事　務　連　絡
平成２６年１２月２２日

各 都道府県難病対策担当課 御中

厚生労働省健康局疾病対策課

特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法について

難病対策の推進につきましては、平素より格別の御協力をいただき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）に基づく特定医療については、平成２７年１月１日から施行され、これに伴う指定医療機関における診療報酬請求事務に関しては「診療報酬請求書等の記載要領について」（昭和５１年８月７日保険発第８２号。保険局より今般改正通知が発出される予定）によって取り扱うこととなりますが、この他、自己負担上限額管理票等の記載方法を別紙のとおりとしますので、貴管轄下の指定医療機関に周知方についてお願いいたします。

特定医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法について（指定医療機関用）

平成２６年１２月

厚生労働省健康局疾病対策課

目　　　次

１．制度の概要について　…………………………………………………… 1
２．指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い　……………………… 3
３．生活保護受給者等の取扱について　…………………………………… 5
４．診療報酬請求について　…………………………………………………… 5
（１）「診療の給付」欄について
（２）「食事療養」欄について
５．管理票の記載について　………………………………………………… 10
６．参考資料
別紙１（指定難病一覧）……………………………………………………… 19
別紙２（特定医療費（指定難病）受給者証）……………………………… 20
別紙３（自己負担上限額管理票）…………………………………………… 21
別紙４（公費負担者番号一覧（都道府県別））……………………………… 22
別紙５（指定医療機関療養担当規程）……………………………………… 23

第１　制度の概要について

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。）に基づく新たな医療費（特定医療費）助成制度の概要は以下のとおりである。

（１）特定医療費の支給対象者

特定医療費の支給対象となる者は、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場合である。

・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）である者であること。

・支給認定の申請のあった月以前の１２月以内に医療費総額が３３，３３０円を超える月数が既に３月以上ある者であること。

【参考１】「指定難病」とは

難病（発病の機構が明らかでなく、かつ、治療方法が確立していない希少な疾病であって、当該疾病にかかることにより長期にわたり療養を必要とすることとなるものをいう。）のうち、当該難病の患者数が本邦において、人口（官報で公示された最近の国勢調査又はこれに準ずる全国的な人口調査の結果による人口をいう。）のおおむね千分の一程度に相当する数に達せず、かつ、当該難病の診断に関し客観的な指標による一定の基準が定まっているものであって、当該難病の患者の置かれている状況からみて当該難病の患者に良質かつ適切な医療の確保を図る必要性が高いものとして、厚生労働大臣が厚生科学審議会の意見を聴いて指定するものを指定難病という。（別紙１参照）

【参考２】「特定医療」とは

特定医療とは、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。

（２）自己負担割合

・医療保険の患者負担割合が３割の者については、負担割合が２割に軽減される。
なお、医療保険の患者負担割合が２割の者や７５歳以上で１割の者のほか、介護保険についても患者負担割合が１割の場合は、それぞれの制度の負担割合が適用される。

（３）自己負担上限額

・所得（市町村民税（所得割）の課税の額）や治療状況に応じて自己負担上限額（負担上限月額）が設定されている。

・入院・入院外の区別を設定せず、また、複数の指定医療機関（薬局、訪問看護ステーション等を含む。）で支払われた自己負担をすべて合算した上で自己負担上限額を適用する。

（注）病院、診療所における受療以外に、薬局での保険調剤、医療保険における訪問看護ステーションが行う訪問看護及び介護保険における訪問看護等が含まれる。

【難病法に基づく特定医療費の自己負担上限額】

<table>
<tr><th rowspan="2">階層区分</th><th colspan="3">実施機関番号６０１番（原則）</th><th colspan="3">実施機関番号５０１番（※）</th></tr>
<tr><th>一　般</th><th>高額かつ長期</th><th>人工呼吸器等
装着者</th><th>一　般</th><th>重症患者</th><th>人工呼吸器等
装着者</th></tr>
<tr><td>生活保護</td><td>0 円</td><td>0 円</td><td>0 円</td><td>0 円</td><td>0 円</td><td>0 円</td></tr>
<tr><td>低所得Ⅰ</td><td>2,500 円</td><td>2,500 円</td><td rowspan="5">1,000 円</td><td>2,500 円</td><td rowspan="2">2,500 円</td><td rowspan="5">1,000 円</td></tr>
<tr><td>低所得Ⅱ</td><td>5,000 円</td><td>5,000 円</td><td>5,000 円</td></tr>
<tr><td>一般所得Ⅰ</td><td>10,000 円</td><td>5,000 円</td><td>5,000 円</td><td rowspan="3">5,000 円</td></tr>
<tr><td>一般所得Ⅱ</td><td>20,000 円</td><td>10,000 円</td><td>10,000 円</td></tr>
<tr><td>上位所得</td><td>30,000 円</td><td>20,000 円</td><td>20,000 円</td></tr>
<tr><td>入院時の食費</td><td colspan="3">食事（生活）療養標準負担額を自己負担</td><td colspan="3">食事（生活）療養標準負担額の１／２を自己負担</td></tr>
</table>

注１）（※）印は、平成２９年１２月３１日までの経過的特例（（５）参照）である。

注２）同一世帯内に難病の特定医療費及び小児慢性特定疾病の医療費の給付の対象者がいる場合は、当該世帯内の対象患者を勘案して自己負担上限額の按分が行われるため、上記とは異なる自己負担上限額が受給者証に記載される場合がある。

○「高額かつ長期」とは

・実施機関番号６０１番の所得区分のうち「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」、「上位所得」の受診者であって、医療費総額が５万円を超えた月数が申請を行った月以前の１２月以内に既に６月以上ある者が該当する。

