

埼玉県特定医療費支給認定実施要綱

平成26年12月26日付け疾第2692号
平成27年3月24日付け疾第2694号（一部改正）
平成29年12月13日付け疾第1986号（一部改正）
平成29年12月27日付け疾第2148号（一部改正）
平成30年7月11日付け疾第869号（一部改正）
令和2年3月10日付け疾第2563号（一部改正）
令和3年4月1日付け疾第52号（一部改正）

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項に基づく特定医療費の支給認定（以下「支給認定」という。）の事務手続及び運営等については、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358号。以下「令」という。）、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。以下「規則」という。）及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（平成26年埼玉県規則第85号。以下「細則」という。）の定めるところによるほか、以下のとおりとする。

第1 定義

- 1 指定難病（法第5条第1項に規定する指定難病をいう。以下同じ。）の患者又はその保護者（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。以下同じ。）を「指定難病の患者等」という。
- 2 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「受診者」という。
- 3 特定医療費の支給を受ける指定難病の患者等を「受給者」という。
- 4 特定医療費の支給認定の申請を行おうとする者又は行った者を「申請者」という。
- 5 令第1条第1項第2号に規定する支給認定基準世帯員（以下「支給認定基準世帯員」という。）で構成する世帯（特定医療費の支給に際し支給認定に用いる世帯）を「支給認定世帯」という。

第2 特定医療の対象

- 1 特定医療の対象となる者
特定医療の対象となる者は、指定難病にかかっていると認められる者であって、次のいずれかに該当するものとする。
 - (1) その病状の程度が厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて定める程度（個々の指定難病の特性に応じ、日常生活又は社会生活に支障があると医学的に判断される程度）であって、平成26年11月12日付け健発1112第1号厚生労働省健康局長通知で定める具体的な運用基準に適合する者
 - (2) 当該支給認定の申請のあった月以前の12月以内に医療費が33,330円を超える月数が既に3月以上ある者
- 2 特定医療費の支給対象
 - (1) 特定医療費の支給対象となる医療の内容
特定医療費の支給の対象となる医療の内容は以下のとおりとする。
 - (ア) 診察
 - (イ) 薬剤の支給
 - (ウ) 医学的処置、手術及びその他の治療
 - (エ) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
 - (オ) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

- (2) 特定医療費の支給対象となる介護の内容
 特定医療費の支給の対象となる介護の内容は以下のとおりとする。
- (ア) 訪問看護
 - (イ) 訪問リハビリテーション
 - (ウ) 居宅療養管理指導
 - (エ) 介護療養施設サービス
 - (オ) 介護予防訪問看護
 - (カ) 介護予防訪問リハビリテーション
 - (キ) 介護予防居宅療養管理指導
 - (ク) 介護医療院サービス

第3 支給認定の要件等

1 所得区分

特定医療費の支給認定については、法第5条第2項の規定により、自己負担について受給者の家計の負担能力や受診者の治療状況に応じた区分（以下「所得区分」という。）を設けて認定することとし、所得区分ごとに自己負担上限月額（令第1条第1項に規定する負担上限月額をいう。以下同じ。）を設けることとする。

- (1) 所得区分及びそれぞれの自己負担上限月額は次のとおりとする。
- (ア) 生活保護 自己負担上限月額 0円
 - (イ) 低所得Ⅰ 自己負担上限月額 2,500円
 - (ウ) 低所得Ⅱ 自己負担上限月額 5,000円
 - (エ) 一般所得Ⅰ 自己負担上限月額 10,000円
 - (オ) 一般所得Ⅱ 自己負担上限月額 20,000円
 - (カ) 上位所得 自己負担上限月額 30,000円
- (2) (1)の所得区分のうち「(エ)一般所得Ⅰ」、「(オ)一般所得Ⅱ」及び「(カ)上位所得」については、受診者が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後のものに限る。）の医療費総額が5万円を超えた月数が高額難病治療継続者の申請を行った月以前の12月以内に既に6月以上ある者をいう。以下同じ。）に該当する場合には、次のとおり別途所得区分を設け、それぞれの自己負担上限月額を設けるものとする。
- (エ)′ 一般所得（高額継続）Ⅰ 自己負担上限月額 5,000円
 - (オ)′ 一般所得（高額継続）Ⅱ 自己負担上限月額 10,000円
 - (カ)′ 上位所得（高額継続） 自己負担上限月額 20,000円
- (3) 所得区分のうち「(ア)生活保護」以外の場合において、(1)及び(2)の所得区分にかかわらず、受診者が人工呼吸器等装着者（人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を装着していることについて特別の配慮を必要とする者として、支給認定を受けた指定難病により継続して常時人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている者に該当する旨の認定を受けた者をいう。）であると認める場合には、別途負担上限月額を1,000円とする区分を設けるものとする。
- (4) 受診者が児童福祉法第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「支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等」という。）である場合又は受診者が属する医療保険と同一の医療保険に属する者のうちに受診者以外の指定難病の患者若しくは小児慢性特定疾病児童等がある場合は、当該指定難病の患者又は小児慢性特定疾病児童等の(1)から(3)までに掲げる額に医療費あん分率（当該世帯における次のア及びイの額の合算額で、次のア及びイのうち当該世帯における最も高い額を除いて得た率をいう。）を乗じて得た額（その額に10円未満の端数があるときは、これを切り捨てた額）を自己負担上限月額とする。

