

**重要**

**必ずお読みください！**

～指定難病医療費受給者証をお持ちの方または申請者・保護者の皆様へ～

## **指定難病医療費受給者証 更新のお知らせ**

このお知らせは、令和5年6月末現在で指定難病医療費受給者証  
をお持ちの方にお送りしています。

お手持ちの指定難病医療費受給者証は、令和5年12月31日で有効期間が  
終了します。

自動延長されませんので、更新を希望される場合は、下記の受付期間内に  
更新手続きを行ってください。

**受付期間** 令和5年9月1日(金)～12月28日(木)

※土日祝日を除きます。

### **留意事項**

**！** 年内の受給者証発行を御希望の場合は9月29日(金)までに  
お手続きください。

**！** 申請の方法は各保健所により異なります。冊子の12ページ  
以降を参照して申請してください。

**！** 郵送の場合、特定記録郵便、レターパックなど記録が残る方  
法でお送りください。

**！** 上記受付期間内にお手続きが難しいときは、お早めに各保健  
所に御相談ください。






## 更新手続に必要な書類

| 準備する書類   | 参照ページ          | 全員<br>必要 | 該当者<br>のみ | チェック<br>欄☑               |
|--|----------------|----------|-----------|--------------------------|
| ① 指定難病医療費支給認定申請書(更新用)  | 2, 6, 7ページ     | ○        |           | <input type="checkbox"/> |
| ② 臨床調査個人票  | 2ページ           | ○        |           | <input type="checkbox"/> |
| ③ 世帯全員の住民票   | 2ページ           | ○        |           | <input type="checkbox"/> |
| ④ 同意書  | 2, 8ページ        | ○        |           | <input type="checkbox"/> |
| ⑤ 現在有効の指定難病医療費受給者証のコピー   | 2ページ           | ○        |           | <input type="checkbox"/> |
| ⑥ 令和4年及び令和5年自己負担上限額管理票の<br>コピー<br>または、医療費申告書＋医療費総額がわかる書<br>類(領収書等)のコピー | 2, 3, 9, 10ページ | ○        | ○         | <input type="checkbox"/> |
| ⑦ 医療保険証のコピー  | 3ページ           | ○        |           | <input type="checkbox"/> |
| ⑧ 令和5年度市町村民税所得額課税額証明書  | 3ページ           | ○        |           | <input type="checkbox"/> |
| ⑨ 年金受給等に係る資料のコピー   | 4ページ           |          | ○         | <input type="checkbox"/> |
| ⑩ 世帯内特例に係る資料のコピー   | 4ページ           |          | ○         | <input type="checkbox"/> |
| ⑪ 生活保護の受給を証明する書類のコピー   | 4ページ           |          | ○         | <input type="checkbox"/> |

※コピーは白黒可です。

※同封した「療養生活アンケート」につきましては全員に協力をお願いいたします。

### 注意事項

-  令和5年9月29日までに更新の手続をいただいた場合でも、臨床調査個人票の審査など個別の事情により発行が遅れる場合がありますのでご了承ください。
-  令和5年10月以降に手続された場合は、新しい受給者証の発行が令和6年1月以降になることが考えられますので、ご自身の受診日を考慮の上、手続をお願いいたします。
-  1月1日以降の申請は新規申請となりますので御注意ください。(1月1日からの受給者証は発行されません)。有効期間の開始日が令和6年1月1日からの受給者証をご希望の場合は、必ず令和5年12月28日までに更新手続を行ってください。  
なお、新規申請となった場合は受給者証の発行までに4か月程度かかります。
-  **審査の結果、症状が認定基準に至っていない等の理由により認定されない場合があります。**
-  現在お使いの受給者証に記載されている住所・氏名・医療保険証等に変更があった場合、手続きが必要となりますので、福島県のホームページ等から変更申請書(様式第8号)を御準備いただき、管轄の保健所等の窓口で変更手続をしてください。