○「重症患者」とは

・実施機関番号５０１の所得区分のうち、特定疾患治療研究事業における重症患者に該当する場合には、負担上限額が軽減され、平成２９年１２月３１日までの間は、「低所得Ⅱ」に該当した場合でも、負担上限月額は ２，５００円、「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」、「上位所得」に該当した場合でも 負担上限月額は ５，０００円となる。

○「人工呼吸器等装着者」とは

・人工呼吸器その他の生命の維持に欠くことができない装置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、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要があり、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都道府県による認定を受けた者である場合には、負担上限月額は１，０００円となる。

（４）入院時の食費等

・入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額及び入院時生活療養費に係る生活療養標準負担額については、患者負担とする。

・ただし、入院時生活療養費の場合、難病法第７条第１項に規定する支給認定を受けた指定難病の患者の生活療養標準負担額は、現行の入院時食事療養標準負担額と同額となる（居住費の自己負担はなし）。

（５）経過的特例（施行から３年間（平成２９年１２月３１日まで））

・受診者が難病療養継続者（平成２６年１２月３１日において特定疾患治療研究事業による医療に関する給付が行われるべき療養を受け、引き続き特定医療費の支給を受けている者）の場合、一般所得Ⅰ、一般所得Ⅱ、上位所得、重症患者に該当する者は、自己負担上限額が軽減される。

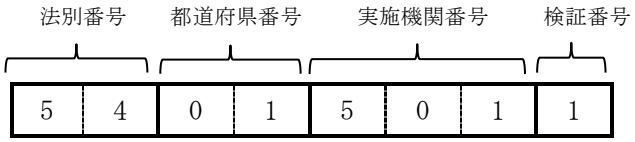
・入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額及び入院時生活療養費に係る生活療養標準負担額（食費部分）は２分の１を公費が負担する。

第２　指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い

（１）特定医療費の受給者に対しては、都道府県により医療受給者証（別紙２。以下「受給者証」という。）が発行される。

（２）　受給者証の公費負担者番号の法別番号は「５４」、実施機関番号は「５０１」と「６０１」の２種類に分かれており、実施機関番号「５０１」が付されている受給者証を所持している者については、平成２７年１月１日から平成２９年１２月３１日まで経過的特例の適用を受ける。

【受給者証に記載される公費負担者番号】



※都道府県番号等は別紙４参照

（３）受給者証の自己負担上限額の記載欄には、所得や治療の状況に応じて設定された月の自己負担上限額が記載されている。

（４）難病の特定医療費においては、支給認定の際に都道府県から患者に対して受給者証に加えて自己負担上限額管理票（別紙３。以下「管理票」という。）が発行されることから、当該患者が指定医療機関を受診する際に管理票を受給者証と併せて指定医療機関の窓口に提出する。

（５）難病法に基づく特定医療費の制度は、医療保険の医療費の患者負担割合が３割負担の者（７０歳未満及び７０歳から７４歳で現役並み所得者）について２割負担に軽減する制度であり、所得に応じて月額の自己負担上限額が設定されているが、医療費の２割が自己負担上限額を超えない場合は、医療費の２割分を徴収することとなる。

（６）７０歳から７４歳（誕生日が昭和１９年４月１日までの者（※））については、７５歳になるまでは、窓口負担が１割となることから、自己負担上限額に達していない場合は、医療費総額の１割を徴収し、当該額を管理票に記載することとなる。

（※）医療保険各法（高齢者の医療の確保に関する法律（昭和５７年法律第８０号）第７条第１項に規定する医療保険各法をいう。以下同じ。）の規定による被保険者又は被扶養者（現役並み所得者を除く。）

（７）同一世帯内に複数の難病の特定医療費又は小児慢性特定疾病の医療費の給付の対象患者がいる場合、世帯内の対象患者を勘案して自己負担上限額を按分することから、該当する者については、上記第１の（３）に記載している自己負担上限額とは異なる額が受給者証に記載されている。

（８）複数の指定医療機関を受診した場合、患者が負担した自己負担額をすべて合算した上で自己負担上限額を適用する。自己負担上限額は、入院・入院外を問わず合算することとなる。

（９）入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額（以下「食事（生活）療養標準負担額」という。）を徴収した場合、患者負担額は、管理票には記載しないこと。また、実施機関番号「５０１」が付されている受給者証が提示された場合、食事（生活）療養標準負担額は、その２分の１の額を徴収することとなる。

【実施機関番号「５０１」が付されている受給者証が提示された場合の窓口徴収額】

例１）　６５歳未満　一般所得　　２６０円×１／２×５食＝６５０円

例２）　６５歳未満　低所得　　２１０円×１／２×５食＝５２５円

注）レセプトには食事（生活）療養標準負担額の全額（２分の１にする前の金額）を記載する。

（１０）　管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該患者より自己負担を徴収した際に日付、指定医療機関名、医療費総額（１０割分）、自己負担額、自己負担の累積額（月額）を記載し、自己負担額徴収欄に押印する。

なお、医療費総額については、特定医療に係る診療とそれ以外の診療とに分かれる場合、管理票には特定医療に係る医療費の総額のみを記載する。

また、患者からの自己負担の徴収は、原則として、指定医療機関を受診した日に行うこととなることから、管理票への記載も当該受診した日に行うこととなるが、訪問看護サービス等において、利用した日の翌月に利用料を請求する場合には、利用した月の自己負担の累積額を確認したうえで、患者から徴収し、当該額を管理票に記載すること。

