

健疾発 1222 第 1 号
平成 26 年 12 月 22 日

各 都道府県衛生主管部（局）長 殿

厚生労働省健康局疾病対策課長
（公 印 省 略）

特定医療費の支給認定の実務上の取扱いについて

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「法」という。）第 5 条第 1 項に規定する特定医療費の支給については平成 26 年 12 月 3 日健発 1203 第 1 号厚生労働省健康局長通知「特定医療費の支給認定について」（以下「要綱」という。）により示されているところであるが、支給認定の手續に係る実務上の取扱いについて別紙のとおり作成したので、貴職におかれては、これを参考としつつ遺漏なきよう努めるとともに、関係者及び関係団体に対する周知方につき配慮願いたい。

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

別紙

特定医療費の支給認定の実務上の取扱い

1. 所得区分の把握について

(1) 市町村民税額の確認方法

市町村民税（所得割）の額は、市町村が発行する課税証明書又は非課税証明書等をもって確認すること。市町村民税（所得割）の額を把握することができない場合は、所得区分は要綱第3の1（1）に規定する「⑥上位所得」とすること。

(2) 市町村民税（所得割）の額の合算方法

- ① 受診者（特定医療（支給認定を受けた指定難病の患者に対し、指定医療機関が行う医療であって、指定難病及び当該指定難病に付随して発生する傷病に関する医療をいう。以下同じ。）の提供を受ける指定難病の患者をいう。以下同じ。）が被用者保険（健康保険法、船員保険法、国家公務員共済組合法、地方公務員等共済組合法、私立学校教職員共済法の規定による医療保険）の被保険者若しくは組合員（以下「被保険者等」という。）である場合又は生活保護法（昭和25年法律第144号）第6条第1項に規定する被保護者である場合は、当該受診者の市町村民税（所得割）の額をもって所得区分を把握すること。
- ② 受診者の加入する医療保険が国民健康保険又は後期高齢者医療である場合は、受診者の市町村民税（所得割）の額及び支給認定基準世帯員（難病の患者に対する医療等に関する法律施行令（平成26年政令第385号。以下「令」という。）第1条第1項第2号に規定する支給認定基準世帯員をいう。以下同じ。）の市町村民税（所得割）の額を合算した額をもって所得区分を把握すること
- ③ 受診者の保護者（児童福祉法（昭和22年法律第164号）第6条に規定する保護者をいう。）が加入する医療保険が後期高齢者医療であり、かつ、18歳未満の受診者が加入する医療保険が国民健康保険の場合は、受診者の市町村民税（所得割）の額及び支給認定基準世帯員の市町村民税（所得割）の額を合算した額をもって所得区分を把握すること。
- ④ 受診者が①から③までに掲げるものに該当しない場合は、支給認定基準世帯員の市町村民税（所得割）の額をもって所得区分を把握すること。

2. 特定医療費の申請について

(1) 特定医療費の申請に係る留意事項

複数の指定難病にかかっている患者については、支給認定を受けようとする当該指定難病につき、それぞれ指定医が作成した診断書（以下「臨床調査個人票」という。）を提出させること。

また、支給認定を受けようとする患者が、指定難病に起因する腎臓機能障害に対する人工透析療法を受けることが臨床調査個人票等により確認できた場合については、申請時に特定疾病療養受療証の有無を確認するよう努めること。

（２）高額難病治療継続者の申請

受給者（特定医療費の支給を受ける指定難病の患者等をいう。以下同じ。）が、令第１条第１項口に規定する高額難病治療継続者の認定を受けようとする場合は、支給認定の申請書（変更又は更新の場合を含む。）に受診者が高額難病治療継続者の基準に該当する旨を記入し、申請を行う日が属する月以前の１２月以内に医療費総額が５万円を超える月数が６月以上あることを申告する書類（以下「基準該当申告書」という。）を添えて都道府県に申請するものとする。