# 必要書類の詳細

## ① 指定難病医療費支給認定申請書（更新用）

申請者は、ご自身（代筆可）又は保護者、成年後見人等の法定代理人になります。  
申請書の表裏にある記入欄のすべてに記入の上、提出してください。  
(→P 6～7の記入上の注意をご参照ください)

## ② 臨床調査個人票

都道府県に届け出を行った難病指定医が記入したものに限り、  
難病指定医が記入する専用の診断書であり、ご自身で記入する書類ではありません。  
複数の疾病で認定を受けているときは、すべての疾患について提出が必要です。

## ③ 世帯全員の住民票

申請日前3ヶ月以内に発行されたものを提出してください。  
住民登録している市役所・町村役場で交付を受けてください。  
個人番号（マイナンバー）の記載は不要です。

## ④ 同意書

福島県が医療保険者に所得区分の情報の報告を求めることを同意する書類です。  
ご自身（代筆可）又は保護者、成年後見人等の法定代理人が記入します。  
すべて記入の上、提出してください。(→P 8の記入例をご参照ください)

## ⑤ 現在有効の指定難病医療費受給者証のコピー

有効期間内の指定難病医療費受給者証の表紙をコピーしてください。  
コピー用紙は、A4サイズの紙を使用してください。

## ⑥ 令和4年度及び令和5年度自己負担上限額管理票のコピー、 または、医療費申告書＋医療費総額が分かる書類（領収書等）のコピー

(1) 高額かつ長期の特例、(2) 軽症高額の特例 の該当を確認するため、更新申請月を含む過去12ヶ月分の自己負担上限額管理票（受給者証の右側及び内側にある医療費等の記載欄）のコピーを添付してください。(→票の見方はP 9をご覧ください)。

受給者証等が手元がない場合や、自己負担上限額管理票で医療費総額が確認できない月がある場合で、該当する期間の領収書等をお持ちの方は、同封の医療費申告書＋領収書のコピーで代用することができます。(→P 10の記入例をご参照ください)

[参考] 保健所で下記に該当するか確認します。

### (1) 高額かつ長期の特例

階層区分が一般所得Ⅰ、Ⅱ又は上位所得の方で、今回の更新申請月を含む以前12ヶ月に指定難病に係る医療費総額(※)が5万円を超える月が6回以上ある方が該当

し、自己負担上限額の軽減措置を受けることができます。

## (2) 軽症高額の特例

医師が作成した臨床調査個人票の内容によっては、国が定める重症度の基準を満たさずに非該当（不承認）となることがありますが、別に診断基準を満たし、かつ、更新申請月を含む以前12ヶ月に指定難病に係る医療費総額（※）が33,330円を超える月が3回以上あるときは、支給認定を行います。

