

事務連絡
平成27年3月6日

富山県医師会長 殿

富山県厚生部健康課長

特定医療費（指定難病）の償還払いにおける「特定医療費（指定難病）療養記録」に係る様式の訂正について（差替のお願い）

平素より、本県の難病対策につきまして、ご理解とご協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、特定医療費（指定難病）に係る償還払いにおける療養記録の作成への協力について、平成27年2月9日付け事務連絡により貴会員への周知をお願いしたところです。

今般、療養記録の名称等について、医療機関からのご要望が多数寄せられたこと等から下記の点につき訂正を行うこととなりました。

つきましては、平成27年2月9日付け事務連絡を別添のとおり差し替え訂正いただくよう貴会員への周知を宜しく申し上げます。

記

【訂正】

療養記録の訂正箇所	改正前	改正後
名称	療養記録	特定医療費（指定難病）療養記録
特定医療費（指定難病）療養記録作成上の注意（資料2）	1. (略) ・ (略) ・ 認定された疾患に関わりのない治療や保険適用外のサービス（差額ベッド代など）、臨床調査個人票等の文書料（ <u>診療情報提供料など</u> ）は対象となりません。	1. (略) ・ (略) ・ 認定された疾患に関わりのない治療や保険適用外のサービス（差額ベッド代など）、臨床調査個人票の <u>作成に係る</u> 文書料は対象となりません。

【添付書類】 平成27年2月9日付け事務連絡（訂正後）

事務担当: 感染症・疾病対策班
加納、笹島、大平
電話) 076-444-4513

27.3.-9

事 務 連 絡
平成 27 年 2 月 9 日

富山県医師会長 殿

富山県厚生部健康課長

特定医療費（指定難病）に係る償還払いにおける「特定医療費（指定難病）療養記録」の作成への協力について

平素より、本県の難病対策につきまして、ご理解とご協力をいただき誠にありがとうございます。

さて、平成 27 年 1 月 1 日、「難病の患者に対する医療等に関する法律」が施行され、110 疾病（指定難病）を対象とした新たな医療費助成制度が始まりました。今後、対象疾病は、約 300 疾患に拡大される予定です。

このように対象疾患が大幅に増加されたことなどにより、当面の間、受給者が医療費助成の申請を行ってから受給者証を受取るまでに要する期間も長くなり、結果として、償還払いで対応する者の増加が見込まれます。

また、新しい制度では、月額自己負担上限額の金額・算定方法が、従来の特定疾患治療研究事業とは大きく変わり、同月に負担した医療費（入院、外来、薬代、訪問看護の費用等）を合算し適用することとなります。このため、受給者本人において、領収書・診療明細書等に基づき総医療費額や保険診療本人負担分等を算出した上で、償還払い請求を行うことは、受給者にとって大きな負担となることが懸念されます。

このような状況のもと、県では、特定医療費（指定難病）に係る療養記録の作成を医療機関にお願いすることにより、償還払い請求に係る受給者の負担軽減を図りたいと考えております。

つきましては、受給者から「特定医療費（指定難病）療養記録」の作成を求められた際には、ご協力いただきますよう、貴会員への周知を宜しく申し上げます。

なお、スモン等[＊] 特定疾患治療研究事業における償還払いについては従来どおりで変更はなく、療養記録の作成は不要であることを申し添えます。

＊）スモン等：スモン、劇症肝炎（更新のみ）、重症急性肺炎（更新のみ）、県単 11 疾患、先天性血液凝固因子障害等

【添付書類】

資料 1 特定医療費（指定難病）療養記録（様式）

資料 2 特定医療費（指定難病）療養記録作成上の注意

事務担当：感染症・疾病対策班
加納、笹島、大平
電話）076-444-4513

特定医療費(指定難病)療養記録

資料 1

受給者番号								受給者氏名	
公費負担番号									
受給者証有効期間	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	疾病名				
健康保険種別	本人・家族		協会・組合・共済・国保(一般)・国保(退職)・後期高齢・ 国保組合・船員・介護・その他()						割

診療月	区分 (診療科)	1ヶ月のレセプトの総日数	1ヶ月分のレセプトの保険総点数	1ヶ月の総食事数	有効期間内の食事療養費	窓口での患者負担額(1ヶ月分) (上段: 医療費) (下段: 食事療養費)	備考
		有効期間内でかつ対象疾病で受診した日数	有効期間内でかつ対象疾病に係る保険点数	有効期間内の食事数	有効期間内の食事療養費本人負担分		
年 月	入院 ()	日	点	食	円	円	
		日	点	食	円	円	
	入院外 ()	日	点	/	/	/	円
		日	点	/	/	/	

上記のとおり相違ありません。

平成 年 月 日

医療機関等 所在地 〒

名称

代表者名

印

医療機関コード

(記入者)

氏名

所属

連絡先

医療機関の方へ

1. 医療費助成の対象は、指定医療機関で提供された保険適用の特定医療費（指定難病）（法別番号54）です。
 - ・指定医療機関でない医療機関は証明しないでください。
 - ・認定された疾患に関わりのない治療や保険適用外のサービス（差額ベッド代など）、臨床調査個人票の作成に係る文書料は対象となりません。
2. 医療機関（病院、診療所、調剤薬局及び訪問看護ステーション）毎に特定医療費（指定難病）療養記録を作成してください。
3. 証明が1か月を超える場合は、必要枚数をコピーしてください。

～特定医療費（指定難病）療養記録記載上の注意事項～

- 健康保険の種別は必ず記入してください。
- 入院の場合は、食事日数（取られなかった場合は0日）も記入してください。ただし、入院時の食事療養費及び生活療養費の助成は、法別番号54の特定医療費（指定難病）受給者であって経過措置対象者（公費負担番号54165014）若しくは生活保護受給者が対象となります。
- 限度額認定証等が提示されていた場合などは、所得区分（ア、イ、ウ、エ、オ I、II、III、IV）を備考欄に記載してください。
- 医療機関印ではなく代表者印（院長印や理事長印、もしくは代表者の個人印）を押印してください。
- 介護保険請求の場合は、保険診療点数の「点」を「単位」と読み替えてご記入ください。