（i）医療費の総額（以下単に「医療費」という。）は特定医療に要した費用とすること。ただし、支給認定を受けていない期間の医療費については勘案しない。

（ii）基準該当申告書は、原則として医療受給者証（法第７条第４項に規定する医療受給者証をいう。以下同じ。）と併せて交付される自己負担上限額管理票とすること。受給者の所得区分が要綱第３の１（１）に規定する「④一般所得Ⅰ」「⑤一般所得Ⅱ」「⑥上位所得」「⑤'一般所得（高額継続）Ⅱ」「⑥'上位所得（高額継続）」である受給者については、自己負担上限額が１万円以上であり、医療費が５万円を超える場合は当然に自己負担上限額管理票に記載されることになるため、その医療費の額を確認すること。ただし、受給者の所得区分が同「④'一般所得（高額継続）Ⅰ」であり、当該管理票に医療費総額が５万円に達するまでの記載がない場合は、指定医療機関が発行する領収書等又は受給者本人が記載する医療費申告書（別紙様式）を用いることもできるものとする。

（iii）支給認定の有効期間中に高額難病治療継続者の基準に該当した場合は、支給認定の変更の申請書に医療受給者証及び基準該当申告書を添えて都道府県に申請するものとする。

（iv）都道府県が行う高額難病治療継続者の自己負担上限月額に係る認定の効力は、当該受給者の支給認定の有効期間内に限るものとする。したがって、引き続き高額難病治療継続者の認定を受けようとする者は、医療受給者証の更新にあわせて高額難病治療継続者の認定に係る申請を行わなければならないこと。

(3) 重症認定患者の申請

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（昭和48年4月17日衛発第242号厚生省公衆衛生局長通知「特定疾患治療研究事業について」における特定疾患治療研究事業をいう。以下同じ。）による医療に関する給付が行われるべき療養を受けていた者であって、法の施行の日から継続して受診者である者をいう。以下同じ。）であって重症認定患者（受診者が難病療養継続者であって、かつ、特定疾患治療研究事業における重症患者に該当する者をいう。以下同じ。）の認定を受けようとする受給者は、医師が作成した重症であることを証明する診断書（要綱別紙第6号）を添えて都道府県知事に申請するものとする。

都道府県知事が行う重症認定患者の負担上限月額に係る認定の効力は、当該受給者の医療受給者証の有効期間内に限るものとする。したがって、平成29年12月31日までの間に引き続き重症認定患者の認定を受けようとする者は、医療受給者証の更新にあわせ重症認定患者の認定の申請を行わなければならないこと。

(4) 負担上限月額の按分が必要な患者の申請

要綱第3の1(6)に規定する負担上限月額の按分に当たっては、以下のとおりとする。

- ① 支給認定を受けようとする指定難病の患者が、当該指定難病以外の疾病に関して児童福祉法第19条の3第3項に規定する医療費支給認定に係る同法第6条の2第2項に規定する小児慢性特定疾病児童等（以下「医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等」という。）である場合は、当該医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等の医療受給者証の写しを添付して都道府県に支給認定の申請を行うこと。
- ② 受診者が支給認定の有効期間において小児慢性特定疾病にり患した場合は、受給者は、当該小児慢性特定疾病に係る支給認定の申請にあわせて、都道府県に負担上限月額の変更に係る申請を行うこと。
- ③ 令第1条第2項に規定する医療費算定対象世帯員（支給認定を受けようとする指定難病の患者と同一の医療保険に加入する当該患者以外の者をいう。以下同じ。）のうちに、当該患者以外の支給認定を受けた指定難病の患者又は医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等があるときは、その者の医療受給者証の写しを添付して支給認定の申請を行うこと。
- ④ 支給認定の有効期間において、医療費算定対象世帯員が指定難病又は小児慢性特定疾病にり患した場合は、当該指定難病又は小児慢性特定疾病に係る支給認定の申請にあわせて、受給者は、都道府県に受給者が受けた支給認定に係る負担上限月額の変更に係る申請を行うこと。

