限額 5,000 円を下回っているため、患者からは 1 割分を徴収し、管理票上には徴収額 2,000 円を記載します。



特定医療費（指定難病）					
令和 4 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, 0 0 0 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）

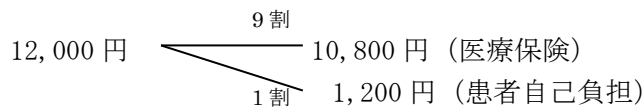
自己負担上限額の累積額 2,000 円と月額自己負担上限額 5,000 円の差額が 3,000 円であり、医療費の 1 割が自己負担上限額の差額 3,000 円を下回っているため、患者からは 1 割分を徴収し、管理票上には徴収額 1,500 円を記載します。



特定医療費（指定難病）					
令和 4 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, 0 0 0 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 円を記載します。

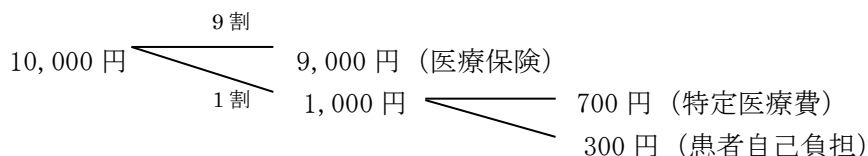


特定医療費（指定難病）					
令和 4 年 1 月分自己負担上限額管理票					
受診者名	×× ○○		受給者番号	0 0 1 2 5 6 8	
			月額自己負担上限額 5, 0 0 0 円		
日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	
1 月 5 日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	
1 月 20 日	○○○病院	12,000 円	1,200 円	4,700 円	

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 円を記載します。

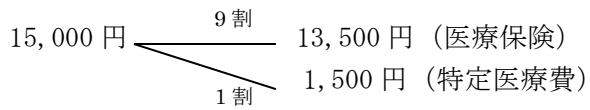
$$1,000 \text{ 円（1 割）} - 300 \text{ 円（患者負担）} = 700 \text{ 円（特定医療費）}$$



特定医療費（指定難病）					
令和 4 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, 0 0 0 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	
1 月 5 日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	
1 月 20 日	○○○病院	12,000 円	1,200 円	4,700 円	
1 月 20 日	××薬局	10,000 円	300 円	5,000 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する際に自己負担を徴収した医療機関が記載		
日付	指定医療機関名				確認印
1 月 20 日	××薬局				

オ 1月31日 ○○○病院（総医療費 1,500 点）

自己負担額の累積額（10,000 円）が負担上限月額に達しているため、患者の自己負担は生じませんが、管理票には医療費総額を記載します。



特定医療費（指定難病）					
令和 4 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, 0 0 0 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	
1 月 5 日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	
1 月 20 日	○○○病院	12,000 円	1,200 円	4,700 円	
1 月 20 日	××薬局	10,000 円	300 円	5,000 円	
1 月 31 日	○○○病院	15,000 円			
自己負担上限額に達した後も、医療費総額を記載・押印し、その他の欄は斜線を引きます。					
~~~~~					
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				

## 第6 他医療費助成制度との関係について

### (1) 特定医療（難病）と他医療費助成制度の併用がある場合

これらの併用に関しては、優先順位を次のように取り扱います。

医療保険 > マル長（特定疾病療養受療証） > 国制度（法）小児慢性特定疾病「52」  
 > 国制度（法） 特定医療（難病）「54」 > マル都（難病） 「83」  
 > マル障「80」、マル親「81」、マル乳・マル子「88」

注） 自立支援医療全般（更生医療「15」 育成医療「16」 精神通院医療「21」）と難病「54」の給付調整は行いません。