※ 医療費総額とは、窓口の自己負担額ではなく、医療保険分を含む額（10割分）のことです。自己負担上限額管理票の『医療費総額（10割分）』の欄をご参照ください。

## ⑦ 医療保険証のコピー

保険証の種類や被保険者によってコピーの対象者が異なりますので、下図を参照してください。

コピー用紙はA4サイズを使用し、⑤の受給者証とまとめて1枚にしても構いません。

## ⑧ 令和5年度市町村民税所得額課税額証明書

保険証の種類や被保険者によって証明の対象者が異なりますので、下図を参照してください。

なお、今年度から税額決定通知書での代用はできませんので御留意願います。

※⑦「医療保険証」と⑧「所得額課税額証明書」は下記を参照してください。

| 提出書類                                    |                                | 提出書類の対象者   |   |
|---|--------------------------------|--|---|
|   |                                | ⑦ 医療保険証のコピー  | ⑧ 令和5年度市町村民税所得額課税額証明書                         |
| 保険証の種類                                  | 国民健康保険（市町村国保、退職国保、各種国民健康保険組合等） | 同じ国保に加入している方 <u>全員分</u>                              | 同じ国保に加入している方 <u>全員分</u> （中学生以下は不要）            |
|   | 後期高齢者医療制度                      | 同じ住民票上で、後期高齢者に加入している方 <u>全員分</u>                     | 同じ住民票上で、後期高齢者に加入している方 <u>全員分</u>              |
| 被用者保険<br>・全国健康保険協会<br>・健康保険組合<br>・共済組合等 | 患者は被保険者本人                      | 患者本人分のみ  | 患者本人分のみ                                       |
|   | 患者は被保険者の家族（被扶養者）               | <u>被保険者及び患者分</u><br>※患者本人の保険証に被保険者名の記載があるときは、患者本人分のみ | 被保険者分のみ<br>※ただし、被保険者が非課税の場合、患者本人の所得額課税額証明書も必要 |

※ 類似した名称の証明書類が複数ありますので、窓口での交付申請の際はお間違えのないようご注意ください。

※ ⑧「所得額課税額証明書」は原則、令和5年1月1日現在で住民票を置いていた自治体でのみ交付されますので、令和5年中に転居された方はご注意ください。また、本人以外が手続する際は、委任状が必要な場合があります。詳しくは、市役所・町村役場の交付窓口でご確認ください。

### ⑨ 年金受給等に係る資料のコピー

市町村民税が非課税世帯の方（階層区分が低所得Ⅰ、Ⅱの方）で、ご自身が令和4年に遺族年金等（遺族年金、障がい年金、特別児童扶養手当、特別障害者手当等）を受給している場合は、前ページ⑧に加えて、年金改定額通知書等の公的機関発行の資料のコピーを提出してください（※令和4年1月1日から同年12月31日までに受け取った額が分かる年金のはがきなど）。

### ⑩ 世帯内特例に係る資料のコピー

同じ世帯で、他に指定難病医療費もしくは小児慢性特定疾病の受給者がおり、かつ、同じ種類の保険証をお使いの場合は『世帯内特例』に該当し、自己負担上限額が軽減される場合があります。

該当する世帯員の「指定難病医療費受給者証」もしくは「小児慢性特定疾病受給者証（給付決定通知書）」のコピーを提出してください。

### ⑪ 生活保護の受給を証明する書類のコピー

生活保護を受給している方は、それを証明する書類を提出してください。

また、生活保護を受給し医療保険に加入していない場合、④・⑦・⑧の提出は不要です。

#### 【参考】自己負担上限額(月額)

| 階層区分  | 階層区分の基準                  |                | 患者負担割合：2割          |            |               |
|-------|--------------------------|----------------|--------------------|------------|---------------|
|       |                          |                | 自己負担上限額（外来＋入院＋薬代等） |            |               |
|       |                          |                | 一般                 | 高額かつ<br>長期 | 人工呼吸器<br>等装着者 |
| 生活保護  |                          |                | 0円                 | 0円         | 0円            |
| 低所得Ⅰ  | 市町村民税<br>非課税（世帯）         | 本人年収<br>80万円以下 | 2,500円             | 2,500円     | 1,000円        |
| 低所得Ⅱ  |                          | 本人年収<br>80万円超  | 5,000円             | 5,000円     |               |
| 一般所得Ⅰ | 市町村民税課税以上<br>7.1万円未満     |                | 10,000円            | 5,000円     |               |
| 一般所得Ⅱ | 市町村民税7.1万円以上<br>25.1万円未満 |                | 20,000円            | 10,000円    |               |
| 上位所得  | 市町村民税25.1万円以上            |                | 30,000円            | 20,000円    |               |

※ 自己負担上限額（月額）は、所得等に応じて決定されます。収入額の変動や保険証の変更などにより、現在お使いの受給者証の額から変更される場合がありますのでご注意ください。

