

序 文

本書は、昭和 47 年に上梓してから改訂を重ね、今般、第 20 次改訂版を出版する運びとなりました。

掲載されている東京都の公費負担医療制度は、昨今の医療・社会事情を配慮し、必要に応じて制定されておりますが、その種類や給付の対象範囲は多種多様であり、医療保険各法との関係も複雑となっております。

また、公費負担制度はその性格上、時代背景に合わせ頻繁に制度の取り扱い等が変更される制度であります。今回も新たに「高校生等医療費助成制度」事業が本年 4 月から開始されました。

これら多種多様で、年々変更されている公費負担医療制度を少しでも容易に理解していただけるよう、作成にあたっては、出来る限り簡潔に取り纏めるよう努めておりますが、利用者から、より分かりやすく解説してほしいとの要望があり、今回の作成においては、各章冒頭に全容を 1 ページに取り纏めたものを掲載し、それ以降は従来どおり詳細な説明を掲載しております。

なお、現状に沿った内容を心がけておりますが、作成時に実施されていない制度変更などについては言及されていないことをご了承ください。

本書が会員の皆様方の日頃の診療や診療報酬請求書作成事務の一助になれば幸いに存じます。

最後に、本書の作成にあたりご協力を賜りました東京都、社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター、東京都国民健康保険団体連合会及び江戸川区（保健所）の皆様方には厚く御礼申し上げます。

公益社団法人 東京都医師会
医療保険担当理事

目 次

法別番号一覧

所轄一覧

公費負担医療各法等の患者負担一覧

公費負担医療制度とは

1. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（結核医療）	1
2. 生活保護法	21
3. 戦傷病者特別援護法	35
4. 障害者総合支援法	39
5. 児童福祉法	67
6. 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（認定疾病医療・一般疾病医療）	83
7. 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律	89
8. 母子保健法	92
9. 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び 特定配偶者の自立の支援に関する法律（医療支援給付・介護支援給付）	95
10. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律	100
11. 公害健康被害の補償等に関する法律	105
12. 難病の患者に対する医療等に関する法律	114
13. 障心身障害者医療費助成制度	147
14. 親ひとり親家庭等医療費助成制度	156
15. 乳乳幼児医療費助成制度	164
16. 子義務教育就学児医療費助成制度	171
17. 青高校生等医療費助成制度	179
18. 都医療費助成制度	187
19. 特定B型肝炎ウイルス感染・母子感染症防止	242
20. 公費負担医療の診療報酬請求上の留意事項（社保・国保）	245
21. 災害時の公費負担医療の取扱いについて（参考）	255
22. 診療報酬請求等に関する参考事例	259
23. その他参考資料	287

法別番号一覧

法番	項目	公費名称	ページ
10	1	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（結核医療：一般医療）	P. 1
11		感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（結核医療：入院医療）	
12	2	生活保護法（医療扶助・介護扶助）	P. 21
	9	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（介護支援給付：介護保険被保険者以外の場合）	P. 95
13	3	戦傷病者特別援護法（療養給付）	P. 35
14		戦傷病者特別援護法（更生医療）	
15	4	障害者総合支援法（自立支援医療：更生医療）	P. 39
16		障害者総合支援法（自立支援医療：育成医療）	
17	5	児童福祉法（療育給付）	P. 67
18	6	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（認定疾病医療）	P. 83
19		原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（一般疾病医療）	
20	7	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（措置入院）	P. 89
21	4	障害者総合支援法（自立支援医療：精神通院医療）	P. 39
22	—	麻薬及び向精神薬取締法（麻薬中毒）	—
23	8	母子保健法（養育医療）	P. 92
24	4	障害者総合支援法（療養介護医療）	P. 39
25	9	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（医療支援給付・介護支援給付）	P. 95
28	10	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（結核を除く1類・2類感染症）	P. 100
29		感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（結核を除く新感染症）	
38	18	㊦医療費助成制度（B型・C型ウイルス肝炎治療、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）	P. 187
51		㊦医療費助成制度 難病医療：スモン、プリオン病、劇症肝炎、重症急性膵炎 特殊医療：先天性血液凝固因子欠乏症等	
52	5	児童福祉法（㉞）小児慢性特定疾病）	P. 67
53		児童福祉法（㉞）児童福祉法の措置等に係る医療の給付）	
54	12	難病の患者に対する医療等に関する法律（国疾病）	P. 114
62	19	特定B型肝炎ウイルス感染・母子感染症防止	P. 242
79	5	児童福祉法（㉞）児童福祉法の契約に係る医療の給付）	P. 67
80	13	㊦心身障害者医療費助成制度	P. 147
81	14	㊦ひとり親家庭等医療費助成制度	P. 156
82	18	㊦医療費助成制度（特殊医療：人工透析を必要とする腎不全）	P. 187
		㊦医療費助成制度（小児精神病）	
		㊦医療費助成制度（被爆者の子に対する医療）	
		㊦医療費助成制度（大気汚染関連疾病）	
83		㊦医療費助成制度（難病医療：都疾病）	
87		㊦医療費助成制度（妊娠高血圧症候群等）	
88	15	㊦乳幼児医療費助成制度	P. 164
	16	㊦義務教育就学児医療費助成制度	P. 171
89	17	㊦高校生等医療費助成制度	P. 179
93	1	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 （結核医療：都単独部分・区市町村国保分）	P. 1
	4	障害者総合支援法（精神通院医療 都単独部分・区市町村単独分）	P. 39

所轄一覧

		感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（結核医療）	P. 1
1	法別番号	10 （一般医療） 93 （都単独部分・区市町村国保分） 11 （入院医療）	
	問合せ先	10 （一般医療）・ 93 （都単独部分）・ 11 （入院医療） ⇒東京都保健医療局 感染症対策部 防疫課 結核担当 ☎5320-4483 93 （区市町村国保分） ⇒各区市町村 国民健康保険主管課	
		生活保護法	P. 21
2	法別番号	12 （医療扶助・介護扶助）	
	問合せ先	12 （医療扶助） ⇒東京都福祉局 生活福祉部 保護課 医療担当 ☎5320-4065 12 （介護扶助） ⇒東京都福祉局 生活福祉部 保護課 介護担当 ☎5320-4059	
		戦傷病者特別援護法	P. 35
3	法別番号	13 （療養給付） 14 （更生医療）	
	問合せ先	東京都福祉局 生活福祉部 企画課 援護恩給担当 ☎5320-4078	
		障害者総合支援法	P. 39
4	法別番号	15 （自立支援医療 更生医療） 16 （自立支援医療 育成医療） 21 （自立支援医療 精神通院医療） 93 （精神通院医療 都単独部分・区市町村単独分） 24 （療養介護医療）	
	問合せ先	15 （更生医療） ⇒東京都福祉局 障害者施策推進部 施設サービス支援課 調整担当 ☎5320-4146 16 （育成医療） ⇒東京都福祉局 子供・子育て支援部 家庭支援課 母子医療助成担当 ☎5320-4375 21 （精神通院医療）・ 93 （都単独部分） ⇒東京都福祉局 障害者施策推進部 精神保健医療課 生活支援担当 ☎5320-4464 93 （区市町村単独分） ⇒各区市町村 国民健康保険主管課 24 （療養介護医療） ⇒東京都福祉局 障害者施策推進部 施設サービス支援課 児童福祉施設担当 ☎5320-4374	
		児童福祉法	P. 67
5	法別番号	17 （療育給付） 52 （（慢）小児慢性特定疾病） 53 （（児）児童福祉法の措置等に係る医療の給付） 79 （（児）児童福祉法の契約に係る医療の給付）	
	問合せ先	17 （療育給付 ※都内市町村の区域内）・ 52 （（慢）小児慢性特定疾病） ⇒東京都福祉局 子供・子育て支援部 家庭支援課 母子医療助成担当 ☎5320-4375 53 （（児）児童福祉法の措置等に係る医療の給付） ※下記別掲 17 （療育給付 ※特別区（23区）及び保健所政令市の区域内） ⇒各区市役所 保健衛生主管課 79 （児童福祉法） ⇒東京都福祉局 障害者施策推進部 施設サービス支援課 児童福祉施設担当 ☎5320-4374	

6	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律（認定疾病医療・一般疾病医療）		P. 83
	法別番号	18（認定疾病医療） 19（一般疾病医療）	
	問合せ先	東京都保健医療局 保健政策部 疾病対策課 被爆者援護担当 ☎5320-4473	
7	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律		P. 89
	法別番号	20（措置入院）	
	問合せ先	東京都福祉局 障害者施策推進部 精神保健医療課 医療担当 ☎5320-4462	
—	麻薬及び向精神薬取締法		—
	法別番号	22（麻薬中毒）	
	問合せ先	東京都保健医療局 健康安全部 薬務課 麻薬対策担当 ☎5320-4505	
8	母子保健法		P. 92
	法別番号	23（養育医療）	
	問合せ先	東京都福祉局 子供・子育て支援部 家庭支援課 母子医療助成担当 ☎5320-4375	
9	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（医療支援給付・介護支援給付）		P. 95
	法別番号	25（医療支援給付・介護支援給付） 12（介護支援給付 ※介護保険被保険者以外の場合）	
	問合せ先	東京都福祉局 生活福祉部 企画課 中国帰国者対策担当 ☎5320-4084	
10	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律		P. 100
	法別番号	28（1類感染症・2類感染症 ※結核を除く） 29（新感染症）	
	問合せ先	東京都保健医療局 感染症対策部 防疫課 指導調整担当 ☎5320-4381	
11	公害健康被害の補償等に関する法律		P. 105
	法別番号	無し	
	問合せ先	認定を受けた区役所の公害健康被害補償主管課	
12	難病の患者に対する医療等に関する法律		P. 114
	法別番号	54（難病医療 国疾病）	
	問合せ先	⇒東京都保健医療局 保健政策部 疾病対策課 疾病対策担当 ☎5320-4471 [認定関係] ⇒東京都保健医療局 保健政策部 疾病対策課 難病認定担当 ☎5320-4472 [給付関係] ⇒東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当 ☎5320-4454	
13	🏠心身障害者医療費助成制度		P. 147
	法別番号	80	
	問合せ先	東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 助成担当 ☎5320-4571	
14	👪ひとり親家庭等医療費助成制度		P. 156
	法別番号	81	
	問合せ先	東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282	
15	👶乳幼児医療費助成制度		P. 164
	法別番号	88	
	問合せ先	東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282	

16	㊦ 義務教育就学児医療費助成制度		P. 171
	法別番号	88	
	問合せ先	東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282	
17	㊧ 高校生等医療費助成制度		P. 179
	法別番号	89	
	問合せ先	東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282	
18	㊨ 医療費助成制度		P. 187
	法別番号	51 (難病医療 (スモン、プリオン病 (ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る)、劇症肝炎、重症急性膵炎)・特殊医療 (先天性血液凝固因子欠乏症等)) 38 (B型・C型ウイルス肝炎治療・肝がん重度肝硬変治療研究促進事業) 82 (特殊医療 (人工透析を必要とする腎不全)・小児精神病・被爆者の子に対する医療・大気汚染関連疾病) 83 (難病医療 都疾病) 87 (妊娠高血圧症候群等) 93 (結核一般医療) (自立支援医療 精神通院医療)	
	問合せ先	51 (難病医療:スモン、プリオン病 (ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る)、劇症肝炎、重症急性膵炎)・38 (B型・C型ウイルス肝炎治療・肝がん重度肝硬変治療研究促進事業)・82 (特殊医療:人工透析を必要とする腎不全) ⇒東京都保健医療局 保健政策部 疾病対策課 難病認定担当 ☎5320-4472 82 (小児精神病) ⇒中部総合精神保健福祉センター ☎3302-7739 82 (被爆者の子に対する医療) ⇒東京都保健医療局 保健政策部 疾病対策課 被爆者援護担当 ☎5320-4473 82 (大気汚染関連疾病)・光化学スモッグ障害者医療 ⇒東京都保健医療局 健康安全部 環境保健衛生課 環境保健担当 ☎5320-4491 83 (難病医療 都疾病) ⇒東京都保健医療局 保健政策部 疾病対策課 難病認定担当 ☎5320-4472 87 (妊娠高血圧症候群等 ※都内市町村の区域内) ⇒東京都福祉局 子供・子育て支援部 家庭支援課 母子医療助成担当 ☎5320-4375 87 (区妊娠高血圧症候群等 ※特別区 (23区) 及び保健所政令市の区域内) ⇒各区市役所 保健衛生主管課 93 (結核一般医療) ⇒東京都保健医療局 感染症対策部 防疫課 結核担当 ☎5320-4483 (精神通院医療) ⇒中部統合精神保健福祉センター事務室 ☎3302-7871 または、東京都福祉局 障害者施策推進部 精神保健医療課 ☎5320-4464	
19	特定B型肝炎ウイルス感染・母子感染症防止		P. 242
	法別番号	62 公費負担者番号「62130018」	
	問合せ先	[給付金の制度や請求手続きについて] ⇒社会保険診療報酬支払基金 給付金等支給相談窓口 ☎0120-918-027 (フリーダイヤル) [特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等支給関係業務] ホームページ http:// www.ssk.or.jp/jigyonaiyo/kanen/index.html	
20	公費負担医療の診療報酬請求上の留意事項 (社保・国保)		P. 245
	問合せ先	[社会保険] ⇒社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター 事業管理課 ☎3987-6181 [国民健康保険] ⇒東京都国民健康保険団体連合会 企画事業部 管理課 ☎6238-0011	

公費負担医療各法等の患者負担一覧（法別番号及び明細書記載時の優先順位）

法別番号 (優先順)	公 担 費 負 担 者 号 (東京都)	法 律 及 び 制 度		窓口徴収				窓口徴収備考
				入院	外来	入院時 食事療養 標準負担額	入院時 生活療養 標準負担額	
13		戦傷病者特別援護法	療養の給付	なし	なし	なし	なし	全額公費負担
14			更生医療					
18		原爆被爆者援護法	認定疾病医療					
29		感染症法	新感染症の入院	0～2万円			なし	全額公費負担 (所得税額により自己負担あり 上限¥20,000)
30		心神喪失者等医療観察法	医療の給付	なし	なし		なし	全額公費負担
10			結核患者の適正医療		5%			医療費の5%
11		感染症法	結核患者の入院	0～2万円			なし	原則全額公費負担 (所得税額により自己負担あり 上限¥20,000)
20		精神保健福祉法	措置入院	0～2万円			なし	原則全額公費負担 (所得税額により自己負担あり 上限¥20,000)
21			精神通院医療				原則1割	原則医療費の1割 (所得に応じて負担上限額あり) ※ 患者は受給者証と上限管理票を提示
15	138…	障害者総合支援法	更生医療	原則1割			原則あり	
16			育成医療					
24			療養介護医療 基準該当療養介護	原則1割			原則あり	原則医療費の1割 (所得に応じて負担上限額あり)
22		麻薬及び向精神薬取締法	入院措置	0～2万円			なし	原則全額公費負担 (所得税額により自己負担あり 上限¥20,000)
28		感染症法	一類感染症等の患者の入院	0～2万円			なし	原則全額公費負担 (所得税額により自己負担あり 上限¥20,000)
17		児童福祉法	療養の給付	なし			なし	原則全額公費負担 (所得税額により自己負担あり 上限¥20,000)
79			肢体不自由児通所医療 障害児施設医療	医療証の患者負担額以内 (最大1割)				原則あり
19	136019	原爆被爆者援護法	一般疾病医療費	なし			なし	全額公費負担
23	136…	母子保健法	養育医療	なし			なし	原則全額公費負担 (所得税額により自己負担あり)
52		児童福祉法 小児慢性（生活保護、境界層食事免除者）		なし			なし	原則医療費の2割 (所得に応じて負担上限額あり) 食事1/2自己負担 ※ 患者は受給者証と上限管理票を提示
		児童福祉法 小児慢性特定疾病医療支援		原則2割 (上限額は所得に応じる)			・食事自己負担なし ・食費1/2自己負担	
54	136015	難病医療（境界層食事免除者）		なし			なし	原則医療費の2割 (所得に応じて負担上限額あり) ※ 患者は受給者証と上限管理票を提示
		難病医療		原則2割			あり	
	136023	難病医療（生活保護）		なし			なし	
51	136018	難病医療（スモン、プリオン病、劇症肝炎、重症急性膵炎）		なし			なし	公費全額負担
	137016	特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）						
38	136016	B型・C型ウイルス肝炎治療（住民税非課税）		なし			あり	原則医療費全額公費負担 (所得税額により自己負担あり 上限¥20,000)
		B型・C型ウイルス肝炎治療（住民税課税）		医療証の患者負担額以内				
	136024	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（住民税非課税）		なし	医療証の患者負担額を超える部分は償還払い		あり	
		肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（住民税課税）		1万円				全額公費負担
53	136008	児童福祉法 措置等に係る医療の給付		なし			なし	自己負担分は公費負担
66	141011	石綿健康被害救済法 医療費の支給		なし			なし	全額公費負担
62	130018	特定B型肝炎ウイルス感染者特別措置法 定期検査費 母子感染防止医療費		なし			なし	全額公費負担
25		中国残留邦人等支援法 医療支援給付		なし			なし	全額公費負担
12		生活保護法 医療扶助		医療証の患者負担額以内			なし	原則全額公費負担 所得により負担金あり ※入院の場合の本人支払額は、食事・生活療養標準負担額を含める。また、総医療費を超えないこと。

法別番号 (優先順)	公費 負担 番号 (東京都)	備 考	記載 ページ
13		公務上の傷病について厚生労働大臣が療養の必要があると認定した戦傷病者の当該認定に係る公務上の傷病について、政令で定める期間、必要な療養を給付する。	P. 35
14		公務上の傷病により、政令で定める程度の視覚障害、聴覚障害、言語機能障害、中枢神経機能障害、肢体不自由その他の政令で定める障害の状態にある戦傷病者が更生するために医療が必要であると認めるときは、その者の請求により、その更生のために必要な更生医療を給付する。	P. 35
18		原子爆弾の傷害作用に起因して負傷し、又は疾病にかかり、現に医療を要する状態にある被爆者に対し、必要な医療を給付する。	P. 83
29		新感染症の患者に対して、医療を給付する。	P. 100
30		心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し、その精神障害の特性に応じ、円滑な社会復帰を促進するために、必要な医療を給付する。	—
10		一般の結核患者を対象に、結核の治療に対して、医療を給付する。	P. 1
11		入院の勧告又は入院の措置を実施した場合において、当入院に係る患者又はその保護者から申請があったときは、当該患者が感染症指定医療機関において受ける医療を給付する。	P. 6
20		精神障害者であり、かつ、医療及び保護のために入院させなければその精神障害のために自身を傷つけ又は他人に害を及ぼすおそれがあると認めるときは、その者を国等の設置した精神科病院又は指定病院に入院させることができこれに係る医療を給付する。	P. 89
21		精神障害の適正な医療の普及を図るため、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第五条に規定する精神障害者のうち厚生労働省令で定める精神障害のある者に対し、当該精神障害者が病院又は診療所へ入院することなく行われる精神障害の医療を給付する。	P. 51
15	138...	厚生労働省令で定める身体障害のある者の自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、当該身体障害者に対し行われるその更生のために必要な医療を給付する。	P. 39
16		障害児のうち厚生労働省令で定める身体障害のある者の健全な育成を図るため、当該障害児に対し行われる生活の能力を得るために必要な医療を給付する。	P. 44
24		介護給付費又は特別介護給付費に係る支給決定を受けた障害者に対して、指定障害福祉サービス事業者等から受ける医療の給付を給付する。	P. 65
22		精神保健指定医の診察の結果、当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性及び環境に照らしてその者を入院させなければその麻薬中毒のために麻薬、大麻又はあへんの施用を繰り返すおそれが著しいと認めるときは、その者を厚生労働省令で定める病院に入院させて必要な医療を給付する。	—
28		一類感染症、二類感染症及び新型コロナウイルス感染症等の患者に対して、医療を給付する。 ※新型コロナウイルス感染症の公費負担等は臨時的な取扱いのため除外する	P. 100
17		結核にかかっている児童に対し、療養に併せて学習の援助を行うため、これを病院に入院させて療育を給付する。 ※都立小児総合医療センター、国立療養所村山病院	P. 67
79		指定障害児入所施設等に入所又は通所している障害児に対して、医療を給付する。	P. 82
19	136019	被爆者の負傷又は疾病に対して医療を給付する。	P. 83
23	136...	養育のため病院又は診療所に入院することを必要とする未熟児に対し、その養育に必要な医療を給付する。	P. 92
52	138013 138021	18歳未満を対象に、厚生労働省の定める特定疾患の治療に対して、医療を給付する。 ※52137023、52138021（八王子市）	P. 72
54	136015 136023	厚生労働省の定める指定難病の治療に対して、医療を給付する。	P. 114
51	136018 137016	特定疾患については、平成27年1月以降、スモン、難治性肝炎のうち劇症肝炎及び重症急性膵炎の治療に対して、医療を給付する。 ※特定疾患は難病医療（54）へ移行	P. 187
38	136016 136024	B型及びC型ウイルス性肝炎の患者に対して、医療を給付する。 肝がん・重度肝硬変入院医療又は肝がん外来医療（「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」による通院治療に限る）に関し医療保険各法又は高齢者の医療確保に関する法律の規定による給付を受けている者で、臨床調査個人票及び研究への同意書を提出した者に対して医療給付する。	P. 189 P. 191
53	136008	児童養護施設や障害児入所施設等に入所している者等に対して、医療を給付する。	P. 78
66	141011	石綿による健康被害を受けた者に対して、医療を給付する。	—
62	130018	特定B型肝炎ウイルス感染者及び特定無症候性持続感染者に対して、医療を給付する。	P. 242
25		特定中国残留邦人等であって、その者の属する世帯の収入の額がその者について生活保護法第八条第一項の基準により算出した額に比して不足するものに対して、その不足する範囲内において医療支援給付を行う。	P. 95
12		生活困窮者に対して、医療を給付する。	P. 21

公費負担医療各法等の患者負担一覧

法別番号 (優先順)	公費負担者 番号 (東京都)	法律及び制度	窓口徴収				窓口徴収備考
			入院	外来	入院時 食事療養 標準負担額	入院時 生活療養 標準負担額	
83	136010	難病医療（境界層食事免除者）	なし		なし		原則医療費の2割 (所得に応じて負担上限額あり) ※ 患者は受給者証と上限管理票を提示
		難病医療	医療証の患者負担額以内で、2割		あり		
82	134008	小児精神病 被爆者二世	なし		あり		自己負担上限額 6,000円
	137001 137555	大気汚染関連疾病	なし		あり		
	137670 137530	大気汚染関連疾病 (大気汚染訴訟の和解条項に基づく助成)	0～6,000円				
	138009	特殊疾病・人工透析	0～1万円		あり		
87	136008	精密健康診査・妊娠高血圧症候群等	なし		あり		
93	137008	結核一般（法制10の公費医療患者負担分を助成）			区市町村民税 非課税世帯はなし		
	133007	精神通院（社保・後期高齢者医療・国保組合） （法制21公費患者負担分を助成）					
	132009	精神通院（区市町村国保）（法制21公費患者負担分を助成）					
80	136 ...	心身障害者（マル障）	原則1割		あり		1割負担 外来18,000円限度 (令和元年7月まで14,000円) 入院57,600円限度 (多数回44,400円)
	137 ...		なし				
81	136 ...	ひとり親家庭等（マル親）	原則1割		あり		1割負担 外来18,000円限度 (令和元年7月まで14,000円) 入院57,600円限度 (多数回44,400円)
	137 ...		なし				
88	132 ...	乳幼児（マル乳） 義務教育就学児（マル子）	なし		あり		医科・歯科のみ自己負担あり、 調剤・訪看については自己負担なし
	138 ...		なし				
	131 ...		なし	通院1回につき200円（上限）			
	134 ...		なし				
	135 ...		なし				
89	131 ...	高校生等（マル青）	なし	通院1回につき200円（上限）	あり		医科・歯科のみ自己負担あり、 調剤・訪看については自己負担なし
	134 ...		なし				
	135 ...		なし				
	137 ...		なし				

◆ 医療保険を含めた公費の優先順位については、次のとおりとなる。

（公費優先の公費とは、本手引きで「全額公費負担」として医療費全額を公費で負担するもの、
医療保険優先の公費とは、「原則医療費の何割」として一部負担の一部または全部を公費で負担するもの）



※ 原則、自治体医療は、地方自治体の条例により生活保護による医療扶助の対象者が除かれる。

法別番号 (優先順)	公 費 担 者 番 号 (東京都)	備 考	記載 ページ
83	136010	法別54難病医療に該当しない都単独疾患に対する医療の助成	P. 196
82	134008	特定疾病療養受療証を有し、人工透析を必要とする腎不全に該当している既認定者、大気汚染関連疾病医療、小児精神病及び被爆者の子に対する医療の助成	P. 192
	137001 137555		
	137670 137530		
	138009		
87	136008	妊産婦及び乳幼児に対する精密健康診査 妊娠高血圧症候群の治療 ※八王子市・町田市を除く都内市町村	P. 198
93	137008	結核患者の適正医療に係る患者負担額を助成	P. 1
	133007	精神通院医療に係る患者負担額を助成	P. 51
	132009		
80	136 ...	心身障害者の医療費の一部助成	P. 147
	137 ...		
81	136 ...	ひとり親家庭の父母、両親がいない子の養育者、ひとり親家庭の児童、養育者に養育されている児童の医療費の一部助成	P. 156
	137 ...		
88	132 ...	乳幼児及び義務教育就学期に対する医療費の一部助成	P. 164
	138 ...		P. 171
	131...		
	134 ...		
	135 ...		
	137 ...		
89	131...	高校生等の医療費の一部助成	P. 179
	134...		
	135 ...		
	137 ...		

公費負担医療制度とは

公費負担医療制度とは、社会福祉並びに公衆衛生の維持向上等を目的として、法律に基づき医療費の全額あるいは一部を国や地方自治体が負担する制度である。その目的により下記の5つに分類される。

1	社会的弱者の救済	生活保護者や児童、幼児などの社会的弱者への支援
2	障害者等の福祉	障害を持つ人や、病気やけがで障害を負った人への補助
3	難病・慢性疾患の治療研究及び助成	原因不明や治療方法が確立していない難治性の病気の支援・助成
4	健康被害等に対する補償	戦時中の軍人たち、原爆被害者、公害や中国残留邦人などの補償
5	公衆衛生の向上	結核などの感染症や、自傷・他害の恐れがある疾病の補助など

国の法律で定める公費の他、東京都独自で定める公費、区市町村独自で定める公費が存在する。(原則、本「手引き」では、区市町村独自で定める公費の説明は割愛する。)

また、指定された医療機関のみ受診可能な公費と、全ての医療機関で受診可能な公費がある。

公費負担医療制度の対象となる医療

公費負担医療制度の区分では、母子健康法や児童福祉法、生活保護法で定める社会的弱者等に対する者を救済する公費と、難病医療費助成制度や感染症の予防に関する法律等で定める疾病に罹患した患者を救済する公費がある。

社会的弱者等に対する者を救済する公費は、全ての保険診療行為(一部例外もあり)が公費の対象となり、疾病に罹患した患者を救済する公費は、該当する疾病の治療に関する保険診療行為が対象となり、その他の医療行為は、一般の保険診療での取り扱いとなる。

公費負担医療の請求

医療機関の公費負担医療の請求方法については以下の3種類がある。

- ① 公費負担医療単独
(生活保護等、健康保険組合に加入していない患者で、公費負担医療適用の場合)
- ② 医療保険と公費負担医療の併用
(健康保険組合に加入している患者で、公費負担医療適用の場合)

③ 複数の公費負担医療の併用

(健康保険組合に加入している患者で、2つ以上の公費負担医療適用の場合)

公費負担医療の請求先は、被用者保険(職域保険)加入者は「社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター」に、国民健康保険(地域保険)及び75歳以上の人が加入する後期高齢者医療制度加入者は「東京都国民健康保険団体連合会」に請求する。(公費負担医療単独は「社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター」に請求)

※ 本「公費負担医療の手引き」には、東京都が独自に設定している公費負担医療(都等)の記載もある。東京都独自に制定する医療費助成制度はあくまでも東京都民を対象としているので、他道府県の住民等は対象とはならない。また、その逆に他道府県で制定されている公費負担医療については、基本、東京都の医療機関は指定医療機関にならないので、一部負担金を徴収することになる。患者は支払った一部負担金を「償還払い」として自治体に請求することになる。このため、患者から提出される医療券等は必ず確認が必要である。

1 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（結核医療）	
法別番号	10（一般医療）93（都単独部分・区市町村国保分）11（入院医療）

※Q&A は20ページに記載

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下、「感染症法」という）による医療費公費負担制度は、同法第37条の2一般患者に対する公費負担と法第37条の入院患者に対する公費負担とがある。

I 法第37条の2公費負担（法別番号10）

法別番号	10(93※) ※都の制度は「93137008」	区 分	結核医療（一般医療）
取扱医療機関等	結核指定医療機関		
疾病等の範囲	肺結核 肺外結核 ※比較的最近結核に感染したと考えられる方などで、発病の危険が高い方（潜在性結核感染症）も含む。		
対象者	1 国の制度 上記の疾病に該当する方（医療保険等加入の有無を問わない。） 2 都の制度 次のいずれにも該当する方 (1) 国の制度による患者票の交付を受けた方で、医療保険に加入されている方 (2) 住民税非課税の方 ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。		
申請の手続	申請書に診断書、3か月以内に撮影したX線写真、当該年度の住民税非課税証明書（該当患者本人のみ）を添付して患者の居住地を管轄する保健所長に申請する。		
認定期間	申請書を受理した日から6か月以内の日まで		
公費負担額	1 国の制度 (1) 承認された結核医療について、その費用の95%を公費負担する。ただし、各種医療保険等を先に適用する。 (2) 承認された結核医療のうち、介護保険法による介護療養型医療施設等における短期入所療養介護、介護療養施設サービスにかかる特定診療費について、その費用の95%を公費負担する。ただし、介護保険を先に適用する。 2 都の制度 承認された結核医療について、国の制度適用後の残り5%を助成する（介護保険法による費用は除く。）。 (注) 区市町村の国民健康保険の被保険者のうち、住民税非課税の方で、結核医療給付金受給者証の交付を受けている方は、国の制度適用後の残り5%が保険給付されるので、医療に要する費用については、自己負担なし（介護保険法による介護療養型医療施設等における短期入所療養介護、介護療養施設サービスにかかる特定診療費については、5%を自己負担する。）。 → 認定された方は、		

	<p>(1) 国・都の制度の両方に該当する方は、医療に要する費用については、負担なし。介護保険法による介護療養型医療施設等における短期入所療養介護、介護療養施設サービスにかかる特定診療費については、5%を自己負担する。</p> <p>(2) 国の制度のみに該当する者は、5%を自己負担する。</p>
根拠法令等	<p>(国の制度) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 37 条の 2</p> <p>(都の制度) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則第 19 条</p>
問合せ先	<p>都内市町村の区域内</p> <p>[認定関係] 各保健所</p> <p>[給付関係] 保健医療局感染症対策部防疫課結核担当 (5320)4483</p> <p>特別区(23区)及び保健所政令市の区域内</p> <p>[認定関係] 各保健所</p> <p>[給付関係] 各区市役所結核医療担当課</p>

1. 概要

都道府県、政令市（特別区又は保健所を設置する市（都においては八王子市、町田市））は、結核の適正な医療を普及するため、結核患者が指定医療機関で法第 37 条の 2 に規定する医療（一般医療）を受けるために必要な費用について、患者または保護者の申請によりその 95%を公費負担するものである。なお、都では、住民税非課税者に対する「都単独医療費助成制度」がある。

2. 公費負担

(1) 給付対象

- ① 肺結核及び肺外結核患者
- ② 潜在性結核感染症の者（比較的最近結核に感染したと考えられる者などで発病のリスクが高い者）

(2) 給付内容（公費負担の対象範囲）

- ① 化学療法（抗結核薬、副腎皮質ホルモン剤）
- ② エックス線検査（直接、CT、透視、断層造影剤を含む）
- ③ 結核菌検査（塗抹、培養、耐性）
- ④ 外科的療法
- ⑤ 骨関節結核の装具療法
- ⑥ 外科的手術に伴う処置、その他の治療（創傷処置、血液代用剤の大量注射（血圧上昇剤、強心剤、止血剤、鎮痛鎮静剤又はビタミン剤の混合を含む）、輸血、麻酔）
- ⑦ 外科的手術に伴う入院（食事の給付及び寝具設備を除く）

※ 上記のものうち、感染症の診査に関する協議会の答申をえて、保健所長が承認したものに対して、その医療費の 95%を公費負担する。ただし、初診料、再診料、診断書料などは公費負担の対象外。

(3) 都単独医療費助成制度

東京都内の保健所長から法第 37 条の 2 の患者票の交付を受けている者で住民税非課税者（ただし、生保が適用される方、及び療育給付受給者を除く）については、公費負担対象医療費の自己負担分 5%を、都が助成する。なお、都内区市町村国保の方のうち、住民税非課税者については、自己負担分（5%）を、付加給付として保険給付する。

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

保健所が発行した患者票（P. 5 参照）の提出を求める。（有効期間、公費対象抗結核薬等の確認）

(2) 請求先

社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金
 国保・後期高齢併用分 ⇒ 国保連合会

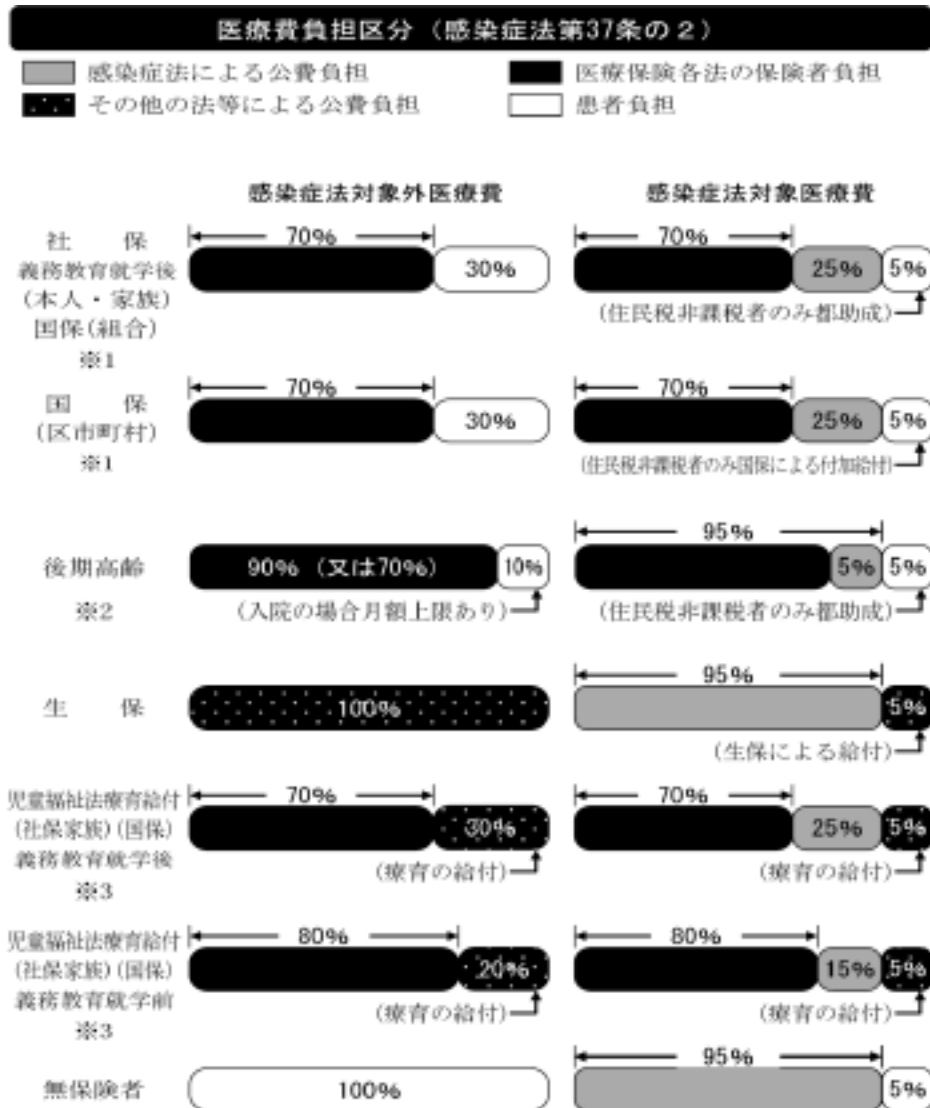
(3) 請求方法

医療費の請求は、公費併用診療報酬明細書に、公費負担者番号・受給者番号・診療内容等、所定事項を記入して請求する。

なお、医療保険各法の被保険者等の資格を有しない者については、公費単独用明細書を使用して支払基金へ請求する。

(4) 医療保険各法との関係及びその他の法等による公費負担医療制度との関係

前頁の2で記載した公費負担医療について、医療保険各法の規定により医療の給付（高額療養費の支給を含む）ができるときは、医療保険各法を先に適用する。よって、公費負担対象医療費の95%のうち、医療保険各法で給付された額の残りの額について感染症法で給付する。感染症法と医療保険各法、その他の法等による公費負担との関係における医療費の負担区分は次のとおり。