ア 受給者が属する所得区分の自己負担上限月額

イ 児童福祉法施行令（昭和23年政令第74号）第22条第1項に規定する小児慢性特定疾病医療支援負担上限月額

2 各所得区分の所得の内容等

- (1) 1(1)の所得区分のうち「(ア)生活保護」の対象は、次のいずれかに該当する場合とする。
 - ア 支給認定世帯の世帯員が生活保護法（昭和25年法律第144号）の被保護者又は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者（以下「支援給付受給者」という。）である場合
 - イ 生活保護法の要保護者（以下「要保護者」という。）又は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（以下「要支援者」という。）であって、「(イ)低所得Ⅰ」の自己負担上限月額を適用したならば保護又は支援給付を必要とする状態となる場合
- (2) 1(1)の所得区分のうち「(イ)低所得Ⅰ」の対象は、次のいずれかに該当する場合とする。
 - ア 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯（注1）であって、指定難病の患者等に係る次に掲げる収入の合計金額が80万円以下である場合
 - (ア) 地方税法上の合計所得金額（注2）（合計所得金額が0円を下回る場合は、0円とする。）
 - (イ) 所得税法上の公的年金等の収入金額（注3）
 - (ウ) その他厚生労働省令で定める給付（注4）
 - （注1）「市町村民税世帯非課税世帯」とは、支給認定世帯の世帯員が、受診者が特定医療を受ける日の属する年度（特定医療を受ける日の属する月が4月から6月までである場合にあつては、前年度）分の地方税法（昭和25年法律第226号）の規定による市町村民税（同法の規定による特別区民税を含むものとし、同法第328条の規定によって課する所得割を除く。以下同じ。）が課されていない者（均等割及び所得割双方が非課税の者をいう。）又は市町村の条例で定めるところにより当該市町村民税を免除された者（当該市町村民税の賦課期日において同法の施行地に住所を有しない者を除く。）である支給認定世帯をいう。
 - （注2）「合計所得金額」とは、地方税法第292条第1項第13号に規定する合計所得金額をいう。ただし、所得税法（昭和40年法律第33号）第35条第2項に規定する公的年金等の支給を受ける者については、当該合計所得金額から同項第1号に掲げる金額を控除して得た額とする。
 - （注3）「公的年金等の収入金額」とは、所得税法第35条第2項第1号に規定する公的年金等の収入金額をいう。
 - （注4）「その他厚生労働省令で定める給付」とは、規則第8条各号に掲げる国民年金法（昭和34年法律第141号）に基づく障害基礎年金等の給付の合計金額をいう。
- イ 支給認定世帯の世帯員が要保護者又は要支援者であつて「(ウ)低所得Ⅱ」の自己負担上限月額を適用した場合に保護又は支援給付を必要とする状態になるときであつて、かつ、所得区分が「(ア)生活保護」の対象ではない場合
- (3) 1(1)の所得区分のうち「(ウ)低所得Ⅱ」の対象は、次のいずれかに該当する場合であつて、かつ、所得区分が「(ア)生活保護」及び「(イ)低所得Ⅰ」の対象ではない場合とする。
 - ア 支給認定世帯が市町村民税世帯非課税世帯である場合
 - イ 支給認定世帯の世帯員が要保護者若しくは要支援者であつて「(エ)一般所得Ⅰ」の自己負担上限月額を適用した場合に保護又は支援給付を必要とする状態になるとき
- (4) 1(1)の所得区分のうち「(エ)一般所得Ⅰ」の対象となるものは、支給認定世帯の世帯員のうち各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計

が7万1千円未満の場合であって、かつ、所得区分が「(ア)生活保護」、「(イ)低所得Ⅰ」及び「(ウ)低所得Ⅱ」の対象ではない場合とする。

- (5) 1(1)の所得区分のうち「(オ)一般所得Ⅱ」の対象となるものは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が25万1千円未満の場合であって、かつ、所得区分が「(ア)生活保護」、「(イ)低所得Ⅰ」、「(ウ)低所得Ⅱ」及び「(エ)一般所得Ⅰ」の対象ではない場合とする。
- (6) 1(1)の所得区分のうち「(カ)上位所得」の対象となるものは、支給認定世帯の世帯員のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者の市町村民税額（所得割）の合計が25万1千円以上の場合とする。
- (7) 1(2)の所得区分のうち「(エ)′一般所得（高額継続）Ⅰ」の対象となる者は、「(エ)一般所得Ⅰ」の対象のうち受診者が高額難病治療継続者に該当する場合とする。
- (8) 1(2)の所得区分のうち「(オ)′一般所得（高額継続）Ⅱ」の対象となる者は、「(オ)一般所得Ⅱ」の対象のうち受診者が高額難病治療継続者に該当する場合とする。
- (9) 1(2)の所得区分のうち「(カ)′上位所得（高額継続）」の対象となる者は、「(カ)上位所得」の対象のうち受診者が高額難病治療継続者に該当する場合とする。
- (10) (4)から(9)までにおいて、市町村民税額（所得割）の合計を判断する場合には、第3の3(6)及び第5の3に基づき行うものとする。

