

大阪府保険医協会FAX情報 12月臨時号

2014年12月24日 FAX通信（2枚）

発行 大阪府保険医協会・医療活動部

電話 06 (6568) 7721 FAX 06 (6568) 2389

特定疾患(51)対象患者は、年内に手続きすれば 3年間自己負担金経過措置あり

(51)の受給者証の有効期限は12月31日までです。1月からは(54)に変更となります。

1月から改定される(51)特定疾患の扱いに関する通知の発出が遅く保険医新聞での案内に間に合いませんでしたので、FAXにて情報をお送りいたします。なお、まだ不明な部分がありますので、判明している分について案内いたします。手続きに関することは「大阪府健康医療部 保健医療室健康づくり課 疾病対策グループ」(代表電話)06-6941-0351となります。患者が難病申請を行う受付窓口は府下の保健所となります。

①「難病指定医療機関」の申請はお済でしょうか？

指定医療機関でなければ、1月以降に難病患者の受給者証の取扱いができなくなります。「指定医療機関」には、指定医・協力指定医がいなくても指定申請ができます。年内に指定を受けている必要がありますので、お忘れないようにお願いします。

②継続して受診が必要な患者は、12月末までに現在の疾患で「更新手続」を行えば、経過措置対象者（継続療養患者）となり、自己負担額の経過措置を受けることができます。

更新手続が終了していない患者がいましたら、12月末までに手続きを終了（窓口受付は12月26日、郵送の場合は12月31日消印有効）するように促してください。年内に「更新手続」すれば、2017年12月末まで3年間自己負担限度額の経過措置を受けることができます。なお、年内に「現行の更新手続」を行うため、書類の記入は主治医が行うことが可能です。しかし、追加された疾患など、

新しい申請書を使用する場合の記入は「難病指定医」のみとなりますのでご注意ください。

③現在「特定疾患登録者（軽快者）」となっている患者で、公費対象となる症状がある場合は、12月中に申請し、認定されれば自己負担金額の経過措置対象者となれます。

軽快者の制度は1月以降なくなります。現在、軽快者となっている患者で状態が悪い場合は、12月中に手続きをし、認定されれば、経過措置の対象となります。

④公費負担番号は「51」から「54」に変更となります。さらに、「経過的特例」と「それ以外（原則）」と分類されます。

現在51の受給者証を持ち、「継続」となる場合は、「54 27 501 1」（白色）となります。

「それ以外（原則）」（新規など）の場合は、「54 27 601 9」（ベージュ色）となります。

⑤（54）特定疾患の医療費助成における自己負担上限額（月額）は、「経過的特例」と「それ以外（原則）」に分かれます。

なお、患者負担割合は2割（現在1割の方はそのまま1割＜例：後期高齢者＞）で計算し自己負担上限額までとなります。

窓口で自己負担上限を管理するために「自己負担上限額管理票」で行うことになっていきます。ご注意ください。

◆月額自己負担上限額

【単位：円】

階層区分	階層区分の基準 《医療保険上の世帯で算定します》		患者負担割合：2割（現在1割の方は変わりません）					
			自己負担上限額（外来＋入院＋薬代＋訪問看護の費用）					
			H27年1月1日以降に申請をする方 （それ以外（原則））			既認定者でH26年中に 申請をした方 （経過措置3年間） （経過的特例）		
			一般	高額かつ 長期	人工 呼吸器等 装着者	一般	現行の 重症患者	人工 呼吸器等 装着者
生活保護	—		0	0	0	0	0	0
低所得Ⅰ	市町村民税 非課税 （世帯）	本人年収 ～80万円	2,500	2,500	1,000	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収 80万円超～	5,000	5,000		5,000		
一般所得Ⅰ	市町村民税 課税以上7.1万円未満		10,000	5,000	1,000	5,000	5,000	1,000
一般所得Ⅱ	市町村民税 7.1万円以上25.1万円未満		20,000	10,000		10,000		
上位所得	市町村民税25.1万円以上		30,000	20,000		20,000		
入院時の食費			全額自己負担			1/2自己負担		

●同月に利用した医療費（入院・外来・薬代・訪問看護の自己負担）を合算していき、自己負担上限額（月額）まで達した時は、その月はそれ以上の自己負担がなくなります。（その超えた分が医療費助成の対象となります。）

