

# 指定難病の医療費助成の有効期間を

## 自動で1年延長します

新型コロナウイルス感染症の影響を踏まえ、指定難病の医療費助成の有効期間を自動で1年延長します。

この延長措置により、令和2年度の更新申請の手続は不要です。

< お問合せ電話窓口のご案内 >

長崎県指定難病専用窓口

 0 9 5 6 - 5 5 - 0 1 4 4

お問合せ専用窓口を設置していますので、ご利用ください。

受付時間は、平日の9時から17時45分です。

### 1. 延長後の有効期間満了日

令和3年9月30日

令和3年度の更新申請については、令和3年6月ごろにお知らせする予定です。

## 2 . 医療受給者証

長崎県では、現在お持ちの受給者証を引続き使用し、有効期間を延長した受給者証の再発行は行いません。

現在の受給者証に記載している有効期間満了日「令和 2 年 9 月 3 0 日」を「令和 3 年 9 月 3 0 日」に読み替えて、そのままご使用ください。

## 3 . 臨床調査個人票（診断書）

更新申請の手続が不要のため、臨床調査個人票（診断書）の取得も不要です。

## 4 . 自己負担上限額管理票

新しい自己負担上限額管理票を同封しています。

現在ご使用中の自己負担上限額管理票の記載するページがいっぱいになりましたら、新しい自己負担上限額管理票をご使用ください。

表紙の『受給者番号』と『受給者氏名』をご自身でご記入の上、医療機関をご利用の都度、必ず、医療受給者証と一緒にご提示ください。

自己負担上限額に達した後も、引続き、医療費総額を医療機関で記入してもらってください。

『高額かつ長期』や来年度の更新申請で『軽症高額』に該当する場合、自己負担上限額管理票のコピーが必要となりますので、ご自身で大切に保管してください。

## 5 . 手続が必要なとき

令和 2 年度の更新申請は不要ですが、次の(1)～(6)のときには、手続が必要です。

申請書等の用紙を同封していますので、手続の際はご利用ください。

届出及び申請に必要な添付書類は、それぞれの用紙の裏面をご参照ください。

なお、感染防止の観点から、原則、郵送での手続をお願いします。

平成 3 0 年から令和元年にかけて所得が大きく減少した場合は、自己負担上限額  
が下がる可能性がありますので、ご注意ください。

- (1) 氏名・住所が変わったとき：【特定医療費（指定難病）変更届】
- (2) 加入している健康保険が変わったとき：【特定医療費（指定難病）変更届】
- (3) 指定医療機関を追加・削除するとき：【特定医療費（指定難病）支給認定申請書（併院）】  
できるだけ事前申請していただくようお願いしますが、緊急その他やむを得ない場合には、医療受給者証に記載のない指定医療機関での診療等も公費の助成対象となります。
- (4) 医療受給者証を破損・紛失したとき：【特定医療費（指定難病）支給認定申請書（再交付）】
- (5) 新たに別の難病にかかったとき：【特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）】
- (6) 自己負担額が変わるとき：【特定医療費（指定難病）支給認定申請書（変更）】

平成 3 0 年から令和元年にかけて所得が大きく変動したとき（特に減少した場合）

人工呼吸器・体外式補助人工心臓を装着したとき（認定には決まった要件があります）

生活保護の受給を開始したとき（保護廃止となったときも手続が必要です）

受給者と同じ医療保険に加入している方が、指定難病・小児慢性特定疾病の受給者証の交付を受けたとき（どちらかが医療保険が変わったり受給しなくなったときも手続が必要です）

寡婦（夫）控除のみなし適用の対象となったとき（より負担の少ない階層区分に決定されることがあります）

「高額かつ長期」の要件ア～ウをすべて満たしたとき

ア) 階層区分が一般所得 ・一般所得 ・上位所得の方で

イ) 手続をする日が属する月以前の 1 2 ヶ月のうちに

ウ) 指定難病の医療費総額 ( 10 割 ) が 5 万円を超える月が 6 月以上ある

一般から高額かつ長期の自己負担上限額に変わります

| 階層区分 | 自己負担上限額 ( 月額 ) |          |
|------|----------------|----------|
|      | 一般             | 高額かつ長期   |
| 一般所得 | 10,000 円       | 5,000 円  |
| 一般所得 | 20,000 円       | 10,000 円 |
| 上位所得 | 30,000 円       | 20,000 円 |