注）患者から徴収した額に１０円未満の端数がある場合には、四捨五入した額を自己負担額の欄に記載すること。

（１１）自己負担の累積額（月額）が自己負担上限額に達した際には、所定欄に日付、医療機関名、確認印を押印することとなる。当該欄に医療機関名の記載のある管理票を所持している受給者からは当該月において自己負担を徴収しないこととなるが、医療費総額については、「高額かつ長期」等の確認に使用するため、患者からの申し出があった場合など、必要に応じて自己負担上

限額に達した後も５万円まで管理票に記載すること。

（１２）特定医療に係る医療保険の給付については、通常の高額療養費に準じて、所得区分別の自己負担限度額が適用されるため、受給者証に記載されている高額療養費の所得区分をレセプトの特記事項の欄に記載することとなる。なお、記載する所得区分の略号は、「診療報酬請求等の記載要領等について」（昭和５１年８月７日保険発第８２号）に基づいて記載することとなる。

ただし、平成２７年１２月３１日までは、都道府県が保険者に対して行う照会等の結果を待たずに受給者証における医療保険の所得区分の記載欄を空欄とすることも認めているため、その場合の高額療養費の算定基準額については以下のとおり取り扱うこととする。

・７０歳未満の者　80,100 円＋（医療費－267,000 円）×１％
・７０歳以上の者（入院療養）　44,400 円
・７０歳以上の者（外来療養）　12,000 円

また、平成２７年１月１日から平成２７年１２月３１日までの間、７０歳以上の現役並み所得者（高齢受給者証又は後期高齢者医療受給者に負担割合「３割」の記載がある者）及び医療機関に限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を受給者証と併せて提出した患者については、受給者証の適用区分欄が空欄であっても、当該限度額認定証等に記載されている所得区分を適用する。

第３　生活保護受給者等の取扱い

（１）生活保護受給者が特定医療費の支給を受ける場合、療養の給付と食事（生活）療養が全て特定医療の対象となるものである場合には、これらに係る費用は特定医療費として 10 割給付されるので、特定医療費単独の請求とする。特定医療の対象外の医療を含む場合には、特定医療費に係る公費欄には特定医療費の給付対象となる点数（金額）を記載し、生活保護に係る公費欄には特定医療費の対象とならない点数（金額）を記載すること。

（２）また、生活保護移行防止措置により自己負担上限額が「０円」と記されている医療受給者証を所持している者のうち、食事（生活）療養費負担額分が特定医療費の支給対象外となる場合があることに留意すること。

第４　診療報酬請求について

本記載方法で示している事例のほか、診療報酬の請求にあたっては「診療報酬請求等の記載要領等について」（昭和５１年８月７日保険発第８２号）に基づいて記載すること。

（１）「療養の給付」欄について

特定医療費に係る公費欄の負担金額（自己負担額）については必ず記載すること。

【事例１】

一般の健康保険の加入者（３割）入院外の場合

○入院外医療費　5,000 点

○特定医療費（低所得者Ⅰ；負担上限月額２，５００円）

療養の給付	保険	請求　点 5,000	※決定　点	負担金額　円			
	公費①	点	点	円 2,500			
	公費②				※高額療養費　円	※公費負担点数　点	※公費負担点数　点

50,000 円 ―7割― 35,000 円（医療保険）

50,000 円 ―3割― 15,000 円 ― 12,500 円（特定医療費）

15,000 円 ― 2,500 円（患者自己負担）

【療養の給付の請求】
- 医療保険
  50,000 円×7 割＝35,000 円
- 特定医療費
  50,000 円×3 割－2,500 円（公費①）＝12,500 円
- 患者自己負担額
  2,500 円

【事例２】

７０歳以上（誕生日が昭和１９年４月２日以降の者）の者（２割）外来の場合

○入院外医療費　5,000 点

○特定医療費（低所得者Ⅰ；負担上限月額２，５００円）

療養の給付	保険	請求　点 5,000	※決定　点	負担金額　円 8,000			
	公費①	点	点	円 2,500			
	公費②				※高額療養費　円	※公費負担点数　点	※公費負担点数　点

50,000 円 ―8割― 40,000 円（医療保険）

50,000 円 ―2割― 10,000 円 ― 2,000 円（高額療養）

10,000 円 ― 8,000 円 ― 5,500 円（特定医療費）

8,000 円 ― 2,500 円（患者自己負担）

【療養の給付の請求】
・医療保険
50,000 円×8 割＝40,000 円
・高額療養
50,000 円×2 割－8,000 円＝2,000 円
・特定医療費
8,000 円－2,500 円（公費①）＝5,500 円
・患者自己負担額
2,500 円

【事例３】

７０歳以上から７５歳未満（軽減特例措置対象者）の外来の場合

○入院外医療費　5,000 点

○特定医療費（一般所得者Ⅱ；負担上限月額１０，０００円）

療養の給付	保険	請求　点 5,000	※決定　点	負担金額　円			
	公費①	点	点	円 10,000			
	公費②				※高額療養費　円	※公費負担点数　点	※公費負担点数　点

50,000 円 ―8 割― 40,000 円（医療保険）
50,000 円 ―2 割― 10,000 円 ―1 割― 5,000 円（指定公費）
10,000 円 ―1 割― 5,000 円（患者自己負担）

【療養の給付の請求】
・医療保険
50,000 円×8 割＝40,000 円
・指定公費
50,000 円×1 割＝ 5,000 円
・患者自己負担額
50,000 円×1 割＝ 5,000 円

【事例４】

後期高齢者医療の加入者（１割）外来の場合

○入院外医療費　5,000 点

○特定医療費（低所得者Ⅰ；負担上限月額２，５００円）

療養の給付	保険	請求　点 5,000	※決定　点	負担金額　円			
	公費①	点	点	円 2,500			
	公費②				※高額療養費　円	※公費負担点数　点	※公費負担点数　点