### (2) 具体的な取扱方法

障 心身障害者医療費助成制度（マル障）      親 ひとり親家庭等医療費助成制度（マル親）      乳 乳幼児医療費助成制度（マル乳）      子 義務教育就学児医療費助成制度（マル子）	法別番号 80   法別番号 81   法別番号 88   法別番号 88	との併用（3併）
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	----------

特定医療（難病）（第1公費）との併用におけるマル障・マル親・マル乳・マル子（第2公費）の助成方法は次のとおりとなります。

#### 一部負担金の徴収方法（特定医療（難病）54とマル障課税者 80136***・マル親課税者 81136***）

特定医療（難病）で一部負担額が発生する場合に、一部負担額から医療費総額の1割（ただし、当該受診の特定医療（難病）の自己負担額まで）を控除した額をマル障・マル親に請求します。

#### 【事例】特定医療（難病）54136015 70歳未満の者（患者負担3割の場合）

- 自己負担上限額；低所得Ⅱ（5,000円）
- 一般の健康保険加入者（窓口負担3割→2割）
- マル障・マル親の自己負担額：1割

特定医療（難病）の一部負担額をマル障・マル親が助成します。ただし、医療費総額の1割（当該受診の際の特定医療（難病）の自己負担額まで）は自己負担となります。

（円）

診療日	医療費 総額	医療保険		特定医療（難病）		マル障（課税）・マル親（課税）		考え方
		保険給付	一部負担	助成	一部負担	助成	一部負担	
1日目	22,000	15,400	6,600	2,200	4,400	2,200	2,200	1割負担
2日目	10,000	7,000	3,000	2,400	600	0	600	1割のうち難病上限まで
3日目	20,000	14,000	6,000	6,000	0	0	0	
4日目	50,000	35,000	15,000	15,000	0	0	0	
合計	102,000	71,400	30,600	25,600	5,000	2,200	2,800	

特定医療（難病）の自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

各種医療費助成制度の詳細につきましては、下記ホームページを御参照ください。

東京都福祉保健局トップ⇒分野別のご案内「医療・保健」⇒医療助成

<https://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/iryo/josei/index.html>

【担当】東京都福祉保健局保健政策部医療助成課助成担当

電話（マル障担当）03-5320-4571 （マル親乳子担当）03-5320-4282

## 第7 医療機関等証明欄及び療養証明書の記載について

### (1) 償還払いに係る医療機関等証明欄の記載について

特定医療の受給者が、都に医療費助成の申請を行ってから受給者証が手元に届くまでの間などに支払った医療費のうち特定医療の対象となるものは、患者の支給申請に基づき、特定医療に係る医療費（高額療養費を除いた額）から自己負担額を控除したものを都が償還払いします。

その際、「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病用）」（様式3）又は「介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書」（様式4）に医療機関等の記載による証明が必要となります。御協力をお願いいたします。

証明を求められた際は、受給者証の有効期間や病名等を確認の上、当該疾病に係る医療費助成の部分のみについて記載をしてください。記載の方法については29・30頁を参照ください。

#### 注意事項

- ・ 認定疾病の治療がない場合、証明の必要はありません。
- ・ 証明料（文書料）は保険適用外のため助成対象外です。
- ・ 難病でかかった複数の医療機関の合計金額が、自己負担上限月額を超えない場合はお支払いするものではありません。（保険負担割合1割・2割の方）

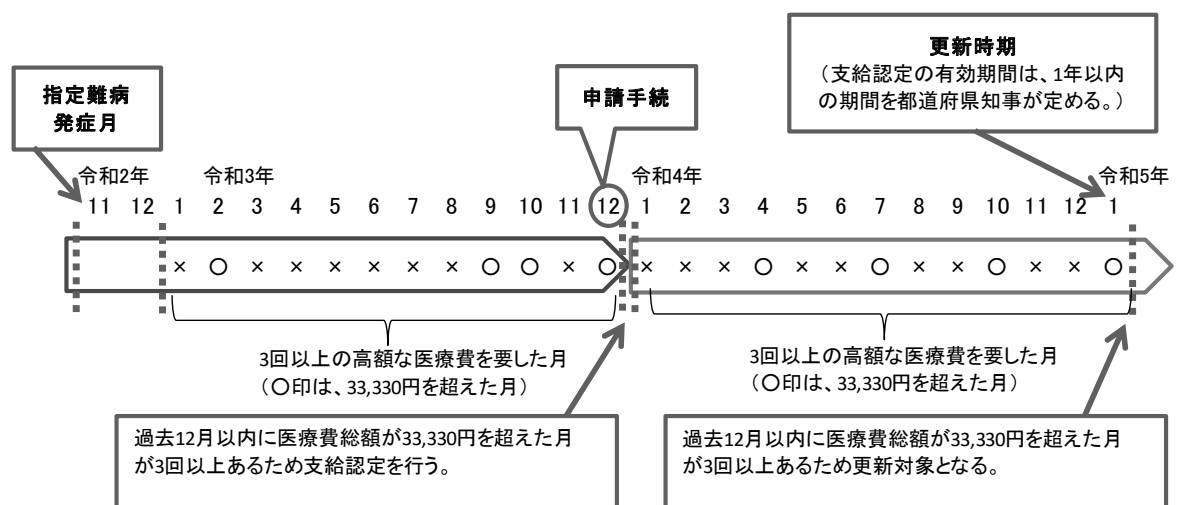
### (2) 医療費助成の認定に係る療養証明書の記載について

p2「第1 制度の概要」に示す給付対象者のうち、(2)イの対象となる方については、認定審査にあたり、医療機関による療養証明書（様式5）又は（様式6）が必要となりますので、御協力をお願いします。

証明を求められた際は、次のア又はイのうち短い方の期間（算定根拠となる期間）において、当該疾病にかかった医療費総額の記載をしてください。様式5の場合は、患者の方に「指定難病に係る医療費の照会について」（様式7）をお渡ししておりますので、御参照ください。

ア 申請のあった月から12か月前までの期間

イ 申請のあった月から当該疾病の発症年月（指定医の診断による発症年月）



※自己負担上限額管理票にて上記の内容が証明されている場合は、記載しないでください。

※次の場合は、御本人に御確認をお願いします。

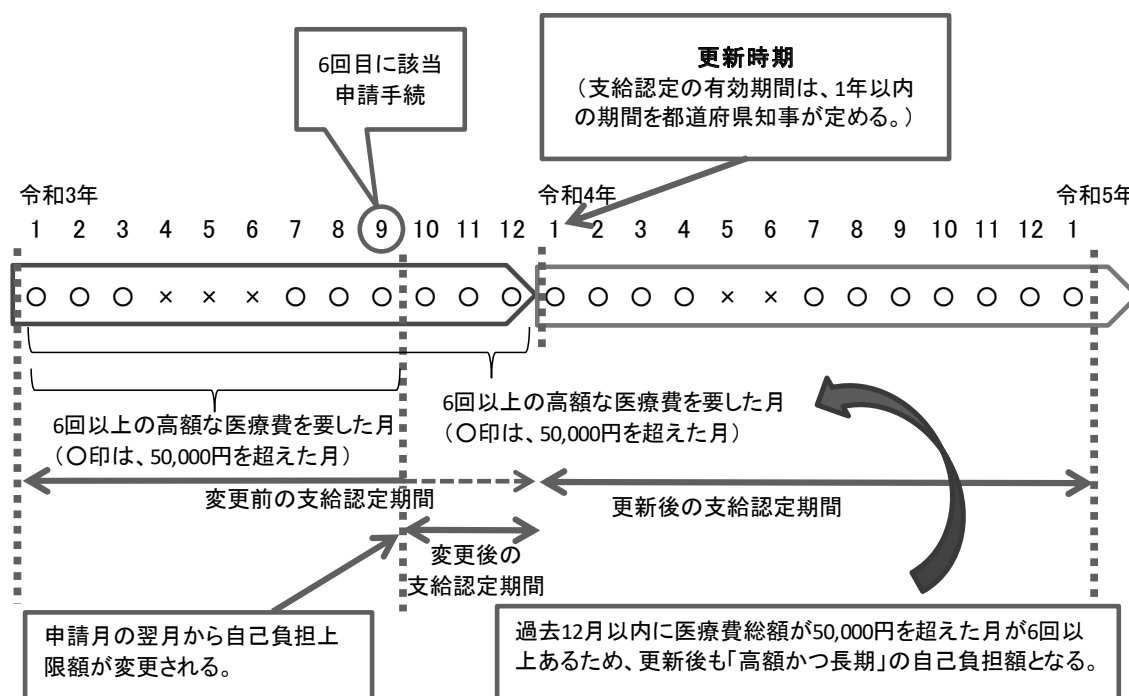