手続のための様式や必要書類のご案内は、県庁ホームページにも掲載しています。

長崎県庁ホームページ > 電子申請 ( 申請書ダウンロードサービス )

<http://www.pref.nagasaki.jp/download/ApplicationSearch.php>

キーワード検索で『指定難病』を入力して検索すると関係様式が一覧表示されます。

## **6 . 特定医療費 ( 指定難病 ) の概要**

### (1) 難病法

平成 2 6 年 5 月に『難病の患者に対する医療等に関する法律』が成立し、平成 2 7 年 1 月 1 日から施行されました。

### (2) 難病法の目的

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 ) の患者に対する医療その他難病に関する施策に関し必要な事項を定めることにより、難病の患者に対する良質かつ適切な医療の確保及び難病の患者の療養生活の質の維持向上を図り、もって国民保健の向上を図ることです。

### (3) 指定難病にかかる医療費助成

難病のうち国が定めた基準に該当する 3 3 3 疾患を指定難病といいます。指定難病であっても、症状や状態が国の定める基準を満たしていないときには、医療費助成の認定を受けられません。

#### (4) 医療費助成の制度

##### 自己負担限度額

患者負担割合：2割（後期高齢者医療の場合は原則1割）

受診した複数の医療機関等の自己負担をすべて合算して上限月額に達するまで  
医療費助成の対象となるもの

公費での助成対象は、医療受給者証の「病名」に記載している疾病及びその疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。

##### 医療費助成の対象とならないもの（例示）

- 医療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
- 医療保険が適用されない医療費（保険診療外の治療・調剤、差額ベッド代、個室料など）
- 入院時の標準的な食事療養及び生活療養に係る負担
- 介護保険での訪問介護（ホームヘルパー）の費用など
- 医療機関・施設までの交通費、移送費
- 補装具の作成費用
- はり・きゅう・あんま・マッサージの費用
- 認定申請時に提出する診断書の作成費用

## 7. 高額療養費制度をご利用ください

健康保険には、年齢や所得に応じて設けられる上限額を超えた金額を保険者が支給する高額療養費の制度があります。

特定医療費（指定難病）は、健康保険での給付を優先する制度であるため、受給者の方の医療費が高額療養費に該当する場合には、まず、高額療養費制度をご利用いただく必要があります。

**社会保険及び国保組合にご加入の方で、被保険者が住民税非課税の場合、ご加入の健康保険の保険者から「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（ ）、受診の都度、医療受給者証及び自己負担上限額管理票とともに、医療機関の窓口で提示してください。（ 手続方法は、ご加入の健康保険の保険者へお問合せください。）**

## 8 . 申請受付窓口

**手続は、原則、郵送で行い感染予防にご理解とご協力をお願いします。**

| お住まいの市町               | 申請受付窓口       | 所在地・電話番号   |
|-----------------------|--------------|--|
| 長崎市、佐世保市              | 県の国保・健康増進課   | 〒850-8570<br>長崎市尾上町3番1号<br>095-895-2496          |
| 西海市、長与町、時津町           | 西彼保健所 地域保健課  | 〒852-8061<br>長崎市滑石1丁目9-5<br>095-856-5059         |
| 諫早市、大村市、東彼杵町、川棚町、波佐見町 | 県央保健所 地域保健課  | 〒854-0081<br>諫早市栄田町26-49<br>0957-26-3306         |
| 島原市、雲仙市、南島原市          | 県南保健所 地域保健課  | 〒855-0043<br>島原市新田町347-9<br>0957-62-3289         |
| 平戸市、松浦市、佐々町           | 県北保健所 地域保健課  | 〒859-4807<br>平戸市田平町里免1126-1<br>0950-57-3933      |
| 五島市                   | 五島保健所 企画保健課  | 〒853-0007<br>五島市福江町7-2<br>0959-72-3125           |
| 小値賀町、新上五島町            | 上五島保健所 企画保健課 | 〒857-4211<br>南松浦郡新上五島町有川郷2254-17<br>0959-42-1121 |
| 壱岐市                   | 壱岐保健所 企画保健課  | 〒811-5133<br>壱岐市郷ノ浦町本村触620-5<br>0920-47-0260     |
| 対馬市                   | 対馬保健所 企画保健課  | 〒817-0011<br>対馬市厳原町宮谷224<br>0920-52-0166         |