3 支給認定世帯

- (1) 支給認定世帯については、(7)に掲げる特例に該当する場合を除き、受診者と同じ医療保険の被保険者をもって受診者の生計を維持するものとして取り扱うこととする。

なお、受診者が属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、当該受診者が加入している医療保険の被保険者であって、受診者と同一の世帯（住民基本台帳法(昭和42年法律第81号)に基づく住民基本台帳上の世帯をいう。）に属するものに限るものとする。

- (2) 家族の実際の居住形態及び税制面での取扱いにかかわらず、(7)に掲げる特例に該当する場合を除き、医療保険の加入関係が異なる場合には別の支給認定世帯として取り扱うものとする。
- (3) 支給認定の申請に当たっては、指定難病の医療給付に係る支給認定申請書（細則様式第1号。以下「申請書」という。）の他、受診者の氏名が被保険者本人又は被扶養者として記載されている被保険者証・被扶養者証・組合員証など各種医療保険の加入関係を示すもの（以下「被保険者証等」という。）の写し（注）を申請者に提出させるものとする。

あわせて、支給認定世帯に属する他の者の氏名が記載された被保険者証等の写しを提出させるものとする。

（注）カード型の被保険者証等にあつては、その券面の写しを提出させるものとする。以下同じ。

- (4) 受診者が国民健康保険又は後期高齢者医療の被保険者である場合については、申請者の提示した被保険者証等の写しが支給認定世帯全員のものかどうかの確認を、申請者に住民票を提出させ、又は法第35条第1項の規定に基づき報告等を求める等の方法により行うものとする。
- (5) 支給認定基準世帯員の氏名が記載された被保険者証等の写しについても提出させるものとする。
- (6) 市町村民税世帯非課税世帯への該当の有無の判断や市町村民税額（所得割）の支給認定世帯における合計額の算定は、受診者が指定特定医療（特定医療のうち受給者証に記載された医療機関から受ける医療であつて、当該支給認定に係る指定難病に係るものをいう。以下同じ。）を受ける日の属する年度（指定特定医療を受ける日の属する月が4月から6月までである場合にあつては、前年度）分の課税状況を基準とすることを基本とする。

なお、指定特定医療を受ける日の属する月が4月から6月までである場合であって、7月以降も支給認定の有効期間が継続するときは、7月に市町村民税世帯非課税世帯への該当の有無の判断や市町村民税額（所得割）の支給認定世帯における合計額の算定について再確認を行うことは要さないものとする。

また、毎年1月1日現在において、指定都市の住民であった者にかかる市町村民税については、地方税法の規定にかかわらず、地方税法及び航空機燃料譲与税法の一部を改正する法律（平成29年法律第2号）第1条による改正前の地方税法に規定する個人住民税所得割の標準税率（6%）により算定された所得割額を用いることとする。

(7) 支給認定世帯の範囲の特例

受診者が18歳未満で国民健康保険に加入している場合において、受給者（保護者）が後期高齢者医療に加入しているときは、受診者と受給者を同一の支給認定世帯とみなすものとする。

(8) 加入している医療保険が変更となった場合など支給認定世帯の状況が変化した場合は、新たな被保険者証等の写し等必要な書面を添付の上、受給者に速やかに変更の届出をさせるものとする。

なお、支給認定世帯の状況の変化に伴い自己負担上限月額等について支給認定の変更が必要となった場合には、職権により支給認定の変更の認定ができるものとする。

第4 支給認定の申請

支給認定の申請は、規則第12条に定めるところによるほか、その具体的事務処理については次によるものとする。

- 1 申請に当たっては、申請書に指定医（法第6条第1項に規定する指定医をいう。以下同じ。）の作成する診断書（同項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）、臨床調査個人票の研究等への利用に関する同意書（別紙様式第1号。以下、「同意書」という。）、被保険者証等及び受診者の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、被保護者又は支援給付受給者であることの証明書、市町村民税世帯非課税世帯であって「低所得Ⅰ」に該当すると考えられる者にあつては指定難病の患者等に係る収入の状況が確認できる資料）を添付の上、申請させるものとする。

これらの資料に加え、軽症高額該当（法第7条第1項第2号に規定する基準に該当していることをいう。以下同じ。）に係る申請に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が33,330円を超えている月が3月以上あることを証明する書類を、高額難病治療継続者の認定に係る申請に当たっては、申請を行う月以前の12月以内に医療費が5万円を超えている月が6月以上あることを証明する資料（自己負担上限月額管理票（別紙様式第2号。以下「管理票」という。）の写し等とする。医療費は特定医療に要した費用に限り、また、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こととする。）を、第3の1(4)に定める場合に該当する場合にあつては、受診者が支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（児童福祉法第19条の3第7項の医療受給者証の写し等とする。）又は受診者と同一の医療保険に属する者が支給認定を受けた指定難病の患者若しくは支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（指定難病の患者にあつては法第7条第4項の医療受給者証（細則様式第12号。以下「受給者証」という。）の写し等、小児慢性特定疾病児童等にあつては児童福祉法第19条の3第7項の医療受給者証の写し等とする。）を添付の上、申請させるものとする。