当該難病に係る医療費総額が33,330円を超える月が算定根拠となる期間のうちに3回以上ない場合

→ 他の医療機関でかかった医療費と合算した場合、33,330 円を超える見込みがあるかを確認し、ある場合は、貴院での医療費を御記入の上、他の医療機関分は別途記載してもらうよう御案内ください。

### (3) 医療費助成の自己負担上限月額額の算定に係る療養証明書の記載について

特定医療の受給者の自己負担上限月額額は、医療保険の世帯単位ごとに、その世帯等の所得を把握して設定します。しかし、一般所得 I 以上で、高額な医療が長期的に継続する方については、自己負担上限月額を軽減する仕組みがあり、そのために総医療費の額について、医療機関による療養証明書（**様式 6**）が必要となります。御協力をお願いします。

証明を求められた際は、次の期間（算定根拠となる期間）において、当該疾病にかかった医療費総額が 50,000 円を超える月が年間 6 回以上ある場合に、その記載をしてください。



※自己負担上限額管理票にて上記の内容が証明されている場合は、記載しないでください。

# 参考 1 指定難病一覧 (1~140)

番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症
2	筋萎縮性側索硬化症
3	脊髄性筋萎縮症
4	原発性側索硬化症
5	進行性核上性麻痺
6	パーキンソン病
7	大脳皮質基底核変性症
8	ハンチントン病
9	神経有棘赤血球症
10	シャルコー・マリー・トゥース病
11	重症筋無力症
12	先天性筋無力症候群
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎
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
15	封入体筋炎
16	クロウ・深瀬症候群
17	多系統萎縮症
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)
19	ライソゾーム病
20	副腎白質ジストロフィー
21	ミトコンドリア病
22	もやもや病
23	プリオン病
24	亜急性硬化性全脳炎
25	進行性多巣性白質脳症
26	HTLV-1関連脊髄症
27	特発性基底核石灰化症
28	全身性アミロイドーシス
29	ウルリッヒ病
30	遠位型ミオパチー
31	ベスレムミオパチー
32	自己食空胞性ミオパチー
33	シュワルツ・ヤンベル症候群
34	神経線維腫症
35	天疱瘡
36	表皮水疱症
37	膿疱性乾癬(汎発型)
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群
39	中毒性表皮壊死症
40	高安動脈炎
41	巨細胞性動脈炎
42	結節性多発動脈炎
43	顕微鏡的多発血管炎
44	多発血管炎性肉芽腫症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症
46	悪性関節リウマチ
47	バージャー病
48	原発性抗リン脂質抗体症候群
49	全身性エリテマトーデス
50	皮膚筋炎／多発性筋炎
51	全身性強皮症
52	混合性結合組織病
53	シェーグレン症候群
54	成人スチル病
55	再発性多発軟骨炎
56	ペーチェット病
57	特発性拡張型心筋症
58	肥大型心筋症
59	拘束型心筋症
60	再生不良性貧血
61	自己免疫性溶血性貧血
62	発作性夜間ヘモグロビン尿症
63	特発性血小板減少性紫斑病
64	血栓性血小板減少性紫斑病
65	原発性免疫不全症候群
66	IgA 腎症
67	多発性嚢胞腎
68	黄色靱帯骨化症
69	後縦靱帯骨化症
70	広範脊柱管狭窄症

番号	病名
71	特発性大腿骨頭壊死症
72	下垂体性ADH分泌異常症
73	下垂体性TSH分泌亢進症
74	下垂体性PRL分泌亢進症
75	クッシング病
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
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)
80	甲状腺ホルモン不応症
81	先天性副腎皮質酵素欠損症
82	先天性副腎低形成症
83	アジソン病
84	サルコイドーシス
85	特発性間質性肺炎
86	肺動脈性肺高血圧症
87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
88	慢性血栓性肺高血圧症
89	リンパ管筋腫症
90	網膜色素変性症
91	バッド・キアリ症候群
92	特発性門脈圧亢進症
93	原発性胆汁性胆管炎
94	原発性硬化性胆管炎
95	自己免疫性肝炎
96	クローン病
97	潰瘍性大腸炎
98	好酸球性消化管疾患
99	慢性特発性偽性腸閉塞症
100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
101	腸管神経節細胞減少症
102	ルビンシュタイン・ティビ症候群
103	CFC症候群
104	コステロ症候群
105	チャージ症候群
