

特定医療費(指定難病)の医療費助成の申請について (R3.4~)

◇ 新規申請に必要なもの

| | | |
|---|------------------------|---|
| ① | 特定医療費(指定難病)支給認定申請書【新規】 | 本人、家族、代理人等がご記入ください。 |
| ② | 臨床調査個人票 | 【難病指定医】にご依頼ください。 |
| ③ | 保険証 | ※1で必要な方の分を確認 |
| ④ | マイナンバー | マイナンバーカード・マイナンバー通知カード・マイナンバー付きの住民票 のいずれか ※1で必要な方の分を確認 |
| ⑤ | 保険者からの情報提供に係る同意書 | 本人、家族、代理人等がご記入ください。 |
| ⑥ | 本人確認できるもの | 窓口へ来られる方の運転免許証、身体障害者手帳、パスポート等 官公署発行の顔写真付きのもの (上記が無い場合は、健康保険証、公共料金の領収書、年金手帳の書類を2つ以上お持ちください。) |

※1 保険証・マイナンバーについて

| 患者が加入している医療保険の種類 | 保険証・マイナンバーが必要な方 |
|-------------------------------|------------------------------|
| 被用者保険 (健康保険・共済組合など) | 患者 及び 被保険者の分 |
| 国民健康保険/ 後期高齢者医療広域連合 | 住民票上の世帯で 同じ医療保険に加入している全員分 |
| 国民健康保険組合 (医師・歯科医師・土木・建設など) | |

● 以下は該当者のみ提出

| | |
|---|---|
| ⑦ | 同じ医療保険加入者で、他に医療受給者証(指定難病・小児慢性特定疾病)を持っている方がいる場合 ➡その受給者証、または申請書 |
| ⑧ | 【軽症者特例】に該当する方 (裏面※2参照) ➡医療費申告書および申告内容を証明する領収書等 |
| ⑨ | 市民税非課税世帯で、障害年金・遺族年金等を受給している方 ➡本人の前年の年金等が確認できる書類・・・「直近の払い込み通知書」や「通帳」等 |
| ⑩ | 生活保護受給者 ➡生活保護受給者であることを証明するもの(生活保護受給証明書等) (③⑤の書類の提出は基本的には不要です。 ただし、社会保険加入者の方については必要です。) |
| ⑪ | 指定難病に起因して訪問看護等の介護保険サービスを受ける予定の方 ➡介護保険被保険者証 |

※2 軽症者特例について

特定医療費の支給認定要件である重症度分類等を満たさないものの、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が申請月以前の12月以内に3回以上ある方については、支給認定を行います。

〔ただし、医療費総額33,330円に考慮する医療費については指定難病に係るもののみとし、入院時の食事療養費・生活療養費は除きます。〕

◇ 認定される期間について

認定された場合は、保健所が申請書類一式を受理した日が医療費助成の始期となります。初診日や診断確定日などに遡って適用することはできませんのでご注意ください。

◇ 自己負担額について

※現行の3割負担から2割負担に引下げられます(2割の方は2割、1割の方は1割のままです)。

| 医療費助成における自己負担限度額(月額) | | (単位:円) | | |
|----------------------|--|----------------|--------------|---------------|
| 階層区分 | 階層区分の基準 ()内の数字は、夫婦2人世帯の場合における年収の目安 | 患者負担割合:2割 | | |
| | | 自己負担限度額(外来+入院) | | |
| | | 一般 | 高額かつ長期 ※3 | 人工呼吸器等 装着者 |
| 生活保護 | - | 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 |
| 低所得 II | | 本人年収 80万円超~ | 5,000 | 5,000 |
| 一般所得 I | 市町村民税 課税以上7.1万円未満 (約160万円~約370万円) | 10,000 | 5,000 | 1,000 |
| 一般所得 II | 市町村民税 約7.1万円以上25.1万円未満 (約370万円~約810万円) | 20,000 | 10,000 | |
| 上位所得 | 市町村民税25.1万円以上 (約810万円~) | 30,000 | 20,000 | |
| 入院時の食費 | | 全額自己負担 | | |

※3 高額かつ長期について

所得の階層区分について一般所得 I 以上の方が、支給認定を受けた指定難病に係る月ごとの医療費総額について5万円を超える月が年間6回以上ある場合は、月額の医療費の自己負担額を軽減します。

◇ 申請場所・お問い合わせ先

大分市保健所 保健予防課 管理担当班 電話:(097)535-7710
〒870-8506
大分市荷揚町6番1号 大分市保健所 2階6番窓口