なお、軽症高額該当に係る支給認定の手続等については、別紙のとおりとする。

- 2 特定医療費の初回の申請に係る臨床調査個人票は、指定難病にかかっている事実を確認するに当たっての基礎資料となるものであることから、規則第15条第1項第1号に規定する難病指定医（以下「難病指定医」という。）が作成するものとする。

また、更新の申請に係る臨床調査個人票は、難病指定医又は規則第15条第1項第2号に規

定する協力難病指定医（以下「協力難病指定医」という。）が作成するものとする。

- 3 所定の手続による申請を受理した場合は、備付けの特定医療申請受理簿に記入し、かつ、申請者が申請の資格を有するか否かを検討することとする。

申請の資格を有すると認められた者については、次に掲げる要件を満たしているかを専門審査員（埼玉県特定疾患等医療給付事業実施要綱（平成17年10月1日施行）第7の1で規定する埼玉県指定難病専門審査員をいう。以下同じ。）の審査を経て、いずれをも満たしていると認められた場合には当該申請を認定することとする。

(ア) 受診者が指定難病にかかっていること。

(イ) 受診者の病状の程度が、個々の指定難病の特性に応じ、日常生活又は社会生活に支障があると医学的に判断される程度であること。

なお、(ア)及び(イ)を満たしているかの認定は、平成26年11月12日付け健疾発1112第1号厚生労働省健康局疾病対策課長通知で定める指定難病に係る臨床調査個人票に基づき、平成26年11月12日付け健発1112第1号厚生労働省健康局長通知で定める指定難病に係る診断基準及び重症度分類等により行うものとする。

受診者が当該要件を満たしていなかった場合又は当該要件を満たしていることを判定できなかった場合には、法第8条第1項に規定する指定難病審査会（以下「指定難病審査会」という。）に対し、支給認定に係る審査（以下「審査」という。）を求めることとする。

第5 支給認定

1 支給認定の手続

- (1) 特定医療を必要とすると認められた申請者については、支給認定を行い、受給者証を交付するものとする。

また、指定難病審査会の審査の結果、特定医療費の支給要件に該当しないと判定した場合は、理由を記載の上、申請者に別に定める却下の通知書を交付することとする。

- (2) 受給者証の交付は、支給認定世帯の所得状況、高額難病治療継続者又は重症認定患者への該当の有無の判断及び第3の1に定める自己負担上限月額認定を行った上で行うこととする。

また、特定医療費に係る自己負担額を管理するため、管理票を受給者に交付することとする。

- (3) 受診者が指定難病にかかっているが、その病状の程度が特定医療費の対象でないことを理由として却下する場合には、軽症高額該当の場合における速やかな申請につなげるため、却下の通知書と併せて医療費申告書（別紙様式第3号）を交付することとする。

- (4) 特定医療費の支給の範囲は、受診者の指定特定医療に関する費用に限られるものとする。

- (5) 支給認定の有効期間は1年以内の期間で、以下に定めるとおりとする。ただし、当該期間を延長する特別の事情があると認められるときは、1年3月を超えない範囲内において別に定める期間とする。

(ア) 支給認定の申請時に当該支給認定の申請に係る指定難病の支給認定を受けていない者に係る支給認定の有効期間は、申請書の受理日から最初に到来する9月30日までとする。ただし、当該受理日が7月1日以降である場合には、その有効期間を当該受理日から2度目に到来する9月30日までとする。

(イ) (ア)に定める場合以外の者に係る支給認定の有効期間は、10月1日から9月30日までとする。

(ウ) 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、受給者証の更新に合わせて高額難病治療継続者の認定に係る申請を行うものとする。

- (6) 特定医療を受ける指定医療機関の指定は、指定医療機関の中から、申請書における記載を参考に受診者が特定医療を受けることが相当と認められるものを定めるものとする。
なお、同一の受診者に対し複数の指定医療機関を指定することもできるものとする。
- (7) 受給者から医療受給者証再交付申請書（細則様式第11号）により受給者証の再交付の申請があったときは、受給者証を再交付する。
なお、受給者証を紛失した者に対しては、受給者証を再交付する際に再交付の後に失った受給者証を発見したときは速やかに再交付前の受給者証を返還しなければならない旨を申し添えるものとする。
- (8) 受給者が死亡したとき、医療を受けることを中止したとき、支給認定の有効期間が満了したとき、受給者が他の都道府県に居住地を移したとき、その他支給認定を行う理由がなくなつたときは、受給者証を速やかに返還させることとする。