## 受付場所及びお問い合わせ先

お住まいの市町村を管轄する保健所等となります。県外に避難されている方は、住民票のある市町村を管轄する保健所等へお問い合わせください。

| 保健所等名称                               | 管轄(住民票の住所地)                | 連絡先  |
|--------------------------------------|----------------------------|--|
| 県北保健福祉事務所                            | 伊達市、二本松市<br>本宮市、伊達郡、安達郡    | 〒960-8012 福島市御山町 8-30<br>電話 024-534-4161               |
| 県中保健福祉事務所                            | 須賀川市、田村市、<br>岩瀬郡、田村郡、石川郡   | 〒962-0834 須賀川市旭町 153-1<br>電話 0248-75-7814              |
| 県南保健福祉事務所                            | 白河市、西白河郡、<br>東白川郡          | 〒961-0074 白河市郭内 127<br>電話 0248-22-5443                 |
| 会津保健福祉事務所                            | 会津若松市、喜多方市、<br>耶麻郡、河沼郡、大沼郡 | 〒965-0807 会津若松市城東町 5-12<br>電話 0242-29-5507             |
| 南会津保健福祉事務所                           | 南会津郡                       | 〒967-0004<br>南会津郡南会津町田島字天道沢甲 2542-2<br>電話 0241-63-0306 |
| 相双保健福祉事務所                            | 相馬市、南相馬市、相馬<br>郡、双葉郡       | 〒975-0031<br>南相馬市原町区錦町一丁目 30<br>電話 0244-26-1138        |
| 相双保健福祉事務所<br>いわき出張所                  | いわき市へ避難している<br>相双地域等の方     | 〒970-8026 いわき市平字梅本 15<br>電話 0246-24-6118               |
| 福島市保健所                               | 福島市                        | 〒960-8002 福島市森合町 10-1<br>電話 024-573-4384               |
| 郡山市保健所                               | 郡山市                        | 〒963-8024 郡山市朝日二丁目 15-1<br>電話 024-924-2163             |
| いわき市保健所                              | いわき市                       | 〒973-8408<br>いわき市内郷高坂町四方木田 191<br>電話 0246-27-8594      |
| 県庁障がい福祉課<br>※障がい福祉課では、申請は受け付けておりません。 |                            | 〒960-8670 福島市杉妻町 2-16<br>電話 024-521-7237               |