月額自己負担上限額の管理は、「自己負担上限額管理票」を指定医療機関の窓口で提示することで行います。

医療費助成を受けるためには、必ず、「医療受給者証」と一緒に「自己負担上限額管理票」が必要です。

※自己負担がない方（生活保護受給者）には「自己負担上限額管理票」は交付されません。

●管理票での「自己負担額」は、特定医療費（指定難病）〔法別番号54〕の適用後の金額をいいます。患者様が認定を受けている他の公費負担医療制度（例：老人医療費助成〔法別番号88〕）などによる自己負担額（1日500円など）は、この管理票に記入する「自己負担額」ではありませんので、ご注意ください。

（例）月額自己負担上限額 2,500円 患者負担割合2割（元保険3割負担の方）

○月1日の医療費総額（10割分）※が10,000円の場合

※医療受給者証に記載のある指定難病の治療。



- ①健康保険の適用
- ②特定医療費（指定難病）〔54〕の適用
 - ・保険請求分 7,000円
 - ・公費請求分〔法別54〕 1,000円
 - ・自己負担額（2割） 2,000円（管理票に記入）

○月15日の医療費総額（10割分）※が5,000円の場合

※医療受給者証に記載のある指定難病の治療。



- ①健康保険の適用
- ②特定医療費（指定難病）〔54〕の適用
 - ・保険請求分 3,500円
 - ・公費請求分〔法別54〕 1,000円
 - ・自己負担額（2割） 500円（管理票に記入）

*上限に達したため500円

大阪府の特定医療費（指定難病）受給者証の様式

①経過的特例の適用を受ける方（白色）

特定医療費（指定難病）受給者証									
公費負担者番号		54275011							
受給者番号									
受診者	住所								
	氏名								
	生年月日					性別			
保険者									
被保険者証の記号及び番号						適用区分			
病名									
有効期間									
月額自己負担上限額						階層区分			
備考									
指定医療機関名	難病法に基づき指定された指定医療機関								
負担	人工呼吸器等装着				高額かつ長期				
	軽症者特例				重症患者認定				
	同一世帯内指定難病又は小児慢性								
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	氏名					続柄			
	住所								
上記のとおり認定します。									
平成 年 月 日 大阪府知事									

②上記①以外の方（ページュ色）

特定医療費（指定難病）受給者証									
公費負担者番号		54276019							
受給者番号									
受診者	住所								
	氏名								
	生年月日					性別			
保険者									
被保険者証の記号及び番号						適用区分			
病名									
有効期間									
月額自己負担上限額						階層区分			
備考									
指定医療機関名	難病法に基づき指定された指定医療機関								
負担	人工呼吸器等装着				高額かつ長期				
	軽症者特例				重症患者認定				
	同一世帯内指定難病又は小児慢性								
保護者(受診者が18歳未満の場合記入)	氏名					続柄			
	住所								
上記のとおり認定します。									
平成 年 月 日 大阪府知事									

※ 制度の移行期の暫定措置として、当分の間「指定医療機関名」には個々の医療機関の名称等を記載せず「難病法に基づき指定された指定医療機関」と記載しています。
 医療費助成は、申請書に記入いただいた医療機関の中から大阪府が指定した医療機関で受けていただくこととなります。

～自己負担上限額管理票の記載例（自己負担上限額が2,500円の場合）～

- ① ご使用に当たっては、あらかじめ、受診年月、受診者氏名、受給者番号、自己負担上限額をご記入ください。
- ② 自己負担額等は、指定医療機関が記入します。

受給者証に記載のある疾病に係る医療費に限ります。

平成27年〇月分自己負担上限額管理票			月額自己負担上限額 2,500円		
受診者名	甲山 乙夫	受給者番号	1234567		
日付	指定医療機関名	医療費総額分 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印
〇月〇日	A病院	8,000円	1,600円	1,600円	Ⓐ
〇月〇日	B薬局	4,000円	800円	2,400円	Ⓑ
〇月△日	A病院	15,000円	100円	2,500円	Ⓐ
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。					
日付	指定医療機関名	当日の治療費の2割が3,000円だったとしても、上限額に達したため、100円だけの自己負担となります。 (2,900円分は公費負担)		確認印	
〇月△日	A病院			Ⓐ	

上限に達した以降は、翌月になるまで自己負担はありません。
※管理票の記入は続きます。

受診者で
ご記入いただきます。

指定医療機関で
記入されます。