50,000 円 ―9割― 45,000 円（医療保険）
50,000 円 ―1割― 5,000 円 ― 2,500 円（特定医療費）
5,000 円 ― 2,500 円（患者自己負担）

【療養の給付の請求】
・医療保険
　50,000 円×9 割＝45,000 円
・特定医療費
　50,000 円×1 割－2,500 円（公費①）＝2,500 円
・患者自己負担額
　2,500 円

（２）「食事・生活療養費」欄について

食事（生活）療養標準負担額については、特定医療費の給付対象外であるため、公費①の標準負担額の欄に「０」を記載することになる。

ただし、実施機関番号５０１番の受給者証を所持している者については、平成２９年１２月３１日まで経過的特例が適用されるため、食事（生活）療養標準負担額の２分の１を公費が負担することから、請求レセプト上は公費負担①の標準負担額の欄に食事（生活）療養標準負担額の全額を記載する。

ア．経過的特例の適用者の場合（実施機関番号５０１番）

○入院医療費　20,000 点
○特定医療費（一般所得者Ⅱ；負担上限月額１０，０００円）
○入院日数１５日
○一般の健康保険加入者（３割）

療養の給付	保険	請求　点 20,000	※決定　点	負担金額　円	食事・生活療養費	保険	回 45	請求　円 28,800	※決定 円	（標準負担額）　円 11,700
	公費①	点	点	円 10,000		公費①	回 45	円 28,800	円	円 11,700
	公費②	点	点	円		公費②	回	円	円	円

実施機関番号 501 の者は経過的特例の適用のため、標準負担額の１／２を公費で負担することになるが、レセプト上は標準負担額の全額を記載する。

①療養の給付

200,000 円 ─7 割─ 140,000 円（医療保険）
　　└3 割─ 60,000 円 ─ 50,000 円（特定医療費）
　　　　　　　　　　　　└ 10,000 円（患者負担）

②入院時食事療養費

28,800 円 ─ 28,800 円－11,700 円＝17,100 円（医療保険）
　　└ 11,700 円 ─ 5,850 円（特定医療費）
　　　　　　└ 5,850 円（患者自己負担）

【療養の給付の請求】

①療養の給付
- 医療保険
  200,000 円×7 割＝140,000 円
- 特定医療費
  200,000 円×3 割－10,000（公費①）＝50,000 円
- 患者自己負担額
  10,000 円

②入院時食事療養費
- 医療保険
  28,800 円－11,700 円＝17,100 円
- 特定医療費
  11,700 円×１／２＝5,850 円
- 患者自己負担額
  5,850 円

イ．経過的特例の適用外の者（実施機関番号６０１番）

○入院医療費　20,000 点

○特定医療費（一般所得者Ⅱ；負担上限月額２０，０００円）

○入院日数１５日

○一般の健康保険加入者（３割）

入院時食事療養費の食事療養標準負担額については、特定医療の給付対象外であるため、公費欄の食事療養に関する請求と標準負担額の欄に「０」を記載する。

療養の給付	保険	請求　点 20,000	※決定　点	負担金額　円	食事・生活療養費	保険	回 45	請求　円 28,800	※決定 円	（標準負担額）　円 11,700
	公費①	点	点	円 20,000		公費①	回 0	円 0	円	円 0
	公費②	点	点	円		公費②	回	円	円	円

①療養の給付

200,000 円 ─7 割─ 140,000 円（医療保険）
　　└3 割─ 60,000 円 ─ 40,000 円（特定医療費）
　　　　　　　　　　　　└ 20,000 円（患者自己負担）

②入院時食事療養費

28,800 円 ─ 28,800 円－11,700 円＝17,100 円（医療保険）
　　└ 11,700 円（患者自己負担）

【療養の給付の請求】

①療養の給付
- 医療保険
  200,000 円×7 割＝140,000 円
- 特定医療費
  200,000 円×3 割－20,000 円（公費①）＝40,000 円
- 患者自己負担額
  20,000 円

②入院時食事療養費
- 医療保険
  28,800 円－11,700 円＝17,100 円
- 患者自己負担額
  11,700 円

第５　管理票の記載について

【記載例１】

７０歳未満の者（患者負担３割の場合）

○自己負担上限額；一般所得Ⅰ（１０，０００円）

○一般の健康保険加入者（窓口負担３割→２割）

ア　1 月 5 日　○○○病院（総医療費 1,500 点）

医療費の２割が自己負担上限額１万円を下回っているため、患者からは２割分を徴収する。

15,000 円 ―7 割→ 10,500 円（医療保険）
15,000 円 ―3 割→ 4,500 円
4,500 円 ―1 割→ 1,500 円（特定医療費）
4,500 円 ―2 割→ 3,000 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円	印

イ　1 月 5 日　××薬局（総医療費 500 点）

上記アと同様に患者からは２割分を徴収する。

5,000 円 ―7 割→ 3,500 円（医療保険）
5,000 円 ―3 割→ 1,500 円
1,500 円 ―1 割→ 500 円（特定医療費）
1,500 円 ―2 割→ 1,000 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円	印

ウ　1 月 20 日　○○○病院（総医療費 2,500 点）

上記アと同様に患者からは２割分を徴収する。

25,000 円 ―7 割→ 17,500 円（医療保険）
25,000 円 ―3 割→ 7,500 円
7,500 円 ―1 割→ 2,500 円（特定医療費）
7,500 円 ―2 割→ 5,000 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円	印
1 月 20 日	○○○病院	25,000 円	5,000 円	9,000 円	印