2 支給認定世帯の所得の認定

- (1) 支給認定世帯の所得は、申請者の申請に基づき認定する。
- (2) 申請の際の提出資料や申請者からの聞き取りから、所得区分の認定に必要な所得が一切確認できない場合、原則として所得区分を「(カ)上位所得」として取り扱うこととする。ただし、市町村民税額（所得割）が25万1千円未満であることについてのみ確認できた場合は所得区分を「(オ)一般所得Ⅱ」として取り扱うこととする。この場合において、第3の1(2)に該当する場合は所得区分を「(オ)一般所得（高額継続）Ⅱ」として取り扱うこととする。
また、市町村民税額（所得割）が7万1千円未満であることについてのみ確認できた場合は所得区分を「(エ)一般所得Ⅰ」として取り扱うこととする。この場合において、第3の1(2)に該当する場合は所得区分を「(エ)一般所得（高額継続）Ⅰ」として取り扱うこととする。
さらに、市町村民税が非課税であることについてのみ確認できた場合には、所得区分を「(ウ)低所得Ⅱ」として取扱うこととする。
- (3) 市町村民税（所得割）の額の確認は、各医療保険制度の保険料の算定対象となっている者の所得を確認し行うものとする。

3 支給認定世帯の所得区分の認定

- (1) 支給認定世帯の所得区分は、受診者の属する支給認定世帯のうち、各医療保険制度で保険料の算定対象となっている者（例えば、健康保険など被用者保険では被保険者本人、国民健康保険又は後期高齢者医療では被保険者全員）に係る市町村民税の課税状況等を示す公的機関等発行の適宜の資料等に基づき算定し、認定を行う。
なお、各医療保険制度における自己負担の減額証等に基づいて市町村民税が非課税であることを認定しても差し支えない。
また、所得区分が「(イ)低所得Ⅰ」に該当するかどうかを判断する場合には、併せて申請者の障害年金等の受給状況を示す公的機関等が発行する適宜の資料等に基づき、申請者の収入を算定し認定する。
- (2) 法第37条に基づき、認定に際し必要な事項につき調査を行うことが可能であるが、加えて申請の際に税情報や手当の受給状況等に係る調査についての同意を書面で得るような取扱い等を行うこともできるものとする。
なお、この同意は原則受給者から得るものとするが、これが困難な場合は、受給者以外の保護者等に自らの身分を示す適宜の書面を提出させた上で、当該保護者等から同意を得ることもできるものとする。
- (3) 所得区分は、支給認定の審査時に把握されている所得状況に基づき認定する。
なお、所得状況について、職権で把握した所得に応じた所得区分に変更することもできるものとする。

4 指定難病審査会における判定

第4の3により判定を求められた指定難病審査会は、受診者の支給認定の申請に係る指定難病及びその病状の程度等について医学的知見に基づく判定を的確に行い判定の結果を報告するものとする。

5 未申告者の取扱い

非課税であること等から税制上の申告をしておらず、課税・非課税の確認がとれない者については、原則として、申告した上で非課税等の証明書を取得するよう求め、その証明書を提出させるものとする。

なお、この場合にあつて、非課税であることを含め所得区分の認定に必要な所得が一切確認できない場合にあつては、所得区分を「(加)上位所得」として取り扱うこととする。

6 医療保険未加入者の取扱い

- (1) 支給認定の申請に係る審査の段階で受診者が加入している医療保険の把握を行い、受診者又は保護者が被用者保険の加入者又は後期高齢者医療の被保険者となる場合や、支給認定世帯の世帯員が生活保護の医療扶助の受給者又は支援給付受給者となっている場合を除き、医療保険の加入手続を行っていない場合には、受診者又は保護者に対して国民健康保険の加入手続を行うよう促すものとする。
- (2) 受給者がその有効期間内に加入医療保険の資格を喪失した場合において、被用者保険の加入者となり得る場合及び支給認定世帯の世帯員が生活保護の医療扶助の受給者又は支援給付受給者となり得る場合を除き、医療保険の加入手続を行っていない場合には、受給者に対して国民健康保険の加入手続を行うよう促すものとする。
- (3) (1)及び(2)の加入手続中の支給認定世帯の取扱いについては、加入手続が完了した場合の支給認定世帯に準じて取り扱うこととする。
- (4) (1)及び(2)にかかわらず、医療保険の加入手続を行わないことについて正当な理由がある場合においては支給認定の申請を受け付けることとし、所得区分の認定に当たっては「(加)上位所得」とすることとする。

7 支給認定の変更

- (1) 受給者が支給認定の変更の申請を行うときは、支給認定に係る事項の変更申請書（細則様式第2号。以下「変更申請書」という。）に必要事項を記載し、変更の生じた理由を証する書類、受給者証を添えて提出することとする。

なお、申請書及び受給者証の記載事項の変更のうち、変更申請書の提出を要するものは、自己負担上限月額（所得区分、高額難病治療継続者の該当及び世帯内あん分の変更等によるもの）、受診を希望する指定医療機関及び支給認定に係る指定難病の名称とし、これら以外の変更については、支給認定の申請に係る事項の変更届出書（細則様式第7号）をもって届出することとする。
- (2) 所得区分の変更の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日の属する月の翌月（当該申請が行われた日とその日の属する月の初日である場合は、当該属する月）の初日から新たな所得区分に変更するものとし、新たな所得区分と自己負担上限月額を記載した受給者証を交付することとする。また、必要に応じ、新たな自己負担上限月額を記載した管理票を交付することとする。