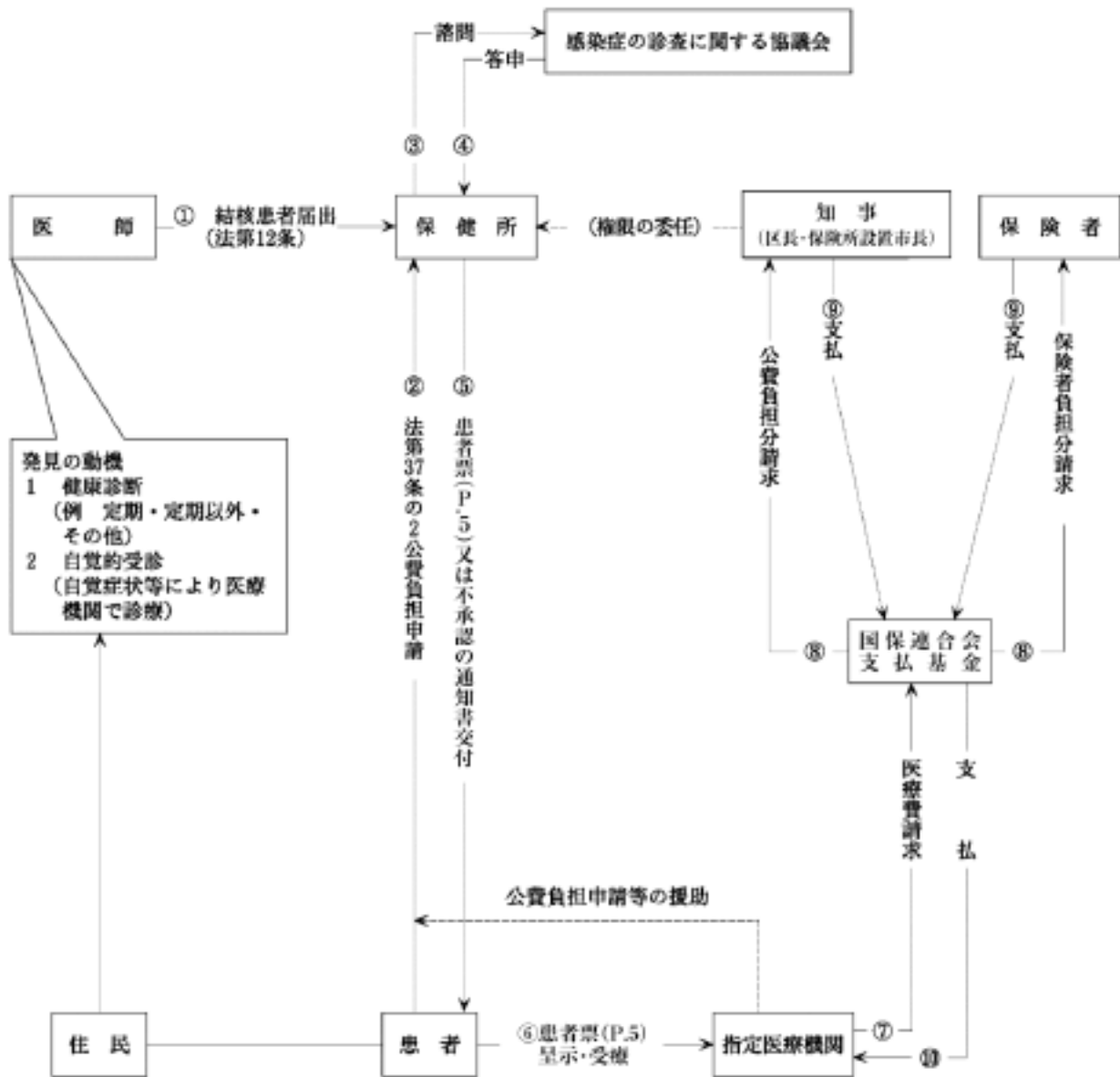


※1 社会保険・国民健康保険加入者については、年齢や加入保険の種類によって負担割合が変わることがある。

※2 後期高齢者医療の被保険者のうち、一定以上の所得がある方は、その他の医療費・結核治療に要する医療費共に保険者による負担割合が70%となる。

※3 児童福祉法療育給付の詳細は、P. 67 参照。

感染症法第37条の2による結核医療費公費負担制度



(表)

患 者 票

□感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2

□感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行細則第19条

公費負担者番号			1	3					/
公費負担医療の 受給者番号									
医療費助成負担者番号									
交付保健所 所在地及び 名称								交付年月日 年 月 日	
患 者	氏 名	男・女 歳							
	生年月日	年 月 日							
	住 所								
被保険者等の別		社保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢 生保(保護受給中・保護申請中) その他()							
診 療 報 酬		社保の例・後期高齢の例(年 月から)・協 定							
指 定 医 療 機 関 病 院 診 療 所		名 称							
		所 在 地							
病 名		1	2				3		
公費負担有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
医療費助成有効期間		年 月 日から 年 月 日まで							
医 療 の 種 類	A 化 学 療 法	1 抗結核薬 () 剤使用		1 薬品名 INH RFP RBT SM EB KM TH EVM PZA PAS CS DLM					
		2 副腎(じん)皮質ホルモン剤		2 1のうち局所療法に用いるもの() 薬品名 ()					
	B 外 科 的 療 法	1 肺 結 核		1 肺虚脱療法 2 空洞直達療法 3 肺切除術					
		2 結核性膿(のう)胸							
		3 骨 関 節 結 核							
		4 泌 尿 器 結 核							
		5 その他()							
	C 骨関節結核の装具療法								
	D AからCまでに必要な単純エックス線検査・CT検査、菌検査並びにB又はCに必要な処置その他の治療								
	E B又はCに必要な収容		日間(術前 日から 術後 日まで)						
摘 要									

(日本産業規格A列4番)

Ⅱ 法第 37 条の公費負担（法別番号 11）

法別番号	11	区 分	結核医療 (入院勧告又は入院措置)
取扱医療機関等	結核指定医療機関（結核病床を有する医療機関及び結核患者収容モデル病床を有する医療機関（合併症の患者のみ。））		
疾病等の範囲	<p>まん延を防止するため、必要があると認め、次の医学的所見に該当し、入院勧告又は入院措置を受けた方</p> <p>① 肺結核、咽頭結核、喉頭結核又は気管・気管支結核の患者であり、喀痰塗抹検査の結果が陽性であるとき。</p> <p>② ①の喀痰塗抹検査の結果が陰性であった場合に、喀痰、胃液又は気管支鏡検体を用いた塗抹検査、培養検査又は核酸増幅法の検査のいずれかの結果が陽性であり、以下のア、イ又はウに該当するとき。</p> <p>ア 感染防止のために入院が必要と判断される呼吸器等の症状がある。</p> <p>イ 外来治療中に排菌量の増加がみられている。</p> <p>ウ 不規則治療や治療中断により再発している。</p>		
対象者	保健所長により入院勧告又は入院措置された方（医療保険等加入の有無を問わない。）		
申請の続手	申請書に世帯員の各種所得証明書を添付して患者の居住地を管轄する保健所長に申請する。		
認定期間	入院勧告（措置）により入院した日から 72 時間、その後 30 日以内とする（再延長する場合も 30 日以内とする。）。		
公費負担額	<p>医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。</p> <p>なお、世帯員の市町村民税（特別区民税を含む）所得割の額の合算額が基準額（56 万 4 千円）を超える場合は、上限 20,000 円（月額）の負担額がある。</p> <p>→ 認定された方は、</p> <p>世帯員の市町村民税（特別区民税を含む）所得割の額の合算額が基準額（56 万 4 千円）を超える場合は、月額 20,000 円を限度として一部負担額を負担する。</p>		
根拠法令等	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 37 条		
問合せ先	<p>都内市町村の区域内</p> <p>[認定関係] 各保健所</p> <p>[給付関係] 保健医療局感染症対策部防疫課結核担当（5320）4483</p> <p>特別区(23区)及び保健所政令市の区域内</p> <p>[認定関係] 各保健所</p> <p>[給付関係] 各区市役所結核医療担当課</p>		

1. 概要

都道府県、政令市（特別区）又は保健所を設置する市（都においては八王子市、町田市）は、感染のまん延を防止し、徹底した治療を行うことを目的として、患者に対して行政の権限で感染症指定医療機関へ入院勧告又は入院措置を行う。この場合の入院治療に要する医療費について、患者または保護者の申請により全額を公費により負担する。

ただし、患者及び世帯員の市町村民税（特別区民税を含む）所得割の額の合算額（年額）が56万4千円を超える場合は、自己負担額として月額2万円（上限）を負担する。

2. 公費負担

(1) 給付対象

結核のまん延を防止するため、必要があると認め、次の医学的所見に該当し、入院勧告又は入院措置を受けた者

- ① 肺結核、咽頭結核、喉頭結核又は気管・気管支結核の患者であり、喀痰塗抹検査の結果が陽性であるとき。
- ② ①の喀痰塗抹検査の結果が陰性であった場合に、喀痰、胃液又は気管支鏡検体を用いた塗抹検査、培養検査又は核酸増幅法のいずれかの検査の結果が陽性であり、以下の（i）、（ii）又は（iii）に該当するとき。
 - （i）感染防止のために入院が必要と判断される呼吸器等の症状がある。
 - （ii）外来治療中に排菌量の増加がみられている。
 - （iii）不規則治療や治療中断により再発している。

(2) 給付内容

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料の支給
- ③ 医学的処置、手術及びその他の治療
- ④ 病院への入院及びその療養に伴う世話その他の看護

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

保健所が発行した医療費公費負担決定通知書（P.10 参照）の提出を求める。

（公費負担の期間・自己負担額等の確認）

(2) 請求方法

医療費の請求は、公費併用診療報酬明細書に、公費負担者番号・受給者番号・診療内容等所定事項を記入して請求する。医療保険各法の被保険者資格を有しない者については、公費単独明細書を使用して請求する。

なお、自己負担額は、診療報酬明細書の負担金額欄に記入すること。

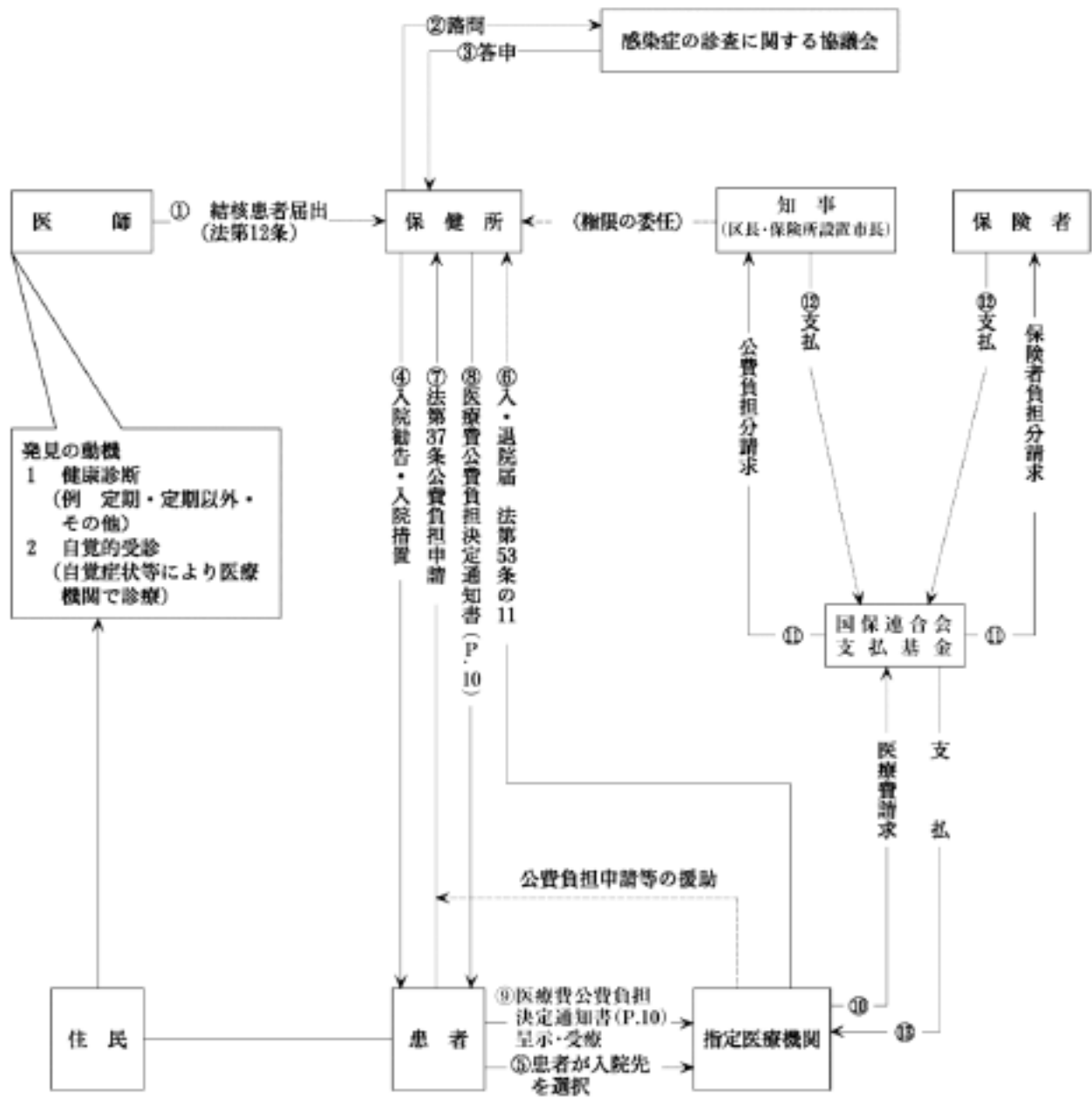
(3) 請求先

- 社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金
国保・後期高齢併用分 ⇒ 国保連合会

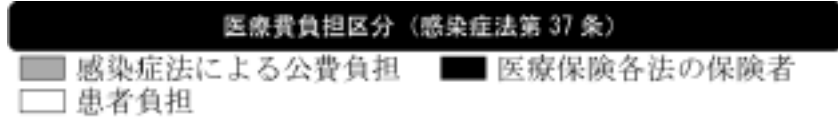
(4) 医療保険各法との関係

上記2で記載した公費負担について、医療保険各法の規定により医療の給付（高額療養費の支給を含む）ができるときは、医療保険各法を先に適用する。よって、医療保険各法で給付された額の残りの額について感染症法で給付する。

感染症法第19条・第20条による入院勧告・入院措置と法第37条による結核医療費公費負担制度

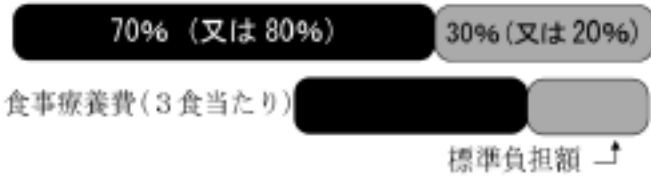


感染症法と医療保険各法との関係における医療費の負担区分は次のとおりである。



(1) 自己負担額のない者

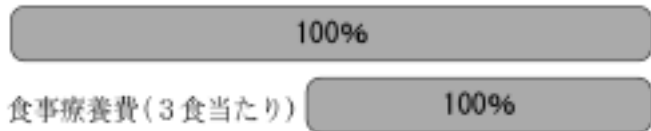
社保・国保



後期高齢



生保

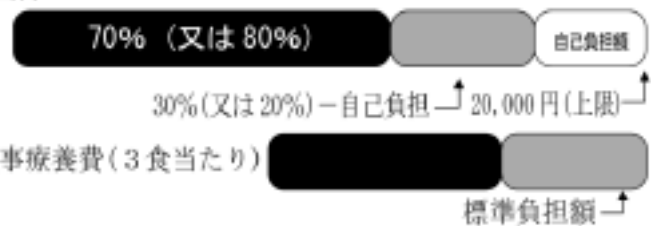


無保険者

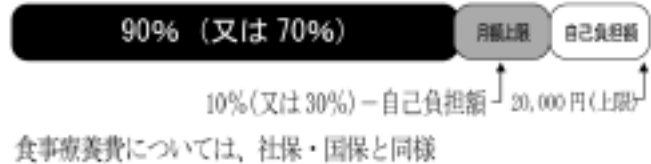


(2) 自己負担額（月額上限 20,000 円）のある者

社保・国保



後期高齢



無保険者



(申請者)	第 年 月 日 号
様	保健所長
医療費公費負担決定通知書	
<p>感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律_____に規定する医療に要する費用について、下記のとおり公費負担することを決定したので通知します。</p>	
記	
1 患者氏名	(年 月 日生)
<hr/>	
2 患者住所	
<hr/>	
3 勧告等を行った日	年 月 日
<hr/>	
4 入院医療機関名	
<hr/>	
5 自己負担の有無	有・無
<hr/>	
(負担額) ※	円
<hr/>	
※ [計算式] 20,000円(月額)÷その月の実日数×公費負担の期間の日数	
公費負担者番号	1 3
公費負担受給者番号	/
公費負担の期間	年 月 日 ~ 年 月 日

(日本産業規格A列4番)

4. 第二種感染症指定医療機関（結核）

(1) 指定及び辞退

指定医療機関は、法第 37 条の 2 及び法第 37 条の規定による公費負担患者の医療を担当させるため、法第 38 条に基づき都道府県知事（結核指定医療機関においては、都道府県知事又は保健所を設置する区市町村長）が開設者の同意を得て指定する。

新たに知事の指定を受けようとする病院の開設者は、「感染症指定医療機関指定申請書」（P. 14 参照）を、医療機関の所在地を管轄する保健所長を経由して知事に提出することになっている。

指定を辞退しようとする場合、医療機関が診療もしくは業務を停止する場合等は、「指定医療機関辞退届」（P. 14 参照）を保健所長を経由して知事に提出することになっている。

なお、医療機関を移転（改築等によるものを含む）する場合及び開設者が変わる場合は、「感染症指定医療機関指定書」（P. 14 参照）を添付して辞退の手続きをし、再度指定申請を行うことになっている。

(2) 指定書記載事項の変更

すでに指定を受けている医療機関が、次の理由に該当する場合は「指定医療機関変更届」（P. 15 参照）に「感染症指定医療機関指定書」を添付し、保健所長を経由して知事に提出することになっている。

- ① 医療機関の名称を変更した場合
- ② 住居表示の変更等により、医療機関の所在地名の呼称及び地番に変更があった場合
- ③ 開設者の住所に変更があった場合
- ④ 開設者名の変更（改姓・法人の名称変更等）

5. 結核指定医療機関

(1) 指定及び辞退

新たに指定を受けようとする病院、診療所又は薬局の開設者は、「結核指定医療機関指定申請書」を、医療機関の所在地を管轄する長（特別区・保健所政令市の区域にあつては当該区市長、それ以外にあつては、医療機関の所在地を管轄する保健所を経由して知事。以下同じ）に提出することになっている。

指定を辞退しようとする場合、医療機関が診療もしくは業務を停止する場合等は、「指定医療機関辞退届」を医療機関の所在地を管轄する長に提出する。

なお、医療機関を移転（改築等によるものを含む）する場合及び開設者が変わる場合は、指定時に交付された「感染症指定医療機関指定書（第 10 号様式）」を添付して辞退の手続きをし、再度指定申請を行うことになっている。

※ 参考様式（特別区及び保健所政令市以外の場合）

「結核指定医療機関指定申請書（第 9 号様式の 2）」（P. 14 参照）

「指定医療機関辞退届（第 11 号様式）」（P. 14 参照）

特別区・保健所政令市の様式については、当該区市に確認すること。

(2) 指定書記載事項の変更

すでに指定を受けている医療機関が、次の理由に該当する場合は「指定医療機関変更届」に、指定時に交付された「感染症指定医療機関指定書（第 10 号様式）」（原本）を添付し、医療機関の所在地を管轄する長に提出する。

- ① 医療機関の名称を変更した場合
- ② 住居表示の変更等により、医療機関の所在地名の呼称及び地番に変更があった場合
- ③ 開設者の住所に変更があった場合
- ④ 開設者名の変更（改姓・法人の名称変更等）

※ 参考様式（特別区及び保健所政令市以外の場合）

「指定医療機関変更届（第 12 号様式）」（P. 15 参照）

特別区・保健所政令市の様式については、当該区市に確認すること。

6. 指定医療機関の責務

指定医療機関は、公費負担患者の医療を担当するに当たっては、感染症法及び感染症指定医療機関医療担当規程の定めるところにより医療を担当しなければならない。

感染症指定医療機関医療担当規程

(通則)

第一条 感染症指定医療機関は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「法」という。)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、法の規定による感染症の患者の医療を担当しなければならない。

(医療の原則)

第二条 感染症指定医療機関における感染症の患者の医療は、患者を社会から隔離することそのものではなく、患者に対する治療及びこれを通じた感染症のまん延の防止を目的とするものとする。

2 感染症指定医療機関は、感染症の患者の置かれている状況を深く認識し、感染症の患者への十分な説明及び相談を行い、良質かつ適切な医療を提供するよう努めるとともに、療養環境の向上に努めなければならない。

(結核患者に係る法第三十七条に定める医療)

第二条の二 結核患者に係る法第三十七条に規定する医療の方針については、結核医療の基準によるものとする。

(感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則第二十条の二に定める医療)

第二条の三 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律施行規則(以下「規則」という。)第二十条の二に規定する医療については、同条の規定によるほか、結核医療の基準によるものとする。

(診療開始時等の注意)

第三条 感染症指定医療機関は、法に基づく入院勧告又は入院措置に係る患者(以下「措置患者等」という。)、法に基づき宿泊施設若しくは居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことの協力を求められた新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者(以下「外出自粛対象者」という。)及び都道府県知事(保健所を設置する市又は特別区にあっては、市長又は区長とする。以下同じ。)の交付した有効な患者票を所持する結核患者(以下「患者票患者」という。)の医療を正当な理由がなく拒んではならない。

第四条 感染症指定医療機関(第二種協定指定医療機関及び結核指定医療機関を除く。第六条、第九条及び第十条において同じ。)は、措置患者等を入院させるに際しては、法第二十三条又は法第四十九条の規定による通知を提示させること等により、当該措置患者等が入院させるべき者であることを確かめなければならない。

2 結核指定医療機関は、患者票患者から患者票を提出して診療を求められたときは、その患者票がその患者票患者について交付されたものであること及びその患者票が有効であることを確かめなければならない。

(診療時間)

第五条 感染症指定医療機関は、診療時間において診療を行うほか、措置患者等、外出自粛対象者又は患者票患者が、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行わなければならない。

(援助)

第五条の二 結核指定医療機関は、患者票患者以外の結核患者に対して規則第二十条の二各号に掲げる医療を行うことが必要であると認めるとき又は患者票患者に対して同条各号に掲げる医療のうち当該患者票患者が受けていないものを行うことが必要であると認めるときは、速やかに、当該患者又はその保護者が所定の手続を行うことができるよう当該患者又はその保護者に対し必要な援助を与えなければならない。

(収容する病床)

第六条 感染症指定医療機関は、次の各号に掲げる当該医療機関の種類に応じ、当該各号に定める病室又は病床に措置患者等を収容しなければならない。

- 一 特定感染症指定医療機関 措置患者等を収容するために適当と認められる病室であつて、当該特定感染症指定医療機関があらかじめ定めるもの
- 二 第一種感染症指定医療機関 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第三十八条第二項の規定に基づく厚生労働大臣の定める感染症指定医療機関の基準(次号において「指定基準」という。)第一の一に規定する第一種病室
- 三 第二種感染症指定医療機関 指定基準第二の一に規定する第二種病室
- 四 第一種協定指定医療機関 次に掲げる要件を満たす病床
 - イ 当該医療機関の感染症の患者が他の患者等と可能な限り接触することなく当該患者を診察することができることその他医療機関における院内感染対策を適切に実施しながら、必要な医療を提供することが可能であること。
 - ロ 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県知事の要請を受け、通知(法第三十六条の二第一項の規定による通知をいう。以下同じ。)又は医療措置協定の内容に応じ、新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の患者又は新感染症の所見がある者を入院させ、必要な医療を提供する体制が整っていると認められること。

(第二種協定指定医療機関における医療等の提供)

第七条 第二種協定指定医療機関は、次の各号に掲げる当該医療機関の区分に応じ、当該各号に定める医療等を提供しなければならない。

- 一 法第三十六条の二第一項第二号に掲げる措置を実施するもの 当該医療機関を受診する者が、他の当該医療機関を受診する者と可能な限り接触することなく当該患者を診察することができることその他医療機関における院内感染対策を適切に実施しながら提供する診療であって、新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県知事からの要請を受け、通知又は医療措置協定の内容に応じて行う新型インフルエンザ等感染症若しくは指定感染症の疑似症患者若しくは当該感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者又は新感染症にかかっていると疑われる者若しくは当該新感染症にかかっていると疑うに足りる正当な理由のある者に対するもの
- 二 病院又は診療所であって、法第三十六条の二第一項第三号に掲げる措置を実施するもの 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、当該医療機関の所在地を管轄する都道府県知事の要請を受け、通知又は医療措置協定の内容に応じて行うオンライン診療その他法第四十四条の三の二第一項(法第四十四条の九第一項の規定に基づく政令によって準用される場合を含む。)又は法第五十条の三第一項の厚生労働省令で定める医療(以下「外出自粛対象者に対する医療」という。)
- 三 薬局であって、法第三十六条の二第一項第三号に掲げる措置を実施するもの 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、当該薬局の所在地を管轄する都道府県知事の要請を受け、通知又は医療措置協定の内容に応じて行う外出自粛対象者に対する医療
- 四 指定訪問看護事業者であって、法第三十六条の二第一項第三号に掲げる措置を実施するもの 新型インフルエンザ等感染症等発生等公表期間において、当該指定訪問看護事業者の所在地を管轄する都道府県知事の要請を受け、通知又は医療措置協定の内容に応じて行う外出自粛対象者に対する医療

(証明書等の交付)

第八条 感染症指定医療機関は、措置患者等、外出自粛対象者、患者票患者、保護者(措置患者等若しくは患者票患者の親権を行う者若しくは後見人をいう。)又は入院勧告、入院措置若しくは宿泊施設若しくは居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことの協力の求めを行い、若しくは患者票を交付した都道府県知事から、その行っている医療につき、必要な証明書、意見書等の交付を求められたときは、交付しなければならない。

(外部との連絡の確保)

第九条 感染症指定医療機関は、措置患者等が外部との連絡を求める場合にあつては、当該患者の医療のため特に必要があると認められる場合を除き、当該措置患者等から外部に連絡ができるように努めなければならない。

(退院時の指導)

第十条 感染症指定医療機関は、二類感染症に係る措置患者等について、法第二十六条第一項において準用する法第二十二條第一項の規定により入院に係る感染症の症状が消失したことをもって退院が行われるときは、当該患者に対して、当該感染症のまん延を防止するために必要な指導を行わなければならない。

(診療録)

第十一条 感染症指定医療機関は、措置患者等、外出自粛対象者又は患者票患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。

(帳簿の保存)

第十二条 感染症指定医療機関は、診療及び診療報酬の請求に関する帳簿及び書類をその完結の日から三年間保存しなければならない。ただし、診療録にあつては、その完結の日から五年間とする。

(通知)

第十三条 感染症指定医療機関は、措置患者等、外出自粛対象者又は患者票患者について、次のいずれかに該当する事実を知った場合には、速やかに、意見を付して入院勧告、入院措置若しくは宿泊施設若しくは居宅若しくはこれに相当する場所から外出しないことの協力の求めを行い、又は患者票を交付した都道府県知事に通知しなければならない。

- 一 措置患者等、外出自粛対象者又は患者票患者が正当な理由なくして診療に関する指導に従わないとき。
- 二 措置患者等、外出自粛対象者又は患者票患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。

(薬局に関する特例)

第十四条 第二種協定指定医療機関である薬局にあつては、第十一条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替えて適用するものとする。

2 結核指定医療機関である薬局にあつては、第二条の三及び第五条の二の規定は適用せず、第十一条中「診療録」とあるのは「調剤録」と読み替えて適用するものとする。

(注) 上記規程は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律等の一部を改正する法律の施行に伴う厚生労働省関係告示の整備等に関する告示(令和5年5月26日厚生労働省告示第202号)による改正後であり、同告示による改正は令和6年4月1日適用である。

第9号様式(第10条関係)

		年 月 日	
東京都知事	殿		
医療機関の所在地	郵便番号		
医療機関の名称	フリガナ		
医療機関開設者住所 (法人の場合は、法人の住所)	電話		
医療機関開設者氏名 (法人の場合は、法人の名称)	電話		㊟
感染症指定医療機関指定申請書			
<p>感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第38条第2項の規定により感染症指定医療機関として指定を受けたいので申請します。</p> <p>なお、指定の上は、同法第38条第3項の規定医療を担当するため、同法の規定による一切の事項を遵守します。</p>			
(注) 結核指定医療機関の指定の申請については、第9号様式の2を使用すること。			

(日本産業規格A列4番)

第9号様式の2(第10条の2関係)

		年 月 日	
東京都知事	殿		
病院又は診療所(薬局)の所在地			
病院又は診療所(薬局)の名称			
病院又は診療所(薬局)の開設者住所(法人の場合は、法人の住所)		㊟	
病院又は診療所(薬局)の開設者氏名(法人の場合は、法人の名称)			
結核指定医療機関指定申請書			
<p>感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律(以下「感染症法」という。)第38条第2項の規定による医療機関として、指定されたいので申請します。</p> <p>なお、指定の上は感染症法第38条第7項の規定による知事の指導及び同法第41条の規定による診療報酬の定めるところに従い、同法による医療を担当するため、同法の規定による一切の事項を守ります。</p>			
記			
担当医師名又は管理薬剤師名			
病診 療 院 所	診 察 目	エ ッ ク ス 線 利 用 機 関 (直接・ポータブル・断層 (エックス線利用医療機関に記入))	用 医 療 機 関
	エ ッ ク ス 線 設 備		有 無
		名 称	
		所 在 地	
医療法第7条・第8条・医薬品・医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第4条(許可・届出・登録)済・未			
保健所長の意見		結核指定医療機関として適当と認める。年 月 日	
		保健所長	

(日本産業規格A列4番)

第10号様式(第11条関係)

		第 号	
感染症指定医療機関指定書			
指定医療機関の名称			
指定医療機関の所在地			
指定医療機関開設者住所 (法人の場合は、法人の住所)			
指定医療機関開設者氏名 (法人の場合は、法人の名称)			
<p>感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第38条第2項の規定により、</p> <p>上記の医療機関を 第一種感染症 第二種感染症 結核 指定医療機関に指定します。</p>			
年 月 日			
東京都知事			

(日本産業規格A列4番)

第11号様式(第12条関係)

		年 月 日	
東京都知事	殿		
指定医療機関の指定番号			
指定医療機関の所在地			
指定医療機関の名称			
指定医療機関開設者住所 (法人の場合は、法人の住所)			
指定医療機関開設者氏名 (法人の場合は、法人の名称)			
指定医療機関辞退届			
<p>年 月 日付けをもって感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による感染症指定医療機関としての指定を辞退したいので、同法第38条第8項の規定により届け出ます。</p>			
辞 退 事 由			
<p>開設者が死亡又は失そうした場合は、開設者氏名欄に開設者氏名並びに届出人の氏名及び続柄を記入のこと。</p>			

(日本産業規格A列4番)

第12号様式(第13条関係)

年 月 日

東京都知事 殿

指定医療機関の指定番号

指定医療機関の所在地

指定医療機関の名称

指定医療機関開設者住所
(法人の場合は、法人の住所)

指定医療機関開設者氏名
(法人の場合は、法人の名称)

指定医療機関変更届

年 月 日付けで指定された感染症指定医療機関について 年
月 日に変更があったので届け出ます。

変 更 事 項

新

旧

参考事項

(日本産業規格A列4番)

7. 公費負担の申請手続き

(1) 法第 37 条の 2 (法別番号 10)

①申請者

結核患者（本人）又はその保護者

②申請書類

(i) 結核医療費公費負担・東京都医療費助成申請書 (P. 17 参照。診断書部分は医療機関が記入する。)

(ii) エックス線写真 (申請前 3 ヶ月以内に撮影したもの。医療機関が用意する。)

(iii) 住民税非課税証明書 (ただし、東京都医療費助成を申請する者)

③申請先

当該患者の居住地を管轄する保健所長に提出する。

④承認期間

保健所が申請を受理した日を始期とし、その日から 6 ヶ月以内の日を終期とする。

⑤継続申請

引き続き治療が必要な場合は、上記②の関係書類を添付し、有効期限 2 週間前までに必ず保健所長に提出しなければならない。

⑥公費負担の決定

保健所長は、申請された医療の適否を感染症の診査に関する協議会に諮問したうえ公費負担の承認又は不承認を決定し、承認した場合は患者票を、不承認の場合は通知書を申請者に交付する。

なお、公費負担の承認期間が満了したときは、すみやかに患者票を保健所に返納する。

(2) 法第 37 条 (法別番号 11)

①申請者

法第 19 条・第 20 条に基づき入院勧告・入院措置を受けた結核患者（本人）又はその保護者

②申請書類

(i) 医療費公費負担申請書 (申請者が記入する。)(P. 18 参照)

(ii) 当該患者の自己負担額を認定するために必要な書類 (所得税課税証明書、住民票等)

③申請先

当該患者の居住地を管轄する保健所長に提出する

④承認期間

入院勧告又は入院措置の期間 (入院したときから 72 時間及びその後 30 日 (入院措置は 10 日) 以内の期間とし、延長については 30 日 (入院措置は 10 日) 以内の期間)

⑤継続申請

引き続き入院勧告及び入院措置がなされた場合は、上記②の申請書類を必ず保健所長に提出しなければならない。

⑥公費負担の通知

保健所長は、公費負担申請を受理したときは、医療費公費負担決定通知書を申請者に交付する。

8. 医師の届出義務

医師は、診察の結果受診者が結核患者であると診断したときは、直ちに「結核発生届」(P. 19 参照)により、最寄りの保健所長に届け出なければならない。

9. 病院管理者の届出義務

病院の管理者は、結核患者が入院したとき、又は入院していた患者が退院したときは、7 日以内に「入退院結核患者届出票」(P. 18 参照)により、最寄りの保健所長に届け出なければならない。

第13号様式(第14条関係)

(表)

医療費公費負担申請書		年 月 日											
<p>感 殿</p> <p>感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条第1項の規定により医療費の公費負担を申請します。</p>													
申請者氏名		_____											
患者との関係		_____											
申請者個人番号		<table border="1"> <tr> <td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td><td>□</td> </tr> </table>		□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
□	□	□	□	□	□	□	□	□	□				
(申請者が患者本人である場合は、下記の「患者の個人番号」欄へ記入)													
申請者住所		_____											
患者氏名	生年月日	年 月 日											
住 所	_____												
保険者等の種別	社保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢 生保(保護受給中・保護申請中) その他()												
入院勧告等を受けた日	年 月 日	_____											
患者の個人番号	_____												
(注1) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2に規定する結核に係る一般医療費公費負担申請については、第13号様式の3を使用すること。 (注2) 患者の配偶者及び民法第877条第1項に規定する扶養義務者の個人番号は(裏)に記載し、書ききれない場合は別葉によること。													

(日本産業規格A列4番)

第25号様式(第30条関係)

入退院結核患者届出票		年 月 日届出	
<p>保健所長 殿</p> <p>結核患者が { 入院 } したので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律 { 退院 } したのとおり届け出ます。</p> <p>記</p> <p>1 { 入院患者 } の氏名等 { 退院患者 }</p>			
患者氏名	世帯主の続柄	男・女	患者
生年月日	職業	年 月 日	世帯主
世帯主氏名	_____		
2 入院患者の届出事項			
入院時病名	(学会病型)	入院年月日	年 月 日
入院時住所	_____		
医療費区分	社保(本人・家族) 国保(一般・退職本人・退職家族) 後期高齢 生保(保護受給中・保護申請中) 自費 その他()		
3 退院患者の届出事項			
退院年月日	年 月 日	_____	
退院後住所	_____		
退院事由	略治 軽快 自己退院 転院	(転院先が分かる場合は、備考に記入してください。) 死亡(年月日) 結核・結核以外	
退院時病状	活動性分類	活動性 活動性 非活動性	塗抹菌検査
	学会分類	I II III IV V	培養
指導区分	要医療 要観察 観察不要	手術	無 有(年月実施)
(注1) 病院の管理者は、結核患者が入院したとき又は退院したときは、7日以内に、この届出票により、最寄りの保健所に届け出ること。 (注2) 入院患者の場合は1及び2を、退院患者の場合は1及び3を記入すること。			
備考	病院所在地 _____ 病 院 名 _____ 管理者氏名 _____		

(日本産業規格A列4番)

結 核 発 生 届

東京都知事 (保健所) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第12条第1項 (同条
特別区長 (保健所) 殿 第8項において準用する場合を含む。) の規定により、以下のとおり届け出る。
保健所政令市長 (保健所) 報告年月日 令和 年 月 日

この届出は診断後直ちに行ってください

医師の氏名 _____

従事する病院 (科) ・診療所の名称 _____

上記病院・診療所の所在地 (※) _____

電話番号 (※) () - _____
(※病院・診療所に従事していない医師にあつては、その住所・電話番号を記載)

1 診断 (検査) した者 (死体) の類型					
1) 患者 (確定例) 2) 無症状病原体保有者 (潜在性結核感染症) 3) 疑似症患者 4) 感染症死亡者の死体 5) 感染症死亡疑い者の死体					
2 当該者氏名 (ふりがな)	3 性別	4 生年月日	5 診断時の年齢 (0歳は月齢)	6 当該者職業 (具体的に)	
()	男・女	年 月 日	歳 (か月)		
7 当該者住所					
電話 () -					
8 当該者所在地					
電話 () -					
9 保護者氏名		10 保護者住所 (9、10は患者が未成年の場合のみ記入)			
		電話 () -			