エ　1 月 20 日　××薬局（総医療費 1,000 点）

自己負担額の累積額が 9,000 円のため、負担上限月額１万円との差額である 1,000 円を患者が負担する。

3,000 円（３割）－1,000 円（患者負担）＝2,000 円（特定医療費）

10,000 円 ―7 割→ 7,000 円（医療保険）
10,000 円 ―3 割→ 3,000 円
3,000 円 → 2,000 円（特定医療費）
3,000 円 → 1,000 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）
平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円	印
1 月 20 日	○○○病院	25,000 円	5,000 円	9,000 円	印
1 月 20 日	××薬局	10,000 円	1,000 円	10,000 円	印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1 月 20 日	××薬局	印

自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載する。

オ　1 月 31 日　○○○病院（総医療費 1,500 点）

自己負担額の累積額が 10,000 円のため、負担上限月額に達しており、患者の自己負担は生じないが、負担上限額に達した後に指定医療機関を受診した場合は、医療費総額を記載する。

15,000 円 ―7 割― 10,500 円（医療保険）
15,000 円 ―3 割― 4,500 円（特定医療費）

特定医療費（指定難病）
平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円	印
1 月 20 日	○○○病院	25,000 円	5,000 円	9,000 円	印
1 月 20 日	××薬局	10,000 円	1,000 円	10,000 円	印
1 月 31 日	○○○病院	15,000 円			

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1 月 20 日	××薬局	印

自己負担上限額に達した後も受診した際に、患者から申し出があった場合などには、医療費総額のみ記載し、その他の欄は斜線を引く。

【記載例２】

７０歳以上（誕生日が昭和１９年４月２日以降の者）の者

○自己負担上限額；一般所得Ⅰ（１０，０００円）

○国民健康保険加入者（患者負担２割）

ア　1 月 5 日　〇〇〇病院（総医療費 2,000 点）

医療費の２割が自己負担上限額１万円を下回っているため、患者からは２割分を徴収する。

20,000 円 ―8 割→ 16,000 円（医療保険）
20,000 円 ―2 割→ 4,000 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　〇〇	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	〇〇〇病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円	印

イ　1 月 5 日　××薬局（総医療費 500 点）

上記アと同様に、患者からは２割分を徴収する。

5,000 円 ―8 割→ 4,000 円（医療保険）
5,000 円 ―2 割→ 1,000 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　〇〇	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	〇〇〇病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	印

ウ　1 月 20 日　〇〇〇病院（総医療費 2,000 点）

上記アと同様に、患者からは２割分を徴収する。

20,000 円 ―8 割― 16,000 円（医療保険）
　　└2 割― 4,000 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　〇〇	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	〇〇〇病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	印
1 月 20 日	〇〇〇病院	20,000 円	4,000 円	9,000 円	印

エ　1 月 20 日　××薬局（総医療費 1,000 点）

自己負担額の累積額が 9,000 円のため、負担上限月額１万円との差額である 1,000 円を患者が負担する。

2,000 円（２割）－1,000 円（患者負担）＝1,000 円（特定医療費）

10,000 円 ―8 割― 8,000 円（医療保険）
　　└2 割― 2,000 円 ― 1,000 円（特定医療費）
　　　　　　　　　└ 1,000 円（患者負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	印
1 月 20 日	○○○病院	20,000 円	4,000 円	9,000 円	印
1 月 20 日	××薬局	10,000 円	1,000 円	10,000 円	印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1 月 20 日	××薬局	印

自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載する。

オ　1 月 31 日　○○○病院（総医療費 1,500 点）

自己負担額の累積額が 10,000 円のため、負担上限月額に達しており、患者の自己負担は生じないが、負担上限額に達した後に指定医療機関を受診した場合は、医療費総額を記載する。

15,000 円 ―8 割― 12,000 円（医療保険）
15,000 円 ―2 割― 3,000 円（特定医療費）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　１０，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	5,000 円	1,000 円	5,000 円	印
1 月 20 日	○○○病院	20,000 円	4,000 円	9,000 円	印
1 月 20 日	××薬局	10,000 円	1,000 円	10,000 円	印
1 月 31 日	○○○病院	15,000 円			

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達した後も受診した際に、患者から申し出があった場合などには、医療費総額のみ記載し、その他の欄は斜線を引く。

日付	指定医療機関名	確認印
1 月 20 日	××薬局	印

【記載例３】

７５歳以上の者

○自己負担上限額；低所得Ⅱ（５，０００円）

○後期高齢者医療加入者（患者負担１割）

ア　１月５日　○○○病院（総医療費 2,000 点）

医療費の１割が自己負担上限額 5,000 円を下回っているため、患者からは１割分を徴収し、管理票上には徴収額 2,000 円を記載すること。

20,000 円 ―9割→ 18,000 円（医療保険）
20,000 円 ―1割→ 2,000 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　５，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
１月５日	○○○病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	印

イ　１月５日　××薬局（総医療費 1,500 点）

自己負担上限額の累積額 2,000 円と月額自己負担上限額 5,000 円の差額が 3,000 円であり、医療費の１割が自己負担上限額の差額 3,000 円を下回っているため、患者からは１割分を徴収し、管理票上には徴収額 1,500 円を記載すること。

15,000 円 ―9割→ 13,500 円（医療保険）
15,000 円 ―1割→ 1,500 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　５，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
１月５日	○○○病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	印
１月５日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	印

ウ　1 月 20 日　〇〇〇病院（総医療費 1,200 点）

自己負担上限額の累積額 3,500 円と月額自己負担上限額 5,000 円の差額が 1,500 円であり、医療費の 1 割（1,200 円）と上記の差額 1,500 円に 300 円の差額が生じるため、患者からは 1 割分を徴収し、管理票上には徴収額 1,200 円を記載すること。