なお、所得区分の変更の必要がないと判断した場合は、別に定める変更認定を行わない旨の通知書（以下「変更認定を行わない旨の通知書」という。以下同じ。）を申請者に交付することとする。
- (3) 指定医療機関の変更の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日に遡って新たな医療機関に変更するものとし、新たな指定医療機関を記載した受給者証を交付する。

なお、指定医療機関の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付することとする。

- (4) 支給認定に係る指定難病の名称の変更の申請があったときは、指定医が作成した臨床調査個人票及び同意書の提出を求めるとし、当該臨床調査個人票に基づき特定医療の要否を判定する。変更の必要があると判断した場合は、変更の申請を行った日に遡って特定医療費を支給するものとし、新たな指定難病の名称を記載した受給者証を交付する。

なお、支給認定に係る指定難病の名称の変更の必要がないと判断した場合は、変更認定を行わない旨の通知書を申請者に交付することとする。

8 特定医療に係る支給認定の更新

支給認定の有効期間が終了した際の支給認定の更新（以下「更新」という。）を申請する場合、申請者は、指定難病の医療給付に係る支給認定申請書に難病指定医又は協力難病指定医が作成した臨床調査個人票、同意書、被保険者証等及び支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料を添付の上、申請するものとする。

認定に際しては、必要に応じ、専門審査員及び指定難病審査会に対し、更新の要否等についての判定を求めるとともに、更新が必要であると認められるものについては、更新後の新たな受給者証を交付することとする。

また、更新を必要としないと認められるものについては、認定しない旨、第5の1(1)の却下手続に準じて通知書を交付するとともに、同(3)に準じて医療費申告書を交付することとする。

なお、更新に係る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受給者証の交付準備等を進めておくなど、受給者証の有効期間に空白が生じることがないようにするものとする。

第6 特定医療の受診

1 自己負担上限月額管理の取扱い

- (1) 受給者は、指定医療機関で指定特定医療を受ける際に受給者証とともに管理票を医療機関に提示することとする。
- (2) 管理票を提示された指定医療機関は、受給者から自己負担を徴収した際、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が指定特定医療について支払った自己負担の累積額及び医療費総額を管理票に記載することとする。また、当該月の自己負担の累積額が自己負担上限月額に達した場合は、管理票の所定欄にその旨を記載することとする。
- (3) 受給者から、当該月の自己負担の累積額が自己負担上限月額に達した旨の記載のある管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該月において自己負担を徴収しないものとする。その際、自己負担額及びその累積額については管理票への記載は要しないが、医療費総額については引き続き記載することとする。

2 食事療養費及び生活療養費

入院時の食事療養及び生活療養（以下「食事療養等」という。）については、所得区分が「(ア)生活保護」及び生活保護移行防止のため食事療養費及び生活療養費（以下「食事療養費等」という。）の減免措置を受けた受給者（以下「食事療養費等減免者」という。）以外の受給者には、医療保険における食事療養等に係る標準負担額と同額分を自己負担させることとする（健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が特定医療費の対象となり得るが、実際には医療保険が優先し、食事療養費等分が医療保険から支払われるため、特定医療費としては食事療養費等分を支払わないこととなる。）。

一方、食事療養費等減免者については、食事療養等に係る自己負担額を0円とするので、食事療養費等減免者以外の受給者とは異なり、医療保険の標準負担額相当部分を特定医療費として支給することとする（原則として健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例により算定した額が特定医療費として支給されることになるが、医療保険が優先するため、医療保険に加入している食事療養費等減免者については、最終的に医療保険の標準負担額相当部分のみが、医療保険に加入していない食事療養費等減免者については、健康保険の食事療養

費等相当部分と標準負担額相当部分の合算分が、それぞれ特定医療費として支給されることとなる。)

なお、食事療養等に係る自己負担額については、自己負担上限月額を計算する際の自己負担額に含めないこととする。

3 指定医療機関の窓口における自己負担額

受給者の自己負担額は医療保険制度における一部負担金の一部であることから、健康保険法第75条に規定する一部負担金の端数処理の規定が適用され、医療機関における自己負担額の徴収に当たっては、10円未満の金額は四捨五入するものとする。

第7 特定医療費の支給等

1 特定医療費の支給

特定医療費の支給は、受診者が受給者証を指定医療機関に提示して受けた指定特定医療に係る費用について、当該指定医療機関に支払うことにより行うことを原則とする。

なお、指定医療機関に対し特定医療費を支払うことが困難であると認める場合等、その必要があると認めるときは、指定医療機関への特定医療費の支給に代えて、別に定めるところにより受給者に対し療養費を支給することができるものとする。

2 指定医療機関

法第24条第1号で定めるところにより、指定医療機関についての一覧を作成し、県ホームページに公示することとする。

また、指定医療機関に異動（新規指定や廃止等）があった場合にはその旨を公示するとともに、異動のあった指定医療機関の月ごとの一覧を社会保険診療報酬支払基金埼玉支部及び埼玉県国民健康保険団体連合会に送付することとする。