106	クリオピリン関連周期熱症候群
107	若年性特発性関節炎
108	TNF受容体関連周期性症候群
109	非典型溶血性尿毒症症候群
110	ブラウ症候群
111	先天性ミオパチー
112	マリネスコ・シェーグレン症候群
113	筋ジストロフィー
114	非ジストロフィー性ミオトニー症候群
115	遺伝性周期性四肢麻痺
116	アトピー性脊髄炎
117	脊髄空洞症
118	脊髄髄膜瘤
119	アイザックス症候群
120	遺伝性ジストニア
121	神経フェリチン症
122	脳表ヘモジデリン沈着症
123	禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣性白質脳症
124	皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体優性脳動脈症
125	神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝性びまん性白質脳症
126	ペリー症候群
127	前頭側頭葉変性症
128	ビッカーstaff脳幹脳炎
129	癡癲重積型(二相性)急性脳症
130	先天性無痛無汗症
131	アレキサンダー病
132	先天性核上性球麻痺
133	メビウス症候群
134	中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群
135	アイカルディ症候群
136	片側巨脳症
137	限局性皮質異形成
138	神経細胞移動異常症
139	先天性大脳白質形成不全症
140	ドラベ症候群



# 参考 1 指定難病一覧 (141～282)

番号	病名
141	海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかん
142	ミオクロニー欠神てんかん
143	ミオクロニー脱力発作を伴うてんかん
144	レノックス・ガストー症候群
145	ウェスト症候群
146	大田原症候群
147	早期ミオクロニー脳症
148	遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん
149	片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群
150	環状20番染色体症候群
151	ラスムッセン脳炎
152	PCDH19関連症候群
153	難治頻回部分発作重積型急性脳炎
154	徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん性脳症
155	ランドウ・クレフナー症候群
156	レット症候群
157	スタージ・ウェーバー症候群
158	結節性硬化症
159	色素性乾皮症
160	先天性魚鱗癬
161	家族性良性慢性天疱瘡
162	類天疱瘡(後天性表皮水疱症を含む。)
163	特発性後天性全身性無汗症
164	眼皮膚白皮症
165	肥厚性皮膚骨膜炎
166	弾性線維性仮性黄色腫
167	マルファン症候群
168	エーラス・ダンロス症候群
169	メンケス病
170	オクシタル・ホーン症候群
171	ウィルソン病
172	低ホスファターゼ症
173	VATER症候群
174	那須・ハコラ病
175	ウィーバー症候群
176	コフィン・ローリー症候群
177	ジュベール症候群関連疾患
178	モワット・ウィルソン症候群
179	ウィリアムズ症候群
180	ATR-X症候群
181	クルーゾン症候群
182	アペール症候群
183	ファイファー症候群
184	アントレー・ビクスラー症候群
185	コフィン・シリス症候群
186	ロスマンド・トムソン症候群
187	歌舞伎症候群
188	多脾症候群
189	無脾症候群
190	鰓耳腎症候群
191	ウェルナー症候群
192	コケイン症候群
193	ブラダー・ウィリ症候群
194	ソトス症候群
195	ヌーナン症候群
196	ヤング・シンプソン症候群
197	1p36欠失症候群
198	4p欠失症候群
199	5p欠失症候群
200	第14番染色体父親性ダイソミー症候群
201	アンジェルマン症候群
202	スミス・マギニス症候群
203	22q11.2欠失症候群
204	エマヌエル症候群
205	脆弱X症候群関連疾患
206	脆弱X症候群
207	総動脈幹遺残症
208	修正大血管転位症
209	完全大血管転位症
210	単心室症
211	左心低形成症候群

番号	病名
212	三尖弁閉鎖症
213	心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症
214	心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症
215	ファロー四徴症
216	両大血管右室起始症
217	エプスタイン病
218	アルポート症候群
219	ギャロウェイ・モフト症候群
220	急速進行性糸球体腎炎
221	抗糸球体基底膜腎炎
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
224	紫斑病性腎炎