12,000 円 ―9 割― 10,800 円（医療保険）
　　 ＼1 割＼ 1,200 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　〇〇	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　５，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	〇〇〇病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	印
1 月 20 日	〇〇〇病院	12,000 円	1,200 円	4,700 円	印

エ　1 月 20 日　××薬局（総医療費 1,000 点）

自己負担上限額の累積額と月額自己負担上限額の差額が 300 円であるため、患者からは差額分の 300 円を徴収し、医療費の 1 割（1,000 円）から徴収した 300 円の差額の 700 円を特定医療が負担し、管理票上には徴収額 300 円を記載すること。

1,000 円（１割）－300 円（患者負担）＝700 円（特定医療費）

10,000 円 ―9 割― 9,000 円（医療保険）
　　 ＼1 割＼ 1,000 円 ― 700 円（特定医療費）
　　 ＼ 300 円（患者自己負担）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　５，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	印
1 月 20 日	○○○病院	12,000 円	1,200 円	4,700 円	印
1 月 20 日	××薬局	10,000 円	300 円	5,000 円	印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載する。

日付	指定医療機関名	確認印
1 月 20 日	××薬局	印

オ　1 月 31 日　○○○病院（総医療費 1,500 点）

自己負担上限額の累積額が 10,000 円のため、負担上限月額に達しており、患者の自己負担は生じないが、負担上限額に達した後に指定医療機関を受診した場合は、医療費総額を記載する。

15,000 円 ―9 割― 13,500 円（医療保険）
15,000 円 ―1 割― 1,500 円（特定医療費）

特定医療費（指定難病）

平成２７年１月分自己負担上限額管理票

受診者名	××　○○	受給者番号	００１２５６８

月額自己負担上限額　　５，０００円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10 割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	20,000 円	2,000 円	2,000 円	印
1 月 5 日	××薬局	15,000 円	1,500 円	3,500 円	印
1 月 20 日	○○○病院	12,000 円	1,200 円	4,700 円	印
1 月 20 日	××薬局	10,000 円	300 円	5,000 円	印
1 月 31 日	○○○病院	15,000 円			

自己負担上限額に達した後も受診した際に、患者から申し出があった場合などには、医療費総額を記載し、その他の欄は斜線を引く。

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1 月 20 日	××薬局	印

別紙１

指定難病一覧

番号	病名	番号	病名
1	球脊髄性筋萎縮症	56	ベーチェット病
2	筋萎縮性側索硬化症	57	特発性拡張型心筋症
3	脊髄性筋萎縮症	58	肥大型心筋症
4	原発性側索硬化症	59	拘束型心筋症
5	進行性核上性麻痺	60	再生不良性貧血
6	パーキンソン病	61	自己免疫性溶血性貧血
7	大脳皮質基底核変性症	62	発作性夜間ヘモグロビン尿症
8	ハンチントン病	63	特発性血小板減少性紫斑病
9	神経有棘赤血球症	64	血栓性血小板減少性紫斑病
10	シャルコー・マリー・トゥース病	65	原発性免疫不全症候群
11	重症筋無力症	66	IgA 腎症
12	先天性筋無力症候群	67	多発性嚢胞腎
13	多発性硬化症／視神経脊髄炎	68	黄色靭帯骨化症
14	慢性炎症性脱髄性多発神経炎／	69	後縦靭帯骨化症
	多巣性運動ニューロパチー	70	広範脊柱管狭窄症
15	封入体筋炎	71	特発性大腿骨頭壊死症
16	クロウ・深瀬症候群	72	下垂体性ADH分泌異常症
17	多系統萎縮症	73	下垂体性TSH分泌亢進症
18	脊髄小脳変性症(多系統萎縮症を除く。)	74	下垂体性PRL分泌亢進症
19	ライソゾーム病	75	クッシング病
20	副腎白質ジストロフィー	76	下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症
21	ミトコンドリア病	77	下垂体性成長ホルモン分泌亢進症
22	もやもや病	78	下垂体前葉機能低下症
23	プリオン病	79	家族性高コレステロール血症（ホモ接合体）
24	亜急性硬化性全脳炎	80	甲状腺ホルモン不応症
25	進行性多巣性白質脳症	81	先天性副腎皮質酵素欠損症
26	HTLV-1関連脊髄症	82	先天性副腎低形成症
27	特発性基底核石灰化症	83	アジソン病
28	全身性アミロイドーシス	84	サルコイドーシス
29	ウルリッヒ病	85	特発性間質性肺炎
30	遠位型ミオパチー	86	肺動脈性肺高血圧症
31	ベスレムミオパチー	87	肺静脈閉塞症／肺毛細血管腫症
32	自己貪食空胞性ミオパチー	88	慢性血栓塞栓性肺高血圧症
33	シュワルツ・ヤンペル症候群	89	リンパ脈管筋腫症
34	神経線維腫症	90	網膜色素変性症
35	天疱瘡	91	バッド・キアリ症候群
36	表皮水疱症	92	特発性門脈圧亢進症
37	膿疱性乾癬（汎発型）	93	原発性胆汁性肝硬変
38	スティーヴンス・ジョンソン症候群	94	原発性硬化性胆管炎
39	中毒性表皮壊死症	95	自己免疫性肝炎
40	高安動脈炎	96	クローン病
41	巨細胞性動脈炎	97	潰瘍性大腸炎
42	結節性多発動脈炎	98	好酸球性消化管疾患
43	顕微鏡的多発血管炎	99	慢性特発性偽性腸閉塞症
44	多発血管炎性肉芽腫症	100	巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症
45	好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	101	腸管神経節細胞僅少症
46	悪性関節リウマチ	102	ルビンシュタイン・テイビ症候群
47	バージャー病	103	CFC症候群
48	原発性抗リン脂質抗体症候群	104	コステロ症候群
49	全身性エリテマトーデス	105	チャージ症候群
50	皮膚筋炎／多発性筋炎	106	クリオピリン関連周期熱症候群
51	全身性強皮症	107	全身型若年性特発性関節炎
52	混合性結合組織病	108	TNF受容体関連周期性症候群
53	シェーグレン症候群	109	非典型溶血性尿毒症症候群
54	成人スチル病	110	ブラウ症候群
55	再発性多発軟骨炎		