## 届出に必要な添付書類について

## 【保険証の変更の場合】

| 変更する(した)健康保険証 |            | 必要な書類  |
|---------------|------------|--|
| 国民健康保険        | 佐世保市国民健康保険 | 新しい保険証のコピー(本人分)<br>同意書   |
|               | 佐世保市以外の国保  | 新しい保険証のコピー(本人分)  |
| 後期高齢者医療保険     |            | 新しい保険証のコピー(本人分)  |
| 被用者保険         |            | 新しい保険証のコピー(被保険者・本人分)<br>被保険者の<br>『市町村民税 所得課税証明書』(市役所で発行)<br>住民税課税の場合は、市町村民税特別徴収税額の<br>決定通知書(勤務先で配布)は代用できますが、住<br>民税非課税の場合は代用できません。 |
| 国民健康保険組合      |            | <u>加入されている方全員分</u> の保険証のコピー<br>同意書<br>同じ国保組合に加入している方全員(高校生以下<br>は不要)の<br>『市町村民税 所得課税証明書』(市役所で発行)                                   |

## 【住所・氏名の変更の場合】

世帯全員分の住民票のみ

## 有効期間の始期について

氏名、住所、健康保険証の変更の場合は、原則として県が変更届を受理した日からとなります。(郵送の場合は消印日)

## 新しい受給者証の発行について

健康保険証の変更の場合、種々の確認に時間を要するため、受給者証の発行に1ヶ月以上の期間を要します。あらかじめご了承ください。その間の受診に際しては、「現在、県にて申請手続き中です。」と医療機関の窓口へ申し出て下さい。

新しい受給者証がお手元に届くまでの間に医療機関等を受診された場合の支払いについては、それぞれの医療機関等にお尋ねください。その間の支払いについて過払いが生じた場合は、県に対して請求することができます。



## 同意書

特定医療費（指定難病）に係る医療の給付を受けるにあたり必要があるときは、私の医療保険上の所得区分に関する情報につき、長崎県が私の加入する医療保険者に報告を求め、また医療保険者が長崎県へ回答をすることに同意します。