- ⑤ 法附則第3条第12項の規定に基づき、法施行前に特定医療費の支給認定の手続を行う場合（負担上限月額が按分が必要となる場合に限る。）は、①又は③の申請に当たっては、医療費算定対象世帯員の特定医療費の支給認定の申請書又は平成17年2月21日雇児発第0221001号厚生労働省雇用均等・児童家庭局長通知「新たな小児慢性特定疾患対策の確立について」に規定する小児慢性特定疾患医療受診券の写し若しくは小児慢性特定疾病医療費の支給認定の申請書の写しを添付して支給認定の申請を行って差し支えないこと。

3. 受診者の医療保険における所得区分の把握について

都道府県は、支給認定の申請がなされたときは、受診者に適用される医療保険における所得区分を把握するため、受診者が加入する保険者に対して、同意書、医療保険における所得区分の認定を行うために必要な書類等を添えて照会を行い、当該受診者に適用される医療保険における所得区分について受給者証の適用区分欄等に記載を行うものとする。

なお、前年度の市町村民税課税情報に基づく医療保険における所得区分認定の有効期限が7月末までとされていることから、被用者保険及び国保組合の加入者については、更新申請等を7月早期に行うこととし、都道府県は、7月下旬までに医療保険における所得区分の認定に必要な書類を添えて保険者に到達するように送付し、照会等を行うこととされたい。

医療保険における所得区分の照会等に係る事務の詳細については、別途通知する。

4. 支給認定について

(1) 高額難病治療継続者の認定

① 都道府県は、高額難病治療継続者の認定をする際には、支給認定の申請を行った日が属する月以前の12月以内に医療費総額が5万円を超える月数が既に6月以上あることを基準該当申告書により適切に判定するものとする。なお、基準該当申告書のうちに医療費申告書があるときは、必要に応じて指定難病審査会に意見を求めるものとする。

② 高額難病治療継続者の認定を行ったときは、医療受給者証にその旨を記載して交付すること。なお、支給認定の有効期間内において支給認定の変更の申請を受け、高額難病治療継続者の認定を行った場合の当該認定の効力は、申請を行った日が属する月の翌月から生じるものとし、負担上限月額の変更に係る事務については6(2)に定めるところにより行うこと。

- ③ 高額難病治療継続者の認定をしないこととした場合には、具体的な理由を付してその結果を申請者に通知すること。

(2) 重症認定患者の認定

都道府県知事は、重症認定患者の認定をする際には、要綱別紙第6号別添1「重症認定患者認定基準表」における対象部位別の症状が審査時点において存在し、かつ、長期間（概ね6か月以上）継続するものと認められるか否かを基準とするものとする。審査に際しては、必要に応じて受診者と面接等を行い、申請時に提出された資料を基に指定難病審査会に意見を求める等、受診者の病状を総合的に勘案のうえ判定すること。

(3) 按分を行う場合の負担上限月額の決定

- ① 2(4)①又は③の支給認定の申請があったときは、都道府県は、申請者の所得区分に応じた負担上限月額（以下「按分前負担上限月額」という。）に、令第1条第2項に規定する医療費按分率（この場合においては、当該負担上限月額と、申請書に添付された医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療支援に係る医療受給者証の写しに記載された負担上限月額を合算した額で、これらの額のうちいずれか高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額（10円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額とする。以下同じ。）を按分後の負担上限月額（以下「按分後負担上限月額」という。）とすること。また、当該申請者について支給認定を行った旨、所得区分及び按分後負担上限月額を小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局に速やかに連絡すること。

また、支給認定をしないこととしたときについても、その旨を小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局に速やかに連絡すること。