病 型				18 感染原因・感染経路・感染地域	
1) 肺結核 2) その他の結核 ()				① 感染原因・感染経路 (確定・推定)	
11 症状	・せき ・たん ・発熱 ・胸痛 ・呼吸困難 ・その他 () ・なし			1 飛沫核・飛沫感染 (感染源の種類・状況)	
12 診断方法	1) 塗抹検査 (- ± 1+ 2+ 3+) 又はG 号	検体: 喀痰・その他 ()		2 その他 ()	
	2) 培養検査 - + (個) 検査中	検体: 喀痰・その他 ()			
	3) 核酸増幅法 - + 未実施	検体: 喀痰・その他 ()			
4) 病理検査における特異的所見の確認				② 感染地域 (確定・推定)	
検体: ()				1 日本国内 (都道府県 市町村)	
所見: ()				2 国外 (国 詳細地域)	
5) ツベルクリン反応検査 月 日判定				19 その他感染症のまん延の防止及び当該者の医療のために医師が必要と認める事項	
x (x) (発赤・硬結・水疱・壊死)				1) 診断時の入院在宅の別	
6) リンパ球の菌特異蛋白刺激による放出インターフェロンγ試験 月 日実施 (陽性・判定保留・陰性)				入院 (予定) 日: 月 日 ・ 在宅 (医療機関名:)	
7) 画像検査における所見の確認				2) 当該者の同居者数	
学会分類 ※○で囲む。 その他				人 (うち乳幼児 有・無) ・ 单身	
病側	r	ℓ	b	3) その他	
病型	I II III IV V H	Pℓ Op O	該当なし	()	
拡がり	1 2 3	該当なし			
8) その他の方法 ()					
検体 ()					
結果 ()					
9) 臨床決定 ()					
13 初診年月日	令和	年	月	日	(1, 3, 11, 12, 18欄は該当する番号等を○で囲み、4, 5, 13から17欄は年齢、年月日を記入すること。(※)欄は、死亡者を検査した場合のみ記入すること。(*)欄は、患者(確定例)を診断した場合のみ記入すること。11, 12欄は、該当するものすべてを記載すること。)
14 診断 (検査 (※)) 年月日	令和	年	月	日	
15 感染したと推定される年月日	令和	年	月	日	
16 発病年月日 (*)	令和	年	月	日	
17 死亡年月日 (※)	令和	年	月	日	

10. Q & A

Q 1) 初診料、再診料、指導料は、法第 37 条の 2 の公費負担の対象となるのか。

A 1) 法第 37 条の 2 の公費負担の対象となるものは、規則第 20 条の 2 に定められた医療に限定されている。したがって、これらは公費負担の対象とはならない。

Q 2) 規則第 20 条の 2 第 4 号に定める検査（エックス線検査・結核菌検査）につき、結核の診断確定のため行った場合は公費負担の対象として差しつかえないか。

A 2) 公費負担の対象としない。

Q 3) 処方料・処方せん料は、法第 37 条の 2 の公費負担の対象となるか。

A 3) 規則第 20 条の 2 第 1 号の化学療法に要する費用の算定は、法第 41 条第 1 項の規定により健康保険の例により行われることになっているので公費負担の対象となる。

Q 4) 抗結核薬を投与したため、その副作用検査（聴力、視力、胃等）の費用は公費負担の対象となるか。

A 4) 医学的に必要と認められる検査であれば公費負担の対象となる。

Q 5) 法第 37 条の 2 による医療を受けるべき患者に対し、公費負担申請のために必要な診断書料及び協力料は公費負担の対象となるか。

A 5) 公費負担の対象とならない。

Q 6) 法第 37 条にもとづく公費負担申請のための診断書料及び協力料は公費負担の対象となるのか。

① 医療保険各法（国保を除く）の被扶養者については、診断書料及び協力料として 200 点（傷病手当金意見書交付料）を請求して差しつかえないか。

② 国民健康保険の被保険者について、診断書料及び協力料として 200 点を請求して差しつかえないか。

③ 各法による保険給付及び医療給付のない場合にも、診断書料及び協力料を請求して差しつかえないか。

A 6) ① 被扶養者については、代行しても協力料 100 点は請求できない。診断書料 100 点のみ請求できる。

② 差しつかえない。

③ 差しつかえない。

Q 7) 病院の一般病床に結核患者を入院させることが認められるか。

A 7) 感染症法により入院勧告又は入院措置を受けた患者は、感染症指定医療機関（結核指定医療機関）に入院させるものである。これは医療法上における結核病床種別が、結核患者以外の入院患者等に対する感染防止という観点に基づき設定されているものであることから、結核が空気感染することを鑑み、陰圧制御や HEPA フィルターの設置等適切な院内感染防止策を講じている場合において、一般病棟（床）へ入院させることを必ずしも妨げるものではない。

問合せ先 東京都保健医療局 感染症対策部 防疫課 結核担当 ☎5320-4483

<p>2 生活保護法</p>			
法別番号	12	区分	生活保護（医療扶助・介護扶助）
取扱医療機関等	<p>〔医療扶助〕 指定医療機関（生活保護法第49条に基づく指定を受けた医療機関）</p> <p>〔介護扶助〕 指定介護機関（生活保護法第54条の2第1項及び第2項に基づく指定を受けた介護機関）</p>		
疾病等の範囲	<p>〔医療扶助〕 全疾病</p> <p>〔介護扶助〕 介護保険法に基づく介護サービス</p>		
対象者	<p>〔医療扶助〕 福祉事務所長が医療扶助を行う必要があると認めた方及び急迫した場合において福祉事務所長等が保護の必要があると認めた方</p> <p>〔介護扶助〕 福祉事務所長が介護扶助を行う必要があると認めた方及び急迫した場合において福祉事務所長等が保護の必要があると認めた方</p>		
申請の続手	<p>本人の住所地又は現在地を管轄する福祉事務所長等へ申請する。</p>		
認定期間	<p>生活保護を受給している期間</p>		
公費負担額	<p>〔医療扶助〕 医療に要する費用。ただし、国民健康保険の診療方針及び診療報酬の例により適用し、保険外併用療養費に係るものは適用されない。他の法令等による給付がある場合には、その給付を優先する。</p> <p>〔介護扶助〕 介護保険の被保険者の場合、介護費用の1割分を公費で負担する。また、被保険者以外の方の場合、介護費用の全額を公費で負担する。ただし、他の法令等による給付がある場合には、その給付を優先する。</p>		
根拠法令等	<p>〔医療扶助〕 生活保護法第15条及び第52条</p> <p>〔介護扶助〕 生活保護法第15条の2</p>		
問合せ先	<p>〔医療扶助〕 福祉局生活福祉部保護課医療担当（5320）4065</p> <p>〔介護扶助〕 福祉局生活福祉部保護課介護担当（5320）4059</p>		

1. 概要

(1) 保護の目的

憲法第 25 条の理念に基づき、国が生活に困窮する全ての国民に対して、その困窮の程度に応じ、必要な保護を行い、その最低限度の生活を保障するとともに、その自立を助長することを目的としている。

(2) 保護の原則

保護は、要保護者、その扶養義務者又はその他の同居の親族の申請に基づいて開始することが原則であるが、要保護者が急迫した状況にあるときには、保護の申請がなくとも、必要な保護を行うことができるとされている。

(3) 保護の実施機関

生活保護法において実施機関は、都道府県知事・市長（特別区長）及び福祉事務所を管理する町村長が、実施しなければならないとされているが、東京都においては、保護の決定、実務の事務等の全てを福祉事務所長に委任して実施している（町村部は都）。

(4) 保護の種類

保護の種類は次のとおりであるが、それぞれの扶助は要保護者の必要に応じて単給又は併給として行われる。

- ① 生活扶助
- ② 教育扶助
- ③ 住宅扶助
- ④ 医療扶助
- ⑤ 介護扶助
- ⑥ 出産扶助
- ⑦ 生業扶助
- ⑧ 葬祭扶助

2. 医療扶助の給付範囲

医療扶助は、困窮のため最低限度の生活を維持することができない者に対して、次の事項の範囲内で行われる。

- ① 診察
- ② 薬剤又は治療材料
- ③ 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術
- ④ 居宅における療養上の管理及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑤ 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- ⑥ 移送

この範囲は、健康保険等の給付の範囲とほぼ同等であるが、最低生活を保障する生活保護法の理念から見て医療上不可欠のものに限られ、必要最小限度の医療を上回る医療については認められない。

3. 診療方針及び診療報酬

指定医療機関の診療方針及び診療報酬は、国民健康保険の診療方針及び診療報酬の例によることとされている。

ただし、これによることができないとき、又は適当でないときは、「生活保護法第 52 条第 2 項の規定による診療方針及び診療報酬」により、取り扱われることになる。

生活保護法第 52 条第 2 項の規定による診療方針及び診療報酬

昭和 34 年 5 月 6 日	厚生	省告示第 125 号
改正 昭和 48 年	厚生	省告示第 39 号
改正 昭和 58 年	厚生	省告示第 34 号
改正 昭和 59 年	厚生	省告示第 170 号
改正 昭和 63 年	厚生	省告示第 11 号
改正 昭和 63 年	厚生	省告示第 111 号
改正 平成 6 年	厚生	省告示第 311 号
改正 平成 7 年	厚生	省告示第 27 号
改正 平成 12 年	厚生	省告示第 212 号
改正 平成 12 年	厚生	省告示第 250 号
改正 平成 12 年	厚生	省告示第 465 号
改正 平成 14 年	厚生労働	省告示第 129 号
改正 平成 14 年	厚生労働	省告示第 324 号
改正 平成 18 年	厚生労働	省告示第 589 号
改正 平成 20 年	厚生労働	省告示第 171 号
改正 平成 27 年	厚生労働	省告示第 195 号
改正 平成 28 年	厚生労働	省告示第 156 号

生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）第 52 条第 2 項（同法第 55 条において準用する場合を含む。）の規定により、生活保護法第 52 条第 2 項の規定による診療方針及び診療報酬を次のとおり定め、昭和 34 年 1 月 1 日から適用し、生活保護法第 52 条第 2 項の規定による診療方針及び診療報酬（昭和 25 年 8 月厚生省告示第 212 号）は、昭和 33 年 12 月 31 日限り廃止する。

生活保護法第 52 条第 2 項の規定による診療方針及び診療報酬

- 1 歯科の歯冠修復及び欠損補綴の取扱において、歯科材料として金を使用することは、行なわない。
- 2 国民健康保険の診療方針及び診療報酬のうち、保険外併用療養費の支給に係るもの（厚生労働大臣の定める評価療養、患者申出療養及び選定療養（平成 18 年厚生労働省告示第 495 号）第 2 条第 7 号に規定する療養（次項において「長期入院選定療養」という。）につき別に定めるところによる場合を除く。第 4 項において同じ。）は指定医療機関及び医療保護施設には適用しない。
- 3 前項の規定により指定医療機関及び医療保護施設に適用される長期入院選定療養に係る費用の額は、国民健康保険法（昭和 33 年法律第 192 号）第 42 条第 1 項第 1 号に掲げる場合の例による。
- 4 前 3 項に定めるもののほか、結核の医療その他の特殊療法又は新療法による医療その他生活保護法（昭和 25 年法律第 144 号）の基本原則及び原則に基づき国民健康保険の診療方針及び診療報酬（保険外併用療養費の支給に係るものを除く。）と異なる取扱いを必要とする事項に関しては、別に定めるところによる。
- 5 75 歳以上の者及び 65 歳以上 75 歳未満の者であって高齢者の医療の確保に関する法律施行令（平成 19 年政令第 318 号）別表に定める程度の障害の状態にあるもの（健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）若しくは船員保険法（昭和 14 年法律第 73 号）の規定による被保険者及び被扶養者、国家公務員共済組合法（昭和 33 年法律第 128 号）若しくは地方公務員等共済組合法（昭和 37 年法律第 152 号）に基づく共済組合の組合員及び被扶養者又は私立学校教職員共済法（昭和 28 年法律第 245 号）の規定による私立学校教職員共済制度の加入者及び被扶養者である者を除く。）に係る診療方針及び診療報酬は、前各項に定めるもののほか、後期高齢者医療の診療方針及び診療報酬（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、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。）及び同法第 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 3 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 78 条第 4 項の規定による厚生労働大臣の定める基準及び同法第 79 条第 1 項の規定による厚生労働大臣の定め）の例による。
- 6 指定医療機関が健康保険の保険医療機関又は保険薬局であり、かつ、国民健康保険法第 45 条第 3 項（同法第 52 条第 6 項、第 52 条の 2 第 3 項及び第 53 条第 3 項において準用する場合を含む。）の規定による別段の定め契約当事者であるときは、当該契約の相手方である市町村（特別区を含む。）の区域に居住地（生活保護法第 19 条第 1 項第 2 号又

は同条第2項に該当する場合にあつては所在地とし、同条第3項に該当する場合にあつては入所前の居住地又は現在地とする。)を有する被保護者について当該指定医療機関が行った医療に係る診療報酬は、当該定の例による。

- 7 指定医療機関がそれぞれその指定を受けた地方厚生局長又は都道府県知事若しくは地方自治法（昭和22年法律第67号）第252条の19第1項の指定都市（以下「指定都市」という。）若しくは同法第252条の22第1項の中核市（以下「中核市」という。）の市長との間に及び医療保護施設がその設置について認可を受けた都道府県知事若しくは指定都市若しくは中核市の市長又はこれを設置した都道府県若しくは指定都市若しくは中核市を管轄する都道府県知事若しくは指定都市若しくは中核市の市長との間に、診療報酬に関して協定を締結したときは、当該指定医療機関又は医療保護施設に係る診療報酬は、当該協定による。ただし、当該協定による診療報酬が健康保険法第76条第2項の規定による厚生労働大臣の定め、同法第85条第2項及び第85条の2第2項の規定による厚生労働大臣の定める基準若しくは同法第86条第2項第1号の規定による厚生労働大臣の定め（前項に該当する指定医療機関にあつては、当該定めのうち診療報酬が最低となる定め）若しくは同法第88条第4項の規定による厚生労働大臣の定め又は高齢者の医療の確保に関する法律第71条第1項の規定による厚生労働大臣の定め、同法第74条第2項及び第75条第2項の規定による厚生労働大臣の定める基準若しくは同法第78条第4項の規定による厚生労働大臣の定める基準の例による場合に比べて同額又は低額である場合に限る。
- 8 第6項に該当する指定医療機関について前項に規定する協定の締結があつたときは、第6項の規定は、これを適用しない。

4. 医療機関での取扱い

(1) 医療扶助決定の流れ

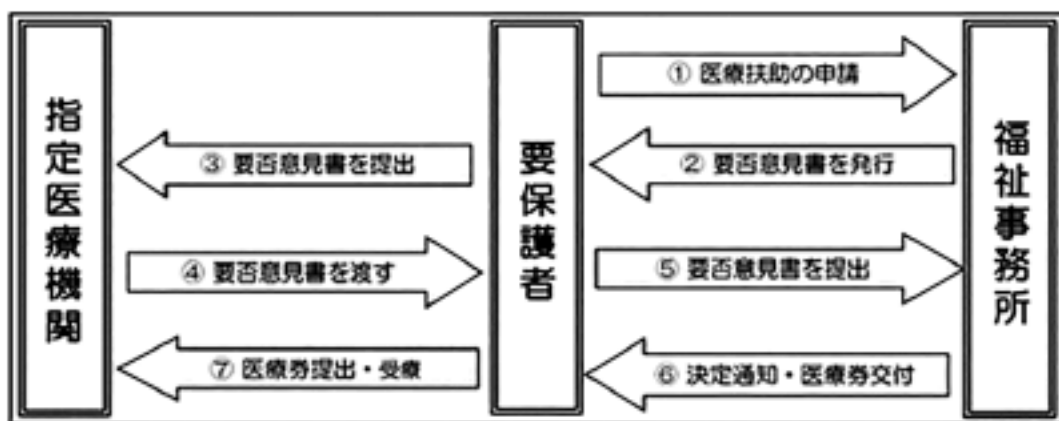
要保護者で医療扶助を受ける場合は、住所地を所管する福祉事務所長等に対して申請を行う。申請を受けた福祉事務所長等は、医療扶助を適用する必要があるか否かを判断する資料にするため医療要否意見書等を申請者に対し発行し、医療機関は申請のあった要保護者に対し、医療扶助の要否及び傷病名や外来の通院期間、入院期間などを医療要否意見書等に記載して福祉事務所長に提出する。

福祉事務所長等は、提出された各給付要否意見書を検討し、要保護者の生活状況など総合的に判断して、医療扶助の決定を行う。

医療扶助の決定後、福祉事務所長等は、決定通知並びに医療券を要保護者に交付する。

医療券には指定医療機関等が指定されているため、要保護者は記載の指定医療機関に医療券を提出し医療扶助の給付を受ける。

要保護者が指定医療機関以外の医療機関（専門病院等）に受診する場合は、その都度、福祉事務所に指定医療機関の変更（追加）申請し、新たな指定医療機関の記載の有る医療券の発行が必要となる。

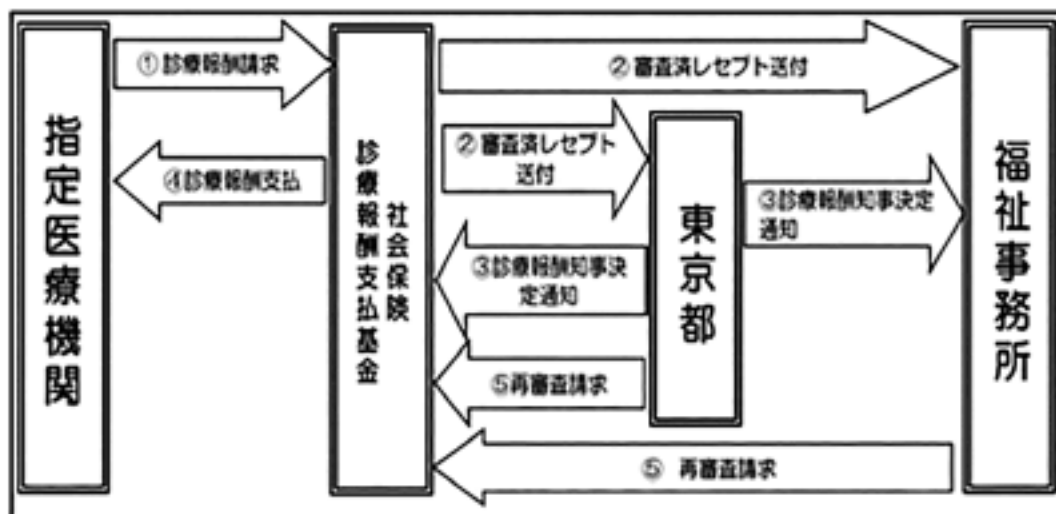


(2) 診療報酬の請求と支払い

指定医療機関は、福祉事務所から発行された被保護者が持参する医療券に基づき、診療報酬明細書に請求内容を記載し、福祉事務所毎にとりまとめ、健康保険と同様の取扱いで、支払基金へ請求する。これの支払いは、請求月の末日迄に支払基金から支払われる。

また、医療券は、「8. 医療券発行」のとおり、基本、暦月を単位として発行されるため、診療報酬明細書の摘要欄には月ごとに異なる交付番号を記入しなければならない。

なお、医療要否意見書の作成に伴って、被保護患者を診察した結果、医療を必要としない場合の「診察料、検査料」については、医療要否意見書の下欄（診察料、検査料請求書）により、福祉事務所へ直接請求する扱いとなる。（ただし、新規の場合を除く）



(3) 取扱い上の留意点

①緊急時等（休日、夜間等を含む）における医療扶助の取扱い

生活保護法による医療扶助の一般診療については、医療券に記載された医療機関において該当疾病の受診をすることになっているが、急性疾患や事故などによる緊急な傷病において、指定医療機関以外の医療機関で対応しなければならない場合、医療機関はその患者を担当する福祉事務所に電話連絡し、生活保護受給者であることを確認し、後日、当該医療機関を指定医療機関とする医療券を新たに発行させる。

緊急に休日若しくは夜間に診療を受ける必要が生じた場合、福祉事務所に確認する事が出来ないため、受診不能となる危惧があるが、被保護者は少なくとも年1回「保護決定通知書」が交付されているので、これを（被保護者資格証明書等も可）提示させて診療を行い、翌日医療券を提示するよう指示すること。

②診療報酬請求権の時効

指定医療機関が行う診療報酬の請求権の時効については、民法第166条第1項の規定により時効年限は5年であり、時効の起算日は、医療券の発行遅延等により請求できることを知り得ない場合を除いて、通常の場合は診療日の属する月の翌月1日である。

③医療券の取扱い

要保護者から提出された医療券については、指定医療機関で保管し、患者の治療中断などにより不要となった医療券については、福祉事務所において廃棄処分を行うこととなるので、当該福祉事務所へ必ず返戻を要する。

④診療録の用紙

被保護者の診療録は、生活保護法指定医療機関医療担当規程に基づき、国民健康保険の例により整備することと定められている。

⑤保険外併用療養費用等

被保護者は、原則として保険で認められない治療や薬剤を使用する診療行為は認められていない。

又、室料差額など保険外併用療養費の支給にかかるものも原則として生活保護の対象となりません。いわゆる「お世話料」等の費用も徴収できません。

⑥明細書無償交付の義務化（平成30年10月1日から）

指定医療機関は正当な理由がない限り、患者の求めがない場合でも明細書を無償で交付することが義務化された。

⑦後発医薬品使用の原則化（平成30年10月1日から）

医学的知見に基づき後発医薬品を使用することができると認めた場合には、原則として後発医薬品で投薬を行うことが原則化された。

(4) 他の医療制度との関係

①国民健康保険

生活保護を受給すると、その日から、国民健康保険の被保険者の資格が失われる。従って、国民健康保険法を適用できなくなり、生活保護の医療扶助の対象となる。

②社会保険等

国民健康保険の加入者が生活保護を受給すると国民健康保険から脱退することになるが、各種社会保険では保険に加入し続けることができる。

社会保険併用の場合、レセプト請求の割合は、7割分が社保、3割分が自己負担分となり、福祉事務所はこの3割分を支払うこととなる（他法優先）。

		← 総医療費 →	
① 被保険者 (本人) 入院、入院外とも	社保負担・7割	生保・3割	
② 被扶養者 (家族) ア. 入院	社保負担・7割	生保・3割	
イ. 入院外	社保負担・7割	生保・3割	

(上記の「各種社会保険では保険に加入し続けることができる。」とは、例えば、生活保護受給者が健康保険の被扶養者として加入することを保険者等が認め、なお法の定める生活困窮状態と認められる場合は、重ねて生活保護を受ける事が可能となる。これは、生活保護法では、「あらゆるもの」を活用したうえで、世帯の収入と厚生労働大臣の定める基準で計算される最低生活費を比較して、収入が最低生活費に満たない場合に、生活保護が適用されるため、この「あらゆるもの」に健康保険の使用も含まれるためである。)

③高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療）

75歳以上の者等の被保護者は、高齢者の医療の確保に関する法律（後期高齢者医療）の適用除外となるため、生活保護法が適用される。

後期高齢者医療と生活保護の適用関係について

	対象者の区分	生活保護適用時の取り扱い	負担割合	
①	75歳以上の者	後期高齢者医療適用除外	医療扶助：10割	
②	65～74歳の者であって広域連合の障害認定を受けている者	後期高齢者医療適用除外	医療扶助：10割	
③	65～74歳の者であって被用者保険の被保険者又は被扶養者（障害の状態にあるが広域連合の障害認定を受けていない者又は撤回した者を含む）	被用者保険加入継続	70～74歳	保険給付：8割 (特例措置対象者は9割) 医療扶助：2割 (特例措置対象者は1割)
			70歳未満	保険給付：7割 医療扶助：3割

※ 後期高齢者医療の例による診療方針及び診療報酬（保険外併用療養費の支給に係るものを除く）は、75歳以上の者等に該当するに至った日の属する月の翌月（その日が月の初日であるときは、その日の属する月）から適用する。

④他の公費負担医療

(i) 国の制度

国の公費負担医療については、原則として生活保護に優先して適用される。この場合、患者負担を伴う場合や一部適用外の医療費がある場合には、生活保護が適用される。

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第 37 条の 2 適用者で医保本人家族については、5% の自己負担が生じることから、この 5% が生活保護の適用となる。

医保家族

医 保 負 担	公 費 負 担	自 己 負 担 生 保
70%	25%	5%

(ii) 都の制度

都単独の公費負担医療は、原則として生活保護受給者を除く取扱いとなるので、全て生活保護が適用される。

5. 医療機関の指定

医療扶助のための医療を担当する機関として、国立の医療機関については、厚生労働大臣が、その他の医療機関については開設者の申請に基づき知事が指定することになる。

令和 5 年 7 月 1 日より、保険医療機関と生活保護法指定医療機関を同時に申請する場合は、生活保護法指定医療機関の申請についても、関東信越厚生局東京事務所へ提出することが可能となった。

(1) 指定の申請等

ア. 法第 49 条の規定により指定を受けようとする医療機関は、次の事項を記載した「生活保護法指定中国残留邦人等支援法指定医療機関指定申請書」をその医療機関の所在地を管轄する福祉事務所に提出すること。

- (1) 医療機関の名称及び所在地
- (2) 開設者の氏名（名称）、住所（所在地）及び生年月日 ※ 住所及び生年月日は、訪問看護ステーションのみ。
- (3) 管理者の氏名、住所及び生年月日 ※ 住所及び生年月日は、訪問看護ステーションのみ。
- (4) 健康保険法による指定の医療機関等コード及び指定期間他

イ. 指定後において、届出が必要な事項については「生活保護法指定医療機関届出事項一覧（P.32）」を参照

(2) 指定日

新規申請の場合、原則として福祉事務所が収受した月の 1 日を指定日としている。（健康保健法の規定による保険医療機関等による指定日以降の指定年月日となる。）

(3) 指定の基準

健康保険法に規定する保険医療機関又は保険薬局であること。

(4) 指定の通知

都知事が指定医療機関等を指定したときは、申請者に指定通知書を交付するとともに、その旨を東京都公報に登載する。

6. 生活保護法指定医療機関の更新

(1) 更新期間及び該当保険医療機関

指定医療機関である病院及び診療所（以下①又は②に該当する場合を除く）は 6 年毎の更新手続きが必要である。

- ① 開設者である保険医のみが診療に従事している診療所（※開設者が法人の場合を除く）
- ② 開設者である保険医及びその方と同一の世帯に属する配偶者、直系血族もしくは兄弟姉妹である保険医のみが診療に従事している診療所（※開設者が法人の場合を除く）

(2) 手続き方法

対象指定医療機関には指定期間満了の遅くとも 3 か月前に、東京都が業務委託している（公財）東京都福祉保健財団より、「生活保護法指定医療機関に係る更新申請のご案内」が直送されるので、同封の「指定申請書」に必要事項を記入の上、申請期間内に郵送により申請を行う。

(3) 提出先及び問合せ先

公益財団法人 東京都福祉保健財団 事業者指定室

〒163-0718 新宿区西新宿 2-7-1 小田急第一生命ビル 18 階 電話：03-3344-8638

7. 保護の申請及び決定

(1) 医療扶助の申請

医療扶助を受けようとする患者は、福祉事務所長に対して保護の申請を行う。

(2) 医療要否の確認

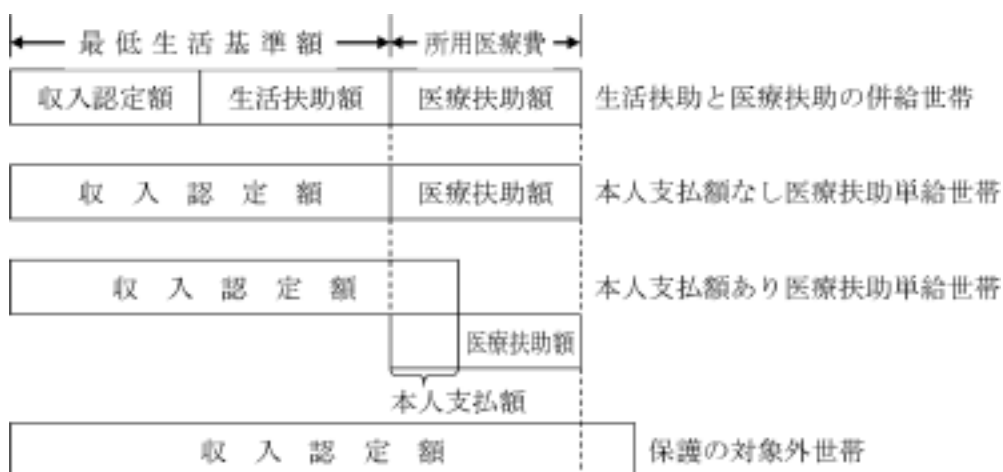
申請を受けた福祉事務所は、医療扶助が必要か否かの判断の資料として、「医療要否意見書」などによって指定医療機関からの意見を求め、医療の要否を決定する。この場合の「医療要否意見書」の記載内容は、傷病名、初診年月日、主要症状、今後の診療見込、及び概算医療費等である。(医療要否意見書の様式 P. 30 参照)

(3) 医療扶助の決定

福祉事務所は、この医療要否意見書や、他法等の適用、さらには要保護者の生活状況などを総合的に判断して医療扶助を決定する。

〈決定の基準〉

要保護世帯の収入認定額と、年齢別生活基準額等を合算して算出した当該世帯の最低生活費を比較して、収入認定額が最低生活費に満たない場合、その差額が生活扶助として支給され、併せて医療扶助の給付も行われる。



8. 医療券の発行

医療扶助が決定された場合、福祉事務所長は医療券を発行する。〔医療券〕の様式 P. 31 下段参照)

医療機関にあっては、この発行された医療券に基づき手持ちの診療報酬明細書を使用し、診療報酬の請求を行う。

(1) 医療券発行の単位

医療券の発行は暦月単位とし、療養の給付が月の途中で始まり、終わる場合は、それによって医療券に有効期間が記載されている。月末に給付が始まり、それが翌月にまたがる場合は、翌月分の医療券を同時に発行して差し支えないことになっている。

(2) 医療券の有効性

医療券は、福祉事務所所で所要事項を記載し、福祉事務所長印を押したものが有効である。

なお、次の場合の訂正は、福祉事務所において所要の修正手続が行われている。

- ① 患者の氏名、性別、生年の記載事項の訂正
- ② 本人支払額の訂正
- ③ 患者の委託先（指定医療機関）の変更
- ④ 公費負担者番号、交付番号の訂正
- ⑤ 医療券の有効期間の訂正
- ⑥ 社保負担、他法負担に関する記載事項の訂正

(3) 医療券の記載事項等の留意点

- ① 医療券の「本人支払額」欄に、本人支払額が記載されている場合は、この額を医療機関において患者から直接徴収することになる。本人支払額がない場合は、その欄に斜線が引かれている。
- ② 医療券において、被保険者が継続療養に該当し、資格喪失後も継続して給付を受けることができる傷病については、その部位や傷病名等が「備考」欄に記載されている。

- ③ 75歳以上の者及び65歳以上75歳未満の者であって高齢者の医療の確保に関する法律施行令別表に定める程度の障害の状態にあるもの（被用者保険の加入者を除く。以下「75歳以上の者等」という。）についての医療券には、「備考」欄の余白に75歳以上の者等に該当するに至った日の属する月の翌日（その日が月の初日であるときは、その日の属する月）から^{（後保）}と表示されている。（高齢者の医療の確保に関する法律の対象ではないので一部負担はない）
- ④ 被保護者は医療券に記載された指定医療機関で受診することとなる。

(4) 医療扶助の継続等

医療券による医療扶助を受けている患者が、引き続き翌月にわたって医療を必要とするときは翌月分の医療券はそのまま発行されるが、引き続き3月（場合によっては6月）を超えて医療を継続する必要があるときは、福祉事務所から第4月分（又は第7月分）の医療券の発行前に「医療要否意見書」の提出を求める。その場合は、指定医療機関において所要事項を記載し、すみやかに福祉事務所へ送付すること。

9. 生活保護法（医療扶助）関係様式例

(1) 医療要否意見書

一般
精神疾患入院

(2) 医療券

平成12年4月1日に様式第23号に統一化（P.31「生活保護法医療券・調剤券」参照）

(3) 医療機関の指定申請書等

「指定申請書」
「廃止、休止、再開、辞退廃止届」
「変更届」

様式第12号

医療費苦済意見書

請求者氏名		住所		生年月日		性別		年齢	
請求者住所		請求者職業		請求者収入		請求者資産		請求者世帯員	
請求者世帯員		請求者世帯員		請求者世帯員		請求者世帯員		請求者世帯員	
請求者収入の内訳									
請求者資産の内訳									
請求者世帯員の内訳									
請求者世帯員の収入									
請求者世帯員の資産									
請求者世帯員の世帯員									
請求者世帯員の収入の内訳									
請求者世帯員の資産の内訳									

様式第12号（裏面）
 (注 意)

- この意見書を提示した患者で、(1)「新製」のものは新製に生活保護法による保護を申請している世帯の者で診療料等を患者から徴収して下さい。
 (2)「継続」のものは生活保護法による保護を受けている世帯の者で診療料等を患者から徴収しないで下さい。
 なお、患者に後日医療費が交付された場合には、その医療費に基づき支払基金等から請求して下さい。また、この場合、診療料等の徴収額が、その医療費に記録されている「本人支払額」欄の金額を超過している場合には、その超過額を患者に返して下さい。
- 「主要な症状及び今後の診療見込」欄において臨床検査等の記入を福祉事務所からお願いしたときは、直送の臨床検査等を記入して下さい。
- 患者が診察（検査、手術、治療）又は検査だけを受けた場合には医療費が交付されませんので、この請求書によって直接福祉事務所長に請求して下さい。ただし、新規申請の場合は保護の決定を受けたものに限りません。

(記入要領)

- この意見書は、生活保護法による医療扶助を受けようとするとき又は既に受けている医療扶助の停止を行なう場合に必要となる大切な資料でありますので、できるだけ詳しく、かつ、正確に記入して下さい。ただし、精神科の疾病による入院医療については別に定める様式により記入していただくことになっております。
- 診断が確定せず、傷病名に疑義がある場合には「傷病名又は部位」欄には○の疑いと記入して下さい。
- 「起病年月日」欄には、費用負担関係の始期にかかわらず、その傷病についての起病年月日を記入して下さい。
- 「既往医療費」欄の「1(1)今月診療日以降1か月間」にはこの意見書による診療日以降1か月間に要する医療費概算額を、「2(第2か月日以降6か月日まで)」には、1か月を超えて診療を必要とするものについて、第2か月日以降6か月目までに要する医療費概算額を記入し、()内に入院料を添付して下さい。
 なお、2割減の特例の場合は記入する必要はありません。
- この意見書を提示した患者が急性期医療の定額給付方式の対象患者（以下「対象患者」という。）となる場合は、次のように記入して下さい。
 (1)「医療費負担意見書」の次に「(既入院院定額支払用)」と記入して下さい。
 (2)既に対象患者として入院している患者から、この意見書が提出された場合、「診療見込期間」欄の「入院期間」には入院期間を記入し、その下に「残り期間 1か月 2日間」と記入して下さい。
 (3)「既往医療費」欄の「1(1)今月診療日以降1か月間」には入院時請求額を、「2(第2か月日以降6か月日まで)」には概算医療費の総額を記入して下さい。
 6. 捺印欄は福祉事務所でお記入します。

様式第14号

精神科患者入院費苦済意見書

請求者氏名		住所		生年月日		性別		年齢	
請求者住所		請求者職業		請求者収入		請求者資産		請求者世帯員	
請求者収入の内訳									
請求者資産の内訳									
請求者世帯員の内訳									
請求者世帯員の収入									
請求者世帯員の資産									
請求者世帯員の世帯員									
請求者世帯員の収入の内訳									
請求者世帯員の資産の内訳									

一層にこの意見書作成までの請求書が月単位に記入された資料を必ずおとし、提出する事項にしてください

請求者氏名		住所		生年月日		性別		年齢	
請求者住所		請求者職業		請求者収入		請求者資産		請求者世帯員	
請求者収入の内訳									
請求者資産の内訳									
請求者世帯員の内訳									
請求者世帯員の収入									
請求者世帯員の資産									
請求者世帯員の世帯員									
請求者世帯員の収入の内訳									
請求者世帯員の資産の内訳									

【印費負担番号】「受給者番号」及び「交付番号」にOKです。
必ず、訂正欄に訂正事項の旨を記載し記入してください。

特文第1号

生活保護法医療券・調剤券(年 月分)

交付番号	氏名	性別	生年月日	交付月	交付日
訂正番号	住所	区	町	番	号
氏名	(姓・名) 漢字・平仮名・英字				
性別	男 女				
生年月日	西暦				
交付月	西暦				
交付日	西暦				
訂正欄	訂正事項(訂正番号) 訂正理由				

備考1: この欄には、本人が訂正事項を記入してください。
2: 「指定医療機関」欄に指定医療機関番号が記入されていない場合は、指定医療機関コード記入欄に記入してください。
3: 訂正番号については、17桁の桁数であり、資料に「医療機関番号」の桁数及び住所、誕生日の桁数、資料に誤記は訂正欄に記入してください。

生活保護法医療券・調剤券(年 月分)

交付番号	氏名	性別	生年月日	交付月	交付日
訂正番号	住所	区	町	番	号
氏名	(姓・名) 漢字・平仮名・英字				
性別	男 女				
生年月日	西暦				
交付月	西暦				
交付日	西暦				
訂正欄	訂正事項(訂正番号) 訂正理由				

備考1: この欄には、本人が訂正事項を記入してください。
2: 「指定医療機関」欄に指定医療機関番号が記入されていない場合は、指定医療機関コード記入欄に記入してください。
3: 訂正番号については、17桁の桁数であり、資料に「医療機関番号」の桁数及び住所、誕生日の桁数、資料に誤記は訂正欄に記入してください。

作成年月日
住所・電話/FAX番号
福祉事務所名
公費負担者番号

印

*****送付先医療機関名*****
*****住所等記入*****

生活保護法医療券・調剤券連名リスト(継続分)

指定医療機関名						医療機関コード			頁		
受給者番号 交付番号	患者 生年月日 居住期	性別	診療科目 有期期間 本人支払額	医療科 人肥外表 障・保	保 保	社 保 保 番号/番号	公 費 負 担 者 番 号	受 給 者 番 号	指定医療機関	地区担当者 取次担当者	備 考

■注意事項及び記載要領
新規申請（訪問看護ステーション）

※ **訪問看護ステーション**
 生活保護法第44条第1号に規定する指定訪問看護事業者が指定訪問看護事業を行う、訪問看護ステーション等の事業所

注意事項

- この申請書は、東京都を申請し、指定地区を管轄する福祉事務所を提出して提出してください。
- 生活保護法による指定訪問看護事業者の指定を受けるためには、**事業保険法の規定を履行している必要**があります。
- 申請する場合は、**指定受給者側に該当しない者を確認後、写的事実をAS文書に必ず記す**てください。
- 指定された場合は、東京都を申請した日から3か月以内、指定通知書により通知されます。

