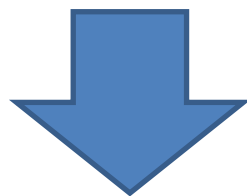


マル都等医療費助成制度

※ここでは指定難病（法別54）、小児慢性特定疾病（法別52）の医療費助成制度を含めてマル都等として説明します。

【1】都等医療費助成制度の目的

- 疾病治療の促進や治療研究の推進、患者の医療費負担の軽減など



- 患者などからの申請に基づき、審査を経て、認定された患者に対し、制度ごとに都医療券又は受給者証を交付

（以後は「医療券等」と略して説明します。）

【2】医療券等適用にあたっての注意事項

(1) ①医療券等に記載された病名に対する診療であるか

- ・助成対象範囲は、いわゆる「疾病限定」

- ・副作用等に対する治療は助成対象外

ただし、ウイルス肝炎治療医療費助成制度では、認定された治療による軽微な副作用が発生し、当該治療の中断を防止するために併用せざるを得ない副作用の治療は助成対象

【2】医療券等適用にあたっての注意事項

(2) 有効期間内に受けた治療であるか

- ・有効期間外に受けた治療は助成対象外

※有効期間は医療券等に記載されています。

- ・有効期間外の公費併用レセプト請求への対応

→医療機関へ過誤通知「公費負担医療費の請求・支払について」を送付し、当該レセプトの取下げと、公費をはずした保険単独レセプトでの再請求をお願いしています。

※「公費負担医療費の請求・支払について」という通知が届いた場合は上記対応をよろしくお願いします。

【2】医療券等適用にあたっての注意事項

(3) 医療保険各法、高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療制度）または介護保険法が適用されているか

- ・保険外の負担や自費診療は助成対象外
- ・医療費等として助成する金額は、高額療養費相当額を除いた金額

→医療保険の自己負担限度額を超えた公費併用レセプトが提出された場合は、医療機関へ過誤通知「公費負担医療費の請求・支払について」を送付し、当該レセプトの取下げと特記事項欄を訂正しての再請求をお願いしています。

【2】医療券等適用にあたっての注意事項

(4) 患者一部負担額の算定

- ・制度により患者一部負担額のないものと、限度額を設定しているものがある。所定の負担額を算定する。

※限度額は医療券等に記載

- ・難病、小児慢性及び肝炎の自己負担額は合算
→各医療機関における入院・外来・調剤等を合算し、
月額自己負担限度額まで算定する。

⇒管理票で確認し、既に月額自己負担限度額に達していれば負担なし。

※ 限度額に達したあとも、管理票には記載が必要

(医療費総額のみ記載・押印し、その他の欄は斜線を引く。)

【2】 受給者証等適用にあたっての注意事項

(5) 有効期間の開始日が月の途中からとなる受給者証の取扱い

ア 外来の場合

- ・有効期間の開始日以降が助成対象

イ 入院の場合

- ・診療月内における有効期限の開始日以降の診療報酬点数に保険負担割合を乗じて求めた額が助成対象

※特殊医療(人工透析を必要とする腎不全)の留意点

～特定疾病療養受療証(いわゆるマル長)の適用後の助成額の考え方～

<外来>認定日以降の実負担額を支給

(有効期間内のマル長の自己負担残額のみ助成)

<入院>1万円を限度に認定日以降の点数から換算して支給

医療券等の例と注意事項（まとめ）

特定医療費（指定難病）受給者証

公費負担者番号	
受給者番号	
住所	
氏名	
生年月日	年 月 日生
保護者 (受給者が18歳未満)	住所 氏名
疾病名	① ② ③
保険者番号	***** 適用区分 *
有効期間	
負担上限月額	

※令和8年2月1日以降交付分は、保険者番号・適用区分欄に*（アスタリスク）が記載されます。

年 月 日 東京都知事 見本
【54難病法】

（都）医療券

負担者番号	
受給者番号	
氏名	
生年月日	
病名	① ② ③
有効期間	
負担自己負担 限度額	
高額 長期	難症 高額
その他	

上記のとおり決定します。

東京都知事 見本
【83マル都単独難病】

（都）医療券 (本人負担なし)

負担者番号	
受給者番号	
住所	
氏名	
生年月日	
病名	
保険者番号	***** 適用区分 *
有効期間	
助成内容	上記認定疾病について医療保険各法等を適用し、その自己負担相当額全額
認定	

上記のとおり決定します。

東京都知事 見本
【マル都51(スモン等)】

①助成対象の病名か確認 ③保険適用の治療か確認

②有効期間内か確認

④自己負担額を確認

【3】医療費の助成方法

(1) 現物給付

窓口での医療券等の提示で、患者一部負担額を軽減し、公費分を都へ請求する。

【請求方法】

①公費併用レセプト

②東京都負担医療費請求書等(10名連記式)

→保険単独レセプト＋公費分を所定用紙で都へ請求

※医療機関の窓口で(都)医療券を適用するには、東京都医師会、東京都歯科医師会、東京都薬剤師会に御加入になっているか、東京都と個別に契約していただく必要があります。(法別52、54の受給者証の方については契約は必要ありませんが、各制度の指定医療機関の指定を受ける必要があります。)