令和 年 月 日

長崎県知事 様

保険者の長 様

住 所

氏 名

（受給者氏名）

印

（自署の場合は押印不要）

法定代理人（受給者本人が上記に自署した場合は記載不要）

住 所

氏 名

（本人との続柄： ）

印

（自署の場合は押印不要）



# 特定医療費（指定難病）支給認定申請書（併院）

|   |                        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
|---|------------------------|--|--|--|--|--|-------|--|--|--|-----|-------------------|-----|--|
| 受給者   | フリガナ                   |  |  |  |  |  | 受給者番号 |  |  |  |     | 性別                | 男・女 |  |
|   | 氏名                     |  |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
|   | マイナンバー                 |  |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
|   | 生年月日                   | 大正・昭和・平成・令和      年      月      日   |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
|   | 連絡先                    | 自宅                      -                      -                      携帯                      -                      - |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
|   | 住所                     | 〒                      -   |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
| 保護者（受給者が18歳未満の場合のみ記入）                             |                        | 氏名   |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
|   |                        | 住所   |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
| 追加<br><br>(併院)<br><br>医療<br><br>機関                | 病院・診療所                 | 名称   |  |  |  |  |       |  |  |  |     | 受診(予定)日           |     |  |
|   |                        | 所在地  |  |  |  |  |       |  |  |  |     | 令和    年    月    日 |     |  |
|   | 薬局                     | 名称   |  |  |  |  |       |  |  |  |     | 受診(予定)日           |     |  |
|   |                        | 所在地  |  |  |  |  |       |  |  |  |     | 令和    年    月    日 |     |  |
|   | 訪問看護ステーション             | 名称   |  |  |  |  |       |  |  |  |     | 受診(予定)日           |     |  |
|   |                        | 所在地  |  |  |  |  |       |  |  |  |     | 令和    年    月    日 |     |  |
|   | 削除<br><br>医療<br><br>機関 | 受給者証に記載されている医療機関で現在、通院していない医療機関を記載ください。  |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
|   |                        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
|   |                        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
|   |                        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
| 上記のとおり特定医療費（指定難病）受給者証の交付を申請します。                   |                        |  |  |  |  |  |       |  |  |  | 受付印 |                   |     |  |
| 申請者名 _____ 印（受給者の _____）                          |                        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |
| 令和    年    月    日                      長崎県知事    様 |                        |  |  |  |  |  |       |  |  |  |     |                   |     |  |

1. 医療機関の追加は、事前に申請してください。
2. 緊急その他やむを得ない場合は、受給者証に記載以外の指定医療機関での診療等も公費での助成対象となります。
3. 追加する医療機関での受診日より後に申請する場合は、余白部分にその理由をご記入ください。





## 申請に必要な添付書類について

## 自己負担限度額の変更申請における添付書類一覧

| 変更理由   | 添付書類   |
|--|--|
| 疾病の追加  | 追加する疾病に係る臨床調査個人票   |
| 生活保護   | 生活保護受給者であることを証明するもの<br><ul style="list-style-type: none"> <li>生活保護開始の場合は、生活保護受給証明書など</li> <li>生活保護廃止の場合は、生活保護廃止を証明するもの、世帯全員の住民票、新しい保険証（同一医療保険加入者を含む）の写し、所得課税証明書(同一医療保険加入者を含む)、同意書</li> </ul>   |
| 人工呼吸器等装着   | 指定医による人工呼吸器欄に記載のある臨床調査個人票  |
| 高額かつ長期<br>(高額難病治療継続者)                                  | 同一の月に受けた特定医療(支給認定を受けた月以降のものに限る。)の医療費総額が5万円を超えた月数が申請を行う月以前の12月以内に既に6月以上あることを証明するもの。(下記のいずれかを6月分以上)<br><ul style="list-style-type: none"> <li>自己負担上限額管理票の写し</li> <li>(自己負担上限額管理票の代わりになるものとして)医療費申告書に医療費が確認できる書類(領収書や明細書等)を添えたもの</li> </ul> |
| 階層区分の変更  | 国民健康保険・国保組合・後期高齢者医療の場合<br>世帯全員の住民票、保険証（同一医療保険加入者を含む）の写し、所得課税証明書(同一医療保険加入者を含む)<br>被用者保険（社会保険）の場合<br>保険証（被保険者と受給者本人）の写し、被保険者の所得課税証明書（受給者と被保険者が異なる場合で、被保険者が非課税の場合は、被保険者及び受給者本人2人分の所得課税証明書が必要）<br>非課税収入がある場合は、その収入が確認できる書類                   |
| 同じ世帯内の同一医療保険の方で指定難病・小児慢性特定疾病の医療費助成受給者が受給資格を取得または喪失した場合 | 医療費助成の受給者証の写し  |

疾病の追加の場合、追加する疾病に係る臨床調査個人票は指定医により作成される必要があります(協力難病指定医は不可)。

人工呼吸器等装着者の申請にかかる臨床調査個人票は協力難病指定医により作成されたものでも申請可能です。

保険証、住所、氏名の変更の場合は、特定医療費(指定難病)変更届で届け出てください。