記載要領

- 記入内容は本特報内に記入してください。
- 「事業の種類」欄は、該当するものをすべて記入してください。
- 「事業の種類」欄は、指定を受けるに当たって申請書類が住所及び所管区域を記入してください。「名称」は、東京都福祉生活局が実施する事業の種類（生活保護法第44条第1号）に該当する申請書類の住所を通知書に記載の名称を記載してください。
- 「施設名」欄は、施設者が法人の場合は、「法人」欄に法人名称を記載し、「住所」欄に法人の所在地を事務所の所在地を記載してください。
- 「管理者」欄は、訪問看護ステーション「施設」については管理者について、その氏名を記載してください。
- 「指定保険法（又は生活保護法）による指定」欄については、指定を受ける申請中またはその場合、申請書に記入してください。
 なお、生活保護法の規定を履行している、または指定申請書の提出を受けている必要はありません。
- 「指定保険法による指定」欄については、指定申請書提出後に行われる指定の指定通知書に提出された申請書の住所と申請書の住所が異なる場合は、指定申請書の住所を申請書の住所と同一住所に記入してください。
- 「指定受給者」欄は、指定受給者の氏名を「氏名」欄に記入し、住所を「住所」欄に記入し、住所の所在地を事務所の所在地を記載してください。
 「指定受給者」欄については、申請書の記入事項について指定の指定通知書に提出する指定受給者の住所を記入してください。
- 指定日については、原則、**指定申請書がその申請書が発行された日の翌日**の日です。
 ただし、下記各号のいずれに該当する場合は、指定日の繰上げ認められることがあります。
 ア 指定保険法の規定が変更になった場合、当該指定の変更が同時に同時に申請書に提出され、変更が認められる場合
 イ 指定受給者の住所、住所が変更になった場合、指定された場合、変更が認められる場合
 エ 指定保険法の規定が変更された場合、又は指定申請書の住所に変更があった場合、変更が認められる場合

生活保護法 指定区域機関 変更届出書
 中国復興邦人等支援法

申請の種類	(1) 新規 (2) 変更 (3) 変更	申請の住所	〒	市	区	町	丁目	番	号
申請の名称	訪問看護ステーション								
申請の住所	〒								

変更内容		変更年月日
指定受給者	氏名	年 月 日
指定受給者	住所	年 月 日
	氏名	年 月 日
指定受給者	住所	年 月 日
	氏名	年 月 日
指定受給者	住所	年 月 日
	氏名	年 月 日
指定受給者	住所	年 月 日
	氏名	年 月 日

上記のとおり記載します。

申請日 年 月 日

東京都福祉生活局 指定区域機関 変更届出書

〒

住 所 _____

氏 名 _____

指定申請書 No. () _____ 指定番号 _____

■注意事項及び記載要領
変更届（医科・歯科・薬局）

この申請書は、生活保護法による指定訪問看護事業者が指定訪問看護事業者として指定を受けるための申請書として提出してください。

なお、令和2年7月1日以後、**指定申請書提出後、指定申請書提出による変更の届出が同時に生活保護法による変更の届出を行っている場合は、改めて提出の必要はありません。**

注意事項

- この申請書は、東京都を申請し、指定地区を管轄する福祉事務所を提出して提出してください。
- この申請書は、申請した事項に変更があった場合に、指定申請書に提出してください。

記載要領

- 記入内容は本特報内に記入してください。
- 「事業の種類（名称）」欄、「事業の種類（名称）」欄は必ず記入してください。「事業内容」欄及び「指定受給者」欄については、指定を受ける旨を記入してください。
- 「事業の種類（名称）」欄は、指定申請書提出後に変更された住所を記入してください。
- 「事業の種類（名称）」欄は、名称に変更があった場合は変更後の名称を記入してください。
- 「名称」欄は、指定申請書提出後に変更があった場合に記入してください。
- 「施設名」欄は、住所の変更があった場合に記入してください。
 ・ 法人開設の場合、法人名称に変更があった場合
 ・ 法人代表者の変更については記載不要です。
 ・ 個人開設の場合、指定申請書の住所に変更があった場合
- 「管理者」欄は、管理者が変更された場合に指定申請書の住所に変更があった場合に記入してください。
- 「その他」欄は、上記以外の指定事項（指定申請書の住所の変更）の概要を、指定申請書提出時に記入してください。
- 「指定受給者（施設）」の法人の場合は、法人を及びその事務所の所在地を記入してください。
- 「指定受給者（住所）」については、申請書の記入事項について指定の指定通知書に提出する指定受給者の住所を記入してください。

生活保護法 指定区域機関 変更届出書
 中国復興邦人等支援法

申請の種類	訪問看護ステーション	申請の住所	〒	市	区	町	丁目	番	号
申請の名称	訪問看護ステーション								
申請の住所	〒								

変更内容		変更年月日
指定受給者	氏名	年 月 日
	住所	年 月 日
指定受給者	住所	年 月 日
	氏名	年 月 日
指定受給者	住所	年 月 日
	氏名	年 月 日
指定受給者	住所	年 月 日
	氏名	年 月 日
指定受給者	住所	年 月 日
	氏名	年 月 日

上記のとおり記載します。

申請日 年 月 日

東京都福祉生活局 指定区域機関 変更届出書

〒

住 所 _____

氏 名 _____

指定申請書 No. () _____ 指定番号 _____

■注意事項及び記載要領
変更届 (訪問看護ステーション)

請求事項

- 1 この届出書は、東京都知事宛に所定地に管轄する福祉事務所を宛先として提出してください。
- 2 この届出書は、印刷した事柄に変更があった場合は、60 日以内と提出してください。

記載要領

- 1 届出内容に5条特約中に記入してください。
- 2 「ステーションコード」、「名称」及び「所在地」欄は必ず記入してください。「変更内容」欄及び「変更年月日」欄については、該当する欄に記入してください。
- 3 「ステーションコード」欄は、開業届提出後に変更されたステーションコードを記入してください。
- 4 「訪問看護ステーション名称」欄は、名称に変更があった場合は変更後の名称を記入してください。
- 5 「名称」欄上、訪問看護ステーション名称に変更があった場合に記入してください。
- 6 「施設者」欄は、次の変更があった時に記入してください。
 - ・法人団体の廃止、法人名称、主たる事務所の所在地に変更があったとき
 - ・個人団体の廃止、個人名称、主たる事務所の所在地に変更があったとき
- 7 「管理責任者」欄は、管理責任者が変わった場合は管理責任者の氏名、住所に変更があった時に記入してください。
- 8 「その他」欄は、上記以外の変更事項(訪問看護ステーションの住所表示変更・電話番号変更等)について、記入してください。
- 9 「届出者(開設者)」の法人の場合は、法人を主とする事務所の所在地を記入してください。
- 10 「担当者連絡先(担当者住所)」については、申請者の記入事項について届出の届出に該当する担当者の連絡先を記入してください。

生 折 保 護 法 指定医療機関
中国国籍外国人等支援法
[廃止・
休止・
再開
届出書] 届出書

届出種別	届出内容	訪問看護ステーションコード					
届出内容	廃止・休止・再開・辞退						
業務の種類	(1) 歯科 (2) 歯科 (3) 薬局 (4)訪問看護ステーション						
届出種別	変更 事項						
届出年月日		年 月 日					
届出年月日		年 月 日					

上記の住所を記載する。
年 月 日
東京都知事宛
〒 _____
住 居 _____
氏 名 _____
届出者連絡先 TEL. _____ 届出者 _____

＜申請者(開設者)の氏名及び住所＞
(法人の場合は、法人名称及び所在地)
〒 _____
住 居 _____
氏 名 _____

■注意事項及び記載要領
廃止・休止・再開・辞退 (歯科・歯科・薬局・訪問看護ステーション)

■歯科・歯科・薬局
令和5年7月1日以降、開業届提出後～健康保険法による届出が可能に生活保護法による届出が行っている場合は、改めて届出の必要はありません。
健康保険法による届出と同時に生活保護法による届出をしていない場合のみ、届け出てください。
訪問看護ステーションは、開業届提出後及び変更届(変更届種別事務用)へそれぞれ届出を必要とします。

なお、生活保護法の規定のみ該当する場合は、東京都知事宛に届出請求書等福祉事務所に提出して提出してください。

請求事項

- 1 この届出書は、東京都知事宛に所定地に管轄する福祉事務所を宛先として提出してください。
- 2 この届出書は、業務を廃止・休止・再開したときは30日以内に、届出を提出するときは30日以上の予告期間を設けて提出してください。

記載要領

- 1 届出内容に5条特約中に記入してください。
- 2 「届出内容」欄については、本届出書により掲げる項目にのみ記入してください。
- 3 「医療機関・薬局・ステーションコード」欄は、廃止・休止・再開・辞退する医療機関について、開業届提出後に変更されたステーションコードを記入してください。
- 4 医療機関「名称」及び「所在地」欄は、廃止・休止・再開・辞退する医療機関の名称・所在地を記載してください。(生活保護法及び生活保護法による届出に該当する場合は、生活保護法による届出を併せて提出してください。)
- 5 「廃止・休止・再開・辞退年月日」欄は、業務を廃止・休止・再開した日を記入してください。
- 6 「廃止・休止・再開・辞退の理由」欄については、廃止・休止・再開・辞退した理由を記載してください。
- 7 「届出者(開設者)」の法人の場合は、法人を主とする事務所の所在地、法人名称を記入してください。
「担当者連絡先」「担当者住所」については、申請者の記入事項について届出の届出に該当する担当者の連絡先を記入してください。

- 届出者(開設者)
1 法人団体の場合は、東京都知事宛に所定地に管轄する福祉事務所を宛先として提出してください。
2 個人団体の場合は、東京都知事宛に所定地に管轄する福祉事務所を宛先として提出してください。
3 申請内容
届出書は、生活保護法による届出と同時に提出されなければならない。生活保護法による届出と同時に生活保護法による届出が行っている場合は、改めて届出の必要はありません。
健康保険法による届出と同時に生活保護法による届出をしていない場合のみ、届け出てください。
訪問看護ステーションは、開業届提出後及び変更届(変更届種別事務用)へそれぞれ届出を必要とします。
なお、生活保護法の規定のみ該当する場合は、東京都知事宛に届出請求書等福祉事務所に提出して提出してください。
- 4 届出内容
届出書は、生活保護法による届出と同時に提出されなければならない。生活保護法による届出と同時に生活保護法による届出が行っている場合は、改めて届出の必要はありません。
健康保険法による届出と同時に生活保護法による届出をしていない場合のみ、届け出てください。
訪問看護ステーションは、開業届提出後及び変更届(変更届種別事務用)へそれぞれ届出を必要とします。
なお、生活保護法の規定のみ該当する場合は、東京都知事宛に届出請求書等福祉事務所に提出して提出してください。
- 5 届出内容
届出書は、生活保護法による届出と同時に提出されなければならない。生活保護法による届出と同時に生活保護法による届出が行っている場合は、改めて届出の必要はありません。
健康保険法による届出と同時に生活保護法による届出をしていない場合のみ、届け出てください。
訪問看護ステーションは、開業届提出後及び変更届(変更届種別事務用)へそれぞれ届出を必要とします。
なお、生活保護法の規定のみ該当する場合は、東京都知事宛に届出請求書等福祉事務所に提出して提出してください。

3	戦傷病者特別援護法
法別番号	13 (療養の給付) 14 (更生医療の給付)

法別番号	13	区 分	戦傷病者医療 (療養の給付)
取扱医療機関等	指定医療機関 (一部の国立病院) ※緊急その他やむを得ない理由がある場合に限り、非指定医療機関でも療養券により療養を受け、それに対して療養費を支払う事が出来る (全額国庫負担)		
疾病等の範囲	戦傷病者の公務上の傷病又はこれと医学的因果関係のある傷病		
対象者	戦傷病者手帳の交付を受けている方で、公務上の傷病について療養を必要とする方 (軍人軍属等であった戦傷病者。医療保険等加入の有無を問わない。)		
申請の手続	療養給付請求書に現症証明書及び症状経過書を添付して主管課に申請する。		
認定期間	必要と認められる期間 (原則として1年)		
公費負担額	医療に要する費用 → 認定された方は、負担なし		
根拠法令等	戦傷病者特別援護法第10条		
問合せ先	福祉局生活福祉部企画課援護恩給担当 (5320)4078		

法別番号	14	区 分	戦傷病者医療 (更生医療の給付)
取扱医療機関等	指定医療機関 (一部の国立病院) ※緊急その他やむを得ない理由がある場合に限り、非指定医療機関でも療養券により療養を受け、それに対して療養費を支払う事が出来る (全額国庫負担)		
疾病等の範囲	戦傷病者の公務上の傷病による視覚障害、聴覚又は平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、中枢神経機能障害、肢体不自由、心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・肝臓の機能障害のいずれかの障害の状態にある戦傷病者の更生のために必要な医療 (5款症以上の方。恩給法別表第1号表ノ2及び第1号表ノ3参照)		
対象者	戦傷病者手帳の交付を受けている方 (軍人軍属等であった戦傷病者。医療保険等加入の有無を問わない。)		
申請の手続	福祉事務所、町村役場福祉課に更生医療給付請求書及び医師の診断書 (所定のもの) を提出して申請する。		

認定期間	必要と認められる期間
公費負担額	医療に要する費用 → 認定された方は、負担なし
根拠法令等	戦傷病者特別援護法第20条
問合せ先	福祉局生活福祉部企画課援護恩給担当 (5320)4078

1. 概要

軍人軍属であった者の公務上の傷病に関し、国家補償の精神に基づき療養の給付等の援護を行うことを目的とする。戦傷病者手帳の交付を受けた者で、厚生労働大臣が必要と認めた場合、次の各種の援護を受けられる。

(1) 援護の種類

- ① 療養の給付
- ② 療養手当の支給
- ③ 葬祭費の支給
- ④ 更生医療の給付
- ⑤ 補装具の支給及び修理
- ⑥ 国立保養所への収容
- ⑦ 旅客鉄道会社（JR 各社）の鉄道及び連絡船への乗車及び乗船についての無賃取扱い

2. 公費負担

(1) 療養の給付（窓口 東京都）

療養の必要があると認定された公務上の傷病及びこれと医学的因果関係にある併発症について、当該戦傷病者療養券の交付を受け、厚生労働大臣の指定する医療機関において受給する。

なお、緊急その他やむを得ない理由がある場合に限り、非指定医療機関でも療養券により療養を受け、それに対して療養費を支払うことができる。（全額国庫負担）

療養の給付を受けている者が次のいずれかに該当するときは、療養給付内容変更請求書に現症証明書を添えて、都道府県知事に療養券の再交付を請求しなければならない。

- ① 療養券に記載された医療機関以外の医療機関において療養を受けようとするとき
- ② 療養券に記載された療養の期間を延長する必要があるとき
- ③ 通院療養を入院療養にかえる必要があるとき

(2) 療養手当の支給（窓口 東京都）

引き続き1年以上、病院又は診療所に入院し、療養の給付（療養費の支給を含む）を受けている者（恩給受給者を除く）に対しその者の請求により、令和5年度は月額30,700円の手当を支給する。

(3) 葬祭費の支給（窓口 東京都）

療養の給付を受けている者が受給期間中に死亡した場合、その葬祭を行なう者に対して支給する。

支給額 212,000円（令和5年度）

(4) 更生医療の給付（窓口 区市町村）

公務上の傷病により第5款症の程度以上の視覚障害、聴覚又は平衡機能障害、音声・言語・そしゃく機能障害、中枢神経機能障害、肢体不自由（肢切断を含む）、心臓・じん臓・呼吸器・ぼうこう・直腸・小腸・肝臓の機能障害のいずれかの障害の状態にある戦傷病者が、その者の身体上の障害を軽減し、あるいは除去して日常生活能力、職業能力の回復・向上を図るために再手術等の治療を行う。身体障害者更生相談所の判定に基づき、更生医療券の交付を受け、障害者総合支援法による指定自立支援医療機関において受給する。

(5) 補装具の支給及び修理（窓口 区市町村）

公務上の傷病による障害者に対し、その者の請求により補装具を支給し、又は修理することができる。

（恩給法に規定する障害の程度で概ね「第3款症」以上）

補装具の支給及び修理の受託報酬の基準は厚生労働大臣が定める。

(6) 国立保養所への収容（窓口 東京都）

公務上の傷病により重度の障害のある戦傷病者で、収容の必要があると認められた者は、国立保養所へ収容できる（恩給法に規定する障害の程度で「第2項症」以上）。

3. 医療機関での取扱い

(1) 療養の給付

取扱医療機関は、都道府県知事が指定する。令和5年4月現在、都内で9機関が指定を受けている。

医療機関では、都が交付した療養券の提出を受け、記載の傷病について療養の給付を行う（非指定医療機関についても、やむを得ない事由がある場合、指定医療機関に準じて療養券を交付している）。

(2) 更生医療

更生医療の給付は、障害者総合支援法による指定自立支援医療機関に委託して行うことになっている。

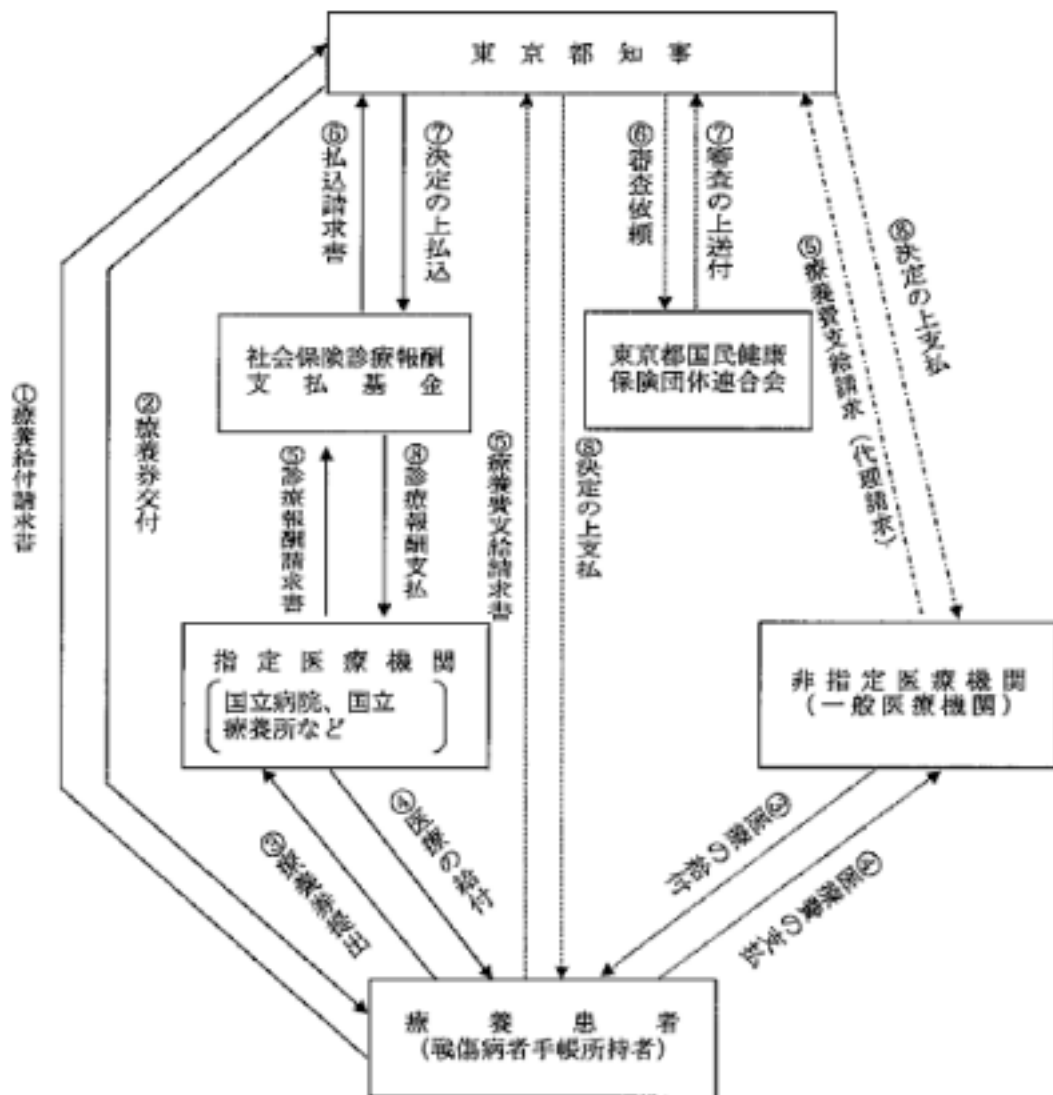
なお、医療機関は、更生医療券の提出を受け内容を確認すること。

(3) 請求方法

診療方針、診療報酬及び診療報酬の支払基金への審査支払委託については、健康保険の例によることとされている。

非指定医療機関の診療報酬の請求については、本人から請求受領権限の委託を受けた場合、医療機関が請求受領することができる。

この場合、定められた様式による診療報酬請求明細書及び療養費支給請求書を福祉局生活福祉部企画課へ提出すること。



様式第3号の3(1)(第6条関係)

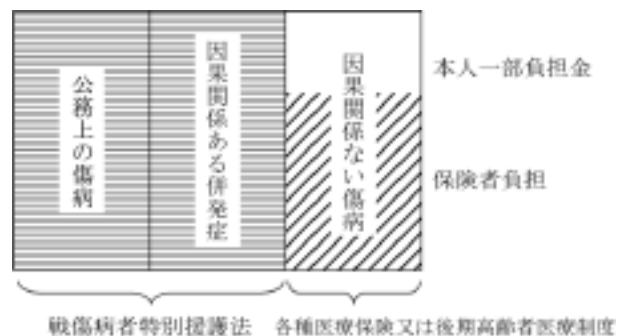
療 養 券 (病院・診療所用)									
公費負担者番号	1	3	1	3	6	0	1	5	認定年月日
公費負担医療の 受給者番号									年月日
戦傷病者	氏名							生年月日	
	現住所								
療養を必要とする 傷病名									
療養を認める期間	年 月 日 から				入院				
	年 月 日 まで				入院外				
療養を受けよう とする医療機関 (病院・診療所)	所在地								
	名称								
上記のとおり決定する。 年月日 東京都知事 印									
注意 1 この処分に不服があるときは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に、厚生労働大臣に対して審査請求をすることができます。 2 この処分の取消しの訴えは、この処分の通知を受けた日の翌日から起算して6か月以内に、都道府県を被告として(訴訟において都道府県を代表する者は都道府県知事)提起することができます(なお、処分の通知を受けた日から6か月以内であっても、処分の日から1年を経過すると処分の取消しの訴えを提起することができなくなります。)。ただし、処分の通知を受けた日の翌日から起算して3か月以内に審査請求をした場合には、処分の取消しの訴えは、その審査請求に対する裁判の送達を受けた日の翌日から起算して6か月以内に提起しなければならないこととされています。									

(4) 他の医療制度との関係

①療養の給付

指定医療機関においては、公務上と認定された傷病及びこれと因果関係にある併発症について、戦傷病者特別援護法が優先適用され、この部分について患者負担はない。しかし、公務上の傷病と関係のない傷病については、各種医療保険又は後期高齢者医療制度のみが適用されることになる。

一般医療機関(非指定医療機関)における療養についても、療養券の提出があれば指定医療機関の場合とまったく同様の取扱いで行われる。



②更生医療

指定自立支援医療機関においては、更生医療と認められた内容について全額国庫負担で給付される。

問合せ先 東京都福祉局 生活福祉部 企画課 援護恩給担当 ☎5320-4078

4	障害者総合支援法
法別番号	15（更生医療）16（育成医療）21（精神通院医療） 93（精神通院医療：都単独部分）24（療養介護医療）

※Q&A は54ページに記載

I 自立支援医療（更生医療）（法別番号15）

法別番号	15	区 分	自立支援医療（更生医療）
取扱医療機関等	指定自立支援医療機関		
疾病等の範囲	<p>下記に該当する医療で、身体障害に対して確実な治療効果が期待される範囲</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 眼科に関する医療 2 耳鼻咽喉科に関する医療 3 口腔に関する医療 4 整形外科に関する医療 5 形成外科に関する医療 6 中枢神経に関する医療 7 脳神経外科に関する医療 8 心臓脈管外科に関する医療 9 心臓移植に関する医療 10 腎臓に関する医療 11 腎移植に関する医療 12 小腸に関する医療 13 肝臓移植に関する医療 14 免疫に関する医療 15 歯科矯正に関する医療 16 上記1から15までの医療に係る調剤 17 上記1から15までの医療に係る訪問看護 		
対象者	<p>身体障害者手帳を有する満18歳以上の方 ※区市町村民税（所得割）が23万5千円以上の世帯の方は、原則として対象外だが、「重度かつ継続」の障害に該当する場合は、政令で定める日まで経過的特例により対象となる。</p>		
申請の続	<p>申請書に医師の意見書、身体障害者手帳の写し、医療保険の加入関係を示す書類（被保険者証等の写し）、世帯の所得状況等が確認できる書類（区市町村民税課税・非課税証明書等）等を添付して、居住地を管轄する区市町村（区・市は区市福祉事務所又は区市役所身体障害者福祉主管課、町・村は町村役場身体障害者福祉主管課）に申請する。</p> <p>なお、医師の意見書を基に、東京都心身障害者福祉センターが要否判定を行う（腎臓、小腸、免疫、心臓移植・腎移植及び肝臓移植（抗免疫療法の更新の場合）に関する医療を除く。）。</p>		
認定期間	<p>更生医療として必要な期間（原則3か月以内。人工透析療法や抗HIV療法等治療が長期に及ぶ場合についても最長1年以内）</p>		

公費負担額	<p>1 医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。</p> <p>2 介護保険法による訪問看護、訪問リハビリテーション、医療機関の通所リハビリテーション、介護療養施設サービスに要する費用。ただし、介護保険を先に適用する。</p> <p>※生活保護受給者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付（以下、単に「支援給付」という。）受給者を除き、医療保険未加入者については原則として対象外。</p> <p>→ 認定された方は、 医療費の原則 1 割及び入院時の食事療養費・生活療養費（いずれも標準負担額相当）を負担する（生活保護受給世帯及び支援給付受給世帯の方を除く。）。</p> <p>ただし、世帯の所得及び医療費負担の継続性等の状況により、負担上限額がある。</p> <p>※医療保険の加入単位（受診者と同じ医療保険に加入する方）をもって同じ「世帯」とする。</p>
根拠法令等	障害者総合支援法
問合せ先	<p>〔申請窓口〕 区市福祉事務所又は区市役所身体障害者福祉主管課 町村役場身体障害者福祉主管課</p> <p>〔制度等〕 福祉局障害者施策推進部施設サービス支援課調整担当 (5320)4146</p>

1. 概要

身体障害者の自立と社会経済活動への参加の促進を図るため、当該身体障害者に対し行われるその更生のために必要な医療の給付を行う。実施主体：各区市町村

2. 公費負担

(1) 給付対象

身体障害者手帳を持つ満 18 歳以上の方で、福祉事務所長等が認める方

①対象となる障害

- (i) 視覚障害によるもの
- (ii) 聴覚、平衡機能の障害によるもの
- (iii) 音声機能、言語機能又はそしゃく機能の障害によるもの
- (iv) 肢体不自由によるもの
- (v) 心臓、腎臓、小腸又は肝臓の機能の障害によるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る。）
- (vi) ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能の障害によるもの（日常生活が著しい制限を受ける程度であると認められるものに限る）

②対象となる医療の範囲

当該障害に対し確実な治療の効果が期待できるものに限られることから、当該障害に該当しても、他の法令等に基づく他の趣旨の医療により治療される部分については、更生医療の対象にならない。内臓の機能の障害によるものについては、手術により障害が補われ、又は障害の程度が軽減することが見込まれるものに限るものとし、いわゆる内科的治療のみのものは除く。

なお、腎臓機能障害に対する人工透析療法、腎移植術後の抗免疫療法、小腸機能障害に対する中心静脈栄養法、心臓機能障害に対する心移植術後の抗免疫療法及び肝臓機能障害に対する肝臓移植術後の抗免疫療法については、それらに伴う医療についても対象となる。

③対象となる医療の内容

- (i) 診察
- (ii) 薬剤又は治療材料の給付
- (iii) 医学的処置、手術及びその他の治療並びに施術

- (iv) 居宅における療養上の管理及びその治療に伴う世話その他の看護
- (v) 病院又は診療所への入院及びその療養に伴う世話その他の看護
- (vi) 移送（医療保険により給付を受けることができない者の移送に限る）

(2) 給付内容

各種医療保険等を優先適用し、原則1割（ただし、世帯の所得と疾病の状況等に応じた自己負担上限月額あり）の自己負担額を控除した残額を給付する。生活保護世帯は、総額（100%）について給付する。入院時食事療養費及び生活療養費の標準負担額については原則自己負担（ただし、生活保護世帯は全額自立支援医療費として給付）。

(3) 給付医療機関

指定自立支援医療機関（育成医療・更生医療）

種類：眼科、耳鼻咽喉科、口腔、整形外科、形成外科、中枢神経、脳神経外科、心臓脈管外科、心臓移植、腎臓、腎移植、小腸、肝臓移植、免疫、歯科矯正、上記医療に係る調剤、上記医療に係る訪問看護。

指定は医療機関の所在地の都道府県知事が行う。

担当する医療の種類、主として担当する医師、その他申請時に提出した事項に変更がある場合には速やかに届け出ること。

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

- ① 「被保険者証」と同時に「自立支援医療受給者証」及び「自己負担上限額管理表」の提出を求め、内容を確認する。受給者証に記載された指定自立支援医療機関において、記載された障害名及び医療の具体的方針の範囲に限り給付を受けられる。

人工透析を受ける方については、「特定疾病療養受療証」（）も確認が必要。

「自己負担上限額管理票」は、生活保護世帯及び中間所得世帯の高額治療継続（重度かつ継続）非該当者は不要。

- ② 医療費の1割を徴収する（生活保護世帯を除く）。徴収額を上限額管理票に記載し、受給者証に記載された月額自己負担上限額までの金額を患者単位（医療機関・薬局・訪問看護合計）で管理する。上限に達した場合、以後当月中は自己負担額を徴収しない。

(2) 請求要領

レセプトに公費負担者番号、受給者番号、診療内容及び自己負担額（一部負担金額）等を記入し、保険分と併せて請求する。公費負担者番号は区市町村ごとに異なる。

(3) 請求先

社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金



国保・後期高齢併用分 ⇒ 国保連合会



(4) その他





- ① 受給者は、受給者証に記載された医療の具体的方針、指定医療機関もしくは月額自己負担上限額を変更、又は有効期間を延長しようとするときは、事前に申請し、その承認を受けなければならない。
なお、有効期間は区市町村の認定日から原則3か月以内（腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植術後の抗免疫療法に限る）については最長1年以内）。
 - ② 指定自立支援医療機関は、診療中の受診者及び当該者に対し給付認定を行った区市町村から、自立支援医療につき必要な証明書又は意見書等の交付を求められたときは、無償でこれを交付しなければならない（厚生労働省告示）。
- ※ 更生医療を受給中で、変更又は期間延長等の申請に必要な証明書又は意見書等を指し、更生医療の新規申請に必要なものについては適用されない。

4. 他の医療制度との関係

(1) 他の医療費助成制度との関係

- ① 対象者が又は医療券を交付されている場合

いずれの制度も原則1割負担のため、原則として・との併用はない。

ただし、法別番号15の自己負担額が・の自己負担限度額（レセプト単位）を超える場合、その超過分について、15の自己負担上限額（患者単位）に達するまでを限度として・により助成する。

また、住民税非課税者で・を持っている場合は、・が全額負担（自己負担なし）となるため、15の自

自己負担分を④・⑤により助成する。上限額管理票には、15の上限額に達するまでの1割分を記載し、レセプトの一部負担金欄には、各医療機関ごとの上限管理額を記載する。都内の医療機関の場合、④・⑤の請求は、3者併用（保険＋自立支援医療＋④又は⑤）レセプトで都内国保の場合は国保連合会あて、社保の場合は支払基金あて行う。

② 人工透析を受ける方について

医療保険上の特定疾病療養受療証（⑥）を優先適用（一般所得者で限度額10,000円）するため、自立支援医療の給付額は限られる（下記「医療保険との関係」参照）。

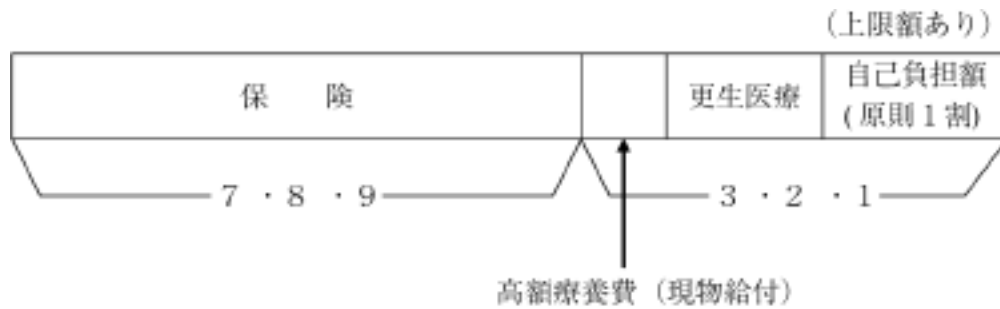
なお、⑥の自己負担分を助成する難病等医療費助成制度（⑦）がある。

③ 医療保険との関係

医療保険各法が優先する。

高額療養費制度に該当する場合は、その限度額から自己負担額を控除した残額を給付する。

自立支援医療の自己負担額よりも高額療養費制度の限度額の方が少なくなる場合は、自立支援医療の給付はなくなる（高額療養費は現物給付）。



※ 医療保険上の自己負担額が高額療養費の対象となる場合

〔70歳未満・年収約370万円～約770万円の場合80,100円超
人工透析（⑧適用）・一般所得者の場合10,000円超〕

更生医療負担者番号一覧

区市町村名	負担者番号
千代田区	15138019
中央区	15138027
港区	15138035
新宿区	15138043
文京区	15138050
台東区	15138068
墨田区	15138076
江東区	15138084
品川区	15138092
目黒区	15138100
大田区	15138118
世田谷区	15138126
渋谷区	15138134
中野区	15138142
杉並区	15138159
豊島区	15138167
北区	15138175
荒川区	15138183
板橋区	15138191
練馬区	15138209
足立区	15138217
葛飾区	15138225
江戸川区	15138233

区市町村名	負担者番号
八王子市	15138241
立川市	15138258
武蔵野市	15138266
三鷹市	15138274
青梅市	15138282
府中市	15138290
昭島市	15138308
調布市	15138316
町田市	15138324
小金井市	15138332
小平市	15138340
日野市	15138357
東村山市	15138365
国分寺市	15138373
国立市	15138381
西東京市	15138399
福生市	15138415
狛江市	15138423
東大和市	15138431
清瀬市	15138449
東久留米市	15138456
武蔵村山市	15138464
多摩市	15138472
稲城市	15138480
あきる野市	15138498
羽村市	15138506
瑞穂町	15138514
日の出町	15138522
檜原村	15138548
奥多摩町	15138555
大島町	15138563
利島村	15138571
新島村	15138589
神津島村	15138597
三宅村	15138605
御蔵島村	15138613
八丈町	15138621
青ヶ島村	15138639
小笠原村	15138647

Ⅱ 自立支援医療（育成医療）（法別番号 16）

法別番号	16	区分	自立支援医療（育成医療）
取扱医療機関等	指定自立支援医療機関		
疾病等の範囲	<p>以下の身体機能障害</p> <p>(1) 視覚障害</p> <p>(2) 聴覚・平衡機能障害</p> <p>(3) 音声・言語・そしゃく機能障害</p> <p>(4) 肢体不自由</p> <p>(5) 心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸又は肝臓機能障害</p> <p>(6) 先天性の内臓機能障害（(5)に掲げるものを除く。）</p> <p>(7) 免疫機能障害（ヒト免疫不全ウイルスによる免疫の機能障害）</p>		
対象者	<p>18歳未満の児童で、身体上の障害を有する者又は現存する疾患が、当該障害又は疾患にかかる医療を行わないときは、将来において障害を残すと認められる者であつて、手術等によつて確実な治療効果が期待でき、世帯の住民税額が一定額未満の方若しくは障害が重度かつ継続の方（身体障害者手帳を有するか否かを問わない。また、生活保護受給者も対象とする。）</p>		
申請の続	<p>申請書に医療意見書、住民税額証明書、保険証のコピー及び世帯調書を添付して、保護者の居住地である区市町村長に申請する。</p>		
認定期間	<p>入院治療又は通院治療の開始日を給付開始日とし、意見書の入院及び通院期間（入院後の通院は原則として最大90日）又は通院期間（通院単独の場合）を経過する日の月末まで。最大1年間</p>		
公費負担額	<p>各種医療保険等を適用し、その自己負担額から一部負担金（1割負担、上限額有り）と入院時の食事療養標準負担額を控除した額を助成する。生活保護受給世帯（以下「生活保護世帯」という。）及び、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国した中国残留邦人及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯（以下「支援給付世帯」という。）で、健康保険適用外の方は医療費及び食事療養費の全額、健康保険適用の方は医療保険適用後の自己負担額を助成する。</p> <p>→ 認定された方は、 医療費の一割及び入院時の食事療養標準負担額を自己負担する。ただし、住民税額又は所得により定められた負担上限額がある。 生活保護世帯及び支援給付世帯は、負担なし。</p>		
根拠法令等	<p>障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律</p>		
問合せ先	<p>〔認定・給付関係〕 各区市町村自立支援医療（育成医療）主管課 〔施行関係〕 福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当（5320）4375</p>		

1. 概要

身体に障害のある児童に対し指定自立支援医療機関において、生活能力を得るため必要な医療の給付を行う。
(根拠法令 障害者総合支援法第 58 条)

2. 公費負担

(1) 給付対象

保護者が区市町村に住所を有する 18 歳未満の児童で、身体障害者福祉法第 4 条の規定による身体上の障害を有する者、又は現存する疾患を放置すると将来障害を残すと認められる者で手術等により確実な治療効果が期待しうるもの。

