

(健Ⅱ8)

平成30年4月4日

都道府県医師会  
担当理事 殿

日本医師会常任理事  
羽 鳥 裕

難病法第40条の規定（大都市特例）の施行に伴う  
指定医療機関における医療受給者証の確認等について

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「難病法」という。）第40条の規定（大都市特例）に基づき、本年4月1日より、指定医及び指定医療機関の申請書類の提出先等、難病に係る各種事務処理の所管が変更されることにつきましては、すでにご案内申し上げました。（平30.3.13（地Ⅲ239）をご参照）

上記特例の施行に伴い、指定都市に居住する患者については、「特定医療費（指定難病）受給者証」（以下、「医療受給者証」という。）に記載される実施機関番号（厚生労働省事務連絡の別添をご参照）が、これまでの601又は602から700番台又は800番台に変更されることから、今般、厚生労働省より各都道府県及び指定都市あて別添の事務連絡が発出され、本会に対しても周知協力方依頼がまいりましたのでご連絡申し上げます。

具体的には、指定医療機関窓口において、本年4月1日以降に難病に係る医療受給者証を提示された場合には、医療受給者証の公費負担者番号および有効期間を確認の上、正しい公費負担者番号で請求していただくよう依頼するものであります。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴会管下郡市区医師会等に対する周知方について、ご高配のほどよろしくお願い申し上げます。

事 務 連 絡  
平成 30 年 3 月 29 日

公益社団法人 日本医師会 御中

厚生労働省健康局難病対策課

大都市特例の施行に伴う指定医療機関における  
医療受給者証の確認等について

日頃から厚生労働行政の推進に御尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、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）第 40 条に基づき、難病法中都道府県が処理することとされている事務を指定都市が処理することとする規定が平成 30 年 4 月 1 日から施行となります。

これに伴い、指定都市に居住する患者については、実施機関番号が 6 0 1 又は 6 0 2 から 7 0 0 番台又は 8 0 0 番台に変更になります。

指定医療機関において、平成 30 年 4 月 1 日以降に、医療機関の窓口で難病の医療受給者証を提示された場合は、医療受給者証の公費負担者番号及び有効期間をご確認いただき、誤って古い医療受給者証を提示していないか等ご確認いただくとともに、返戻の手続きが発生することのないよう正しい公費負担者番号で請求を行っていただきたい旨を別添のとおり各都道府県、指定都市難病対策課を通じ、周知しております。

については、貴会におかれましても、各都道府県医師会等への周知につきまして、ご協力お願いいたします。

事 務 連 絡  
平成 30 年 3 月 2 9 日

各 都道府県、指定都市 難病対策担当課 御中

厚生労働省健康局難病対策課

大都市特例の施行に伴う指定医療機関における  
医療受給者証の確認等について

日頃から厚生労働行政の推進に御尽力を賜り、厚く御礼申し上げます。

さて、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）第 40 条に基づき、難病法中都道府県が処理することとされている事務を指定都市が処理することとする規定が平成 30 年 4 月 1 日から施行となります。

これに伴い、指定都市に居住する患者については、実施機関番号が 6 0 1 又は 6 0 2 から 7 0 0 番台又は 8 0 0 番台に変更になります。

ついては、平成 30 年 4 月 1 日以降に、医療機関の窓口で難病の医療受給者証を提示された場合は、医療受給者証の公費負担者番号及び有効期間をご確認いただき、誤って古い医療受給者証を提示していないか等ご確認いただくとともに、返戻の手続きが発生することのないよう正しい公費負担者番号で請求を行っていただきたい旨、貴都道府県、指定都市内の指定医療機関に対し改めて周知をお願いいたします。

なお、指定都市にて別途新たな医療受給者証を発行する場合においては、都道府県において、施行日前までの医療受給者証を回収いただくようお願いいたします。

特定医療費（指定難病）受給者証											
公費負担者番号										住所が指定都市の場合、実施機関番号が700番台又は800番台であるかご確認下さい。	
特定医療費受給者番号											
受 診 者	フリガナ					性別	生年月日				
	氏名					男・女	年月日				
	フリガナ										
	住所										
	保険者（※1）										
	被保険者証の記号及び番号（※2）						適用区分				
病名											
保護者（受診者が18歳未満の場合記入）	フリガナ					続柄					
	氏名										
	フリガナ										
	住所										
指 定 医 療 機 関 名	病院・診療所				所在地						
	薬局				所在地						
	訪問看護事業者等				所在地						
負 担	自己負担上限額	月額			円		階層区分				
	人工呼吸器等装着	該当・非該当			高額かつ長期			該当・非該当			
	軽症高額該当	該当・非該当									
	受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の対象患者				有・無						
有効期間		年 月 日 から			年 月 日 まで						
上記のとおり認定する。										診療日が有効期間の範囲内であるかご確認ください。	
年 月 日		〇〇〇〇都道府県知事			印						

実際の受給者証は、都道府県において変更しているケースがあります。