別紙２

別紙様式第２号（表面）

特　定　医　療　費　（　指　定　難　病　）　受　給　者　証

公費負担者番号	５	４	０	１	５	０	１	
特定医療費受給者番号	０	０	１	１	２	３		

受診者	フリガナ	コウロウ　ジロウ	性　別	生　年　月　日
	氏　　名	厚労　二郎	(男)・女	明治 大正 昭和 (平成)　〇〇年　×月　△日
	フリガナ	トウキョウトチヨダクカスミガセキ		
	住　　所	東京都千代田区霞ヶ関〇ー〇ー×		
	保険者（※１）	〇〇△△組合		
	被保険者証の記号及び番号（※２）	123456	適用区分	ウ
病　　名		〇〇〇病		

保護者（受診者が１８歳未満の場合記入）	フリガナ	コウロウ　タロウ	続　柄
	氏　名	厚労　太郎	父
	フリガナ	トウキョウチヨダクカスミガセキ	
	住　所	東京都千代田区霞ヶ関〇ー〇ー×	

指定医療機関名	病院・診療所	〇〇〇病院	所　在　地	東京都千代田区霞ヶ関〇ー〇ー×
	薬　　局	〇〇薬局	所　在　地	東京都千代田区霞ヶ関〇ー〇ー×
	訪問看護事業者等	△△事業所	所　在　地	東京都千代田区霞ヶ関〇ー〇ー×

負担	自己負担上限額	月　額　１０，０００　円	階　層 区　分	一般所得Ⅰ
	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)	重症患者認定	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		平成〇〇年〇月〇日　から　平成〇〇年〇〇月〇〇日　まで		

上記のとおり認定する。

平成〇〇年〇〇月〇〇日　　〇〇〇〇都道府県知事　　印

※1　後期高齢者医療広域連合を含む
※2　後期高齢者医療制度においては被保険者番号

別紙３

別紙様式第3号

特 定 医 療 費 （ 指 定 難 病 ）

平成〇〇年〇月分　自己負担上限額管理票

受診者名	厚労　二郎	受給者番号	001123

月間自己負担上限額　10，000　円

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
〇月　〇日	〇〇〇病院	10,000円	2,000円	2,000円	印
〇月　〇日	□□薬局	15,000円	3,000円	5,000円	印
〇月　〇日	〇〇〇病院	10,000円	2,000円	7,000円	印
〇月　〇日	□□薬局	10,000円	2,000円	9,000円	印
〇月　〇日	〇〇〇病院	15,000円	1,000円	10,000円	印
〇月　〇日	〇〇〇病院	10,000円			
〇月　〇日	□□薬局	5,000円			
月　日					
月　日					
月　日					
月　日					
月　日					

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日　付	指定医療機関名	確認印
〇月　〇日	〇〇〇病院	印

別紙４

公費負担者番号一覧（都道府県別）

① 経過的特例の適用を受ける者

都道府県名	法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号	都道府県名	法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号
北海道	5 4	0 1	5 0 1	1	滋賀県	5 4	2 5	5 0 1	3
青森県	5 4	0 2	5 0 1	0	京都府	5 4	2 6	5 0 1	2
岩手県	5 4	0 3	5 0 1	9	大阪府	5 4	2 7	5 0 1	1
宮城県	5 4	0 4	5 0 1	8	兵庫県	5 4	2 8	5 0 1	0
秋田県	5 4	0 5	5 0 1	7	奈良県	5 4	2 9	5 0 1	9
山形県	5 4	0 6	5 0 1	6	和歌山県	5 4	3 0	5 0 1	6
福島県	5 4	0 7	5 0 1	5	鳥取県	5 4	3 1	5 0 1	5
茨城県	5 4	0 8	5 0 1	4	島根県	5 4	3 2	5 0 1	4
栃木県	5 4	0 9	5 0 1	3	岡山県	5 4	3 3	5 0 1	3
群馬県	5 4	1 0	5 0 1	0	広島県	5 4	3 4	5 0 1	2
埼玉県	5 4	1 1	5 0 1	9	山口県	5 4	3 5	5 0 1	1
千葉県	5 4	1 2	5 0 1	8	徳島県	5 4	3 6	5 0 1	0
東京都	5 4	1 3	5 0 1	7	香川県	5 4	3 7	5 0 1	9
神奈川県	5 4	1 4	5 0 1	6	愛媛県	5 4	3 8	5 0 1	8
新潟県	5 4	1 5	5 0 1	5	高知県	5 4	3 9	5 0 1	7
富山県	5 4	1 6	5 0 1	4	福岡県	5 4	4 0	5 0 1	4
石川県	5 4	1 7	5 0 1	3	佐賀県	5 4	4 1	5 0 1	3
福井県	5 4	1 8	5 0 1	2	長崎県	5 4	4 2	5 0 1	2
山梨県	5 4	1 9	5 0 1	1	熊本県	5 4	4 3	5 0 1	1
長野県	5 4	2 0	5 0 1	8	大分県	5 4	4 4	5 0 1	0
岐阜県	5 4	2 1	5 0 1	7	宮崎県	5 4	4 5	5 0 1	9
静岡県	5 4	2 2	5 0 1	6	鹿児島県	5 4	4 6	5 0 1	8
愛知県	5 4	2 3	5 0 1	5	沖縄県	5 4	4 7	5 0 1	7
三重県	5 4	2 4	5 0 1	4					