対象疾患の障害区分

- ① 視覚障害によるもの
- ② 聴覚、平衡機能障害によるもの
- ③ 音声、言語、そしゃく機能障害によるもの
- ④ 肢体不自由によるもの
- ⑤ 心臓、腎臓、呼吸器、ぼうこう、直腸、小腸又は肝臓機能障害によるもの
- ⑥ 先天性の内臓機能障害によるもの（⑤に掲げるものを除く）
- ⑦ ヒト免疫不全ウイルスによる免疫機能障害

(2) 給付内容

各種医療保険を適用し、その給付の残金額を給付する。ただし、医療費の 1 割分を自己負担とする。
(当該世帯の区市町村民税等に応じて、自己負担上限額を指定自立支援医療機関に支払う)

(3) 給付医療機関

指定自立支援医療機関

(4) 補装具（治療用装具）の給付

補装具着装の承認を受けている者が指定自立支援医療機関において、治療用の装具の着装を行った場合、保護者は、着装証明書（P. 49 参照）等を添付して、その費用を区市町村長に請求することができる。

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

- ① 「自立支援医療（育成医療）受給者証（以下「受給者証」という）」（P. 48 参照）と同時に「被保険者証」の提出を求め、内容を確認する。
- ② 受給者証に記入された自己負担額を窓口で徴収すること。
- ③ 受給者証に記入された「医療の具体的方針」や「指定医療機関」等を変更しようとする時は「自立支援医療（育成医療）給付認定変更申請書」（P. 48 参照）により予め区市町村長の承認を得ること。

(2) 窓口徴収（一部負担金）

- ① 自立支援医療の給付に要する費用のうち、医療費の 1 割相当額を保護者から徴収する。ただし、保護者の区市町村民税額・所得及び患者の障害等により、月額自己負担上限額が設定されている。（上限額については P. 56 参照）
- ② 自己負担額（医療費の 1 割）が月額自己負担上限額より少ない場合は、その額を自己負担額として徴収する。
また、1 か月あたりの自己負担額の累計額が月額自己負担上限額を超えた場合は、当該金額を超えて自己負担額を徴収しない。月ごとの累計額を管理するために、各医療機関は、窓口徴収の際に「自己負担上限額管理票」（P. 50 参照）を記入し、自己負担上限額を超えないように確認する。（「重度かつ継続」の範囲は P. 56 参照）
- ③ 自立支援医療において同一月に、複数の疾病の給付認定を受けた場合
受給者証が 2 枚以上交付された場合も、同一月は 1 枚の上限額管理票で月額自己負担上限額を管理する。
- ④ 10 円未満の端数の取扱い
指定医療機関の窓口における徴収額は 10 円未満を四捨五入する。ただし、診療報酬明細書の「療養の給付の負担金額」欄の記入額は円単位で記入する。
- ⑤ 上記のほか、入院時の食事療養費（標準負担額）を別途徴収する。

(3) 請求要領

公費併用レセプトに公費負担者番号、診療内容及び医療機関で徴収した自己負担額等を記入し、当該保険分と併せて請求する。（区市町村各々の負担者番号を記入（P. 47 参照））

(4) 請求先

社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金
国保併用分 ⇒ 国保連合会

(5) 医療保険との関係

保険分及び自立支援医療分については、公費併用レセプトを使用して、国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

自立支援医療については、医療保険各法が優先する。したがって、医療保険において給付される額を控除した額が自立支援医療の適用対象となる。なお、当該世帯の区市町村民税等に応じて、自立支援医療適用部分の費用の一部を自己負担しなければならない。

高額療養費制度に該当する場合は、その限度額から自己負担額を控除した残額が自立支援医療の給付額になる。

(例) 医療保険 7 割給付の場合



育成医療負担者番号一覧

名称	負担者番号	名称	負担者番号	名称	負担者番号
東京都	16136012	足立区	16131211	清瀬市	16131427
千代田区	16131013	葛飾区	16131229	東久留米市	16131435
中央区	16131021	江戸川区	16131237	武蔵村山市	16131443
港区	16131039	八王子市	16131245	多摩市	16131450
新宿区	16131047	町田市	16131328	稲城市	16131468
文京区	16131054	立川市	16131252	羽村市	16131476
台東区	16131062	武蔵野市	16131260	あきる野市	16131484
墨田区	16131070	三鷹市	16131278	西東京市	16131492
江東区	16131088	青梅市	16131286	瑞穂町	16131500
品川区	16131096	府中市	16131294	日の出町	16131518
目黒区	16131104	昭島市	16131302	檜原村	16131526
大田区	16131112	調布市	16131310	奥多摩町	16131534
世田谷区	16131120	小金井市	16131336	大島町	16131542
渋谷区	16131138	小平市	16131344	利島村	16131559
中野区	16131146	日野市	16131351	新島村	16131567
杉並区	16131153	東村山市	16131369	神津島村	16131575
豊島区	16131161	国分寺市	16131377	三宅村	16131583
北区	16131179	国立市	16131385	御蔵島村	16131591
荒川区	16131187	福生市	16131393	八丈町	16131609
板橋区	16131195	狛江市	16131401	青ヶ島村	16131617
練馬区	16131203	東大和市	16131419	小笠原村	16131625

着 装 証 明 書

装 具 名

着 装 年 月 日

年 月 日

患 者 氏 名	医 療 券 番 号								
	負 担 者 番 号								
	受 給 者 番 号								X

上記のとおり着装したことを証明します

年 月 日

指定自立支援医療機関名

医 師 氏 名

印

区市町村長 殿

____年____月診療分 自立支援医療（育成医療）自己負担上限管理票

自立支援医療（育成医療）自己負担上限管理票

患者氏名 _____ 月額自己負担上限額 _____円

A欄 下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。

月/日	医療機関名	確認印
/		

B欄 下記のとおり、自己負担額を徴収しました。

月/日	医療機関名	自己負担額	累計額	確認印
/		円	円	
/				
/				
/				
/				

この管理票は、受診の際に必ず持参し、受給者証とともに、医療機関の窓口にて毎回提示して下さい（管理票の提示がないと、自己負担上限額の累計を確認できないため、自己負担上限額を超えて医療機関の窓口で請求を受けることがあります。）。

<保護書の方へ>

○この自己負担管理票は、患者さんの1ヶ月の自己負担が上限額を超えることがないよう、医療機関や薬局の窓口で確認するために使用するものです。

・各月ごとに、患者氏名・年・月、月額自己負担上限額を記入して下さい。（月額自己負担上限額は、受給者証に記載された額を指して下さい。）

・すでに月額自己負担上限額に達している場合はこの管理票を提示することで自己負担額が徴収されません。
・使用終了後も、この管理票は大切に保管して下さい。（自己負担の過払いがあった場合の確認などの際に必要になります。）

・記載できるページがなくなったり紛失した場合は東京都までご連絡下さい。

・複数の成金が有り、2枚以上の育成医療の受給者証を交付されている場合でも、1枚の自己負担上限管理票で月額の上限額を管理して下さい。

<医療機関の方へ>

○この自己負担上限管理票は、患者さんが自立支援医療（育成医療）の委託を行う際に各医療機関の窓口で確認印を押しただけでなく、1ヶ月あたりの患者自己負担の上限額管理を行うためのものです。確認印、必ず確認をお願いします。

・記入された月額自己負担上限額が受給者証の額と一致しているか、確認して下さい。

・毎回、自費に記入及び押印をして下さい。医療機関の額はできるだけコピー用紙を使用し、確認印には必ず会計担当者印を押印して下さい。受診日と徴収日が異なる場合は受診日の月のページに記入して下さい。

・その回の支払いで累計額が月額自己負担上限額に達した場合には、自己負担額はその上限額までの額とし、自費とともにA欄にも記入・押印をお願いします。（医療保険の自己負担額からその回の自己負担額を差し引いた額を公費請求して下さい。）その月の上限額に到達している場合は、自己負担額を徴収しないで下さい。

<問合せ先>

Ⅲ 自立支援医療（精神通院医療）（法別番号 21・93）

法別番号	21（93※） ※都の制度は「93133007」	区 分	自立支援医療（精神通院医療）
取扱医療機関等	21 指定自立支援医療機関 （93※）（東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態		
対象者	<p>1 国の制度 精神疾患を有し、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にある方 ※区市町村民税（所得割）が23万5千円以上の世帯の方は、原則として対象外だが、「重度かつ継続」の障害に該当する場合は、政令の定める期間まで経過的特例により対象となる。</p> <p>2 都の制度 国の制度による受給者証の交付を受けた方のうち、区市町村民税非課税世帯の方。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。</p>		
申請の続手	申請書、診断書（継続申請を行う場合は、2年に1度の提出）、医療保険の加入関係を示す書類（被保険者証等の写し）、世帯の所得状況等が確認できる書類（区市町村民税課税・非課税証明書等）等を添付して、居住地を管轄する区市町村（特別区は保健所・保健センター等、市町村は市役所・町村役場等）を経由して知事に申請する。（ただし、世帯の所得状況が確認できる書類については、区市町窓口で省略できる場合がある。）		
認定期間	新規及び再申請（再開）の場合は、申請を受理した日を始期とし、その始期から1年以内の日で月の末日を終期とする。継続の場合は、前回支給認定の有効期間の満了日の翌日を始期とし、始期から1年以内の日で月の末日を終期とする。		
公費負担額	<p>1 医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。</p> <p>2 介護保険法による訪問看護に要する費用（精神通院医療に関する訪問看護に限る。）については、訪問看護指示書の交付をもって適用できる。精神科訪問看護指示書が交付された場合には、各種医療保険等を適用できる。（ただし、認知症が主病名の場合は除く。）</p> <p>※生活保護受給者及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付（以下、単に「支援給付」という。）受給者を除き、医療保険未加入者については原則として対象外</p> <p>→ 認定された方は、 医療費の原則1割を負担する（生活保護受給世帯及び支援給付受給世帯の方を除く。）。ただし、世帯の所得及び医療費負担の継続性等の状況により、負担上限額がある。</p> <p>国・都の制度の両方に該当する方（社会保険加入者、後期高齢者医療制度加入者又は国民健康保険組合の被保険者で、区市町村民税非課税世帯の方）については、本人の申請に基づき自己負担分を東京都が負担するため、自己負担なし（介護保険法による訪問看護に要する費用に関する自己負担は除く。）。 ※医療保険の加入単位（受診者と同じ医療保険に加入する方）をもって同じ「世帯」とする。</p> <p>（注）区市町村の国民健康保険の被保険者のうち区市町村民税非課税世帯の方で、国保受給者証（精神通院）の交付を受けている方は、国の制度適用後の自己負担分が保険給付されるので、医療に要する費用については、自己負担なし（介護保険法による訪問看護に要する費用に関する自己負担は除く。）。</p>		

根拠法令等	(国の制度) 障害者総合支援法 (都の制度) 障害者総合支援法施行細則
問合せ先	[認定関係] 福祉局中部総合精神保健福祉センター事務室自立支援担当 (3302)7871<直通> [給付関係] 福祉局障害者施策推進部精神保健医療課生活支援担当(5320)4464

1. 概要

精神障害者の適正な医療の普及を図るため、精神障害者に対し、当該精神障害者が入院することなく行われる精神障害の医療の給付を行う。実施主体は、東京都（区市町村国保被保険者の精神医療給付金は各区市町村）。窓口事務は、各区市町村。

2. 公費負担

(1) 給付対象

精神障害者又はてんかんを有する者で、通院による治療を継続的に必要とする程度の状態にあるもの。

①対象となる医療の範囲

精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して行われる通院医療。

当該精神障害に起因して生じた病態とは、当該精神障害の治療に関連して生じた病態や、当該精神障害の症状に起因して生じた病態とし、指定自立支援医療機関において精神通院医療を担当する医師（てんかんについては、てんかんの医療を担当する医師）によって、通院による精神医療を行うことができる範囲の病態とする。

ただし、複数の診療科を有する医療機関にあっては、当該診療科以外において行った医療は範囲外。また、結核性疾患は、感染症法に基づいて医療が行われるので範囲外。

また、症状が殆ど消失している患者であっても、障害の程度が軽減している状態を維持し、又は障害の再発を予防するために入院によらない治療を続ける必要がある場合には、対象となる。

②対象となる医療の内容

社会保険診療報酬の対象となる診療、調剤及び訪問看護

(2) 給付内容

法別番号 21 は、各種医療保険等を優先適用し、原則 1 割（ただし、世帯の所得と疾病の状況等に応じた自己負担上限月額あり）の自己負担額を控除した残額を給付する。生活保護世帯は、総額（100%）について給付する。

東京都医療費助成又は区市町村精神医療給付金の対象者（区市町村民税非課税世帯）（法別番号 93）は、法別番号 21 の給付後の自己負担分を助成（給付）する。この為、都内医療機関等では窓口負担はない。

(3) 給付医療機関

指定自立支援医療機関（精神通院医療）

種類：医療機関、薬局、訪問看護

指定は、医療機関の所在地の都道府県知事が行う。主として担当する医師、その他申請時に提出した事項に変更がある場合には速やかに届け出ること。

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

① 「被保険者証」と同時に「自立支援医療受給者証」及び「自己負担上限額管理票」の提出を求め、内容を確認する。受給者証に記載された指定自立支援医療機関に限り給付を受けられる。

区市町村国保被保険者で精神医療給付金の対象者（区市町村民税非課税世帯）については、「国保受給者証（精神通院）」も確認が必要。

「自己負担上限額管理票」は、生活保護世帯及び中間所得世帯の高額治療継続（重度かつ継続）非該当者は不要。

② 医療費の 1 割を徴収する（生活保護世帯を除く）。徴収額を上限額管理票に記載し、受給者証に記載された月額自己負担上限額までの金額を受給者単位（医療機関・薬局・訪問看護合計）で管理する。上限に達した場合、以後当月中は自己負担額を徴収しない。

東京都医療費助成又は区市町村精神医療給付金の対象者（区市町村民税非課税世帯）（法別番号93）は、自己負担分の助成（給付）があるため都内医療機関等では窓口負担はないが、上限額管理票は確認、記載及び管理が必要。

- ③ 本制度は、区市町村の申請受理日が適用開始日となるが、受給者証の発行を受ける前に受けた精神通院医療の取扱いについては、診療報酬請求や患者負担支払時の工夫により対応する（国Q&A）。

国制度部分については療養費払いを行っていないため、申請書控により申請受理日を確認した後は、公費適用予定として取扱い、レセプト請求は受給者証交付後に行う。

上限管理については、受給者証で上限額を確認後、上限額管理票により医療機関等の窓口で精算するが、このとき、上限を超える分について、仮徴収後事後精算、又は事後一括精算とするかは、各医療機関等による。また、公費負担が不承認となったときは、申請時に遡って、公費適用外として自己負担を徴収する。

なお、申請書控の提示のない場合は、公費適用外として自己負担を徴収するなど、各医療機関等での判断に基づき処理する。

(2) 請求要領

レセプトに公費負担者番号、受給者番号、診療内容及び自己負担額（一部負担金額）等を記入し、保険分と併せて請求する。

公費負担者番号①：21136015（東京都）

公費負担者番号②：93133007（社会保険、後期高齢者医療制度又は国民健康保険組合の場合）又は93132009（区市町村国保の場合）

※ 法別番号93は、区市町村民税非課税世帯で認定を受けている方のみ

(3) 請求先

社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金

国保・後期高齢併用分 ⇒ 国保連合会

(4) その他

受給者は、受給者証に記載された指定医療機関若しくは月額自己負担上限額を変更、又は有効期間を更新しようとするときは、事前に申請しなければならない。

なお、有効期間は区市町村の申請受理日から1年以内（更新申請は有効期限の概ね3か月前から行うことができる）。

4. 他の医療制度との関係

(1) 他の医療費助成制度との関係

他の医療費助成制度で本制度の自己負担分の助成を受ける場合であっても、上限額管理票には、本制度の上限額に達するまでの1割分を記載し、レセプトの一部負担金額には、医療機関ごとの上限管理額を記載する。

- ① 対象者が法別番号93の負担者番号の入った自立支援医療受給者証（精神通院）又は国保受給者証（精神通院）を交付されている場合

法別番号21の自己負担分について、法別番号93により助成する。

都内の医療機関の場合、保険分と併せて全てレセプトで請求する。

- ② 対象者が障又は親医療券を交付されている場合

いずれの制度も原則1割負担のため、原則として障・親との併用はない。

ただし、21の自己負担額が障・親の自己負担限度額（レセプト単位）を超える場合、その超過分について、21の自己負担上限額（患者単位）に達するまでを限度として障・親により助成する。

また、住民税非課税者で障・親を持っている場合は、障・親が全額負担（自己負担なし）となるため、21の自己負担分を障・親により助成する。ただし、93の対象者の場合は、93の適用を優先する。

都内の医療機関の場合、障・親の請求は、3者併用（保険＋自立支援医療＋障又は親）レセプトで都内国保の場合は、国保連合会あて、社保の場合は支払基金あてに請求する。

- ③ 対象者が乳医療券を交付されている場合

21の自己負担分について、乳により助成する。ただし、93の対象者の場合は、93の適用を優先する。

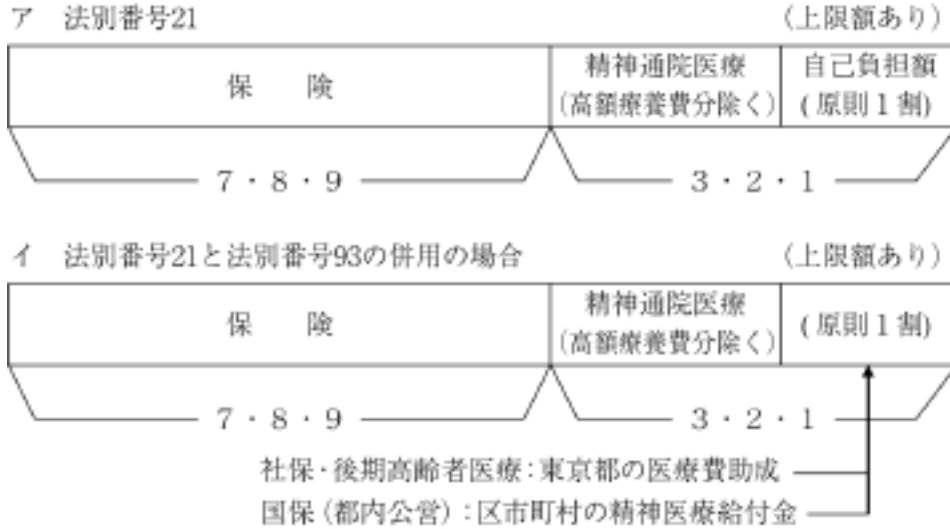
都内の医療機関の場合、乳の請求は、3者併用（保険＋自立支援医療＋乳）レセプトで都内国保の場合は国保連合会あて、社保の場合は支払基金あてで行う。

(2) 医療保険との関係

医療保険各法が優先する。

高額療養費制度に該当する場合は、その限度額から自己負担額を控除した残額を給付する。

自立支援医療の自己負担額よりも高額療養費制度の限度額の方が少なくなる場合は、自立支援医療の給付はなくなる(高額療養費は現物給付)。



5. Q & A

Q 1) 診断書の作成にかかる費用は公費負担の対象となるのか。

A 1) 診断書の作成にかかる費用について社会保険診療報酬の対象とならないため、公費負担の対象にはならない。

Q 2) 外国人は公費負担の対象となるか。

A 2) 対象となる。ただし、外国人に限らず、正当な理由がなく医療保険の加入手続きを行っていない場合は、対象にならない。

Q 3) 知的障害者施設に入所している者が通院によって精神障害の治療を受ける場合は公費負担の対象となるか。

A 3) 対象となる。

Q 4) 「神経症性障害」と診断された者は、公費負担の対象となるか。

A 4) 通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にある場合は、対象となる。

Q 5) 「統合失調症の疑い」と診断された者は、公費負担の対象となるか。

A 5) 精神障害のあることが確実な者は対象となる。なお、この場合にあっても、通院による精神医療を継続的に要する程度の病状にあることが要件となる。

Q 6) 公費負担の始期は、何時か。

A 6) 原則として、区市町村で申請書を受理した日である。

受給者証の発行を受ける前に受けた精神通院医療の取扱いについては、診療報酬請求や患者負担支払時の工夫により対応する。

Q 7) 当該精神障害の治療に関連して生じた病態とはどの範囲を示すのか。

A 7) 当該精神障害のために用いた薬剤の副作用等である。

Q 8) 当該精神障害に起因して生じた病態とはどの範囲を指すか。

A 8) 当該精神障害の病状である躁状態、抑うつ状態、幻覚妄想、情動障害、行動障害、残遺状態等によって生じた病態で

ある。

なお、精神障害に起因するか否かの判断は、症例ごとに医学的見地から行われるべきものではあるが、一般的に感染症（特に慢性のもの）、新生物、アレルギー（薬剤副作用によるものを除く）、筋骨格系の疾患については、精神障害に起因するものとは考え難い。

Q 9) 往診による医療は、公費負担医療の範囲に含まれるか。

A 9) 往診による医療は公費負担医療の範囲に含まれる。なお、往診料についても公費負担が行われる。

Q 10) 初診料について公費負担は行われるか。

A 10) 公費負担の申請のために行った初診については、公費負担は行われませんが、公費負担開始後に医療機関を変更した場合に変更後の医療機関で最初に行われた診察については、初診として公費負担が行われる。

Q 11) 院外処方せんを発行した場合は、処方料について公費負担は行われるか。

A 11) 公費負担は行われる。

Q 12) 精神障害と直接関係のない傷病、例えば「風邪」、「糖尿病」などは、受給者証に記載された医療機関において精神医療を担当する医師によるものでも対象外とすべきか。

A 12) 直接関係がないのであれば対象外とすべきである。

Q 13) 受給者証の有効期間内に入院した場合には、受給者証は返納すべきか。

A 13) 単に入院したことのみをもって返納する必要はない。

Q 14) 他都道府県の患者の医療費に係る費用の請求はどこに対して行えばよいか。

A 14) 当該医療を担当した医療機関の所在地の都道府県の支払基金事務所を経由して、当該患者の居住地の道府県に対して行う。

Q 15) 診断書等の用紙は、医療機関に無償で配布するのか。

A 15) 都において作成の上、用紙は無償で医療機関に配布するものとする。ただし、送料は医療機関の負担となる。

Q 16) 診断書について、「5 現在の治療内容」は、対象者の全ての傷病に対するものを記載するのか。

A 16) 診断を行った医師が、精神通院医療の対象となると考えるものを記載する。

Q 17) 診断書について、「1 病名」で、てんかんはどうするのか。

A 17) 精神症状を有するてんかんについては、Fコードを、精神症状のないてんかんについては、Gコードを使用する。

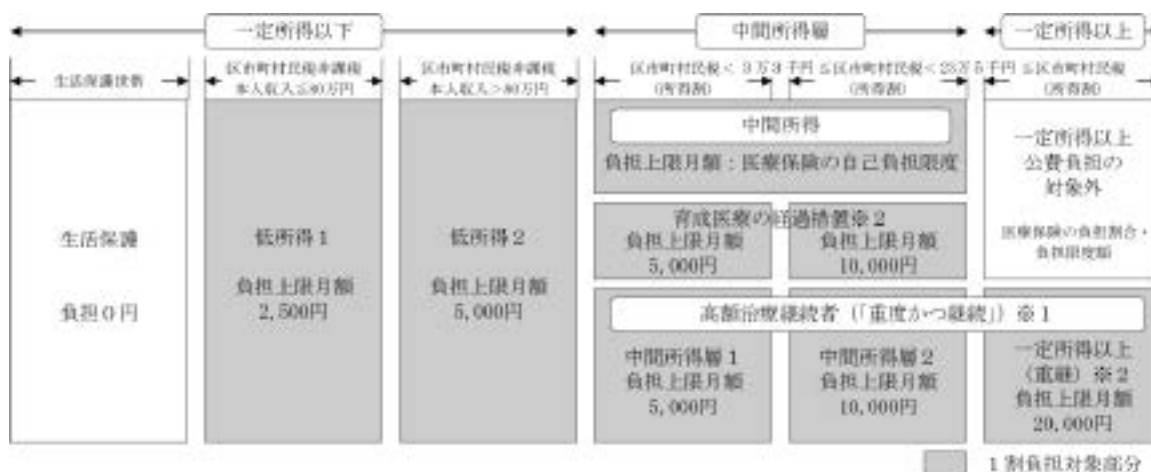
※ 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第 32 条の規定による精神障害者通院医療費公費負担制度の運用について」（平成 14 年 5 月 21 日障精発第 0521001 号厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神保健福祉課長通知）をもとに、制度改正後の自立支援医療（精神通院医療）においても参考となる箇所について、一部改変して掲載。なお、東京都福祉局障害者施策推進部精神保健医療課のホームページにおいて、東京都版の Q & A を掲載しているので、そちらも参考にしてください。

自立支援医療の自己負担の概要

自己負担については原則として医療費の1割負担（部分）。

ただし、同じ医療保険に加入する者で構成する世帯の所得水準等に応じてひと月あたりの負担に上限額を設定。

また、入院時の食事療養費又は生活療養費（いずれも標準負担額相当）については原則自己負担。



※1 高額治療継続者（「重度かつ継続」）の範囲については、以下のとおり。

① 疾病、症状等から対象となる者

- ・更生医療・育成医療：腎臓機能障害、小腸機能障害、免疫機能障害、心臓機能障害（心臓移植後の抗免疫療法に限る）、肝臓機能障害（肝臓移植後の抗免疫療法に限る）。
- ・精神通院医療：統合失調症、躁うつ病・うつ病、てんかん、認知症等の脳機能障害、薬物関連障害（依存症等）、（ICD-10における次の分類：F0、F1、F2、F3、G40）又は三年以上の精神医療の経験を有する医師により、情動及び行動の障害又は不安及び不穏状態を示すことから計画的かつ集中的な精神通院医療（状態の維持、悪化予防のための医療を含む。）を継続的に要すると判断された者。

② 疾病等に関わらず、高額な費用負担が継続することから対象となる者

医療保険の多数該当の者（高額療養費の支給回数が申請前12ヶ月に3回以上ある場合）。

※2 育成医療の経過措置及び「一定所得以上」かつ「重度かつ継続」の者に対する経過措置は、令和6年3月31日まで実施される。

※自立支援措置実施機関(精神病院)の業務がお済みになっていることをご確認下さい。
 第 3 2 号様式 (第 3 版印刷) 自立支援医療診断書 (精神通院)

氏名	フリガナ 姓 名	姓 名	年 月 日	年 月 日	性	男 ・ 女
住所	〒	〒	〒	〒	〒	〒
1. 病名 ICDコードは、 F60～F69、(44) のいずれかを記載 してください。	(1) 主たる精神障害 _____ ICDコード _____	(2) 次たる精神障害 _____ ICDコード _____	※ICDコードは必ずしも (例「F60」)で記載してはいけません。			
2. 受診から現在 までの経過 (転院年月日、 通院回数、 病状の経過、 治療の経過等 を記載してく ださい)	(1) 受診の経緯は、精神疾患ご診断する医師のご記載下さい。そのほかは診療録へ記載下さい。 (2) 経過は、転院日を含め、1ヶ月毎に1行ずつ記載して下さい。 (3) 転院の理由、通院回数、治療内容、経過等をご記載下さい。					
3. 現在の病状、経過等 (該当する項目を○で選んでください)	(1) 初発状態 (2) 再発・再燃状態 (3) 経過良好 (4) 病状悪化 (5) 治療効果 (6) 治療抵抗性 (7) 治療効果不明 (8) 治療効果不明 (9) 治療効果不明 (10) 治療効果不明 (11) 治療効果不明 (12) 治療効果不明 (13) 治療効果不明 (14) 治療効果不明 (15) 治療効果不明 (16) 治療効果不明 (17) 治療効果不明 (18) 治療効果不明 (19) 治療効果不明 (20) 治療効果不明 (21) 治療効果不明 (22) 治療効果不明 (23) 治療効果不明 (24) 治療効果不明 (25) 治療効果不明 (26) 治療効果不明 (27) 治療効果不明 (28) 治療効果不明 (29) 治療効果不明 (30) 治療効果不明 (31) 治療効果不明 (32) 治療効果不明 (33) 治療効果不明 (34) 治療効果不明 (35) 治療効果不明 (36) 治療効果不明 (37) 治療効果不明 (38) 治療効果不明 (39) 治療効果不明 (40) 治療効果不明 (41) 治療効果不明 (42) 治療効果不明 (43) 治療効果不明 (44) 治療効果不明 (45) 治療効果不明 (46) 治療効果不明 (47) 治療効果不明 (48) 治療効果不明 (49) 治療効果不明 (50) 治療効果不明 (51) 治療効果不明 (52) 治療効果不明 (53) 治療効果不明 (54) 治療効果不明 (55) 治療効果不明 (56) 治療効果不明 (57) 治療効果不明 (58) 治療効果不明 (59) 治療効果不明 (60) 治療効果不明 (61) 治療効果不明 (62) 治療効果不明 (63) 治療効果不明 (64) 治療効果不明 (65) 治療効果不明 (66) 治療効果不明 (67) 治療効果不明 (68) 治療効果不明 (69) 治療効果不明 (70) 治療効果不明 (71) 治療効果不明 (72) 治療効果不明 (73) 治療効果不明 (74) 治療効果不明 (75) 治療効果不明 (76) 治療効果不明 (77) 治療効果不明 (78) 治療効果不明 (79) 治療効果不明 (80) 治療効果不明 (81) 治療効果不明 (82) 治療効果不明 (83) 治療効果不明 (84) 治療効果不明 (85) 治療効果不明 (86) 治療効果不明 (87) 治療効果不明 (88) 治療効果不明 (89) 治療効果不明 (90) 治療効果不明 (91) 治療効果不明 (92) 治療効果不明 (93) 治療効果不明 (94) 治療効果不明 (95) 治療効果不明 (96) 治療効果不明 (97) 治療効果不明 (98) 治療効果不明 (99) 治療効果不明 (100) 治療効果不明					

4. 3の病状、状態等(具体的相状、病状、経過等) (申請書の病状を日書法または診断書記載の病状をふまえて、病状的に記載してください)	①東京厚生会社 ②区立町村協同 ③区立精神病院					
5. 現在の治療内容 (1) 投薬内容 (※投薬名に対する薬剤名(商品名)も記載ください)						
(2) 精神療法等 (※「認知行動療法」を行っているか「支持性心理療法」等の療育プログラム、医学的観点から継続的な通院治療の必要性があるかを「診断書」により記載してください)						
(3) 訪問看護療育の有無 (有 ・ 無)						
6. 今後の治療方針 (※治療目標、治療方針、社会生活力、社会適応力の進捗状況をふまえて、継続的に行っていく治療方針(長期目標、中期目標)を記載してください)						
7. 現在の通院履歴(サービス利用状況 (該当する項目を○で囲んでください) ※10～10については患者者の日常生活及び社会適応を総合的に評価するための指標に規定するサービスに限る。 (1) 自立訓練 (生活訓練) (2) 共同生活援助 (グループホーム) (3) 居宅介護 (ホームヘルプ) (4) その他の療育支援サービス () (5) なし	8. 備考					
医療機関所在地	年 月 日					
名 称	医療機関コード					
電話番号	ICDコードご記入欄					
医師氏名	現在の精神科医が ICD-10 コード F64～F69 の場合で医師が 精神科医(重症心身障害)を申請する場合は指定医師等とし くは従事年数は年(以上)の欄を必ず記入してください。					
(白筆又は記名捺印)	精神科指定医師の証の番号： 指定医師従事年数： 年					
※ 東京都で記載していただくことで、診療の場までお臨み願います。 東京都記載欄： 自立支援医療対象 (該当 ・ 非該当) 高瀬治療継続者 (重症心身障害) (該当 ・ 非該当) 備考 () 記載もれがないことを必ず一度ご確認のうえ、ご提出ください。						

併診断書の作成にあたって

この診断書は、申請者が自立支援医療診断書（精神通院）の要件に合致するかを判断するものですので、誤りや記入漏れ等のないよう、正確に記載してください。

自立支援医療診断書（精神通院）様式の記載方法（※この記載方法を切り離さず担当医師にお渡しください）

【1】「氏名、生年月日、年齢、性別、住所」

申請者本人の特定に関わる重要な事項ですので、正確に、記載漏れのないように入力してください。
年齢は診断書作成日現在の満年齢を記載し、住所は申請者本人の現住所をご記入ください（旧住所等をご記入いただく、申請者が記入する申請書と異なる場合がありますので、ご注意ください）。

【2】「1 病名」

(1) 「主たる精神障害」及び(2) 「従たる精神障害」の欄には、国際疾病分類に位置づけられる病名を記入し、ICD-10 コードを併記してください（このコードは少なくとも2桁（F**）まで記載してください。制度が適用される病名の範囲は、ICD-10 F00～F99、及び、G40 です）。

【注意点1】「軽い」病名や状態診断は避けてください（ICD-10 コードの記入漏れ、病名とコードが一致していない、軽い病名である場合は、お問い合わせさせていただきます）。

【注意点2】「通院障害」ICD-10 コード F43-2 の病名につきましては、ICD10 ガイドラインにより、確定発病時期から6ヵ月未満の場合において診断できる病名となります。）

【3】「身体合併症」の欄には、公費負担の対象となる合併症について記載してください。

公費負担の対象となる合併症は、当該精神障害の症状である認知症、抑うつ状態、幻覚妄想、情動障害、行動障害、薬物状態等によって生じた病態です。

公費負担の対象となる合併症が否かは、病例ごとに医学的見地から行われるべきではありませんが、一般的に感染性（特に慢性のもの）、新生物、アレルギー（薬剤副作用によるものを除く）、筋骨格系の疾患については、精神障害に起因するものとは考え難いので、公費対象外の合併症については、備考欄に記載してください。

【注意点】ICD-10 コードは、インターネットでも検索できます。

【3】「2 発病から現在までの病歴」

指定発病年月・発病日は必ず記載してください。精神科受診歴等を含む、発病から貴院の現在までの病歴をなるべく詳細に記載してください（入院、通院等）。

【注意点】病歴に簡略化した記載は、審査、判定に支障をきたすおそれがあります。）

【4】「3 現在の病状・状態等」

発病等から現在に至るまでの病状・状態等に該当する項目を○で囲んでください。「その他」を○で囲んだ場合は、その内容を具体的に記載してください。

(8) 「てんかん発作等」については、おおむね過去2年間に於ける発作の状況（てんかんの発作型と頻度）を必ず記入してください。重症発作が抑制されている場合は最終発作の年月を明記してください。

【注意点】現在の病状・状態等がもたらさずチェックされていない場合、審査判定に支障をきたすおそれがあります。）

【5】「4 3の病状・状態等の具体的な程度、症状、検査所見等」

「入院を要さない場合であること」、「その状態が精神病、あるいはそれと同等の病態にあり、持続するか、あるいは病状を繰り返すこと」、「継続的な通院による精神療法や薬物療法、各種検査を必要とする場合であること」等がわかるように記載してください。

【注意点】具体的な程度、病状、検査所見等の記載にあたっては、上記に該当するか否かが明らかでないような記載や「3 現在の病状・状態等」において該当する病状・状態等についての記載もれ、「前回と同じ」などの簡略化した記載方法はしないでください。

【6】「6 現在の治療内容」

(1) 投薬内容について

診断書に対する主たる薬剤名（商標名又は一般名）を日本語で簡さず記載してください。分量等は記載する必要はありません。投薬には、点滴、注射を含みます。

【注意点】投薬での「抗うつ剤」、「抗不安剤」等といった表記や英語での表記はしないでください。）

(2) 精神療法等について

薬物療法以外の精神療法やPsyケア等の治療内容を具体的に記載してください。

【注意点】「通院精神療法」が行っている「支持的精神療法」等の簡単な記載ではなく、医学的観点から具体的な内容を記載してください。）

(3) 訪問看護指示の有無について

該当部分を○で囲んでください。

訪問看護に公費負担を適用するには、訪問看護指示が必要です。

【7】「6 今後の治療方針」

この欄は、公費負担による治療継続の適否の判定に必要です。治療目的とそのための手段を具体的に記入してください。再発予防等の観点から「継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする」場合には、その内容、必要性を具体的に記載してください。

【注意点】「現在の治療を継続する」「外来継続」「薬物療法を継続する」等の簡単な記載ではなく、治療目的とその為の手段、継続的な通院治療の必要性を具体的に記載してください。）

【8】「7 現在の障害特性やサービス等の利用状況」

自立訓練、共同生活活動、居宅介護、訪問指導等のサービスを利用している場合は、その利用状況について、該当する項目を○で囲んでください。なお、ここには医療機関で行われるPsyケアは含まれません。

【注意点】記載もれに注意してください。該当する項目がなければ「なし」を必ず○で囲んでください。）

【9】「8 備考」

上記以外に判定の参考となる事項があれば記載してください（例えば、精神障害に伴う身辺管理能力の障害の程度や公費負担の対象とならない身体合併症等です）。

【10】「自作、医師機関所在地、名称、電話番号、医師氏名」

日付は、診断日を記載してください。診断書の内容について調査することもありますので、医療機関の所在地、名称、電話番号を必ず記載してください。

医師氏名については、診断医の氏名を記載するものとし、ゴム印を用いた場合は、複写になっている3枚とも原印が必要です。医療機関コードは事務等に確認のうえ、必ず記載してください。

精神科指定医の場合は、指定医番号を、また指定医でない場合は、精神科指定医年数を必ず記載してください。

【11】高経治療継続者（重複かつ継続）の範囲について

(1) 主たる精神障害がICD-10 コードのF01-F3、G40に該当すること。

(2) 上記(1)に該当しない（ICD-10 コードがF4-F9）場合は、以下の3項目の要件を全て記載してください。

①「2 発病から現在までの病歴」及び「3 現在の病状」において、精神病あるいはそれと同等の状態にあり、持続するか、病状を繰り返す、継続的な通院による精神療法や薬物療法を必要とする等々の記載があること。
②「5 現在の治療内容」及び「6 今後の治療方針」において、「3 (8) 発病及び行動の障害」、「3 (7) 不安及び不穏状態」があり、計画的・集中的な治療を継続して行う必要があること等の記載があること。
※「計画的であること」＝中・長期的な治療目標のもとに現在の治療が位置づけられていること。
※「集中的であること」＝単なる対応療法的な薬物療法以上の治療が行われていること。