225	先天性腎性尿崩症
226	間質性膀胱炎(ハンナ型)
227	オスラー病
228	閉塞性細気管支炎
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
231	$\alpha$ 1-アンチトリプシン欠乏症
232	カーニー複合
233	ウォルフラム症候群
234	ペルオキシソーム病(副腎白質ジストロフィーを除く。)
235	副甲状腺機能低下症
236	偽性副甲状腺機能低下症
237	副腎皮質刺激ホルモン不応症
238	ビタミンD抵抗性くる病/骨軟化症
239	ビタミンD依存性くる病/骨軟化症
240	フェニルケトン尿症
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
244	メーブルシロップ尿症
245	プロピオン酸血症
246	メチルマロン酸血症
247	イソ吉草酸血症
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
250	グルタル酸血症2型
251	尿素サイクル異常症
252	リジン尿性蛋白不耐症
253	先天性葉酸吸収不全
254	ボルフィリン症
255	複合カルボキシラーゼ欠損症
256	筋型糖原病
257	肝型糖原病
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
259	レシチンコレステロールアシルトランスフェラーゼ欠損症
260	シトステロール血症
261	タンジール病
262	原発性高カイロミクロン血症
263	脳臓黄色腫症
264	無 $\beta$ リポタンパク血症
265	脂肪萎縮症
266	家族性地中海熱
267	高IgD症候群
268	中條・西村症候群
269	化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・アクネ症候群
270	慢性再発性多発性骨髄炎
271	強直性脊椎炎
272	進行性骨化性線維異形成症
273	肋骨異常を伴う先天性側弯症
274	骨形成不全症
275	タナトフォリック骨異形成症
276	軟骨無形成症
277	リンパ管腫症/ゴーハム病
278	巨大リンパ管奇形(頸部顔面病変)
279	巨大静脈奇形(頸部口腔咽頭びまん性病変)
280	巨大動脈奇形(頸部顔面又は四肢病変)
281	クリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群
282	先天性赤血球形成異常性貧血

参考 1 指定難病一覧 (283～338)

番号	病名
283	後天性赤芽球癆
284	ダイヤモンド・ブラックファン貧血
285	ファンコニ貧血
286	遺伝性鉄芽球性貧血
287	エプスタイン症候群
288	自己免疫性後天性凝固因子欠乏症
289	クローンカイト・カナダ症候群
290	非特異性多発性小腸潰瘍症
291	ヒルシュスプルング病(全結腸型又は小腸型)
292	総排泄腔外反症
293	総排泄腔遺残
294	先天性横隔膜ヘルニア
295	乳幼児肝巨大血管腫
296	胆道閉鎖症
297	アラジール症候群
298	遺伝性膀胱炎
299	嚢胞性線維症
300	IgG4関連疾患
301	黄斑ジストロフィー
302	レーベル遺伝性視神経症
303	アッシャー症候群
304	若年発症型両側性感音難聴
305	遅発性内リンパ水腫
306	好酸球性副鼻腔炎
307	カナバン病
308	進行性白質脳症
309	進行性ミオクローヌスてんかん
310	先天異常症候群

番号	病名
311	先天性三尖弁狭窄症
312	先天性僧帽弁狭窄症
313	先天性肺静脈狭窄症
314	左肺動脈右肺動脈起始症
315	ネイルパテラ症候群(爪膝蓋骨症候群)／LMX1B関連腎症
316	カルニチン回路異常症
317	三頭酵素欠損症
318	シトリン欠損症
319	セピアブテリン還元酵素(SR)欠損症
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
321	非ケトーシス型高グリシン血症
322	$\beta$ -ケトチオラーゼ欠損症
323	芳香族L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
324	メチルグルタコン酸尿症
325	遺伝性自己炎症疾患
326	大理石骨病
327	特発性血栓症(遺伝性血栓性素因によるものに限る。)
328	前眼部形成異常
329	無虹彩症
330	先天性気管狭窄症／先天性声門下狭窄症
331	特発性多中心性キャッスルマン病
332	膠様滴状角膜ジストロフィー
333	ハッチンソン・ギルフォード症候群
334	脳クレアチン欠乏症候群
335	ネフロン癆
336	家族性低 $\beta$ リポタンパク血症1(ホモ接合体)
337	ホモシスチン尿症
338	進行性家族性肝内胆汁うっ滞症

参考 2

受給者証に記載される公費負担者番号一覧

① 下記②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					