- ② 2(4)②又は④の支給認定の変更の申請があり、小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局より支給認定を行った旨、当該支給認定を受けた者の所得区分及び按分後の小児慢性特定疾病医療支援に係る負担上限月額の連絡を受けたときは、都道府県は、当該受診者に係る按分前負担上限月額に医療費按分率（この場合においては、按分前負担上限月額と所得区分に応じた医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等に係る負担上限月額を合算した額で、これらの額のうちいずれか高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額を按分後負担上限月額とし、医療受給者証の変更を行った上で交付すること。また、按分後負担上限月額は当該変更の申請があった日が属する月の翌月から適用することとし、その旨を明らかにした書面をあわせて送付すること。
- ③ 按分後負担上限月額を適用した受診者について、支給認定の有効期間内において、当該受診者に係る小児慢性特定疾病医療費の支給認定の更新が行われなかった旨等の連絡があったときは、当該連絡のあった日の属する月の翌月から

按分前負担上限月額を適用することとし、その旨を明らかにした書面を受給者に送付すること。

また、按分後負担上限月額を適用した受診者の支給認定の有効期間内において、当該受診者に係る医療費算定対象世帯員の特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の支給認定の更新が行われなかった旨等の連絡があったときは、当該連絡のあった日の属する月の翌月から按分前負担上限月額を適用することとし、その旨を明らかにした書面を受給者に送付すること。

- ④ 法施行前において2(4)⑤の支給認定の申請があったときは、都道府県は、当該申請者について支給認定を行った旨、所得区分及び按分前負担上限月額を小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局に速やかに連絡すること。この場合において、小児慢性特定疾病医療支援の実施機関の担当部局より、按分の対象となる小児慢性特定疾病児童等に係る支給認定を行った旨等の連絡を受けたときは、医療受給者証に按分後負担上限月額を記載して交付すること。

(4) 境界層措置が適用される要保護者に係る医療費負担の軽減措置及び減免措置適用の優先順位

特定医療費の支給については、本来適用されるべき所得区分を適用すれば生活保護を必要とするが、より負担の低い所得区分を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者については、当該より負担の低い所得区分を適用することとしている(当該措置を以下「境界層措置」という。)

境界層措置が適用される要保護者(生活保護法第6条第2項に規定する要保護者をいう。)に係る医療費負担の軽減措置を適用する優先順位については、まず特定医療費の軽減措置、次に食費負担の減免措置又は生活費負担の減免措置の順に講ずるものとする。

5. 医療受給者証について

- (1) 医療受給者証及び負担上限月額管理票は、患者一人につき一枚を交付すること。

- (2) 受診者が複数の指定難病にかかっている場合の医療受給者証への記載及び受給者番号の決定は、以下の方法で行うこと。

- ① 都道府県は、支給認定に当たっては、
- i) 当該疾病により難病療養継続者、重症認定患者又は人工呼吸器等装着者に該当する等、負担上限月額がより低額となる疾病
 - ii) 発症時期がより早い疾病
- の順に考慮し、第一順位となる疾病を決定すること。医療受給者証には当該第

一順位となる疾病名を最初に記載することとし、複数の指定難病の名称を全て記載すること。

また、医療受給者証に記載する疾病番号は、当該第一順位となる疾病の番号とし、原則として一度定めた番号は変更を行わないものとする。

- ② 受診者が複数の疾病にかかっている場合の負担上限月額は、個別の疾病ごとに難病療養継続者への該当等を判断し、最も低額となる額とすること。

(3) 指定医療機関の記載方法

医療受給者証には、原則として、申請の際に申請者から利用の希望のあった個別の指定医療機関名を記載すること。なお、当該医療機関名については複数記載して差し支えない。

また、医療受給者証の余白、裏面等に「緊急その他やむを得ない場合には、本医療受給者証に名称が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」と記載すること。なお、「緊急その他やむを得ない場合」とは、旅行中等に受給者証に記載された指定医療機関以外の指定医療機関を受診した場合等が想定される。

なお、法の施行に当たっては、医療受給者証の交付が円滑に行われるよう、暫定的な措置として、平成27年6月30日までに特定医療費の支給認定に係る申請を行った者については、医療受給者証に「難病法に基づき指定された指定医療機関」と記載すること等の柔軟な対応を行っても差し支えない。