③診断書を作成する医師が精神科指定医または3年以上精神医療に従事した医師であること。

東京都立中央総合精神保健福祉センター

(表)

自立支援医療受給者証(精神通院)

東京都知事印

取組窓口名		公務員受給者番号	2	1	1	3	6	0	1	5
受給者番号		員記号番号								
受給者氏名	姓									
	名									
住所	住									
	所									
有効期間	公費負担									
	医療費助成									
月間自己負担上限額										
名称	重症かつ継続									
所在地										
名称										
所在地										
名称										
所在地										

◎異変申請のこと。

(裏)

- 【注意事項】
1. 変更(継続)申請については、原則、自立支援医療受給者証の提出が2年ごとに1度になります。ただし、変更(継続)申請の手続きは毎年必要になります。(受給者証の正上)に次回の変更申請提出の必要、不要が記載されており、ご確認ください。
 2. 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法に基づく自立支援医療費の支給を受ける場合には、受給の程度、この受給者証に保障証及び各月の自己負担上限額管理簿(別紙)を添えて担当医療機関(病院、診療所、保健事業局又は訪問看護ステーション、以下「医療機関等」という。)に必ず提示してください。この場合は、受給者証に記載された月間自己負担上限額を超過とする患者一部負担額(医療費の1割)を医療機関にお支払ください。
 3. 受給者証裏面に記載されている医療機関等において有効期間内に受診した場合は、医療保険各法を適用し、その自己負担額当額から月間自己負担上限額を超過とする患者一部負担額を引き出した額を支給します。
 4. 変更がある場合、下記により、手続をしてください。
 - (1) 受給者証裏面に記載されている医療機関等及び負担上限額を変更する場合は、居住地を管轄する区市町村を提出して「自立支援医療費(精神通院)支給認定申請書」を提出し、新たな受給者証の交付を受けてください。
 - (2) 受給者証の氏名、居住地及び加入する医療保険等を変更したときは、居住地を管轄する区市町村を提出して「自立支援医療(精神通院)受給者証等記載事項変更届」を提出してください。
 5. この受給者証の有効期間中に、治療を受ける必要がなくなったり、または期間が切れたとき、その他居住地を他の道府県に変更したときは、速やかに管轄区市町村へこの受給者証を返還してください。
 6. 有効期間を過ぎると自立支援医療費の支給が受けられなくなりますので、継続申請は有効期間の終了する3ヶ月前から区市町村の手続き窓口で行ってください。
 7. 再申請又は継続申請の場合は、この受給者証を提出してください。
 8. 再申請又は継続申請し、同じ、又は切れたときは、区市町村の手続き窓口で再交付の申請をしてください。
 9. この受給者証を医療機関等に提示しなかった場合は、自立支援医療費の支給は受けられません。
 10. 不正に、この受給者証を使用した者は、罰則により罰金等として罰せられます。
- (変更届出事項記載欄)

提出先ごとに作成し、① 東京都送付用 ② 区市町村送付用 ③ 医療機関送付用④ 医師送付用 ⑤ 氏名確認送付用

「重症かつ継続」に関する意見書

患者氏名		性別	
住所		年齢	

またも精神障害(ICD-10)に基づき該当する要件に○をつけ又は記載すること。

- ① 症状性を伴った器質性精神障害 (F0)
- ② 精神作用物質使用による精神及び行動の障害 (F1)
- ③ 統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害 (F2)
- ④ 気分障害 (F3)
- ⑤ てんかん (G40)
- ⑥ その他: (F)

「またも精神障害」が上記⑥の場合のみ下記についても記載すること。

またも精神障害

現在の病状(継続的な医療の必要性が分かるように記載すること)。

治療方針(計画的・集中的な治療を継続して行う必要性が分かるように記載すること)。

薬物療法

精神療法等

医師の略歴(精神科医としての年3年以上の臨床経験に該当した経験を有することが分かるよう記載すること)。

精神科医独立医の証の番号:
精神科医登録年数:

上記のとおり診断します。

平成 年 月 日 (医療機関名)
(電話番号)
(医師氏名)
肩書又は記名欄

東京都記録簿: 重症かつ継続 (担当・科長)

備考 ()

(左面)

年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。	月額自己負担上限額	円
日付	医療機関等	確認印
月 日		

日付	医療機関等	自己負担額	自己負担額累積額	自己負担額徴収印	自己負担額確認印 (医療費助成対象者のみ)
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

①受診の方へ 障害者自立支援法に基づく自立支援医療費(精神通院)の支給を受ける場合には、この管理票を医療機関等(病院、診療所、保険薬局又は訪問看護ステーション)に提示してください。

②医療機関等の皆様へ この管理票の提示があった場合、医療機関等の名称と自己負担額(東京都医療費助成対象者の場合は医療費助成額)等を記入してください。

なお、月額自己負担上限額に達した場合は、最上段の確認欄に医療機関名等を記入してください。当該月は、管理票のそれ以後の記入は不要となり、本人の自己負担はありません。

医療費助成対象者の方においては、ご本人からの自己負担額の徴収はありませんので、自己負担額確認印欄に確認印を押印してください。

(日本工業規格B 列 6 番)

(右面)

日付	医療機関等	自己負担額	自己負担額累積額	自己負担額徴収印	自己負担額確認印 (医療費助成対象者のみ)
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

自己負担上限額管理票記載例（医療費助成制度「93」あり）

＜例＞社会保険・本人（3割） 所得区分・低所得1 自己負担上限月額 2,500円

	医療費	保険	自立支援医療費	自己負担（1割）＝医療費助成分
令和5年5月8日 A 診療所	10,000	7,000	2,000	1,000
5月10日 B 薬局	5,000	3,500	1,000	500
5月19日 A 診療所	5,000	3,500	1,000	500
5月21日 B 薬局	10,000	7,000	<u>2,500</u>	<u>500</u>

※ 都内の医療機関等の場合、実際には国の自立支援医療費制度（法別番号：21）及び自己負担分を助成（給付）都又は区市町村の制度（法別番号：93）いずれも現物給付で窓口負担は発生しないが、21負担額と93負担額とを区別するため、レセプトに一部負担金額の記載が必要となっている。一部負担金額の記載のためには、上限額管理票に記載することにより1割分の上限管理を行わなければならない。

※ 自己負担1割であるため、5月21日のB薬局における自己負担（93負担額）は1,000円となるはずだが、上限月額に達したため、500円分のみ自己負担額を記入する。

レセプトには、上限額管理票で管理した金額を基に、当該医療機関（又は薬局）分の一部負担金額を記載する（上限額以下の場合は円単位＝点数と同じ数字）。

※ 都外の医療機関等の場合は、21のみ現物給付で、93は原則として償還払いとなる。

ただし、93133007（社会保険又は後期高齢者医療制度又は国民健康保険組合の場合）については、都外であっても都と事前に契約を結んでいる医療機関等に限り、全て現物給付となる。この場合も、上限額管理票は記載が必要。

5年 5月分自己負担上限額管理票

受診者	東京 太郎	受給者番号	1234567
-----	-------	-------	---------

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。 月額自己負担上限額 2,500円

日付	医療機関等	確認印
5月21日	B 薬局	⊗

日付	医療機関等	自己負担額	自己負担額累積額	自己負担額取印	自己負担額確認印 (医療費助成対象者のみ)
5月8日	A 診療所	1,000	1,000		Ⓐ
5月10日	B 薬局	500	1,500		⊗
5月19日	A 診療所	500	2,000		Ⓐ
5月21日	B 薬局	500	2,500		⊗
月 日					
月 日					

自己負担上限額管理票記載例（医療費助成制度「93」なし）

<例> 社会保険・家族（3割） 所得区分・中間1（重度かつ継続） 自己負担上限月額 5,000円

	医療費	保険	自立支援医療費	自己負担（1割）
令和5年5月8日 A 診療所	10,000	7,000	2,000	1,000
5月10日 B 薬局	5,000	3,500	1,000	500
5月19日 A 診療所	20,000	14,000	4,000	2,000
5月21日 B 薬局	5,000	3,500	1,000	500
5月29日 A 診療所	20,000	14,000	<u>5,000</u>	<u>1,000</u>

※ 自己負担1割であるため、5月28日のA診療所における自己負担は2,000円となるはずだが、上限月額に達したため、1,000円のみ自己負担額を徴収する。

レセプトには、上限額管理票で管理した金額を基に、当該医療機関（又は薬局）分の一部負担金額を記載する（上限額以下の場合は円単位=点数と同じ数字）。

5年 5月分自己負担上限額管理票

受診者	東京 太郎	受給者番号	1234567
-----	-------	-------	---------

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

月額自己負担上限額 5,000円

日付	医療機関名	確認印
5月29日	A 診療所	Ⓐ

日付	医療機関等	自己負担額	自己負担額累積額	自己負担額徴収印	自己負担額確認印 [医療費助成対象者のみ]
5月8日	A 診療所	1,000	1,000	Ⓐ	
5月10日	B 薬局	500	1,500	ⓧ	
5月19日	A 診療所	2,000	3,500	Ⓐ	
5月21日	B 薬局	500	4,000	ⓧ	
5月29日	A 診療所	1,000	5,000	Ⓐ	
月 日					

自立支援医療(精神通院)に係るレセプトの記載例

【21(公費①)のみ、精神通院に係る請求が2,000点、自己負担上限額以下の場合】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
①		2,000		2,000
②				

※ 自立支援医療に係る公費負担額の一部負担金額については必ず記載する。
10円未満四捨五入前の金額を記載する(後期高齢者医療等の場合に一部例外あり)。実際の自己負担額は、10円未満四捨五入とする。

【21(公費①)・93(公費②)あり、精神通院に係る請求が2,000点、自己負担上限額以下の場合】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
①		2,000		2,000
②				

※ 東京都医療費助成(93)の対象者については、本人から自己負担額の徴収はありませんが、国の公費負担制度分(21)と分ける必要があるため月額自己負担上限額管理票の記入をお願いしているところですが、上限額以下の場合、精神通院に係る医療費の1割をレセプトの公費負担額(公費①)の一部負担金額欄に記載してください(21のみの場合も93ありの場合も同様の記載方法となります。)

【21(公費①)・93(公費②)あり、精神通院に係る請求が2,000点、自己負担上限額(2,500円)を超えた場合】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
①		2,000		1,120
②				

令和5年 5月分自己負担上限額管理票				
受診者	東京都	受診者番号	1234567	
下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。		日額自己負担上限額	2,500円	
日付	医療機関名	診療種別		
5月15日	△△医療		②	
日付	医療機関名	自己負担額	93(公費②)額	自己負担総額
5月2日	〇〇病院	450円	450円	②
5月2日	△△薬局	560円	1,010円	②
5月15日	〇〇病院	670円	1,680円	②
5月15日	△△薬局	820円	2,500円	②

(事例は〇〇病院のケース)

5月2日 450点(上限以下)
5月15日 670点(上限以下)
5月30日 880点(上限超)
計 2,000点

院外処方の場合、上限額を超えていても、上限以下の日に係る金額の積算は、点数を基に10円未満四捨五入前の金額としても構わない。

※ 月額自己負担上限額管理票が上限額を超えた場合は、当該医療機関・薬局が上限額管理票に記載した金額の合計をレセプトの公費負担額(公費①)の一部負担金額欄に記載してください(21のみの場合も93ありの場合も同様の記載方法)。

【21(公費①)のみ、総医療費3,000点のうち精神通院に係る請求が2,000点、自己負担上限額以下の場合】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
①		3,000		2,000
②				

※ 公費①の請求点欄に精神通院に係る分点数を記載する。
公費①の一部負担金額欄に精神通院に係る自己負担相当額(2,000円)を記載する。上限額管理は、精神通院に係る自己負担相当額(2,000円)についてのみ行う。(実際の自己負担額は、精神通院対象外1,000点分の自己負担相当額と合算した額=3割負担の場合、2,000円+3,000円=5,000円が実際の自己負担額)93(公費②)ありの場合も同様。

【生活保護受給者、精神通院に係る請求が2,000点の場合】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
①		2,000		0
②				

※ 自己負担額は0円で、全額自立支援医療費が支給される。医療扶助(12)は使用しない。

【生活保護受給者、総医療費3,000点のうち精神通院に係る請求が2,000点の場合】

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
①		2,000		0
②		1,000		0

※ 精神通院の対象となる医療についてのみ、21(公費①)を適用。
精神通院の対象外の医療については、医療扶助(12、公費②)を適用。

自立支援医療（精神通院医療）を利用される方へ

受給者証と上限額管理票の提示が必要です

18年4月から、障害者自立支援法の施行により自立支援医療制度が始まり、支給認定を受けた方は、原則として、医療費の1割（世帯の所得等に応じた上限額あり）を自己負担していただくことになりました。

本制度の利用にあたっては、ご利用の都度、被保険者証等と一緒に、次の書類を医療機関・薬局等の窓口で提示する必要がありますので、ご協力下さい。

● 「自立支援医療受給者証（精神通院医療）」

- ※ 国民健康保険被保険者で「区市町村精神医療給付金」を都内の医療機関・薬局等をご利用の方は、「国保受給者証（精神通院医療）」も提示の必要があります。

● 「自己負担上限額管理票」

- ※ 月額自己負担上限額の適用を受ける方について必要となります。東京都医療費助成又は国保精神医療給付金の対象者も、窓口負担はありませんが、提示が必要です。

また、所得区分、医療機関・薬局、保険種別などの申請（届出）事項が変わる場合は、お住まいの区市町村担当窓口に変更の申請（届出）をしていただく必要があります。

所得区分の変更

……原則として変更申請受理日の翌月1日から適用

医療機関・薬局の変更・追加

……変更申請受理日から適用

ご提示いただけない場合や、必要な手続きを行っていただけない場合は、制度の適用を受けられず、医療費の1～3割の額を自己負担していただきます。

東京都福祉局

お問合せ先 お住まいの区市町村担当窓口（電話 03-3302-7871）
又は 東京都立中部総合精神保健福祉センター

R100
RENTAL MANAGEMENT CO., LTD.

Ⅳ 療養介護医療（法別番号 24）

法別番号	24	区分	療養介護医療
取扱医療機関等	指定療養介護事業者である病院		
疾病等の範囲	療養介護のうち医療に係るもの		
対象者	<p>医療及び常時の介護を必要とする障害者のうち、長期の入院による医療的ケアを要する者で、次のいずれかに該当する者</p> <p>① 障害支援区分6に該当し、気管切開に伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者</p> <p>② 障害支援区分5以上に該当し、次の(ア)から(エ)のいずれかに該当する者</p> <p>ア 重症心身障害者又は進行性筋萎縮症患者</p> <p>イ 医療的ケアの判定スコアが16点以上の者</p> <p>ウ 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等（12項目）の合計点数が10点以上である者であって、医療的ケアスコアが8点以上の者</p> <p>エ 遷延性意識障害者であって、医療的ケアの判定スコアが8点以上の者</p> <p>③ ①及び②に準ずる者として、機能訓練、療養上の管理、看護及び医学的管理の下における介護その他必要な医療並びに日常生活上の世話を要する障害者であって、常時介護を要するものであると市町村が認めた者</p> <p>④ 旧重症心身障害児施設（平成24年4月の改正前の児童福祉法（以下「旧児童福祉法」という。）第43条の4に規定する重症心身障害児施設をいう。）に入所した者又は指定医療機関（旧児童福祉法第7条第6項に規定する指定医療機関をいう。）に入院した者であって、平成24年4月1日以降指定療養介護事業所を利用する①から③以外の者</p>		
申請の手続	各区市町村の障害保健福祉主管課に申請する。		
認定期間	療養介護医療の適用期間		
公費負担額	<p>医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。</p> <p>→ 認定された方は、医療費の一割及び入院時食事療養標準負担額を負担する。ただし、患者が属する世帯の所得区分に応じ、負担上限月額が定められている。</p>		
根拠法令等	障害者総合支援法		
問合せ先	<p>[申請窓口]</p> <p>各区市町村障害保健福祉主管課</p> <p>[制度等]</p> <p>福祉局障害者施策推進部施設サービス支援課障害者支援施設担当 (5320)4156</p> <p>福祉局障害者施策推進部施設サービス支援課児童福祉施設担当 (5320)4374</p>		

1. 概要

療養介護とは、病院において機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護、日常生活上の世話その他必要な医療を要する障害者であって、常時介護を要するものにつき、主として昼間において、病院において行われる機能訓練、療養上の管理、看護、医学的管理の下における介護及び日常生活上の世話の供与である。また、療養介護医療とは、療養介護のうち医療に係るものをいう。

(根拠法令 障害者総合支援法第5条第6項)

申請窓口事務は、各区市町村。

2. 公費負担

(1) 給付対象

医療及び常時の介護を必要とする障害者のうち、長期の入院による医療的ケアを要する者で、次のいずれかに該当する者

- ① 障害支援区分6に該当し、気管切開に伴う人工呼吸器による呼吸管理を行っている者
- ② 障害支援区分5以上に該当し、次の(ア)から(エ)のいずれかに該当する者
 - (ア) 重症心身障害者又は進行性筋萎縮症患者
 - (イ) 医療的ケアの判定スコアが16点以上の者
 - (ウ) 障害支援区分の認定調査項目のうち行動関連項目等(12項目)の合計点数が10点以上である者であって、医療的ケアスコアが8点以上の者
 - (エ) 遷延性意識障害者であって、医療的ケアの判定スコアが8点以上の者
- ③ ①及び②に準ずる者として、機能訓練、療養上の管理、看護及び医学的管理の下における介護その他必要な医療並びに日常生活上の世話を要する障害者であって、常時介護を要するものであると市町村が認めた者
- ④ 旧重症心身障害児施設(平成24年4月の改正前の児童福祉法(以下「旧児童福祉法」という。)第43条の4に規定する重症心身障害児施設をいう。)に入所した者又は指定医療機関(旧児童福祉法第7条第6項に規定する指定医療機関をいう。)に入院した者であって、平成24年4月1日以降指定療養介護事業所を利用する①から③以外の者

(2) 給付内容

医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。認定された方は、医療費の一割及び入院時食事療養標準負担額を負担する(患者が属する世帯の所得区分に応じ、負担上限月額が定められている。)

(3) 給付医療機関

指定療養介護事業者である病院

問合せ先

- 15 (更生医療)：各区市町村の障害保健福祉主管課
- 21 (精神通院医療)、93 (精神通院医療：都単独部分)：
 - 東京都福祉局 障害者施策推進部 精神保健医療課 生活支援担当 ☎5320-4464
- 93 (区市町村単独分)：各区市町村の国民健康保険主管課
- 16 (育成医療)：各区市町村の保健衛生主管課
- 24 (療養介護医療)：各区市町村の障害保健福祉主管課

5	児童福祉法
法別番号	17 (療育給付) 52 (小児慢性特定疾病) 53 (㊦児童福祉法の措置等に係る医療の給付) 79 (㊦児童福祉法の契約に係る医療の給付)

I 療育給付 (法別番号 17)

法別番号	17	区 分	療育給付
取扱医療機関等	指定医療機関		
疾病等の範囲	結核児童		
対象者	現に上記の疾病に該当し、入院を必要とする満18歳未満の方		
申請の続手	申請書に意見書、世帯調書及び各種所得税額等証明書を添付して、保護者の居住地を管轄する保健所を経由して区長、保健所政令市長又は知事に申請する。		
認定期間	(1) 療育給付意見書の治療見込期間とする。 (2) 最大で365日(うるう年は366日)とし、治療中に満18歳の誕生日を迎える場合はその前日まで。		
公費負担額	入院医療に要する費用。ただし、各種医療保険及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による医療給付等を先に適用する。 その他学習及び療養生活に必要な物品を現物で支給する。 なお、世帯員の区市町村民税額等により一部負担額がある。 → 認定された方は、 世帯員の区市町村民税額等による一部負担額を負担する。		
根拠法令等	児童福祉法第20条		
問合せ先	都内市町村の区域内 福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当(5320)4375 特別区(23区)及び保健所政令市の区域内 各区市役所保健衛生主管課		

1. 概要

結核にかかっている児童を指定療育機関に入院させて専門的な医療を行うとともに、この間療養生活に必要な日用品と学校教育を受けるに必要な学用品の給付を行う。(根拠法令 児童福祉法第20条)

2. 公費負担

(1) 給付内容

給付は、入院医療に限る。各種医療保険及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律を適用し、その給付の残金額を給付する。なお、当該世帯の前年分の所得税額等に応じて、自己負担額が発生するが、この自己負担額は別途、都、23区又は保健所政令市が扶養義務者から直接徴収するため、医療機関での徴収はない。また、他に学習及び療養生活に必要な物品が支給される。

(2) 医療機関

指定療育機関

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

- ① 「療育医療券」(P. 70 参照) と同時に感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律の「患者票」(P. 5 参照) 及び「被保険者証」の提出を求め、内容を確認すること。
- ② 「療育医療券」に記入された「有効期間」を変更しようとする時は「療育給付継続協議書」(P. 71 参照) により予め知事、区長又は保健所政令市長の承認を得ること。

(2) 請求要領

公費併用レセプトに、公費負担者番号、診療内容等を記入し、当該保険分を含めて請求する。

(各区又は保健所政令市の実施分は、各々の負担者番号(下記参照)を記入のこと。)

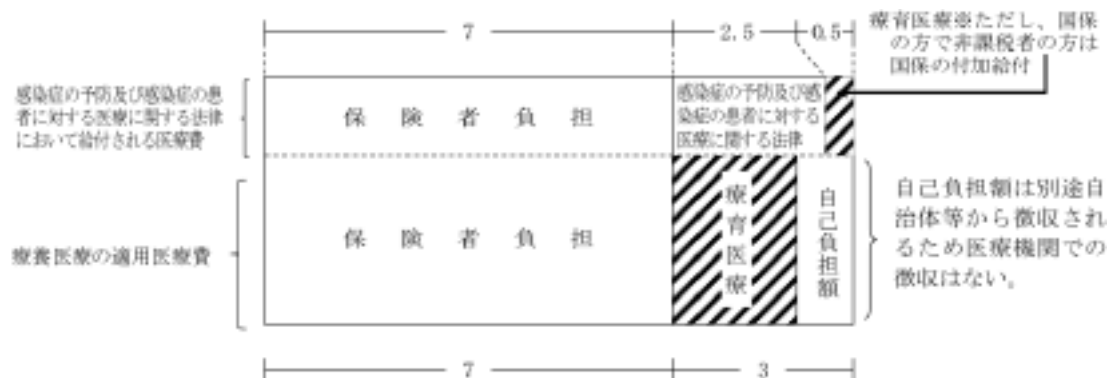
(3) 請求先

- 社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金
国保併用分 ⇒ 国保連合会

4. 他の医療制度との関係

医療保険各法が優先する。「17療養給付」は、結核にかかっている児童の入院医療を助成するものであるから、医療保険及び感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律において給付される額を控除した額が療育給付の適用対象となる。

(例) 医療保険 7割給付の場合



- ※1 高額療養費制度に該当する場合は、その限度額から感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律で給付する額を控除した残額が療育給付の給付額になる。
- ※2 児童福祉法第 56 条による自己負担額は、都、23 区又は保健所政令市が扶養義務者から直接徴収するので、医療機関における窓口徴収金はない。

名 称	負担者番号								名 称	負担者番号							
東 京 都	1	7	1	3	6	0	1	1	渋 谷 区	1	7	1	3	1	1	3	7
千代田区	1	7	1	3	1	0	1	2	中 野 区	1	7	1	3	1	1	4	5
中 央 区	1	7	1	3	1	0	2	0	杉 並 区	1	7	1	3	1	1	5	2
港 区	1	7	1	3	1	0	3	8	豊 島 区	1	7	1	3	1	1	6	0
新 宿 区	1	7	1	3	1	0	4	6	北 区	1	7	1	3	1	1	7	8
文 京 区	1	7	1	3	1	0	5	3	荒 川 区	1	7	1	3	1	1	8	6
台 東 区	1	7	1	3	1	0	6	1	板 橋 区	1	7	1	3	1	1	9	4
墨 田 区	1	7	1	3	1	0	7	9	練 馬 区	1	7	1	3	1	2	0	2
江 東 区	1	7	1	3	1	0	8	7	足 立 区	1	7	1	3	1	2	1	0
品 川 区	1	7	1	3	1	0	9	5	葛 飾 区	1	7	1	3	1	2	2	8
目 黒 区	1	7	1	3	1	1	0	3	江 戸 川 区	1	7	1	3	1	2	3	6
大 田 区	1	7	1	3	1	1	1	1	八 王 子 市	1	7	1	3	1	2	4	4
世 田 谷 区	1	7	1	3	1	1	2	9	町 田 市	1	7	1	3	1	3	2	7

問合せ先 東京都福祉局 子供・子育て支援部 家庭支援課 母子医療助成担当 ☎5320-4375
 (特別区、八王子市、町田市は各区市役所の保健衛生主管課)

療育給付継続協議書

本人氏名		公費負担者番号								
		公費負担医療の 受給者番号								X
既存療育券 有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	交付年月日	年 月 日							
延期期間	年 月 日から 年 月 日まで									

上記の者、別紙意見書のと通りの症状のため、
療育券の有効期限を延期することを適当と認めます。

年 月 日

指定療育機関名

施 設 長

⑩

東京都知事殿

又は 殿

〇 〇 区長

保健所政令市長

※感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条、37条の2承認期間

年 月 日 ～ 年 月 日

Ⅱ 小児慢性特定疾病（法別番号 52）

法別番号	52	区分	小児慢性特定疾病
取扱医療機関等	指定医療機関		
疾病等の範囲	別表1（P73・74）のとおり		
対象者	<p>1 以下のいずれにも該当する方</p> <p>(1) 現に別表1（P73・74）の疾病に該当する方で各疾病の認定基準に該当する方</p> <p>(2) 満18歳未満の方</p> <p>(3) 医療保険等各法又は生活保護法により医療に関する給付を受けている方及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国した中国残留邦人及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯</p> <p>2 認定患者であって、満18歳に達した時点で小児慢性特定疾病医療受給者証を有し、引き続き認定疾病について医療を受ける必要がある場合は、満20歳未満まで対象とする。</p>		
申請の続手	<p>申請書兼同意書に意見書、住民票、健康保険証の写し（又は生活保護受給者証明書）、世帯調書、市町村民税課税証明書及び保険者からの情報提供にかかる同意書等を添付して、申請者（患者の保護者又は成年患者）の住所地を管轄する保健所等（市町村部においては市町村所管課）を経て知事に申請する。</p> <p>重症患者認定については、重症患者認定申請書兼診断書が必要</p>		
認定期間	<p>原則として申請書を区市町村で受理した日からその月を含む12か月。ただし、起算日から1年6か月以内に満20歳に達する方は、誕生日の前日まで。</p>		
公費負担額	<p>1 血友病等の方は、認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（生活保護受給及び支援給付受給により健康保険適用外の方は全額）を助成する。</p> <p>2 上記1以外の方については、認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、一部負担額（別表2（P76）のとおり）を控除した額</p>		
根拠法令等	<p>児童福祉法第19条の2</p>		
問合せ先	<p>[認定関係] 福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当（5320）4375</p> <p>[給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当マル都担当（5320）4454</p> <p>（八王子市及び児童相談所設置市（世田谷区、江戸川区、荒川区、港区及び板橋区※）を除く。） ※令和5年2月以降、豊島区も児童相談所設置市に加わる予定</p>		

法別番号52 小児慢性特定疾病の助成対象となる疾病等の範囲

- (1) 悪性新生物 (がん)
 ①白血球 ②骨髄異形成症候群 ③リンパ腫 ④組織球症 ⑤固形腫瘍 (中枢神経系腫瘍を除く。) ⑥中枢神経系腫瘍
- (2) 慢性腎疾患
 ①ネフローゼ症候群 ②慢性糸球体腎炎 ③慢性尿細管間質性腎炎 (尿路奇形が原因のものを除く。) ④慢性腎盂腎炎 ⑤アミロイド腎 ⑥家族性若年性高尿酸血症性腎症
 ⑦ネフロン癆 ⑧腎血管性高血圧 ⑨腎静脈血栓症 ⑩腎動静脈瘻 ⑪尿細管性アシドーシス ⑫ギッテルマン症候群 ⑬バーター症候群 ⑭腎尿管結石 ⑮慢性腎不全 ⑯腎奇形 ⑰尿路奇形 ⑱萎縮腎 (尿路奇形が原因のものを除く。) ⑲ファンコーニ症候群
 ⑳ロウ症候群 ㉑常染色体優性尿細管間質性腎疾患
- (3) 慢性呼吸器疾患
 ①気道狭窄 ②気管支喘息 ③先天性中枢性低換気症候群 ④間質性肺疾患 ⑤線毛機能不全症候群 ⑥嚢胞性線維症 ⑦気管支拡張症 ⑧特発性肺へモジデローシス ⑨慢性肺疾患 ⑩閉塞性細気管支炎 ⑪先天性横隔膜ヘルニア ⑫先天性嚢胞性肺疾患
- (4) 慢性心疾患
 ①洞不全症候群 ②モビッツ2型ブロック ③完全房室ブロック ④脚ブロック ⑤多源性心室期外収縮 ⑥上室頻拍 ⑦心室頻拍 ⑧心房粗動 ⑨心房細動 ⑩心室細動 ⑪QT延長症候群 ⑫肥大型心筋症 ⑬不整脈源性右室心筋症 ⑭心筋緻密化障害 ⑮拡張型心筋症 ⑯拘束型心筋症 ⑰心室瘤 ⑱心内膜線維弾性症 ⑲心臓腫瘍 ⑳慢性心筋炎
 ㉑慢性心膜炎 ㉒収縮性心膜炎 ㉓先天性心膜欠損症 ㉔乳児特発性僧帽弁腱索断裂
 ㉕冠動脈起始異常 ㉖川崎病性冠動脈瘤 ㉗冠状動脈狭窄症 (川崎病によるものを除く)
 ㉘虚血性心疾患 ㉙左心低形成症候群 ㉚単心室症 ㉛三尖弁閉鎖症 ㉜肺動脈閉鎖症
 ㉝ファロー四徴症 ㉞両大血管右室起始症 ㉟両大血管左室起始症 ㊱完全大血管転位症
 ㊲先天性修正大血管転位症 ㊳エプスタイン病 ㊴総動脈幹遺残症 ㊵大動脈肺動脈窓
 ㊶三心房心 ㊷動脈管開存症 ㊸心房中隔欠損症 ㊹完全型房室中隔欠損症 ㊺心室中隔欠損症 ㊻肺静脈還流異常症 ㊼肺静脈狭窄症 ㊽左室右房交通症 ㊾右室二腔症 ㊿肺動脈弁下狭窄症 (51)大動脈弁下狭窄症 (52)肺動脈狭窄症 (53)肺動脈弁欠損
 (54)肺動脈上行大動脈起始症 (55)一側肺動脈欠損 (56)大動脈狭窄症 (57)大動脈弓閉塞症 (58)血管輪 (59)大動脈瘤 (60)動静脈瘻 (61)肺動脈性肺高血圧症 (62)慢性肺性心 (63)心臓弁膜症 (64)僧帽弁弁上輪 (65)内臓錯位症候群 (66)フォンタン術後症候群 (67)ホルト・オーラム症候群
- (5) 内分泌疾患
 ①下垂体機能低下症 ②下垂体性巨人症 ③先端巨大症 ④成長ホルモン分泌不全性低身長症 ⑤成長ホルモン不応性症候群 ⑥高プロラクチン血症 ⑦抗利尿ホルモン (ADH) 不適合分泌症候群 ⑧尿崩症 ⑨中枢性塩喪失症候群 ⑩甲状腺機能亢進症 ⑪甲状腺機能低下症 ⑫甲状腺ホルモン不応症 ⑬腺腫様甲状腺腫 ⑭副甲状腺機能亢進症 ⑮副甲状腺機能低下症 ⑯自己免疫性多内分泌腺症候群 ⑰偽性副甲状腺機能低下症 ⑱クッシング症候群 ⑲慢性副腎皮質機能低下症 ⑳アルドステロン症 ㉑見かけの鉍質コルチコイド過剰症候群 (AME症候群) ㉒リドル症候群 ㉓低アルドステロン症 ㉔偽性低アルドステロン症 ㉕先天性副腎過形成症 ㉖思春期早発症 ㉗エストロゲン過剰症 (思春期早発症を除く) ㉘アンドロゲン過剰症 (思春期早発症を除く) ㉙低ゴナドトロピン性性腺機能低下症 ㉚高ゴナドトロピン性性腺機能低下症 ㉛性分化疾患 ㉜消化管ホルモン産生腫瘍 ㉝グルカゴノーマ ㉞高インスリン血症性低血糖症 ㉟ビタミンD依存性くる病 ㊱ビタミンD抵抗性骨軟化症 ㊲原発性低リン血症性くる病 ㊳脂肪異常養症 (脂肪萎縮症) ㊴多発性内分泌腫瘍 ㊵多嚢胞性卵巣症候群 ㊶内分泌疾患を伴うその他の症候群
- (6) 膠原病
 ①膠原病疾患 ②血管炎症候群 ③再発性多発軟骨炎 ④皮膚・結合組織疾患 ⑤自己炎症性疾患
- (7) 糖尿病

- (8) 先天性代謝異常
 ①アミノ酸代謝異常症 ②有機酸代謝異常症 ③脂肪酸代謝異常症 ④ミトコンドリア病
 ⑤糖質代謝異常症 ⑥ライソゾーム病 ⑦ペルオキシソーム病 ⑧金属代謝異常症 ⑨プ
 リンピリミジン代謝異常症 ⑩ビタミン代謝異常症 ⑪神経伝達物質異常症 ⑫脂質代謝
 異常症 ⑬結合組織異常症 ⑭ α 1-アンチトリプシン欠損症
- (9) 血液疫疾患
 ①巨赤芽球性貧血 ②赤芽球癆 ③先天性赤血球形成異常性貧血 ④鉄芽球性貧血 ⑤無
 トランスフェリン血症 ⑥自己免疫性溶血性貧血 ⑦発作性夜間ヘモグロビン尿症 ⑧遺
 伝性溶血性貧血 ⑨溶血性貧血(脾機能亢進症によるものに限る) ⑩微小血管障害性溶
 血性貧血 ⑪真性多血症 ⑫家族性赤血球増加症 ⑬血小板減少性紫斑病 ⑭血栓性血小
 板減少性紫斑病 ⑮血小板減少症(脾機能亢進症によるものに限る) ⑯先天性骨髄不全
 症候群 ⑰周期性血小板減少症 ⑱メイ・ヘグリン(May-Hegglin)異常症 ⑲本態性血小
 板血症 ⑳血小板機能異常症 ㉑先天性血液凝固因子異常 ㉒先天性プロテインC欠乏症
 ㉓先天性プロテインS欠乏症 ㉔先天性アンチトロンビン欠乏症 ㉕骨髄線維 ㉖再生不
 良性貧血
- (10) 免疫疾患
 ①複合免疫不全症 ②免疫不全を伴う特徴的な症候群 ③液性免疫不全を主とする疾患
 ④免疫調節障害 ⑤原発性食細胞機能不全症および欠損症 ⑥自然免疫異常 ⑦先天性補
 体欠損症 ⑧好酸球増加症 ⑨慢性活動性EBウイルス感染症 ⑩後天性免疫不全症
 ⑪慢性移植片対宿主病
- (11) 神経・筋疾患
 ①脊髄髄膜瘤 ②仙尾部奇形腫 ③脳形成障害 ④ジュベール症候群関連疾患 ⑤レット
 症候群 ⑥神経皮膚症候群 ⑦早老症 ⑧遺伝子異常による白質脳症 ⑨ATR-X症候群
 ⑩脆弱X症候群 ⑪糖蛋白代謝障害 ⑫脳クレアチン欠乏症候群
 ⑬頭蓋骨縫合早期癒合症 ⑭もやもや病 ⑮脊髄性筋萎縮症 ⑯先天性ニューロパチー
 ⑰筋ジストロフィー ⑱先天性ミオパチー ⑲シュワルツ・ヤンペル症候群 ⑳難治てん
 かん脳症 ㉑進行性ミオクロノステんかん ㉒脊髄小脳変性症 ㉓小児交互性片麻痺
 ㉔変形性筋ジストニー ㉕脳の鉄沈着を伴う神経変性疾患 ㉖乳児両側線条体壊死 ㉗先
 天性感染症 ㉘エカルディ・グティエール症候群 ㉙亜急性硬化性全脳 ㉚ラスムッセン
 脳炎 ㉛痙攣重積型急性脳症 ㉜自己免疫介在性脳炎・脳症 ㉝難治顔回部分発作重積型
 急性脳炎 ㉞多発性硬化症 ㉟慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多巣性運動ニューロパチー
 ㊱重症筋無力症 ㊲脳動静脈奇形 ㊳海綿状血管腫(脳脊髄) ㊴ビタミンB6依存性てん
 かん ㊵早産児ビリルビン脳症 ㊶DDX3X関連神経発達異常症
- (12) 慢性消化器疾患
 ①先天性吸収不全症 ②微絨毛封入体病 ③腸リンパ管拡張症 ④ポリポーシス ⑤周期
 性嘔吐症候群 ⑥炎症性腸疾患 ⑦自己免疫性腸症(IPEX症候群を含む) ⑧急性肝不全
 (昏睡型) ⑨新生児ヘモクロマトーシス ⑩自己免疫性肝炎 ⑪原発性硬化性胆管炎
 ⑫肝内胆汁うっ滞性疾患 ⑬先天性肝線維症 ⑭肝硬変症 ⑮門脈圧亢進症 ⑯先天性門
 脈欠損症 ⑰門脈・肝動脈瘻 ⑱クリグラー・ナジャー症候群 ⑲難治性膵炎 ⑳短腸症
 ㉑ヒルシュスプルング病および類縁疾患 ㉒肝巨大血管腫 ㉓総排泄腔遺残 ㉔総排泄腔
 外反症 ㉕非特異性多発性小腸潰瘍症
- (13) 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群
- (14) 皮膚疾患
 ①眼皮膚白皮症(先天性白皮症) ②先天性魚鱗癬 ③表皮水疱症 ④膿疱性乾癬(汎発型)
 ⑤色素性乾皮症 ⑥レックリングハウゼン病(神経線維腫症I型) ⑦肥厚性皮膚骨膜症
 ⑧無汗性外胚葉形成不全 ⑨スティーヴンス・ジョンソン症候群 ⑩限局性強皮症 ⑪先
 天性ポルフィリン症
- (15) 骨系統疾患
 ①胸郭不全症候群 ②骨系統疾患
- (16) 脈管系疾患
 ①脈管奇形 ②遺伝性出血性抹消血管拡張症 ③カサバハ・メリット症候群