指定都市名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号	指定都市名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号
札幌市	5 4	0 1	7 0 1	7	名古屋市	5 4	2 3	7 0 1	1
仙台市	5 4	0 4	7 0 1	4	京都市	5 4	2 6	7 0 1	8
さいたま市	5 4	1 1	7 0 1	5	大阪市	5 4	2 7	7 0 1	7
千葉市	5 4	1 2	7 0 1	4	堺市	5 4	2 7	7 0 2	5
横浜市	5 4	1 4	7 0 1	2	神戸市	5 4	2 8	7 0 1	6
川崎市	5 4	1 4	7 0 2	0	岡山市	5 4	3 3	7 0 1	9
相模原市	5 4	1 4	7 0 3	8	広島市	5 4	3 4	7 0 1	8
新潟市	5 4	1 5	7 0 1	1	北九州市	5 4	4 0	7 0 1	0
静岡市	5 4	2 2	7 0 1	2	福岡市	5 4	4 0	7 0 2	8
浜松市	5 4	2 2	7 0 2	0	熊本市	5 4	4 3	7 0 1	7

② 被保護者であって、医療保険各法の被保険者及び被扶養者以外の者

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

指定都市名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号	指定都市名	法別 番号	都道府県 番 号	実施機関 番 号	検証 番号
札幌市	5 4	0 1	8 0 1	5	名古屋市	5 4	2 3	8 0 1	9
仙台市	5 4	0 4	8 0 1	2	京都市	5 4	2 6	8 0 1	6
さいたま市	5 4	1 1	8 0 1	3	大阪市	5 4	2 7	8 0 1	5
千葉市	5 4	1 2	8 0 1	2	堺市	5 4	2 7	8 0 2	3
横浜市	5 4	1 4	8 0 1	0	神戸市	5 4	2 8	8 0 1	4
川崎市	5 4	1 4	8 0 2	8	岡山市	5 4	3 3	8 0 1	7
相模原市	5 4	1 4	8 0 3	6	広島市	5 4	3 4	8 0 1	6
新潟市	5 4	1 5	8 0 1	9	北九州市	5 4	4 0	8 0 1	8
静岡市	5 4	2 2	8 0 1	0	福岡市	5 4	4 0	8 0 2	6
浜松市	5 4	2 2	8 0 2	8	熊本市	5 4	4 3	8 0 1	5

様式 1

第 9 号様式（第11条関係）

(表)									
特定医療費（指定難病）受給者証									
公費負担者番号		5	4	1	3	6	0	1	5
受給者番号		*	*	*	*	*	*	*	
受診者	住 所	東京都新宿区西新宿 2 - 8 - 1							
	氏 名	東 京太郎							男
	生年月日	昭和**年                      *月                      *日生							
保護者 （受診者が18歳未満の場合）		住所							
		氏名						続柄	
疾病名	①	〇〇〇〇							
	②								
	③								
保険者番号		3 2 1 3 0 2 1 *				適用区分		○	
有効期間		令和 3 年 1 0 月 1 日から令和 4 年 9 月 3 0 日							
負担上限月額		1 0 , 0 0 0 円							
指定医療機関	名称	東京都の指定した医療機関							
	所在地								
	名称								
	所在地								
	名称								
	所在地								
高額長期		重症認定		軽症者		呼吸器等		同一世帯	
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る。									
上記のとおり、認定する。									
令和3年9月20日				東 京 都 知 事				印	

（日本産業規格 A 列 5 番）

第12号様式(第14条関係)

(日本産業規格A列5番)



この申請書は、受給者証又は医療券を使わずに支払った介護給付費や自己負担上限額を超えて支払った介護給付費を請求するものです。該当する介護給付費がないときは、提出の必要はありません。詳しくは裏面をお読みください。

- 振込み時に、支給額・振込予定日を申請者宛に郵送でお知らせします。(振込みまで2～3か月程度かかります。)

・太枠の中は、必ず記入してください。

この面は受給者等が記入します。

- ・受給者が未成年の場合は、保護者が申請者になってください。
- ・受給者ごとの住所（**受給者と申請者が同じ場合は「本人」とお書きください。**）

[illegible]

診療に要した費用の額」は右記証明欄の「合計①の金額」を記入してください(証明を要しない場合は空白欄でお願いします)。

なお、「診療に要した費用の額」は助成額ではありません。助成額は「医療機関等証明欄」の証明内容等から都が算定します。

↓ 受給者と申請者が異なる場合のみ記入してください。