3 指定医療機関における診療報酬の請求及び支払

指定医療機関による診療報酬の請求は、診療報酬請求書に診療報酬明細書を添付し、当該指定医療機関所在地の社会保険診療報酬支払基金又は国民健康保険団体連合会に提出し行うこととする。

4 診療報酬の審査、決定及び支払

診療報酬の審査は「特定医療費の支給に係る診療（調剤）報酬の審査及び支払に関する事務の社会保険診療報酬支払基金への委託について」（健発1112第10号平成26年11月12日厚生労働省健康局長通知）及び「特定医療の給付に係る診療報酬の審査及び支払に関する事務の国民健康保険団体連合会への委託について」（健発1112第12号平成26年11月12日厚生労働省健康局長通知）の定めるところによることとする。

第8 その他

1 医療保険各法等との関連事項

他法に基づく給付が行われる医療との関係については、令第4条の規定により、健康保険法の規定による療養の給付や児童福祉法の規定による小児慢性特定疾病医療費等の支給を受けられるときは特定医療費の支給は行わないものとする。

特定医療費の支給は、医療保険の自己負担部分を対象とするものとする。

2 臨床調査個人票の研究等への利用に関する同意事項

申請者が臨床調査個人票の研究等への利用に関する同意事項に同意せず、支給認定の申請に際して第4の1、第5の7(4)及び8に規定する同意書を提出しない場合においても申請を行えるものとする。

軽症者特例（令第2条に定める基準（軽症高額該当基準））に係る支給認定の手続等について

埼玉県特定医療費支給認定実施要綱第4の1に規定する法第7条第1項第2号に基づき令第2条に定める基準（以下「軽症高額該当基準」という。）に係る支給認定（法第7条第1項に規定する支給認定をいう。以下同じ。）の手続等については、以下のとおりとする。

第1 軽症高額該当基準に関する基本的事項

1 基本的事項

(1) 軽症高額該当基準は、同一の月に受けた指定難病に係る医療費（医療費総額をいう。以下同じ。）が33,330円を超えた月数が、支給認定の申請のあった日（以下「申請日」という。）の属する月以前の12月以内に既に3月以上あることとする。

なお、この場合において、当該医療費には、当該指定難病に係る特定医療費の支給対象となり得る介護保険サービスに要する費用は含むが、入院時食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は含まないこととする。

(2) (1)の指定難病に係る医療費は、指定難病（支給認定の申請に係るものに限る。）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費とする。

(3) (1)の医療費を考慮する期間（以下「医療費考慮期間」という。）は、申請日の属する月から起算して12月前の月、又は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を発症したと難病指定医が認めた月（※）を比較していずれか申請日の属する月に近い月から申請日の属する月までの期間とする。

※ 臨床調査個人票の基本情報のうち発症年月日欄に記載された年月とする。

2 医療費の確認方法について

(1) 1(1)の医療費の実績の確認に際しては、受給者証の交付に伴い発行する管理票が支給認定の申請書に添付されている場合には、これを用いて行うこととする。

また、医療費申告書に治療等を受けた医療機関名や治療等に係る医療費の額を記載し、その根拠となる指定難病の治療等に係る医療費の額等が示された領収書等（以下「領収書等」という。）が添付されている場合には、これを用いて確認することとする。

(2) 管理票の記載が不十分な場合にあつては、医療費申告書（領収書等を添付したもの）の提出を求めることができるものとする。

第2 新規申請者に係る手続

1 軽症高額該当基準に係る申請手続

指定難病の患者等は、支給認定の申請に当たり、当該申請に係る患者が軽症高額該当基準を満たすことを理由として当該支給認定を受けようとする場合には、その旨を申請書に記載し、医療費申告書に領収書等を添えて申請を行うこととする。

2 軽症高額該当基準に係る支給認定の手続

(1) 支給認定の審査に当たっては、臨床調査個人票により、当該申請に係る患者が指定難病にかかっていることを確認することとする。

当該患者が指定難病にかかっていることを確認できた場合には、当該患者の病状の程度が個々の指定難病の特性に応じ、日常生活又は社会生活に支障があると医学的に判断される程度として定められた基準に該当することを平成26年11月12日健発1112第1号厚生労働省健康局長通知「指定難病に係る診断基準及び重症度分類等について」に定める重症

度分類等（以下「重症度分類等」という。）により確認することとする。

当該患者の病状の程度が重症度分類等に照らして一定以上でない場合には、軽症高額該当基準に該当するか否かを確認することとする。

(2) 軽症高額該当基準に該当するか否かの判断に当たっては、以下のことを確認することとする。

ア 医療費考慮期間が適切に設定されており、当該期間内において、第1の1(2)に定める範囲の医療に要した費用が考慮されていること。

イ 医療費考慮期間内に医療費が33,330円を超えている月が3月以上あること。

(3) 軽症高額該当基準に該当するか否かの判断に当たって考慮する医療費について、当該医療の内容等について、医学的に適切であるかどうかを判定することが必要な場合には、専門審査員又は指定難病審査会に審査を求めることができることとする。