※令和3年11月1日時点

1. 概要

小児慢性特定疾病にかかっていることにより長期にわたり療養を必要とする児童等の健全育成の観点から、患児家庭の医療費の負担軽減を図るため、その医療費の自己負担分の一部を助成する。(根拠法令 児童福祉法第19条の2)

2. 公費負担

(1) 給付内容

各種医療保険を適用し、その給付の残金額を給付する。(生活保護受給世帯に属する者については、医療保険適用分の全額を本制度により給付する。)なお、当該世帯の住民税課税額等に応じて、自己負担額(P.76)を医療機関に支払う。

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

- ① 「小児慢性特定疾病医療受給者証」、自己負担上限額管理票と「被保険者証」(あるいは「生活保護受給者証」)の提出を求め、内容を確認する。
- ② 小児慢性特定疾病医療受給者証に記入された月額自己負担上限額の範囲内で自己負担額を窓口で徴収すること。

(2) 請求要領

公費併用レセプトに公費負担者番号、診療内容及び医療機関で徴収した自己負担額等を記入し、当該保険分と併せて請求する。

併用レセプトの記載上の注意事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」による。

- ① レセプトの公費負担者番号は52138013又は52137015を、受給者番号欄は医療受給者証に記載された番号を記載する。ただし、児童相談所設置地区(港区・世田谷区・中野区・豊島区・荒川区・板橋区・葛飾区・江戸川区)及び八王子市の公費負担者番号は異なる。(下表参照)

小児慢性特定疾病	公費負担者番号	
東京都(下段の区市を除く)	52138013	52137015
港区	52138062	52137064
世田谷区	52138039	52137031
中野区	52138070	52137072
豊島区	52138096	52139098
荒川区	52138054	52137056
板橋区	52138098	52137080
葛飾区	52138104	52137106
江戸川区	52138047	52137049
八王子市	52138021	52137023

(児童相談所設置状況により、公費負担者番号が追加・変更となる可能性がある。)

- ② 療養の給付欄の公費の項は、医科入院外レセプトにおける「一部負担金額」の項又は医科入院レセプトにおける「負担金額」の項に、小児慢性医療費助成の患者一部負担額を記入する。
- ③ 小児慢性医療費助成の対象医療とそれ以外の医療が併せて行われる場合は、療養の給付欄の公費の項に小児慢性医療費助成成分の保険点数、次いで療養の給付に応じて一部負担金額、食事療養費の請求額並びに標準負担額を記入する。
- ④ 医療受給者証に記載された適用区分を特記事項欄に記載する。(P.210、287～290参照)

※ 患者一部負担額がある場合の留意点

医療保険適用後の一部負担相当額が小児慢性医療費助成における患者一部負担限度額に達しない場合(小児慢性医療費助成額が発生しない場合)は、レセプトに公費番号を記入しないこと。

(3) 請求先

社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金

国保併用分 ⇒ 国保連合会

※ 保険分及び小児慢性特定疾病分については、公費併用レセプトを使用して、国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

(別表2)

法別番号52 小児慢性特定疾病の一部負担額の上限額表(月額)

(単位:円)

階層区分	階層区分の基準		自己負担上限額 (患者負担割合:2割、外来+入院)		
			原則		
			一般	重症*	人工呼吸器等装着者
I	生活保護法の被保護世帯		0		0
II	市町村民税又は特別区民税が非課税の世帯	低所得Ⅰ (保護者所得80万円以下)	1,250		500
III		低所得Ⅱ (保護者所得80万円超)	2,500		
IV	一般所得Ⅰ:市町村民税又は特別区民税課税以上約7.1万円未満の世帯		5,000	2,500	
V	一般所得Ⅱ:市町村民税又は特別区民税課税約7.1万円以上約25.1万円未満の世帯		10,000	5,000	
VI	上位所得:市町村民税又は特別区民税課税約25.1万円以上の世帯		15,000	10,000	
入院時の食費			1/2自己負担		
公費負担者番号			52138013		

- 備考 1 重症は次のいずれかに該当
- ① 高額な医療が長期的に継続する者(医療費総額が5万円/月(例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある場合)
 - ② 重症患者基準に適合する者
- 2 同一世帯に、別に小児慢性特定疾病又は難病医療費の助成を受けている者がいる場合は、自己負担上限額が世帯単位で按分され、負担上限額が個人ではなく世帯単位になり、自己負担上限額が最上位者の金額になる。

例:同一世帯に難病の認定者がおり、難病の上限額が3万円、小児慢性の上限額が1万円の場合

難病の上限額 $3\text{万円} \times (3\text{万円} \div (3\text{万円} + 1\text{万円})) = 2\text{万}2,500\text{円}$

小児慢性の上限額 $1\text{万円} \times (3\text{万円} \div (3\text{万円} + 1\text{万円})) = 7,500\text{円}$

- 3 認定疾病により人工呼吸器、体外式・埋め込み式補助人工心臓を常時装着している者で、別に定める認定基準を満たす場合は、人工呼吸器等装着者の上限額が適用される。
- 4 血友病又は生活保護法の被保護世帯の者は、自己負担はない。(公費負担番号は52137015)

●小児慢性特定疾病自己負担上限額管理票

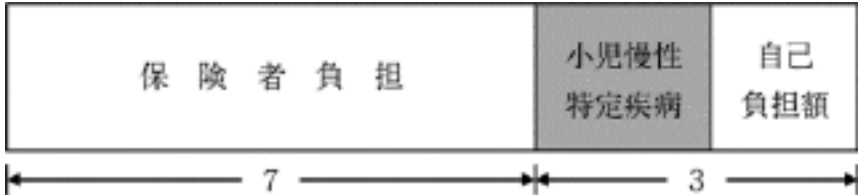
① 年 月分自己負担上限額管理票					
受診者				受給者番号	
月額自己負担上限額					円
【A欄】 下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。					
日付	医療機関等			確認印	
【B欄】 下記のとおり自己負担額を徴収しました。					
日付	医療機関等	医療費総額 (10割分)	自己負担額	累積額	徴収印

5

4. 他の医療制度との関係

小児慢性特定疾病については、医療保険各法が優先する。したがって、医療保険において給付される額を控除した額が小児慢性特定疾病の適用対象となる。なお、当該世帯の住民税課税額等に応じて、小児慢性特定疾病適用部分の一部を自己負担しなければならない。

(例) 医療保険7割給付の方の場合



高額療養費制度に該当する場合は、その限度額から自己負担額を控除した残額が小児慢性特定疾病の給付額になる。

問合せ先 東京都福祉局 子供・子育て支援部 家庭支援課 母子医療助成担当 ☎5320-4375

Ⅲ ㊦ 児童福祉法の措置等に係る医療の給付（法別番号 53）

法別番号	53	区分	施設入所（措置）等
取扱医療機関等	1 入院助産：助産施設 2 上記1以外：一般保険医療機関		
区分	(1) 入院助産 (2) 乳児院、児童養護施設（旧虚弱児施設を含む。）、児童自立支援施設 (3) 一時保護所 (4) 里親、ファミリーホーム (5) 医療型障害児入所施設 (6) 福祉型障害児入所施設		
対象者	上記の施設に措置により入所（施設によっては一時保護等を含む。）している方（医療保険等加入の有無を問わない。）		
申請の手続き	入所（措置）が決定した場合には、入所（措置）期間の医療費を公費負担する。 1 入院助産：福祉事務所に申請する。 2 1以外：医療機関を受診する際は東京都及び児童相談所設置区より「受診券」が発行される。		
認定期間	入所（措置）期間又は委託措置期間		
公費負担額	1 入院助産 健康保険の算定基準に準じて算定した額（入院料・処置料・入院時の食事療養費）と分べん介助料、胎盤処置料、新生児介補料、保険料及び新生児用品貸与料 → 入所決定された方は、特別区民税額又は市町村民税額に応じた一部負担額を負担する。 2 上記1以外 医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。 → 入所された方は、医療費については負担なし。入所に要する費用については、下記の負担がある。本人又はその扶養義務者は世帯の収入状況に応じて、入所に必要な費用の全部または一部を負担する。ただし、一時保護所については負担なし。		
根拠法令等	入院助産	児童福祉法第22条	
	乳児院、児童養護施設（旧虚弱児施設を含む。）、児童自立支援施設、里親、ファミリーホーム、医療型障害児入所施設、福祉型障害児入所施設	児童福祉法第27条	
	一時保護所	児童福祉法第33条	
問合せ先	入院助産	福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当 (5320)4375	
	福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設	福祉局障害者施策推進部施設サービス支援課児童福祉施設担当 (5320)4374	
	乳児院、児童養護施設（旧虚弱児施設を含む。）、児童自立支援施設	福祉局子供・子育て支援部育成支援課児童施設担当 (5320)4122	
	一時保護所	福祉局子供・子育て支援部家庭支援課児童相談所運営担当 (5320)4127	
	里親、ファミリーホーム	福祉局子供・子育て支援部育成支援課里親担当 (5320)4135	

1. 概要

里親（保護者のいない児童又は保護者に監護させることが不相当であると認められる児童を養育することを希望するものであって、都知事が適当と認める者）に委託された児童又は、児童福祉施設（乳児院、児童養護施設、児童自立支援施設、福祉型障害児入所施設、医療型障害児入所施設）等に入所している児童等の医療の給付を行う。

2. 公費負担

(1) 給付内容

各種保険を適用し、その給付を超える残額を給付する。

無保険分（施設入所中の児童で親の所在が判明しない者、又は親が保険に全く加入していない者等）については、公費単独分として取扱う。

(2) 受診券

該当者には、東京都（児童相談所等）及び児童相談所設置区が受診券を発行する。

政府管掌健康保険は、従来、社会保険庁が運営していたが、平成20年10月1日より新たに全国健康保険協会による運営に移行している。

これによって、保険者を識別する略称が「政」から「協」に変更になっている。なお、現在持っている受診券は引き続き医療機関等で使用できる。

様式第1号

（表面）

児	受	診	券	年	月	日	交	付	号
公費負担者番号:	5	3	1	3	6	0	0	8	
受給児童番号:									
フリガナ:									
児童名:									
生年月日:	年	月	日	生					
保険者:									
記号番号:									
施設・里親名:									
住所:	東京都	児童相談所長							
	児童相談所	-	-						

（裏面）

—（医療機関へのお願い）—

この「受診券」を持参した患者は、児童福祉法により、東京都が児童福祉施設又は里親へ措置している児童です。保険適用の医療費の自己負担分については、東京都が負担します。窓口での費用徴収はしないようお願いします。

- 1 無保険の場合（表「保険者」の欄が、「無」）及び社会保険加入の場合（表「保険者」の欄が、「協」「組」「日」「船」「共」）は、『社会保険診療報酬支払基金』へご請求ください。
- 2 国民健康保険加入の場合（表「保険者」の欄が、「国」）は、『国民健康保険団体連合会』へご請求ください。

※ご不明の点は、表記の児童相談所までお問合せください。
また、詳細は、東京都福祉局のホームページに掲載しています。

（表面）

児	受	診	券	交	付	番	号	第	号
公費負担者番号:	53136008								
受給者番号:									
施設名:									
氏名:									
生年月日:									
保険証の有無:									
保険者番号:									
保険証の記号番号:									
交付年月日:									
東京都知事									

（裏面）

《医療機関へのお願い》

この「受診券」を持参した患者は、児童福祉法により、東京都が医療型障害児入所施設（重症心身障害児施設）又は指定発達支援医療機関へ措置している児童です。保険適用の医療費の自己負担分については、東京都が負担します。窓口での費用徴収はしないようお願いします。

○医療費請求先

- 1 国民健康保険加入の場合（表「保険者」の欄が「国」）は、『国民健康保険団体連合会』へご請求ください。
- 2 社会保険加入（表「保険者」の欄が「協」「組」「日」「船」「共」）又は無保険の場合は、『社会保険診療報酬支払基金』へご請求ください。

発行機関
東京都福祉局障害者施策推進課施設サービス支援課児童福祉施設担当
TEL: 03(5320)4374(ダイヤルイン)

	法別番号		都道府県番号		実施機関番号			検証番号
公費負担者番号	5	3	1	3	6	0	0	8
受給児童番号	施設番号			児童番号				

この公費負担医療制度の法別番号は53である。

負担者番号「53136008」については下記のとおり。それ以外の番号は区市町村での取り扱い。

受給者番号 (頭三桁)	区分	主管課	電話番号
001～169 ※17, 91, 92 及び 101～149 を除く	児童養護施設 児童自立支援施設	東京都福祉局 子供・子育て支援部 育成支援課 児童施設担当	☎5320-4122
101～149	里親	東京都福祉局 子供・子育て支援部 育成支援課 里親担当	☎5320-4135
170～180	一時保護所	東京都福祉局 子供・子育て支援部 家庭支援課 児童相談所運営担当	☎5320-4127
91～92 181～300 392～500	福祉型障害児入所施設	東京都福祉局 障害者施策推進部 施設サービス支援課 児童福祉施設担当	☎5320-4374
301～391	小規模住居型児童養育事業 (ファミリーホーム)	東京都福祉局 子供・子育て支援部 育成支援課 児童施設担当	☎5320-4122
501～520 ※509, 513, 517, 519 を除く	乳児院		
551～553	児童養護施設 (旧虚弱児施設)		
801～980	入院助産	東京都福祉局 子供・子育て支援部 家庭支援課 母子医療助成担当	☎5320-4375
601～800 981～999	医療型障害児入所施設	東京都福祉局 障害者施策推進部 施設サービス支援課 児童福祉施設担当	☎5320-4374

東京都庁 〒163-8001 新宿区西新宿2-8-1 ☎5321-1111 (大代表)

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

窓口では必ず「受診券」及び「被保険者証」(「遠隔地被扶養者証」)の提示を受け、確認すること。
無保険患者即ち、「受診券」に「保険証無」の表示がある場合は、児童福祉法等により全額公費負担となる。

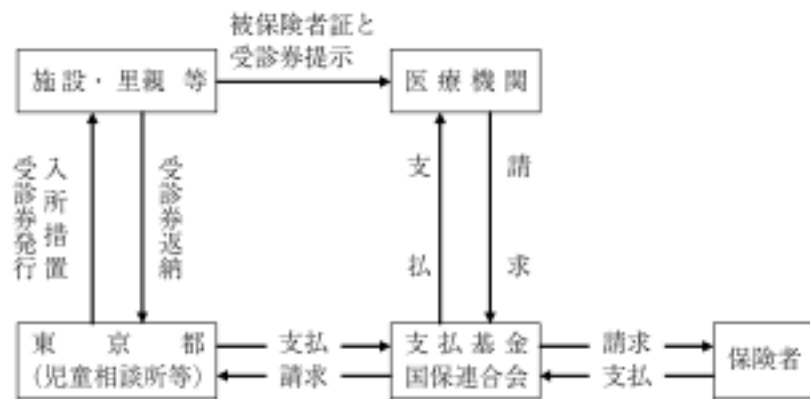
(2) 診療報酬の請求先

社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金
国保・後期高齢併用分 ⇒ 国保連合会
※ 無保険分については支払基金に提出

(3) 請求明細書

明細書は、一般には社保及び国保と公費の併用明細書を使用する。

〈診療報酬請求事務の流れ〉



Ⅳ ㊦ 児童福祉法の契約に係る医療の給付（法別番号 79）

法別番号	79	区分	障害児施設医療
取扱医療機関等	医療型障害児入所施設、医療型児童発達支援センター、指定発達支援医療機関		
区分	(1) 医療型障害児入所施設 (2) 医療型児童発達支援センター		
対象者	児童福祉法第21条の5の7第1項の規定による障害児通所給付費及び法第21条の5の29第1項の規定による肢体不自由児通所医療費の給付決定、もしくは、法第24条の3第2項の規定による障害児入所給付費及び法第24条の20第1項の規定による障害児入所医療費の給付決定を受け、施設との契約により入所した児童の保護者（又は本人）。ただし、適用期間内に、医療型障害児入所施設又は医療型児童発達支援センターにおいて医療を受けた場合に限る。		
申請の手続き	〔医療型障害児入所施設〕 児童相談所を経由して障害者施策推進部施設サービス支援課に申請する。 〔医療型児童発達支援センター〕 区市町村の担当課に申請する。		
認定期間	給付決定を受けた障害児入所医療費又は肢体不自由児通所医療費の適用期間		
公費負担額	医療に要する費用。ただし、契約により入所した施設の医科入院（医療型児童発達支援センターの場合は医科入院外）の診療報酬請求書分に限る。また、各種医療保険等を優先適用する。 → 認定された方は、 医療費の一割及び食事療養標準負担額を負担する。ただし、患者が属する世帯の所得区分に応じ、負担上限月額が定められている。		
根拠法令等	児童福祉法第21条の5の7第1項、第21条の5の29、第24条の3第2項、第24条の20第1項		
問合せ先	〔申請窓口〕 医療型障害児入所施設 児童相談所 医療型児童発達支援センター 区市町村担当課 〔制度等〕 福祉局障害者施策推進部施設サービス支援課児童福祉施設担当 03(5320)4374 ※医療型児童発達支援センターについては、発行元の区市町村		

1. 給付対象者

医療型障害児入所施設、医療型児童発達支援センター及び指定発達支援医療機関に入所又は通所している児童等に対して、治療に係るものの給付を行う。

6	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律	(認定疾病医療) (一般疾病医療)
法別番号	18 (認定疾病医療) 19 (一般疾病医療)	

I 認定疾病医療 (法別番号 18)

法別番号	18	区 分	原子爆弾被爆者医療 (認定疾病医療)
取扱医療機関等	指定医療機関 (認定疾病指定医療機関)		
疾病等の範囲	1 原子爆弾の放射能に起因している負傷又は疾病 (例) 悪性腫瘍 (固形がんなど)、白血病、副甲状腺機能亢進症、放射線白内障 (加齢性白内障を除く。)、心筋梗塞、甲状腺機能低下症、慢性肝炎・肝硬変など 2 負傷又は疾病が原子爆弾の放射能に起因していない場合であって、治癒能力が放射能の影響を受けているため医療を要する状態にある方		
対象者	厚生労働大臣の認定を受けた認定被爆者 (医療保険等加入の有無を問わない。)		
申請の手続	申請書に意見書及び検査報告書等を添付し、知事を経て厚生労働大臣に申請する。		
認定期間	認定日から当該負傷又は疾病が現に医療を要する状態にある期間		
公費負担額	認定疾病に係る医療に要する費用 (認定疾病以外の医療費は、一部の疾病を除き一般疾病医療の対象となる。) → 認定された方は、負担なし		
根拠法令等	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第10条		
問合せ先	保健医療局保健政策部疾病対策課被爆者援護担当 (5320)4473		

1. 概要

認定疾病医療は原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第10条に基づき、厚生労働大臣の認定を受けた「認定被爆者」を対象とし、「指定医療機関」で行うこととされている。指定医療機関においては、原爆症認定証及び被爆者健康手帳の提示により医療を行う。

2. 公費負担

認定疾病にかかる医療に要する費用 (全額公費) (認定疾病以外の医療費は、一部の疾病を除き一般疾病医療の対象となる)。→ 認定された方は、負担なし。

II 一般疾病医療 (法別番号 19)

法別番号	19	区 分	原子爆弾被爆者医療 (一般疾病医療)
取扱医療機関等	被爆者一般疾病医療機関等		
疾病等の範囲	次に掲げる疾病及び認定疾病医療の給付を受けることができるものを除くすべての負傷又は疾病を対象とする (ただし、自己の犯罪行為、闘争、泥酔、故意又は重過失等による負傷又		

範 囲	は疾病は対象外)。 (除外疾病) (1) 遺伝性疾病 (2) 先天性疾病 (3) 被爆時以前にかかった精神病 (4) 軽度の虫歯 (C1, C2, Ce)
対 象 者	被爆者健康手帳の交付を受けている方 (医療保険等加入の有無を問わない。)
申 請 の 手 続	特別な手続は不要 (被爆者健康手帳及び各種医療保険証等を医療機関等に提示することにより助成される。ただし、被爆者一般疾病医療機関以外で受診した場合は、自己負担分を一旦支払った後、申請書に医療機関等が作成した請求明細書等を添付して、知事に申請する。)
認 定期間	認定日 (手帳交付日) から終身
公費負担額	1 医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。 2 介護保険法による訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入所療養介護、居宅療養管理指導、介護老人保健施設、介護療養型医療施設、介護医療院に要する費用 (介護保険給付対象分)。ただし、介護保険を先に適用する。 → 認定された方は、負担なし (ただし、国民健康保険等に加入する資格があるのに加入していない場合、自己負担が生じる。)
根拠法令等	原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律第 18 条
問 合 せ 先	保健医療局保健政策部疾病対策課被爆者援護担当 (5320)4473

1. 概要

被爆者の健康の保持及び向上を図るため、原爆被爆者に対し、被爆者一般疾病医療機関において、被爆者健康手帳を確認の上、医療の給付を行う。

(根拠法令「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律 (平成 6 年法律第 117 号)」)

2. 公費負担

(1) 給付対象

被爆者健康手帳の交付を受けた者

(他県の発行した手帳でも取り扱い可能)

公費負担者番号 1 9 1 3 6 0 1 9
公費負担医療の 受給者番号 (手帳番号)
被爆者健康手帳
[]

(表紙)

公費負担者番号 1 9 1 3 6 0 1 9	
公費負担医療の 受給者番号 (手帳番号)	
東京都知事	
氏名フリガナ	年月日生
	性別
原子爆弾が投下 された時の年齢	歳 才
現 住 地	
交付年月日	年 月 日

(第一面)

(2) 給付内容

保険診療の範囲内で、次の疾病を除いた負傷又は疾病が対象になる。

(手帳が使えない疾病)

- ① 遺伝性疾病
- ② 先天性疾病
- ③ う歯 (C1, C2)、エナメル質初期う蝕 (Ce)
- ④ 被爆以前に発症した精神病

原則として保険給付の残りの部分を給付する。

対象者	給付の割合
各種保険の被保険者・被扶養者	保険の自己負担分
後期高齢者医療制度の対象者	一部負担金
生活保護受給者等	10割
国保未加入者	3割

3. 被爆者一般疾病医療機関での取扱い

一般疾病医療の取扱いは、知事の指定する医療機関において行うこととなっている。

指定を受けた医療機関（薬局、訪問看護ステーション、介護老人保健施設を含む）を「被爆者一般疾病医療機関」という。

指定に当たっては特別の条件を必要としていないので、保険医療機関であれば、指定を受けることができる。

新たに知事の指定を受けようとするときは、「被爆者一般疾病医療機関指定申請書」(P. 87 参照)を東京都保健医療局保健政策部疾病対策課に提出する。(用紙配布、受付は各保健所、保健福祉センター等)なお、オンライン申請も可能である。



(1) 窓口での確認

- ① 各種健康保険証
- ② 被爆者健康手帳（東京都発行以外のもも扱える）

対象者	被爆者健康手帳の外に提示を受けるもの	窓口徴収の有無	
保険のある者	保険証	なし	
後期高齢者医療の対象者	保険証		
後期高齢の医療受給者証	なし		
保険のない者	生活保護受給者	保護受給証明書	なし
	外国人等の中で、国民健康保険に加入できないもの	・国民健康保険に加入できない旨の区市長の証明書 ・パスポート	なし
	国民健康保険に加入する資格があるのに、加入していないもの	なし	7割分を窓口徴収 (原爆医療で3割のみ)

(2) 要領

医療の請求は、公費併用診療報酬明細書に公費負担者番号、受給者番号等所定事項を記入して請求する。ただし、生活保護受給者、後期高齢者医療の対象者等の扱いは3-(5)又は3-(6)のとおり。

(3) 請求先

社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金
国保・後期高齢併用分 ⇒ 国保連合会

(4) 請求期限

翌月10日まで

(5) レセプト記載上の注意

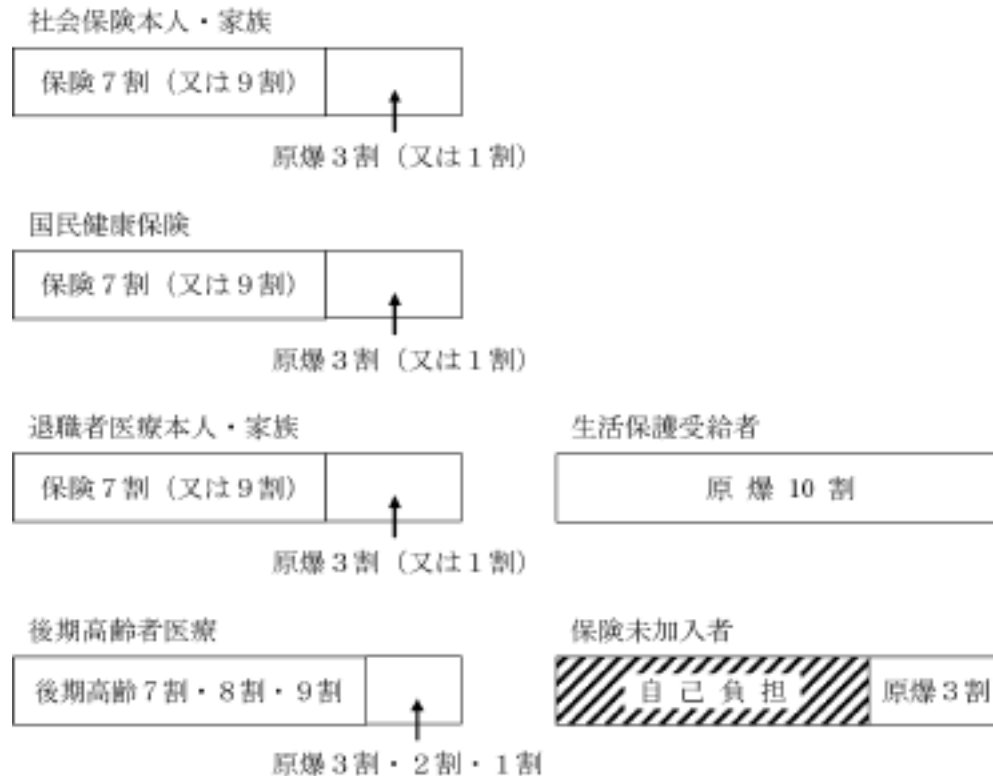
生活保護受給者、国保等健康保険未加入者は公費単独レセプトを用いて支払基金に請求する。

生活保護受給者	摘要欄の下部に「④」と記入する。
国保未加入者	摘要欄の下部に「3割分(国保未加入)」と記入 患者負担額欄に窓口徴収額(7割分)を記入。

(6) 後期高齢者医療対象者の扱い

75歳以上の者又は65歳以上75歳未満で、後期高齢者医療による医療受給者証を持っている者の場合は、後期単独レセプト及び診療報酬請求書に所定の記入をすることにより、一部負担金も含めた請求となる。レセプトの編てつは後期高齢単独の扱いにする。

(7) 各種保険との関係



4. 被爆者一般疾病医療機関以外の医療機関の取扱い

(1) 医療保険各法（後期高齢者医療を除く）

被爆者一般疾病医療機関以外の医療機関では、保険単独の扱いとなるので自己負担分は窓口徴収する。

患者は一般疾病医療費支給申請を行い、自己負担分について都へ請求する。

用紙の配布及び申請受付は、各保健所、保健センター等、又は市役所、町村役場で行う。

申請に必要な書類

「一般疾病医療費支給申請書」（2枚1組）

「一般疾病医療費請求明細書」（2枚1組・月別に作成）（P.87参照）

「一般疾病医療費請求明細書」は、医療機関で記入する。

（下欄は領収書になっているので、記載もれのないよう留意する）

領収書だけでは、払い戻しの申請はできない。患者が被爆者健康手帳を提示しなかった等の理由により既に窓口徴収した場合も、上記の方法で、患者が払い戻しの申請をする。

(2) 後期高齢者医療対象者の一部負担金

後期高齢者医療対象者の一部負担金についても、被爆者一般疾病医療機関以外の医療機関は、窓口徴収をする。

用紙の配布及び申請受付は、各保健所、保健福祉センター等、又は市役所、町村役場で行う。

患者は、一部負担金相当額支給申請を行い、自己負担分を都へ請求する。

申請に必要な書類

「一部負担金相当額支給申請書」（P.88参照）

「領収書」（明細の書かれているもの。レシートの場合は、患者氏名、保険点数、負担割合を追記したもの）

「領収書」がない場合は、申請書裏面の領収欄（P.88参照）に証明すればよい。

年 月 日

東文産知事 宛

開設者等の住所
(法人の場合は、所在地)

開設者等の氏名
(法人の場合は、名称及び代表者名)

申請者一般社団法人成瀬園設定申請書

下記のとおり申請者一般社団法人成瀬園の指定を受けたいので、申請します。

記

ふやし荘位	電話番号
医療機関等の名称	電話番号
医療機関等の所在地	電話番号
ふやし荘位	
管理者氏名	
診療科目	
許可別床数	一般 療養 精神 感染症 福祉 計
開設年年月日	年 月 日
保健所登録番号	

(日本産業規格A内)部

(調 査)

年 月 日

申請者成瀬園(社)が設置しようとする医療機関
一般社団法人成瀬園(調 査)

医療機関番号 1 9 1 3 6 0 1 9

医療機関種別 〇 〇 〇 〇 〇

医療機関設置の 認可番号 〇 〇 〇 〇

氏名	氏名	職名	職名	職名	職名	職名	職名
(調・記) 姓・名・姓	姓	名	姓	名	姓	名	姓
氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名

診療科目	一般	療養	精神	感染症	福祉	計
床数						

診療科目 〇 〇 〇 〇 〇 〇

床数 〇 〇 〇 〇 〇 〇

開設年 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日

保健所登録番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

住所 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

電話番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

6

(入 院 外)

年 月 日

申請者成瀬園(社)が設置しようとする医療機関
一般社団法人成瀬園(入 院 外)

医療機関番号 1 9 1 3 6 0 1 9

医療機関種別 〇 〇 〇 〇 〇

医療機関設置の 認可番号 〇 〇 〇 〇

氏名	氏名	職名	職名	職名	職名	職名	職名
(調・記) 姓・名・姓	姓	名	姓	名	姓	名	姓
氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名

診療科目	一般	療養	精神	感染症	福祉	計
床数						

診療科目 〇 〇 〇 〇 〇 〇

床数 〇 〇 〇 〇 〇 〇

開設年 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日

保健所登録番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

住所 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

電話番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

(入 院)

年 月 日

申請者成瀬園(社)が設置しようとする医療機関
一般社団法人成瀬園(入 院)

医療機関番号 1 9 1 3 6 0 1 9

医療機関種別 〇 〇 〇 〇 〇

医療機関設置の 認可番号 〇 〇 〇 〇

氏名	氏名	職名	職名	職名	職名	職名	職名
(調・記) 姓・名・姓	姓	名	姓	名	姓	名	姓
氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名	氏名	職名

診療科目	一般	療養	精神	感染症	福祉	計
床数						

診療科目 〇 〇 〇 〇 〇 〇

床数 〇 〇 〇 〇 〇 〇

開設年 〇 〇 年 〇 〇 月 〇 〇 日

保健所登録番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

住所 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

電話番号 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇

第21号様式(第19条関係)

(表)

東京都知事 殿
 一部負担金相当額支給申請書
 金額 円

上記金額の支給を申請します。

ふりがな	住所		[郵便番号]		年	月	日
氏名	住 所		電 話				
生年月日	年	月	日	生 年	月	日	
後期高齢者医療被保険者証の番号を記入してください。	被爆者健康手帳(受給者)番号	保 険 者 番 号	受給者番号				
京被爆者一般疾病医療機関から医療を受けることができなかった理由							
支払希望金融機関	銀行 信用金庫 信用組合 農 協	店	預金種別	普通・当差			
			口座番号				

備 考 卒の欄は、被爆者一般疾病医療機関以外の医療機関で受診した場合に記入してください。
 医療機関等が発行した領収証を添付している場合、裏面の領収書の記載は不要です。

(日本産業規格A4判)

(裏)

領 収 書
 患者氏名 _____ 様

額正金額							
------	--	--	--	--	--	--	--

収入 院) 年月(日分) 一部負担金 食事療養費 診療(調剤)点数 負担区分
 年月(日分) 円 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 円 点(割) 割)

外 院) 年月(日分) 一部負担金 診療(調剤)点数 負担区分
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)
 年月(日分) 円 点(割) 割)

上記の金額を領収いたしました。

所在地 _____ 年 月 日
 施設名 _____
 管理者 _____
 担当(所属課) _____
 電 話 _____

備考 医療機関で記入してもらってください。
 領収証の添付がある場合は記入不要です。

7 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律			
法別番号	20	区分	精神医療（措置入院）
取扱医療機関等	国立・都立病院、指定病院		
疾病等の範囲	精神障害		
対象者	法第22条～第26条の3の規定による、申請、通報、届出のあった者のうち法第27条の規定に基づく診察を実施した結果、入院させなければ自身を傷つけ、他人に害を及ぼすおそれがあると診断され、法第21条による措置入院となった精神障害者		
申請の手続	<p>下記(1)(2)(3)(4)については、申請人や警察署等を管轄する保健所長を経て知事に申請、通報又は届出を行う。下記(5)(6)(7)については直接知事に通報する。この届出又は通報に基づき精神保健指定医の診察を経て知事が入院を決定した場合は、措置入院期間の入院医療費を公費負担する。</p> <p>(1) 一般人の申請 (2) 警察官の通報 (3) 精神科病院管理者の届出 (4) 心身喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律第2条第6項に規定する指定通院医療機関の管理者又は保護観察所の長の通報 (5) 検察官の通報 (6) 保護観察所の長の通報 (7) 矯正施設の長の通報</p>		
認定期間	措置入院期間		
公費負担額	<p>入院医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。</p> <p>→ 入院された方は、措置入院患者並びにその配偶者及び当該患者と生計を一にする扶養義務者の区市町村民税額が基準額を超える場合は、一部負担額を負担する。</p>		
根拠法令等	精神保健及び精神障害者福祉に関する法律		
問合せ先	福祉局障害者施策推進部精神保健医療課医療担当 (5320)4462		

1. 概要

精神障害者等の医療及び保護を行い、かつその発生の予防に務め、国民の精神的健康保持と向上を図る。

2. 公費負担

措置入院期間内の入院治療費を負担する。ただし、医療保険各法を先に適用し、自己負担相当額を助成する。（下記負担金を除く）

負担金：本人又はその扶養義務者の所得税額が147万円を超える場合は、月額2万円を上限として負担金額を算定し、

福祉局障害者施策推進部精神保健医療課が徴収する。

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

「入院措置者入院依頼書」…… 入院時 (P.91 参照)

「精神障害者の措置入院解除について」の通知文 …… 措置解除時 (以下「解除通知文」という) (P.91 参照)

(2) 請求要領

医療費の請求は、公費併用診療報酬明細書に公費負担者番号、受給者番号、診療内容等、所定事項を記入して請求。

(3) 請求先

社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金

国保・後期高齢併用分 ⇒ 国保連合会

(4) 請求期限

翌月 10 日まで

4. 他の医療制度との関係

精神障害者措置入院と他の法律との関係における医療費の負担区分は次のとおりである。

(1) 被保険者 (健保本人・家族)

←----- 公費対象医療費 ----->	
保 険 (7割)	公 費 (3割)

(2) 国保 (70 歳未満)

保 険 (7割)	公 費 (3割)
----------	----------

(3) 国保 (70 歳～74 歳) ただし、 後期高齢者医療制度対象者を除く

保 険 (9割又は7割)	公 費 (1割又は3割)
-----------------	-----------------

(ただし、44,400円を限度とする)

(4) 後期高齢者医療

保 険 (9割又は7割)	公 費 (1割又は3割)
-----------------	-----------------

(ただし、44,400円を限度とする)

(5) 生活保護

公 費 (10割)

留意事項：公費負担になる期間は、措置入院期間中に限られるので必ず解除通知文により措置入院解除日を把握されたい。

管理者様
 東京都福祉
 小池 百合子

相置入院解除について

精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定により
 入院措置中の下記の者について、同法第29条の4第1項の規定に
 より入院措置を解除します。

記

氏名 入院措置解除日 入院措置解除番号

第15号様式（相置要綱）
 精神保健及び精神障害者福祉に関する法律第29条の規定に基づき入院措置を決定した
 下記精神障害者について、その入院及び医療を撤回しお願います。

記

氏名	精神・発達 障碍・予成			年	月	日	性
性別							
年齢	年	月	日	日	時	分	秒
入院措置年月日	年	月	日	時	分	秒	
医師名、所在地等	相置 相置入院に関する医師等の氏名						
備考							

8		母子保健法	
法別番号	23	区分	養育医療
取扱医療機関等	指定医療機関		
疾病等の範囲	未熟児 (1) 出生時体重 2,000g 以下の方 (2) 上記(1)以外の出生児で生活力が特に薄弱であって一定の症状を示す方		
対象者	医師が入院養育を必要と認めた未熟児		
申請の手続	申請書に意見書、世帯調書及び各種所得証明書を添付し、未熟児の居住地である区市町村長に申請する。		
認定期間	意見書に記入されている診療予定期間。ただし、出生から上限満1歳の誕生日の前々日まで。		
公費負担額	入院医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。 なお、世帯員の区市町村民税額等により一部負担額がある。 → 認定された方は、世帯員の区市町村民税額等による一部負担額を負担する。		
根拠法令等	母子保健法第20条		
問合せ先	〔認定・給付関係〕 各区市町村保健衛生主管課 〔施行関係〕 福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当(5320)4375		