# 記入上の注意

|   |   |   |  |  |                                 |
|---|---|---|--|--|---------------------------------|
| 指定難病医療費支給認定申請書 (更新用)  |   |   | 受給者番号  |  |                                 |
| 対象患者  | フリガナ  |   |  |  | 明 大<br>昭 平                      |
|   | 氏名  | 男・女   |  |  |                                 |
|   | 個人番号<br>(マイナンバー)  | <p><b>住民票上の住所を記入。受給者証に記入された住所と現在の住民票上の住所が違う場合は、変更の手続きが必要です。</b><br/>                 ※福島県のホームページ等から変更申請書(様式第8号)を御準備いただき、更新申請書と一緒に御提出ください。</p>     |  |  | <p><b>受給者証の上から2段目の数字を記入</b></p> |
|   | 住民票上の住所<br><small>※送付先を別に指定される方は裏面に記入してください</small>   | <p><b>「有」の場合、年金額が分かる書類(ハガキ等)のコピーを添付(非課税世帯のみ)</b></p>  |  |  |                                 |
| 職業  | 遺族年金  | 身体障害者   | 有・無  | 種 級  | 本人・家族                           |
| 加入医療保険  | 被保険者  | <p><b>医療保険証を見ながら記入。受給者証に記入された医療保険と現在お使いの医療保険が違う場合は、変更の手続きが必要です。</b><br/>                 ※福島県のホームページ等から変更申請書(様式第8号)を御準備いただき、更新申請書と一緒に御提出ください。</p> |  |  | 後期高齢、船員                         |
|   | 保険  | 記号番号  | 保険者名称  | <p><b>保険証の下の方に書いてあります</b></p>  |                                 |
|   | 介護保険法認定の内容  | <p><b>保険証の上の方に書いてあります</b></p>   |  |  |                                 |
| 受診者と同じ世帯内にいる指定難病または小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者または申請中の者  |   |   | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 小児慢性特定疾病<br>受給者番号 _____ 氏名 _____ |  |                                 |
| 疾患名または告示番号  | <p><b>2つ以上の指定難病に罹患されている場合は、全ての疾患名または告示番号(臨床調査個人票1ページの疾患名の左にある数字)を記載してください</b></p>                   |   |  | <p><b>同一種類の保険証をお使いの指定難病医療費受給者、または小児慢性特定疾病医療受給者がいらっしゃいましたら、こちらに記入してください</b></p> |                                 |
| 受療医療機関記載欄<br>【医療機関・薬局・訪問看護ステーション】   | ①名称   | 所在地   | ③名称  | ④名称  | 所在地                             |
| ※5ヶ所以上の場合裏面に記入してください  |   |   |  |  |                                 |
| <p>※ 現在、指定難病の治療のために継続して受診している医療機関のみ記入してください</p> <p>※ 薬局・訪問看護ステーションも記入してください</p> <p>※ 5か所以上ある場合は、裏面に記入してください</p> |   |   | から 令和 ____年 ____月 ____日  | 有  | 2. 無                            |
|   |   |   | 有  | 有  | 2. 無                            |
|   |   |   | 有  | <p><b>それぞれの有無について○をつけてください</b></p>   |                                 |
| 臨床調査個人票の研究利用についての同意   | 指定難病の研究を推進するため、提出した診断書(臨床調査個人票)を厚生労働科学研究において、個人情報保護のもと疾病研究の基礎資料として使用されることに同意する(詳細については裏面を参照)。       |   |  |  |                                 |
| <p><b>申請者(本人、保護者、成年後見人等の法定代理人)の住所、名前を記入してください。</b></p>  |   |   | 住所   | <p><b>自筆の場合は押印不要です</b></p>   |                                 |
| 福島県知事   | 氏名  |   |  | <p><b>裏面も記入してください</b></p>  |                                 |
| <p>(患者との続柄: _____)</p>  |   |   |  |  |                                 |
| 保健所等確認欄   | 今回  | <p><b>裏面にも記入するところがあります!</b></p>   |  |  |                                 |
|   | 今回  |   |  |  |                                 |
|   | 添付書類  | 同一世帯に他の対象者がいることを証明する書類、高額かつ長期にかかる資料、軽症高額にかかる資料、同意書  |  |  |                                 |
| 変更確認  | 自己負担限度額変  | 氏名変   | 住所変  | 宛先変  | 保険変 医療機関変                       |
| 保健所等判定  | <input type="checkbox"/> 重症度満たす <input type="checkbox"/> 重症度未満で軽症高額該当 <input type="checkbox"/> それ以外 |   |  |  |                                 |

(ウラ面)

<同意について>

厚生労働省では、難病の研究を推進するため、本申請書に添付された診断書（臨床調査個人票）をデータベースに登録し、厚生労働省の研究事業等の基礎資料として使用させていただきます。  
また、臨床調査個人票の活用について、ご同意を賜います。  
なお、この同意は、厚生労働省が実施する臨床研究等の実施に限り有効です。