(4) 軽症高額該当基準に該当するものとして支給認定をした場合には、受給者証にその旨を記載して交付することとする。

(5) 軽症高額該当基準に該当しないため、指定難病審査会の審査を経て支給認定をしなかった場合には、別に定める支給認定を行わない旨の通知書（以下「却下通知書」という。）に、当該患者が指定難病にかかっているが、その病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではない旨及び軽症高額該当基準に該当しない旨を理由として記載し交付することとする。

また、支給認定されなかった申請者に対しては、領収書等による医療費の管理を自ら行うため、却下通知書と併せて医療費申告書を交付することとする。

第3 更新申請者に係る手続

1 軽症高額該当基準に係る支給認定の更新申請の手続

指定難病の患者等は、支給認定の更新申請に当たり、当該申請に係る患者が軽症高額該当基準に該当することを理由として当該支給認定を受けようとする場合には、その旨を申請書に記載して申請を行うこととする。

2 軽症高額該当基準に係る支給認定の更新手続

(1) 第2の2(1)と同様に、当該更新申請に係る患者が指定難病にかかっていることを確認するとともに、当該患者の病状の程度が重症度分類等に照らして一定以上であるか否かを確認することとする。

当該患者の病状の程度が重症度分類等に照らして一定以上でない場合には、軽症高額該当基準に該当するか否かを確認することとする。

なお、前回の支給認定の記録により、患者が指定難病にかかっていること及び病状の程度が重症度分類等に照らして一定以上でないことが明らかである場合には、これらに係る審査を省略することを認めるものとする。

(2) 更新申請における医療費の確認については、管理票に医療機関によって特定医療に要した医療費の額が記載されている場合には、原則としてこれにより確認することとする。ただし、初回の認定の有効期間が1年間に満たない場合にあつては、医療費申告書及び領収書等により医療費の確認を行うこともできるものとする。

(3) 管理票に医療機関が医療費を記載しなかった場合や当該記載が不十分な場合には、(2)と同様、医療費申告書及び領収書等により医療費の確認を行うことができるものとする。

(4) 軽症高額該当基準に該当するものとして支給認定を行った場合は、軽症高額該当である旨を記載して受給者証を交付することとする。

軽症高額該当基準に該当しないため、指定難病審査会の審査を経て支給認定をしなかった場合には、却下通知書に、当該患者が指定難病にかかっているが、その病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではない旨及び軽症高額該当基準に該当しない旨を記載し交付することとする。

また、支給認定されなかった申請者に対しては、領収書等による医療費の管理を自ら行うため、却下通知書と併せて医療費申告書を交付することとする。

第4 新規又は更新の申請で病状の程度が重症度分類等に照らして一定以上でないものとして支給認定されなかった申請者の再申請に係る手続

1 軽症高額該当基準に係る申請手続

- (1) 申請書に軽症高額該当基準に該当する旨を示すことなく申請（更新申請を含む。）が行われた場合において、当該申請に係る患者が指定難病にかかっていると認められたが、当該患者の病状の程度が重症度分類等に照らして一定以上でないことから、指定難病審査会の審査を経て支給認定をしないこととする場合には、当該申請者に対して、当該患者が指定難病にかかっているが、その病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではない旨を記載した却下通知書を交付することとする。

また、支給認定されなかった申請者に対しては、領収書等による医療費の管理を自ら行うため、却下通知書と併せて医療費申告書を交付することとする。

- (2) (1)により却下通知書を交付された者が、軽症高額該当基準を満たすことを理由として再申請をする際には、管理票又は医療費申告書（添付された領収書等を含む。）を添えて申請することとする。

なお、医療費考慮期間における特定医療に要した医療費が不明な場合や指定難病にかかってから3月以内の者にあつては、軽症高額該当基準を満たすことが確認できた時点で申請を行うこととする。

- (3) 支給認定が却下されてからおおむね12月を経過していない場合にあつては、以前の申請の際添付した臨床調査個人票又は当該患者が指定難病にかかっているが、その病状の程度が特定医療費の対象となる程度ではない旨が記載された却下通知書を使用することができるものとする。
- (4) その他、新規申請の場合は第2の1に、更新申請の場合は第3の1に準じて必要な手続を行うこととする。

2 軽症高額該当基準に係る支給認定の手続

- (1) 当該申請に係る患者が指定難病にかかっていることを確認するとともに、当該患者の病状の程度が重症度分類等に照らして一定以上であるかを確認することとする。

当該患者の病状の程度が重症度分類等に照らして一定以上でない場合には、軽症高額該当基準に該当するか否かを確認することとする。

なお、申請に係る指定難病の患者について、当該申請以前に審査が行われ、支給認定が却下されてからおおむね12月以内に再申請が行われ、前回申請時と同一の臨床調査個人票又は却下通知書で判断を行う場合には、指定難病にかかっていること及び当該患者の病状の程度に係る審査を省略することを認めるものとする。

- (2) その他、第2の2に準じて必要な手続を行うこととする。