(4) 特定疾病療養に該当する場合について

受診者が支給認定を受けた指定難病に起因する腎臓機能障害に対する人工透析療法を受ける場合については、特定疾病療養受療証を所持していることを確認し、受診する際にこれを提示することを促すこと。

6. 支給認定の変更について

- (1) 支給認定を受けた指定難病の患者が、支給認定の有効期間において他の指定難病を発症した場合は、難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成26年厚生労働省令第121号）第33条の規定に基づき支給認定の変更の申請を行うこと。当該他の指定難病については初回の支給認定の申請となるため、変更の申請に当たっては、難病指定医が作成した臨床調査個人票を提出しなければならないものであること。

また、受診者が他の指定難病を発症したことにより疾病名を追加する等の疾病名の変更の認定が行われた場合であっても、疾病番号は変更しないこととする。

- (2) 受給者の負担上限月額に変更がある場合には、変更申請が行われた日が属する月の翌月から変更認定後の負担上限月額を適用し、当該額を記載した医療受給者証及び自己負担上限額管理票を受給者に交付すること。なお、変更認定後の負担上限月額の効力は、当該受給者の医療受給者証の有効期間内に限るものとする。
- (3) 支給認定の変更に当たっては、変更申請書に医療受給者証を添えて都道府県に申請するものとする。なお、都道府県が認定に時間を要する場合は、医療受給者証に代わる書面を受給者に交付するなど、円滑な手続が行われるよう配慮することが望ましい。

7. 受給者が転居した場合の取扱いについて

受給者が他の都道府県に転居した場合の取扱いは、以下のとおりとすること。

- ① 受給者は、他の都道府県に転居したとき又は転居することが見込まれるときは、速やかに転出元の都道府県に医療受給者証を添えて変更の届出を行うとともに、転入先の都道府県に、新規の支給認定の申請を行うこと。
- ② 転出元の都道府県は、当該受給者に対し、規則第34条の規定に基づき支給認定の取消しを行った旨を書面で通知すること。支給認定の取消しに当たっては、転出元の都道府県は、転出先の都道府県に対して、当該受給者が転入先の都道府県に支給認定の申請を行った日を確認の上、当該申請日の前日付で取消しに係る通知を行うなど、申請者の医療受給者証の有効期間に空白が生ずることのないよう留意すること。
- ③ 転入先の都道府県は、転出元都道府県が行った支給認定の有効期間内に転居に伴う支給認定の申請である旨の申告があったときは、当該申請者に対し転出元の都道府県から交付されていた医療受給者証の写し又は当該申請者の同意に基づき転出元の都道府県に照会を行い得られた情報をもとに、医学的審査を行うことなく、申請日から転入先の都道府県が定める日（転出元の都道府県（医学的審査を行った都道府県に限る。）が行った支給認定の初日から起算して1年（特別の事情があると認められるときは1年3か月）を超えない範囲とする。）までを有効期間とする新たな医療受給者証及び自己負担上限額管理票を交付しても差し支えないこと。
- ④ なお、申請者の医療機関における窓口負担については、転居により月の途中に新たに転入先の都道府県から支給認定を受け、転出元都道府県による支給認定が取り消された場合であっても、当該月において申請者が転居前に負担した額を含め、転入先都道府県が新たに認定した負担上限月額を超えない範囲で負

担させるものとする。

8. 支給認定の有効期間満了後も継続して支給認定を行う場合の受給者証交付時期について

支給認定の有効期間は原則として1年間以内であり、これを超えて特定医療費の支給を受けようとする受給者は改めて都道府県に支給認定の更新の申請を行わなければならないものとする。

支給認定の更新に係る医療受給者証の交付に際しては、支給認定の有効期間満了前に更新後の医療受給者証の交付準備等を進めておくなどして、対象患者の医療受給者証の有効期間に空白が生じることがないように留意すること。