①公費併用レセプト記載上の注意事項（その1）

- 難病・小児慢性特定疾病・特定疾患の医療受給者証等の、保険者番号および高額療養費の適用区分の記載を、順次、「*（アスタリスク）」表記に変更しています。医療受給者証等に適用区分が記載されていても正しい情報とは限りませんので、窓口で適用区分を確認するようお願いします。

詳細については、東京都ホームページをご覧ください。

「【医療機関向けチラシ】所得照会廃止に関するお知らせ」

<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/documents/d/hokeniryo/2026-02-06-181325-568>

①公費併用レセプト記載上の注意事項（その2）

- 医療券の認定条件欄に「特定疾病療養受療証も合わせて提示してください」と表示されているものは、必ず特定疾病療養受療証も確認し、特記事項欄に「02長」又は「16長2」と記載してください。

【対象】

人工透析を必要とする腎不全の医療券（負担者番号：82138009）を持つすべての方及び先天性血液凝固因子欠乏症等の医療券（負担者番号：51137016）をお持ちの一部の方

②東京都負担医療費請求書等（10名連記式）の対象

- 他道府県の国保・後期高齢と⑧医療券の負担者番号が「82・83・87」で始まるものとの併用
- 他の医療費助成制度の一部負担額を⑧医療券の負担者番号が「82・83・87」で始まるもので請求する場合（社保は併用レセプトで請求可）
- 介護保険と⑧医療券の負担者番号が「83」で始まるものとの併用

※負担者番号「38・51・52・54」は併用レセプトで請求が可能です。

【3】医療費の助成方法

(2) 現金給付

窓口で医療券等が適用ができない場合に
ご本人が直接請求して返金を受ける方法

→「医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書」による還付申請

※申請には医療機関による証明(公費対象の診療の証明)が必要になります。領収書のみでは受け付けていません。ご協力よろしくお願いします。

※現金給付の対象

- ①受給者証等に記載された有効期間の開始日から
受給者証等が交付されるまでの間に支払った医療費
- ②東京都と契約していない医療機関等で支払った医療費
- ③ 医療保険の変更等により月額自己負担限度額が減額
された受給者証等の交付を受けていたものが、減額後の
受給者証等の交付を受けるまでの間に、旧受給者証等により
患者一部負担金として支払った医療費

【還付請求に係る提出書類】

- ①・②⇒医療費支給申請書に医療機関の証明を受けて申請
- ③ ⇒申請書に管理票のコピーと領収書の原本を添付
(医療機関の証明は不要)

※医療費支給申請書記載上の注意事項

- 有効期間外であるものは証明しない
- 助成対象の診療分のみ証明する
- 自己負担限度額を超えない場合は、患者の了承を得た上で証明する
- 医療機関コード、担当者名及び所属を必ず記入する

(医療費支給申請書兼口座振替依頼書) 医療機関等証明欄の「適用区分」について

- 会計時にオンライン 資格確認等システム等により確認した適用区分を、証明欄の太枠部に記入するようお願いします。

◆記入例

	診療 調剤 年月	保険種別	負担区分	② 高額療養費 制度の適用 区分を記載 (金証時に オンライン 等で確認し た場合)	③ 入院 外来 別 調剤	④ 受診日数	⑤ 左記の うち 有効期 間内で、 かつ公 費対象 の日数	⑥ 1 か月分の保険 総点数 (訪問看護ス テーションの場 合は総金額)	⑦ 左記のうち有効期 間内で、かつ公費 対象の保険点数 (訪問看護ステー ションの場合は金 額)	⑧ 窓口での患者負 担額 (注)
1 月途中から有効 期間開始の場合	6年11月	健保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	ウ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	5日	3日	15,583.10点(円)	21,789点(円)	174,930円
2 限度額認定の提 示があった場合	6年11月	健保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	エ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	5日	3日	58,310点(円)	21,789点(円)	57,600円
3 70歳以上の方 (入院)	7年1月	健保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	イ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	10日	10日	98,010点(円)	98,010点(円)	15,000円
4 70歳以上の方 (外来：薬局)	7年2月	健保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	ロ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	1日	1日	10,250点(円)	7,370点(円)	8,000円
5 訪問看護ステー ションの場合	7年2月	健保(1) 社保(2) 後期(3)	1割 2割 3割	ウ	入院(1) 外来(2) 調剤(4)	7日	7日	5,280点(円)	5,280点(円)	1,580円
注 「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険総点数分として窓口で支 払った額(対象疾病以外分も含む)の合計を記入してください。 ※食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額は除きます。										合計 257,110円

適用区分について

※次の中から、該当する適用区分を記入してください。

・70歳未満(ア、イ、ウ、エ、オ) ・70歳以上(現Ⅲ、現Ⅱ、現Ⅰ、一般、低Ⅱ、低Ⅰ)

【 4 】 公費負担医療費の優先適用

- (1) 各種医療保険が優先適用され、
その自己負担額を対象に助成
- (2) 二つ以上の公費負担の医療券等が
提示された場合

【複数公費の場合】

国制度(法律) > ①都 > ②障・③親・④乳・⑤子・⑥青