年 月 日

※サイズはA 3判です。

私は、下記の者を代理人と定め、東京都の医療費の請求及び受領に関する権限を委任します。

委任状		年	月	日
東京都知事 殿	(委任者／受給者本人)			
住所	氏名			電話番号
(委任者／堀込先口座名義人)				
住所	氏名			電話番号

該当するものに○をしてください。



様式 5

細目別記第3号様式

軽症かつ高額用申請書兼療養証明書						
(軽症かつ高額照会用)						
東京都知事 殿   年 月 日付で照会を受けた軽症かつ高額の認定基準については、下記のとおり回答します(下の□にチェックしてください。)  <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 申請しません。                 </td> <td style="width: 50%; padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 該当ありません。                 </td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 5px;"> <input type="checkbox"/> 下記のとおり申請いたします。                 </td> </tr> </table>  年 月 日   住所 _____   氏名 _____ 印   生年月日 _____ 年 月 日 _____			<input type="checkbox"/> 申請しません。	<input type="checkbox"/> 該当ありません。	<input type="checkbox"/> 下記のとおり申請いたします。	
<input type="checkbox"/> 申請しません。	<input type="checkbox"/> 該当ありません。					
<input type="checkbox"/> 下記のとおり申請いたします。						
-----						
難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書						
疾病名						
算定根拠期間	年 月 1日から 年 月 末日までの間※1					
診療・ 調剤・ 年月 介護給付※2	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備 考				
年 月						
年 月						
年 月						
年 月						
合 計						
※1 患者の方がお持ちの「軽症かつ高額の認定基準への照会について」の要件(算定根拠期間)を参照   ※2 難病の医療費助成制度の給付対象となる介護保険サービスのみ   上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 _____ 年 月 日						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30%; padding: 5px;">医療機関名</td> <td style="padding: 5px;">                     所在地                      施設名                      管理者名 _____                      担当者名(所属課)                      電 話 _____                 </td> <td style="width: 10%; text-align: center; vertical-align: middle;">                        印                 </td> </tr> </table>			医療機関名	所在地 施設名 管理者名 _____ 担当者名(所属課) 電 話 _____	印	
医療機関名	所在地 施設名 管理者名 _____ 担当者名(所属課) 電 話 _____	印				
医療機関の方へ：この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病に罹患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。 難病の医療費助成の支給要件である診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が33,330円を超える月が3か月以上ある方については、支給認定を行うこととしています。   難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。						

(日本産業規格A列4番)

様式 6

細目別記第 4 号様式

難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書			
氏名		生年月日	
疾病名			