**この欄は、患者さんを最上段に記入し、そのあとに世帯の中で患者さんと同じ種類の保険証を使っている方全員を記入してください。**

<支給認定基準世帯の確認> 患者さんと同じ医療保険に加入している方の状況を記入・丸囲みしてください。

| 続柄   | 氏名<br>(カナ) | 個人番号(マイナンバー)<br>生年月日 / 年齢 | 医療保険の種類             |            | 税証明添付 |
|------|------------|---------------------------|---------------------|------------|-------|
|      |            |                           | 被用者保険の方のみ           |            |       |
| 患者本人 | ( )        | 明大昭平令 ( 歳)                | 国保<br>後期高齢<br>被用者保険 | 本人<br>被扶養者 | 有・無   |
| ( )  | ( )        | 明大昭平令                     | 国保<br>後期高齢<br>被用者保険 | 本人<br>被扶養者 | 有・無   |
| ( )  | ( )        | 明大昭平令                     | 国保<br>後期高齢<br>被用者保険 | 本人<br>被扶養者 | 有・無   |
| ( )  | ( )        | 明大昭平令 ( 歳)                | 後期高齢<br>被用者保険       | 本人<br>被扶養者 | 有・無   |
| ( )  | ( )        | 明大昭平令 ( 歳)                | 国保<br>後期高齢<br>被用者保険 | 本人<br>被扶養者 | 有・無   |
| ( )  | ( )        | 明大昭平令 ( 歳)                | 国保<br>後期高齢<br>被用者保険 | 本人<br>被扶養者 | 有・無   |
| ( )  | ( )        | 明大昭平令 ( 歳)                | 国保<br>後期高齢<br>被用者保険 | 本人<br>被扶養者 | 有・無   |

「支給認定基準世帯」における現況を記載してください。  
①医療保険の種別欄は該当する保険に○をつけてください。  
②被用者保険（全国健康保険協会（協会けんぽ）、健康保険組合、共済組合等）の方は、本人か被扶養者に○をつけてください。  
③税証明欄には、提出が必要な方は有に○をつけてください。

<送付先等連絡先>

※アパート名・棟名・部屋番号、〇〇様方等具体的に記入願います。

住所・電話番号

※長期入院・入所中、避難等により送付先が住民票と異なる場合のみ記入してください。

**患者さんの住民票の住所と異なる住所に新しい受給者証の送付や今後の連絡を希望する場合、必ずこちらに記入してください**

〒 \_\_\_\_\_  
電話番号 ( ) \_\_\_\_\_

□(オモテ続き)

受療医療機関  
記載欄

⑤名称

所在地

⑥名称

所在地

**医療機関が表面に記入しきれなかった場合、こちらに記入してください**

所在地

所在地

⑨名称

⑩名称

所在地

所在地

備考



# 記入例

医療保険上の所得区分に関する情報につき、福島県が医療保険者に報告を求めることへの同意書です

## 同意書

指定難病医療費制度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、福島県が私の加入する医療保険者に報告を求めることに同意します。

令和5年 9月 〇日

福島県知事

患者さんの住所と名前

住 所 福島市杉妻町2番16号

氏 名 福島太郎 印

(自筆の場合は押印不要)

(代筆 福島一郎 )

署名又は記名押印

※法定代理人とは患者さんが未成年者の場合の親権者、若しくは家庭裁判所が選任した未成年後見人、又は患者さんが成人の場合に家庭裁判所が選任した成年後見人等民法等の法律で規定された代理人を指します。

法定代理人

住 所

氏 名

患者さんが未成年者や被後見人等の場合は法定代理人欄に記載願います

受給者証の上から2段目の数字を記入してください。

|            |   |   |   |   |   |   |   |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|
| 受給者<br>番 号 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------|---|---|---|---|---|---|---|

|                            |                      |  |
|----------------------------|----------------------|--|
| 加<br>入<br>医<br>療<br>保<br>険 | 保 険 種 別              | 健康保険 (協会けんぽ・組合)・共済<br>国保 (市町村)・組合)・後期高齢・船員 |
|                            | 被 保 険 者 証<br>発 行 機 関 | (例) ○○市                                    |

保険者名称を記入してください。(保険証の下の方に書いてあります。)

例) 全国健康保険協会福島支部 福島県後期高齢者医療広域連合  
○○市、○○町、○○村 ○○○健康保険組合 など