② 上記①以外の者

都道府県名	法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号	都道府県名	法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号
北海道	5 4	0 1	6 0 1	9	滋賀県	5 4	2 5	6 0 1	1
青森県	5 4	0 2	6 0 1	8	京都府	5 4	2 6	6 0 1	0
岩手県	5 4	0 3	6 0 1	7	大阪府	5 4	2 7	6 0 1	9
宮城県	5 4	0 4	6 0 1	6	兵庫県	5 4	2 8	6 0 1	8
秋田県	5 4	0 5	6 0 1	5	奈良県	5 4	2 9	6 0 1	7
山形県	5 4	0 6	6 0 1	4	和歌山県	5 4	3 0	6 0 1	4
福島県	5 4	0 7	6 0 1	3	鳥取県	5 4	3 1	6 0 1	3
茨城県	5 4	0 8	6 0 1	2	島根県	5 4	3 2	6 0 1	2
栃木県	5 4	0 9	6 0 1	1	岡山県	5 4	3 3	6 0 1	1
群馬県	5 4	1 0	6 0 1	8	広島県	5 4	3 4	6 0 1	0
埼玉県	5 4	1 1	6 0 1	7	山口県	5 4	3 5	6 0 1	9
千葉県	5 4	1 2	6 0 1	6	徳島県	5 4	3 6	6 0 1	8
東京都	5 4	1 3	6 0 1	5	香川県	5 4	3 7	6 0 1	7
神奈川県	5 4	1 4	6 0 1	4	愛媛県	5 4	3 8	6 0 1	6
新潟県	5 4	1 5	6 0 1	3	高知県	5 4	3 9	6 0 1	5
富山県	5 4	1 6	6 0 1	2	福岡県	5 4	4 0	6 0 1	2
石川県	5 4	1 7	6 0 1	1	佐賀県	5 4	4 1	6 0 1	1
福井県	5 4	1 8	6 0 1	0	長崎県	5 4	4 2	6 0 1	0
山梨県	5 4	1 9	6 0 1	9	熊本県	5 4	4 3	6 0 1	9
長野県	5 4	2 0	6 0 1	6	大分県	5 4	4 4	6 0 1	8
岐阜県	5 4	2 1	6 0 1	5	宮崎県	5 4	4 5	6 0 1	7
静岡県	5 4	2 2	6 0 1	4	鹿児島県	5 4	4 6	6 0 1	6
愛知県	5 4	2 3	6 0 1	3	沖縄県	5 4	4 7	6 0 1	5
三重県	5 4	2 4	6 0 1	2					

別紙５

厚生労働省告示第４３７号

指定医療機関療養担当規程

（指定医療機関の義務）

第１条　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項に規定する指定難病の患者に対し特定医療を行う指定医療機関（同項に規定する指定医療機関をいう。以下同じ。）は、法及び難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第４０条に定めるところによるほか、この規程に定めるところにより、法の規定による特定医療を担当しなければならない。

（診療の拒否の禁止）

第２条　指定医療機関は、指定特定医療を受ける指定難病の患者（以下「受診者」という。）の診療を正当な理由なく拒んではならない。

（診療開始時の注意）

第３条　指定医療機関は、指定難病の患者又はその保護者（法第５条第１項に規定する保護者をいう。）から法第７条第４項に規定する医療受給者証を提示して受診者の診療を求められたときは、その医療受給者証が有効であることを確かめた後でなければ診療をしてはならない。

（診療時間）

第４条　指定医療機関は、自己の定めた診療時間において診療をするほか、受診者が、やむを得ない事情により、その診療時間に診療を受けることができないときは、その者のために便宜な時間を定めて診療をしなければならない。

（診療録）

第５条　指定医療機関は、受診者に関する診療録に健康保険の例によって医療の担当に関し必要な事項を記載しなければならない。

（帳簿）

第６条　指定医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及びその他の物件をその完結の日から５年間保存しなければならない。

（通知）

第７条　指定医療機関が受診者について次の各号のいずれかに該当する事実のあることを知った場合には、速やかに、意見を付して医療受給者証を交付した都道府県に通知しなければならない。

１　受診者が正当な理由なく、診療に関する指導に従わないとき。

２　受診者が詐欺その他不正な手段により診療を受け、又は受けようとしたとき。

（指定訪問看護事業者等に関する特例）

第８条　指定医療機関である健康保険法（大正１１年法律第７０号）第８８条第１項に規定する指定訪問看護事業者又は介護保険法（平成９年法律第１２３号）第４１条第１項に規定する指定居宅サービス事業者（同法第８条第４項に規定する訪問看護を行う者に限る。）若しくは同法第５３条第１項に規定する指定介護予防サービス事業者（同法第８条の２第４項に規定する介護予防訪問看護を行う者に限る。）にあっては、第５条中「関する診療録」とあるのは「対する指定訪問看護又は指定居宅サービス（訪問看護に限る。）若しくは指定介護予防サービス（介護予防訪問看護に限る。）の提供に関する諸記録」と、「健康保険の例によって」とあるのは「健康保険又は後期高齢者医療

の例によって（指定居宅サービス事業者又は指定介護予防サービス事業者にあっては介護保険の例によって）」と、それぞれ読み替えて適用する。

（薬局に関する特例）

第９条　指定医療機関である薬局にあっては、第５条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替えて適用する。