算定期間	年 月 日から 年 月 日までの間	
診療・ 調剤・ 年月 介護給付※	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備 考
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
年 月		
合 計		

※難病の医療費助成制度の給付対象となる介護保険サービスのみ。

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 年 月 日

所在地

施設名

医療機関名 管理者名 _____

担当者名 (所属課)

電 話

**医療機関の方へ：**この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病に罹患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。

①難病の医療費助成の支給要件である診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が33,330円を超える月が3か月以上ある方は、支給認定を行います。

②既に認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が5万円を超える月が6か月以上ある方で、現在一般所得Ⅰ以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。

**難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。**

(日本産業規格 A 列 4 番)

指定難病に係る医療費の照会について

(住所)

年 月 日

付

け

で

申

請

さ

れ

た

医

療

費

の

助

成

に

つ

い

て

は

、

支

給

認

定

を

受

け

る

た

め

に

必

要

な

当

該

疾

病

の

重

症

度

分

類

（

基

準

）

を

満

た

し

て

お

り

ま

せ

ん

。

た

だ

し

、

下

記

の

要

件

を

満

た

す

場

合

は

、

医

療

費

助

成

の

対

象

者

と

し

て

認

定

の

可

能

性

が

あ

り

ま

す

。

下

記

の

期

限

ま

で

に

必

要

な

書

類

を

提

出

し

て

く

だ

さ

い

。

(氏名)

様

な

お

、

要

件

を

満

た

さ

な

い

場

合

に

は

、

下

記

3

の

必

要

書

類

の

う

ち

、

太

線

内

の

み

を

御

自

身

で

記

入

の

上

御

提

出

く

だ

さ

い

。

医

療

機

関

に

作

成

い

た

だ

く

必

要

は

あ

り

ま

せ

ん

。

記

- 1

対象者及び疾病名

氏 名

〇〇 〇〇 様

疾病名

〇〇〇〇〇〇
- 2

要件（算定根拠期間）

申請した疾病の一月の医療費等総額（10割）※が、33,330円を

超えた月が

年 月 日から

年 月 日まで

に3か月以上あ

る。

※医療費等総額とは、申請した疾病に要した医療費又は難病医療費助成対象

の介護サービス利用料の総額を言い、自己負担分ではなく、医療保険

又は介護保険の負担部分も含みます。
- 3

必要書類

「軽症かつ高額用申請書兼療養証明書」（同封の紙）

〇2の要件を満たす場合のみ医療機関に作成を依頼してください。

〇医療機関に作成依頼する場合は、この通知も提示してください。

〇本証明の作成費用は、医療費助成の対象とはなりません。
- 4

提出期限

年 月 日
- 5

提出方法

次の担当まで御郵送ください。

〒163-8001 東京都新宿区西新宿2-8-1

東京都庁第一本庁舎

東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課難病認定担当

先の申請について、右のとおり照会いたします。  
御不明な点は下記の間合せ先にお問い合わせします。

年 月 日

【問合せ先】  
東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課難病認定担当  
電話03（5320）4472（直通）  
電話03（5321）1111内32-933

登録番号（３）２３２号

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）

（令和３年１２月発行）

編集・発行 東京都福祉保健局保健政策部疾病対策課

郵便番号 163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目８番１号

電話番号 03（5320）4471（直通）