1. 概要

身体の発育が未熟のまま出生した乳児に対し、指定養育医療機関において養育に必要な医療を給付する。
実施主体：各区市町村（根拠法令 母子保健法第20条）

2. 公費負担

給付は入院医療に限る。各種医療保険を適用し、その給付の残金額（一部負担金）を給付する。なお、当該未熟児の世帯の前年分の所得税額等に応じて自己負担額の徴収があるが、この自己負担額は別途、各区市町村が扶養義務者から直接徴収する為、医療機関での窓口徴収は無い。（各区市町村の直接徴収の方法等には違いがある。）

3. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

窓口での確認書類は、「養育医療券」と同時に「被保険者証」の提出を求め、内容を確認する。「養育医療券」に記入された「有効期間」を変更しようとする時は「継続協議書」により予め各区市町村長の承認を得ること。

(2) 請求方法

公費併用レセプトに公費負担者番号、診療内容等を記入し、当該保険分に含めて請求する。各々の負担者番号（P.94参照）を記入する。（レセプトの公費欄の一部負担金は0円と記入する事。）

(3) 請求先

社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金
国保併用分 ⇒ 国保連合会

4. 医療保険との関係

医療保険各法が優先となり、医療保険で給付される額を控除した額が養育医療の適用対象となる。

養育医療の2割給付額が高額療養費制度に該当する場合は、その高額療養費自己負担限度額から自己負担額を控除した残額までが養育医療の給付額になる。母子保健法第21条による養育医療に係る自己負担額は、各区市町村が扶養義務者から直接徴収するので、医療機関での窓口徴収金はない。



問合せ先 東京都福祉局 子供・子育て支援部 家庭支援課 母子医療助成担当 ☎5320-4375

養育医療負担者番号一覧

名 称	負担者番号				名 称	負担者番号			
	23	13	601	3		23	13	632	8
千代田区	23	13	601	3	調布市	23	13	632	8
中央区	23	13	602	1	小金井市	23	13	633	6
港区	23	13	603	9	小平市	23	13	634	4
新宿区	23	13	604	7	日野市	23	13	635	1
文京区	23	13	605	4	東村山市	23	13	636	9
台東区	23	13	606	2	国分寺市	23	13	637	7
墨田区	23	13	607	0	国立市	23	13	638	5
江東区	23	13	608	8	福生市	23	13	639	3
品川区	23	13	609	6	狛江市	23	13	640	1
目黒区	23	13	610	4	東大和市	23	13	641	9
大田区	23	13	611	2	清瀬市	23	13	642	7
世田谷区	23	13	612	0	東久留米市	23	13	643	5
渋谷区	23	13	613	8	武蔵村山市	23	13	644	3
中野区	23	13	614	6	多摩市	23	13	645	0
杉並区	23	13	615	3	稲城市	23	13	646	8
豊島区	23	13	616	1	羽村市	23	13	647	6
北区	23	13	617	9	あきる野市	23	13	648	4
荒川区	23	13	618	7	西東京市	23	13	649	2
板橋区	23	13	619	5	瑞穂町	23	13	650	0
練馬区	23	13	620	3	日の出町	23	13	651	8
足立区	23	13	621	1	檜原村	23	13	652	6
葛飾区	23	13	622	9	奥多摩町	23	13	653	4
江戸川区	23	13	623	7	大島町	23	13	654	2
八王子市	23	13	624	5	利島村	23	13	655	9
町田市	23	13	625	2	新島村	23	13	656	7
立川市	23	13	626	0	神津島村	23	13	657	5
武蔵野市	23	13	627	8	三宅村	23	13	658	3
三鷹市	23	13	628	6	御蔵島村	23	13	659	1
青梅市	23	13	629	4	八丈町	23	13	660	9
府中市	23	13	630	2	青ヶ島村	23	13	661	7
昭島市	23	13	631	0	小笠原村	23	13	662	5

9	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律
法別番号	25 (医療支援給付、介護支援給付における介護保険被保険者の場合) 12 (介護支援給付における介護保険被保険者以外の場合)

法別番号	25・12 (※) ※介護支援給付における介護保険被保険者以外の場合	区 分	支援給付 (医療支援給付・介護支援給付)
取扱医療機関等	[医療支援給付] 指定医療機関 (生活保護法第 49 条に基づく指定を受けた医療機関) [介護支援給付] 指定介護機関 (生活保護法第 54 条の 2 第 1 項に基づく指定を受けた介護機関) ※ 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第 14 条第 4 項の規定により、支援給付については、生活保護法の規定の例による。		
疾病等の範囲	[医療支援給付] 全疾病 [介護支援給付] 介護保険法に基づく介護サービス		
対 象 者	<p>【対象者】 ①特定中国残留邦人等 (※1) で、世帯の収入が一定の基準に満たない方、及びその特定配偶者 (※2)</p> <p>②「中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律」の施行 (平成 20 年 4 月 1 日) 前に 60 歳以上で死亡した中国残留邦人等の配偶者で、法施行の際、現に生活保護を受給していた方</p> <p>(※1)「特定中国残留邦人等」とは、満額の老齢基礎年金等の支給対象となる方で、次の要件のすべてに該当する中国残留邦人等の方をいう。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・明治 44 年 4 月 2 日以後に生まれた方 ・昭和 21 年 12 月 31 日以前に生まれた方 (昭和 22 年 1 月 1 日以後に生まれ、昭和 21 年 12 月 31 日以前に生まれた永住帰国した中国残留邦人等に準ずる事情にあるものとして厚生労働大臣が認める 60 歳以上の方を含む。) ・永住帰国した日から引き続き 1 年以上日本国内に住所を有している方 ・昭和 36 年 4 月 1 日以後に初めて永住帰国した方 <p>(※2)「特定配偶者」とは、特定中国残留邦人等が永住帰国する前から継続して当該特定中国残留邦人等の配偶者 (事実婚を含む) である方を指す。特定配偶者以外の配偶者は「非特定配偶者」となる。</p> <p>【注 1】 老齢基礎年金等の満額支給の対象となる方には、60 歳以上 65 歳未満で、まだ老齢基礎年金を受給していない方も含む。</p> <p>【注 2】 支援給付を受給中の特定中国残留邦人等本人が死亡した場合、特定配偶者が継続して支援給付を受給することができる。</p> <p>【注 3】 特定中国残留邦人等の非特定配偶者は給付対象外だが、改正法施行 (平成 26 年 10 月 1 日) 時に支援給付を受給している場合は経過措置として支給継続となる。</p> <p>[医療支援給付] 上記対象者のうち、支援給付の実施機関の長が給付を行う必要があると認めた方、及び急迫した場合において支援給付の実施機関の長等が給付を行う必要があると認めた方</p> <p>[介護支援給付] 上記対象者のうち、支援給付の実施機関の長が給付を行う必要があると認めた方、及び急迫した場合において支援給付の実施機関の長等が給付を行う必要があると認めた方</p>		

申請の手続	本人の住所地又は現在地を管轄する支援給付の実施機関の長へ申請する。
認定期間	支援給付を受給している期間
公費負担額	〔医療支援給付〕 医療に要する費用。ただし、他の法令等による給付がある場合には、その給付を優先する。 なお、保険外併用療養費に係るものは適用されない。 〔介護支援給付〕 介護保険の被保険者の場合、介護費用の1割分を公費で負担する。また、被保険者以外の方の場合、介護費用の全額を公費で負担する。ただし、他の法令等による給付がある場合には、その給付を優先する。
根拠法令等	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第2項及び第4項
問合せ先	福祉局生活福祉部企画課中国帰国者対策担当 (5320)4084

1. 概要

支援給付は、今次の大戦に起因して生じた混乱等により本邦に引き揚げることができず、引き続き本邦以外の地域に居住することを余儀なくされた中国残留邦人等の置かれた特別の事情に鑑み、平成20年4月1日から実施された制度である。

特定中国残留邦人等（※1）に対して満額の老齢基礎年金を支給してもなお生活の安定が十分に図れない場合に、特定中国残留邦人等及び特定配偶者（※2）に支給されるものである。

支援給付は、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律（以下、「中国残留邦人等支援法」という）第14条第4項により、同法に特別の定めがある場合のほか、生活保護法の規定の例によることとされている。

（※1）「特定中国残留邦人等」とは、満額の老齢基礎年金等の支給対象となる方で、次の要件すべてに該当する中国残留邦人等の方をいう。

- ① 明治44年4月2日以後に生まれた方
- ② 昭和21年12月31日以前に生まれた方（昭和22年1月1日以後に生まれ、昭和21年12月31日以前に生まれた永住帰国した中国残留邦人等に準ずる事情にあるものとして厚生労働大臣が認める60歳以上の方を含む。）
- ③ 永住帰国した日から引き続き1年以上本邦に住所を有している方
- ④ 昭和36年4月1日以後に初めて永住帰国した方

（※2）「特定配偶者」とは、特定中国残留邦人等が永住帰国する前から継続して当該特定中国残留邦人等の配偶者（事実婚を含む。）である方をいう。特定配偶者以外の配偶者は「非特定配偶者」となる。

2. 公費負担

(1) 支援給付の実施機関

都道府県知事、区長、市長及び福祉事務所を設置する町村の長。地域により、福祉事務所長に委任して実施している場合がある。

(2) 支援給付の種類

生活、住宅、医療、介護、出産、生業及び葬祭の7種類

(3) 医療支援給付の給付範囲

生活保護法による医療扶助と同様である（P.22参照）。

3. 手続き及び請求方法

(1) 申請の手続き

① 医療支援給付の申請及び決定

生活保護法による医療扶助と同様に行う（P.28参照）。

ただし、医療扶助と異なり、要否意見書や医療券の発行等については、実施機関と医療機関との間で直接やりとり

を行う。この場合、患者本人は医療機関に医療券を持参しないことから、医療機関の窓口において本人確認を行う必要が生じるため、受診の際に、顔写真入りの「本人確認証」を持参し、窓口に提示することとされている。

また、実施機関は、支援給付受給者に対して、「後発医薬品のしおり」等を用いて後発医薬品の使用促進に関する周知を行うこととされている。

②医療機関の指定

医療支援給付のための医療を担当する機関は、生活保護同様指定を受けることとされている。平成 20 年 4 月 1 日前に生活保護法による指定を受けている医療機関については、中国残留邦人等支援法附則第 3 条により支援給付の指定を受けたものとみなす。平成 20 年 4 月 1 日以降は、新たに生活保護法による指定医療機関の指定を受けた医療機関については、同時に支援給付の指定を行うものとする。この場合、生活保護法による指定申請様式において、支援給付の申請である旨を明らかにすれば、同一の書面で提出させて差し支えないこととされており、都では、生活保護法指定申請書を支援給付の指定申請書と兼ねることとしている（P. 27 参照）。

(2) 請求方法

①診療方針及び診療報酬

生活保護法による医療扶助と同様に取り扱う（P. 22 参照）。

②診療報酬の請求と支払い

生活保護法による医療扶助と同様である（P. 24 参照）。

③取扱い上の留意点

生活保護法による医療扶助と同様である（P. 25 参照）。

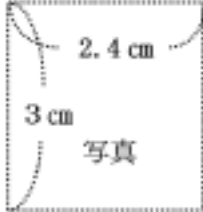
④医療支援給付関係様式例

- (i) 医療要否意見書
 - (ii) 医療券
 - (iii) 医療機関の指定申請書等
生活保護の申請書等を兼ねる
 - (iv) 本人確認証
東京都では、おおむね運転免許証サイズに統一している（P. 99 参照）。
- } 生活保護の様式を準用する（P. 30～参照）。

(3) 他の医療制度との関係

生活保護法による医療扶助と同様である（P. 26～参照）。



本人確認証		No _____
氏名		
生年月日		
性別		
住所		
<p>上記の者については、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律(平成6年法律第30号)に基づく支援給付の支給決定されていることを証明する。</p>		
発行日	年 月 日	実施機関の長印
この確認証の有効期間は、		年 月 日から
年 月 日までとする。		

(注意)

- (1) この確認証は、他人に貸与し、又は譲渡することはできません。
- (2) この確認証を紛失したときは、直ちに発行者に届け出て下さい。
- (3) この確認証は、次の場合は直ちに発行者に返納してください。
 - ①御本人が支援給付を受けなくなったとき。
 - ②確認証の記載事項に変更があったとき。
 - ③確認証の有効期間が満了したとき。
 - ④確認証が使用に耐えなくなったとき。
 - ⑤確認証が再交付された後、紛失した確認証を発見したとき。
- (4) 医療機関で受診する際には、この確認証を窓口に表示して下さい。

(備考)

1. 再発行の場合は、再発行と表示する。
2. フィルムで完全密封する。

10	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律
法別番号	28 (1類・2類) 29 (新感染症)

法別番号	28, 29	区分	感染症医療
取扱医療機関等	感染症指定医療機関		
疾病等の範囲	1 1類感染症 2 2類感染症 3 新型インフルエンザ等感染症 4 新感染症 5 指定感染症（法第37条を準用する場合に限る。）		
対象者	上記の感染症により、まん延を防止するため必要があると認められ、入院の勧告を受け入院した方及び入院の措置により入院した方（医療保険等加入の有無を問わない。）		
申請の手続	申請書に入院勧告等の通知の写し及び世帯員の各種所得証明書を添付して、患者の居住地を管轄する保健所長に申請する。		
認定期間	入院勧告・措置期間		
公費負担額	1 1類・2類感染症、新型インフルエンザ等感染症、指定感染症医療に要する費用。ただし、各種医療保険等を先に適用する。 2 新感染症 医療に要する費用 なお、世帯員の市町村民税所得割の額の合算額が基準額（56万4千円）を超える場合は、上限20,000円（月額）の負担額がある。 → 認定された方は、 世帯員の市町村民税所得割の額の合算額が基準額（56万4千円）を超える場合は、月額20,000円を限度として一部負担額を負担する。		
根拠法令等	感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条		
問合せ先	[勧告関係] 患者所在地を管轄する保健所 [受理関係] 患者居住地を管轄する保健所 [給付関係] 都内市町村の区域内 保健医療局感染症対策部防疫課指導調整担当 (5320)4381 特別区(23区)及び保健所政令市の区域内 各区市役所感染症医療担当課		

1. 概要

感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（以下「感染症法」という）は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関し必要な措置を定めることにより、感染症の発生を予防し、及びそのまん延の防止を図り、もって公衆衛生の向上及び増進を図ることを目的としている。（根拠法令 感染症法第 37 条）

感染症患者の発生に際して、感染症法に基づき、都道府県知事（区長）は、感染症のまん延防止のため 感染症指定医療機関への入院勧告・措置を行い、医療費の公費負担を行う。（感染症指定医療機関は一覧 P. 103 参照）

2. 公費負担

感染症法の規定による入院勧告・措置により、感染症指定医療機関等に入院した感染症患者の感染症治療に係る医療費のうち、医療保険各法等による給付を受けた後の金額について公費負担する。ただし、患者及び世帯員の市町村民税（特別区民税を含む）所得割の額の合算額（年額）が 56 万 4 千円を超える場合は、都道府県知事（区長）が月額 20,000 円を上限として負担金額を算定し、費用徴収を行う。

緊急時等の医療に係る特例として、都道府県知事（区長、保健所設置市長）が感染症指定医療機関以外の医療機関への入院勧告・措置を行った場合には、感染症法第 42 条に基づき患者本人に対して、療養費の支給を行う。

なお、都道府県知事（区長、保健所設置市長）が入院勧告・措置を行わない場合や外来での診療等は医療費公費負担の対象とならない。

3. 医師の届出義務

医師が次に掲げる者を診断し、又は感染症により死亡した者（当該感染症により死亡したと疑われる者を含む）の死体を検案した場合には、最寄りの保健所長を経由して都道府県知事（区長、保健所設置市長）に届け出なければならない。（届出対象疾病は別表 P. 104 参照）

(1) 一類感染症、二類感染症、三類感染症、四類感染症、五類感染症のうち侵襲性髄膜炎菌感染症、風しん及び麻疹又は新型インフルエンザ等感染症の患者又は無症状病原体保有者及び新感染症にかかっていると疑われる者

⇒直ちに以下事項の届け出が必要

- ・当該者の氏名、年齢、性別
- ・当該者の職業及び住所
- ・当該者が未成年の場合は、その保護者（親権を行う者又は後見人）の氏名及び住所
- ・感染症の名称及び当該者の症状（新感染症にかかっていると疑われる者については、新感染症と疑われる所見）
- ・診断方法
- ・当該者の所在地
- ・初診年月日と診断年月日
- ・病原体に感染したと推定される年月日（感染症の患者にあつては、発病したと推定される年月日を含む）
- ・病原体に感染した原因、感染経路、病原体に感染した地域又はこれらとして推定されるもの
- ・診断した医師の住所（病院又は診療所で診療に従事している医師は、当該医院の名称及び所在地）及び氏名
- ・その他感染症のまん延防止及び当該者の医療のために必要と認める事項

(2) 指定感染症

- ・政令の定めるところにより（1）に準じて届け出る。

(3) 五類感染症のうち、後天性免疫不全症候群、梅毒等 21 疾病

⇒7 日以内に以下事項の届け出が必要

- ・当該者の年齢、性別
- ・感染症の名称及び当該者の症状
- ・診断方法
- ・初診年月日と診断年月日
- ・病原体に感染したと推定される年月日（感染症の患者が発病したと推定される年月日を含む）
- ・病原体に感染した原因、感染経路、病原体に感染した地域又はこれらとして推定されるもの
- ・診断した医師の住所（病院又は診療所で診療に従事している医師は、当該医院の名称及び所在地）及び氏名

4. 公費負担の申請（患者側の手続き）

(1) 申請者

申請者は、患者本人又は保護者であるが、患者の病状等やむを得ない事由により、当該患者が申請書を作成できない場合には、当該患者に代わって入院勧告・措置を実施した保健所（以下「勧告保健所」）又は入院先の感染症指定医療機関が申請書の作成を代行することができる。

(2) 提出書類・提出先

当該患者の居住地を管轄する保健所（以下「居住地保健所」）に以下の書類を提出する。

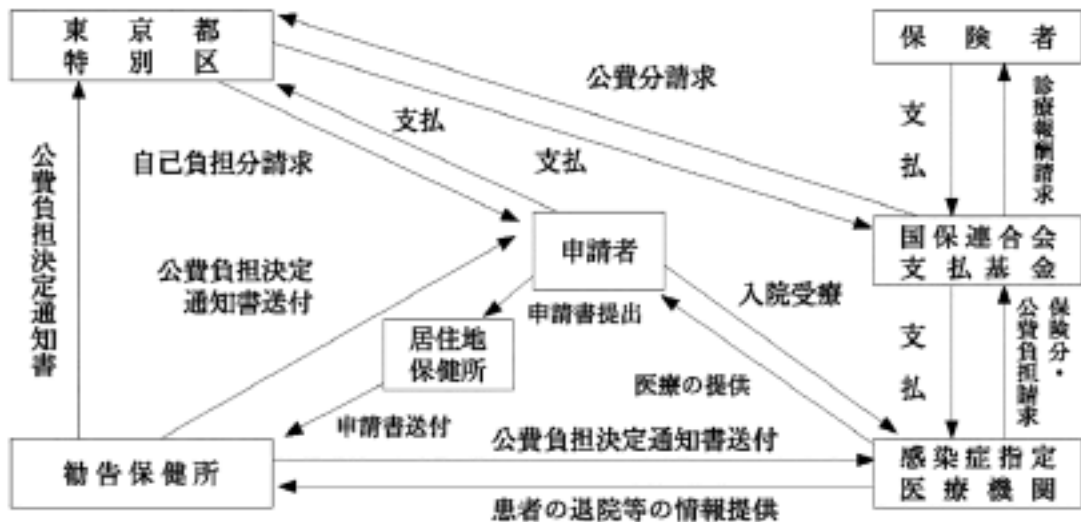
- ・医療費公費負担申請書
- ・入院にあたっての勧告書等の通知の写し
- ・当該患者並びにその配偶者及び患者と生計を同一にする扶養義務者の前年分の所得税課税証明書等（源泉徴収票・確定申告書）

(3) 公費負担の決定

勧告保健所は、居住地保健所から申請書の送付を受けた場合は、公費負担の決定を行う。

決定後は速やかに申請者に対し公費負担決定書を送付するとともに、当該感染症指定医療機関の担当者に公費負担番号、公費負担受給者番号等を報告のうえ、当該決定通知書の写しを送付する。

感染症法第37条による医療費公費負担制度



問合せ先 東京都保健医療局 感染症対策部 防疫課 指導調整担当 ☎5320-4381

東京都感染症指定医療機関一覧（結核病床を除く）

令和5年11月1日現在

医療機関名称	種別	所在地	診査協議会 設置保健所	二次保健 医療圏	主たる管轄（平常時）
東京都立駒込病院	第一種 第二種	文京区本駒込 三丁目18番22号	文京保健所	区部	文京区・台東区・北区 荒川区・足立区・葛飾区
東京都保健医療公社 荏原病院	第一種 第二種	大田区東雪谷 四丁目5番10号	大田区保健所	区部	品川区・目黒区・大田区 世田谷区・渋谷区
東京都立墨東病院	第一種 第二種	墨田区江東橋 四丁目23番15号	墨田区保健所	区部	千代田区・中央区・港区 墨田区・江東区・江戸川区
自衛隊中央病院	第一種	世田谷区池尻 一丁目2番24号	—	—	—
東京都保健医療公社 豊島病院	第二種	板橋区栄町33番1号	板橋区保健所	区部	新宿区・中野区・杉並区 豊島区・板橋区・練馬区
市立青梅総合 医療センター	第二種	青梅市東青梅 四丁目16番地の5	東京都 西多摩保健所	西多摩	青梅市・福生市・羽村市 あきる野市・瑞穂町 日の出町・檜原村・奥多摩町
東京医科大学 八王子医療センター	第二種	八王子市館町 1163番地	八王子市保健所	南多摩	八王子市・町田市・日野市 多摩市・稲城市
国家公務員共済組合 連合会立川病院	第二種	立川市錦町 四丁目2番22号	東京都 多摩立川保健所	北多摩 西部	立川市・昭島市・国分寺市 国立市・東大和市 武蔵村山市
武蔵野赤十字病院	第二種	武蔵野市境南町 一丁目26番1号	東京都 多摩府中保健所	北多摩 南部	武蔵野市・三鷹市・府中市 調布市・小金井市・狛江市
公立昭和病院	第二種	小平市花小金井 八丁目1番1号	東京都 多摩小平保健所	北多摩 北部	小平市・東村山市・清瀬市 東久留米市・西東京市
国民健康保険町立 八丈病院	第二種	八丈町三根 26番地11	東京都 島しょ保健所	島しょ	大島町・利島村・新島村 神津島村・三宅村・御蔵島村 八丈町・青ヶ島村・小笠原村

注1) 第一種については、都内全域を対象とする。

2) 第二種については、緊急時、都内保健所長の要請等に基づき、他圏域の感染症患者の受け入れを行う。

届出対象感染症一覧

令和 5 年 5 月 26 日現在

<p>(一類感染症) エボラ出血熱、クリミア・コンゴ出血熱、痘そう、南米出血熱、ペスト、マールブルグ病、ラッサ熱</p>
<p>(二類感染症) 急性灰白髄炎、結核、ジフテリア、重症急性呼吸器症候群（病原体がコロナウイルス属 SARS コロナウイルスであるものに限る）、中東呼吸器症候群（病原体がベータコロナウイルス属 MERS コロナウイルスであるものに限る）、鳥インフルエンザ（H5N1）、鳥インフルエンザ（H7N9）</p>
<p>(三類感染症) コレラ、細菌性赤痢、腸管出血性大腸菌感染症、腸チフス、パラチフス</p>
<p>(四類感染症) E型肝炎、ウエストナイル熱（ウエストナイル脳炎を含む）、A型肝炎、エキノコックス症、エムポックス（サル痘）、黄熱、オウム病、オムスク出血熱、回帰熱、キャサナル森林病、Q熱、狂犬病、コクシジオイデス症、ジカウイルス感染症、重症熱性血小板減少症候群（病原体がフレボウイルス属 SFTS ウイルスであるものに限る）、腎症候性出血熱、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、炭疽、チクングニア熱、つつが虫病、デング熱、東部ウマ脳炎、鳥インフルエンザ（H5N1 及び H7N9 を除く）、ニパウイルス感染症、日本紅斑熱、日本脳炎、ハンタウイルス肺症候群、Bウイルス病、鼻疽、ブルセラ症、ベネズエラウマ脳炎、ヘンドラウイルス感染症、発しんチフス、ボツリヌス症、マラリア、野兎病、ライム病、リッサウイルス感染症、リフトバレー熱、類鼻疽、レジオネラ症、レプトスピラ症、ロッキー山紅斑熱</p>
<p>(全数届出五類感染症) アメーバ赤痢、ウイルス性肝炎（E型肝炎及びA型肝炎を除く）、カルバペネム耐性腸内細菌目細菌感染症、急性弛緩性麻痺（急性灰白髄炎を除く）、急性脳炎（ウエストナイル脳炎、西部ウマ脳炎、ダニ媒介脳炎、東部ウマ脳炎、日本脳炎、ベネズエラウマ脳炎及びリフトバレー熱を除く）、クリプトスポリジウム症、クロイツフェルト・ヤコブ病、劇症型溶血性レンサ球菌感染症、後天性免疫不全症候群（無症状病原体保有者を含む）、ジアルジア症、侵襲性インフルエンザ菌感染症、侵襲性髄膜炎菌感染症、侵襲性肺炎球菌感染症、水痘（入院例に限る）、先天性風しん症候群、梅毒（無症状病原体保有者を含む）、播種性クリプトコックス症、破傷風、バンコマイシン耐性黄色ブドウ球菌感染症、バンコマイシン耐性腸球菌感染症、百日咳、風しん、麻しん、薬剤耐性アシネトバクター感染症</p>
<p>(新型インフルエンザ等感染症) 新型インフルエンザ、再興型インフルエンザ、新型コロナウイルス感染症、再興型新型コロナウイルス感染症</p>

1 1				公害健康被害の補償等に関する法律			
法別番号	—		区分	公害健康被害者医療			
取扱医療機関等	[公害医療機関] 保険医療機関（非公害医療機関を除く） [非公害医療機関] 公害医療機関とならない旨の申出をした医療機関						
疾病等の範囲	(1) 慢性気管支炎 (2) 気管支ぜん息 (3) ぜん息性気管支炎 (4) 肺気しゅ (5) (1)から(4)までの続発症						
対象者	上記の疾病で、公害医療手帳の交付を受けている方 (昭和63年3月1日から新規の認定は行っていない。)						
申請の続	認定更新申請書に診断書を添付して原則として認定を受けた区長に申請する。						
認定期間	疾病の種類に応じて、旧政令で定める期間を限度とする。						
公費負担額	医療に要する費用 → 認定された方は、負担なし また、一定の条件に該当する場合には下記の給付がある。 (1) 障害補償費 (2) 遺族補償費 (3) 遺族補償一時金 (4) 療養手当 (5) 葬祭料						
根拠法令等	公害健康被害の補償等に関する法律						
問合せ先	認定を受けた区役所（23区内のうち世田谷区・中野区・杉並区及び練馬区を除く。）の公害健康被害補償主管課						

1. 概要

環境汚染の影響による健康被害者に対し、その損害を補償し、迅速かつ公正な保護を図る。

2. 認定期間 3年間ごとの更新制

(5) 他の医療制度との関係

公害認定患者の認定疾病に係る療養の給付は、他法を優先する。
(通常レセプトの公費併用ではなく、公害単独レセプトで直接請求の為)

(6) 請求要領

公害診療報酬明細書 (P109 参照) に、各欄の該当する点数及び診療内容を記入し、各患者の対象区別に公害診療報酬請求書にまとめ請求する。

「医療費等請求支払事務の流れ」(公害医療機関の場合)



5. 公害健康被害の補償等に関する法律の規定による診療報酬の額の算定方法

[平成 4 年 5 月 29 日環境庁告示第 40 号 最終改正：平成 20 年 3 月 21 日環境省告示第 24 号]

第 1 章 公害疾患特掲診療費

第 1 診察料

1 公害疾患相談料 280 円 (28 点)

注 1 初診料 (診療報酬の算定方法別表第一医科診療報酬点数表 (以下「医科点数表」という。) の区分番号 A000 初診料をいう。以下同じ。) を算定する初診の日に係る公害疾患相談料は算定しない。

- 2 入院中の患者に係る公害疾患相談料は算定しない。
- 3 公害疾患相談料は、同一月に 2 回を限度として算定する。

2 公害外来療養指導料 5,100 円 (510 点)

注 1 公害外来療養指導料は、指定疾病 (公害健康被害の補償等に関する法律第 2 条第 3 項の規定により定められた疾病をいう。以下同じ。) に関する計画的な医学管理を継続して行い、かつ、栄養、安静、運動、日常生活その他療養上必要な指示又は指導 (温泉療法若しくは気候療法の指示又は喀痰排出訓練指導療法、ぜん息体操療法若しくは呼吸訓練療法の指導を含む。) を行った場合に算定する。

- 2 削除
- 3 居宅において療養を行っている患者に対して、ネブライザー又は超音波ネブライザーを使用した場合は、所定の額に 710 円 (71 点) を加算する。
- 4 初診料を算定する初診の日又は当該初診の日から 1 月以内の日に係る公害外来療養指導料は算定しない。
- 5 入院中の患者に対して指示若しくは指導を行った場合又は退院した患者に対して退院の日から 1 月以内に指示若しくは指導を行った場合においては、公害外来療養指導料は算定しない。
- 6 第 3 章の規定により算定される次に掲げる指導料等を算定している患者に係る公害外来療養指導料は算定しない。ただし、注 3 の規定の適用については、次に掲げる指導料等を公害外来療養指導料とみなす。
 - (1) 医科点数表の区分番号 B000 に掲げる特定疾患療養管理料
 - (2) 医科点数表の区分番号 B001 に掲げる特定疾患治療管理料の 4. 小児特定疾患カウンセリング料
 - (3) 医科点数表の区分番号 B001 に掲げる特定疾患治療管理料の 5. 小児科療養指導料
 - (4) 医科点数表の区分番号 C002 に掲げる在宅時医学総合管理料
 - (5) 医科点数表の第 2 章第 2 部第 2 節在宅療養指導管理料
- 7 同一月に 2 以上の指示又は指導を行った場合においても、公害外来療養指導料は、1 回として算定する。

第 2 入院料

1 公害入院療養指導料

- (1) 病院に收容されている患者の場合 (1 日につき)
 - イ 入院の日から起算して 3 月以内の期間 750 円 (75 点)
 - ロ 入院の日から起算して 3 月を超えた期間 1,250 円 (125 点)
- (2) 收容施設を有する診療所に收容されている患者の場合 (1 日につき) 750 円 (75 点)

注 公害入院療養指導料は、入院患者に対して指定疾病に関する計画的な医学管理を継続して行い、かつ、栄養、安静、運動、日常生活その他在宅療養上必要な指導 (在宅酸素療法、喀痰排出訓練指導療法、ぜん息体操療法若しくは呼吸訓

療法の指導を含む。)を行った場合に算定する。

- 2 清浄空気室管理料 580 円 (58 点)

注 別に環境大臣の定める施設基準に適合していると都道府県知事又は公害健康被害の補償等に関する法律第 4 条第 3 項の政令で定める市の長が認めた清浄空気室に患者を収容した場合に算定する。

第 2 章 入院中の食事療養に係る診療報酬

入院中の食事療養に係る診療報酬の額の算定は、入院時食事療養費に係る食事療養及び入院時生活療養費に係る生活療養の費用の額の算定に関する基準(平成 18 年 3 月厚生労働省告示第 99 号)別表食事療養及び生活療養の費用額算定表の第一食事療養の例により算定した額に 1.2 を乗じて行うものとする。

第 3 章 その他の診療報酬

前二章の規定により算定される診療報酬の額以外の診療報酬の額の算定は、医科点数表の例により算定した点数に、次の区分に応じ、それぞれ、その区分に定める 1 点当たりの単価を乗じて行うものとする。ただし、診療報酬の算定方法第五号の規定により療養担当手当の額を加算して算定するものであるときは、当該療養担当手当に相当する額を加算して算定するものとする。

- 1 薬剤料、特定保険医療材料及び放射性粒子、酸素その他の材料の費用 10 円
- 2 その他
 - (1) 公害医療機関の診療報酬の請求に関する省令(昭和 49 年総理府令第 64 号)様式第二号(一)により請求する診療費 12 円
 - (2) 同省令様式第二号(二)により請求する診療費 15 円

「診療報酬等請求総括票」

年 月 分 診療報酬等請求総括票			
診療機関名称(漢字) 名称 所在地 〒・乙 診療機関番号 合計件数 件			
品 <input type="checkbox"/> (内必ず記入して下さい) 発行期 品 種 品 種 品 種 件 数 正 件 数 点			
区 名	品 数	区 名	品 数
301 千代田		311 茨 城	
302 中 央		320 新 潟	
303 埼 郷		330 金 沢	
304 新 潟		337 北 海	
305 文 京		340 北 陸	
306 青 森		350 福 井	
307 岩 手		360 石 川	
308 江 東		370 富 山	
309 品 川		380 福 井	
310 日 東			

「公害診療報酬請求書」

年 月 分 公害診療報酬請求書		入 局		入 部 外	
区 名	件 数	金 額	件 数	金 額	
請 込 額		円		円	
調 査 費					
診 察 料					
調 査 費					
調 査 費		円		円	
上記のとおり請求します。					
年 月 日					
区 報 告 票 コ ー ド		調 査 コー ド		診療機関コード	
公害健康調査 所在地					
名 称					
電話番号					
請求者の代表者名					
印					
〇〇〇 区 長 殿					

「公害診療報酬明細書（入院）」

「公害診療報酬明細書（入院外）」

6. 非公害医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

公害医療手帳及び被保険者証等

(2) 請求先

当該認定患者の（**社保**）**（国保）**診療報酬明細書（写）及び（**社保**）**（国保）**と公費負担医療併用の診療報酬明細書（写）は、地区医師会で一括取りまとめ東京都国民健康保険団体連合会に提出する。診療報酬及び事務取扱手数料の支払いは、東京都国民健康保険団体連合会から請求月の翌月の10日までに指定された銀行口座に振り込まれるとともに、その旨通知される。

(3) 請求期限

地区医師会へ所定の期日までに提出する。やむを得ず直接提出する場合は、毎月10日までに公害医療手帳発行区公害健康被害補償主管課宛て提出する。

(4) 給付内容

- ・ 公害医療手帳に記載されている疾病及びその続発症に係る療養の給付を行う。
- ・ 公害認定患者の医療費は、いったん医療保険各法で取扱い、窓口負担分は該当区に請求し、患者からは費用の徴収を行わない。当該患者が**（国）****（保）**医療の公費負担医療の適用を受けている場合は、一部負担金のみを該当区に請求する。入院時の食事療養に係る標準負担額についても同様。

(5) 他の医療制度との関係

他の法律による給付等との調整（法第14条関係）については、当該区と保険者等との間で処理する。

(6) 請求要領

- ① 窓口負担の請求は、当該認定患者（**社保**）**（国保）**の診療報酬明細書（写）を提出し請求する。診療報酬明細書（写）は、手書きまたはコピー等いずれの方法でも差支えない。

②診療報酬明細書（写）には、必ず明細書摘要欄の右下部に当該認定患者が提示する公害医療手帳の「記号・番号」を記載する。入院時の食事療養標準負担額がある場合は、「記号・番号」に続けて窓口負担点数と食事療養回数を記載する。

(例) 公害医療手帳の記号・番号 → 文京 - ○○○○
 指定疾病の窓口負担分の点数 → 公害請求 ○○○点
 指定疾病の入院食事療養回数 → 公害入院 ○○回
 ※ 診療報酬明細書の摘要欄右下部に記載

③認定疾病（慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎、肺気腫及びその続発症）以外の疾病がある場合には、認定疾病に係る窓口負担分の点数を摘要欄下部に、同じく認定疾病に係る診療日数を診療実日数に（ ）書でそれぞれ記載し、その算定基礎となる点数等にアンダーラインを引くなどして、明示する。認定疾病に係る(固)、(親)の一部負担金の金額についても、記載する。

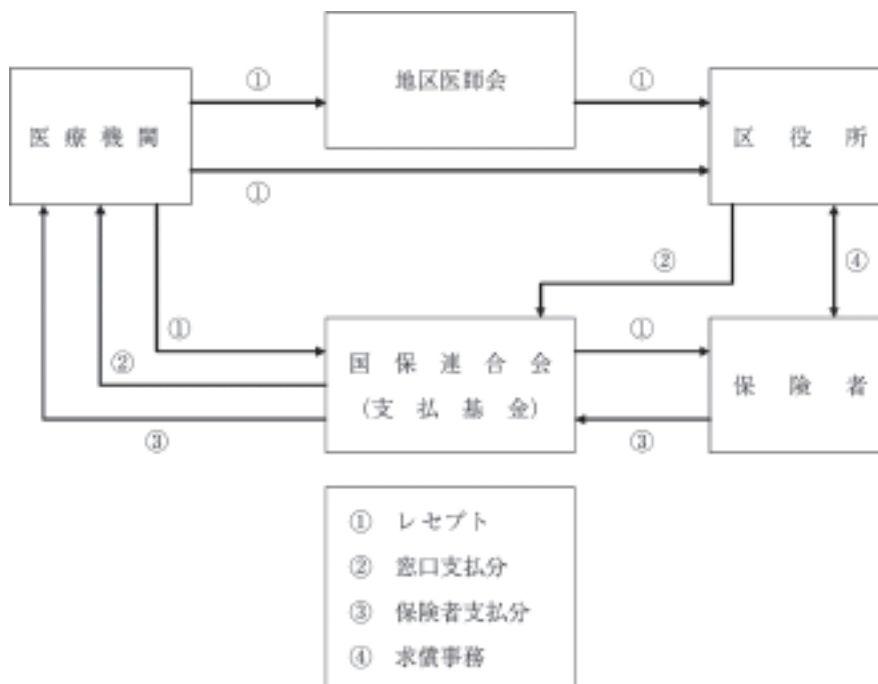
④当該認定患者の(社保)の診療報酬明細書（写）には、「診療報酬等請求総括票」を添付し提出する。なお総括票の開設者氏名には必ず押印し提出する。

⑤「診療報酬等請求総括票」の記入方法は以下のとおり

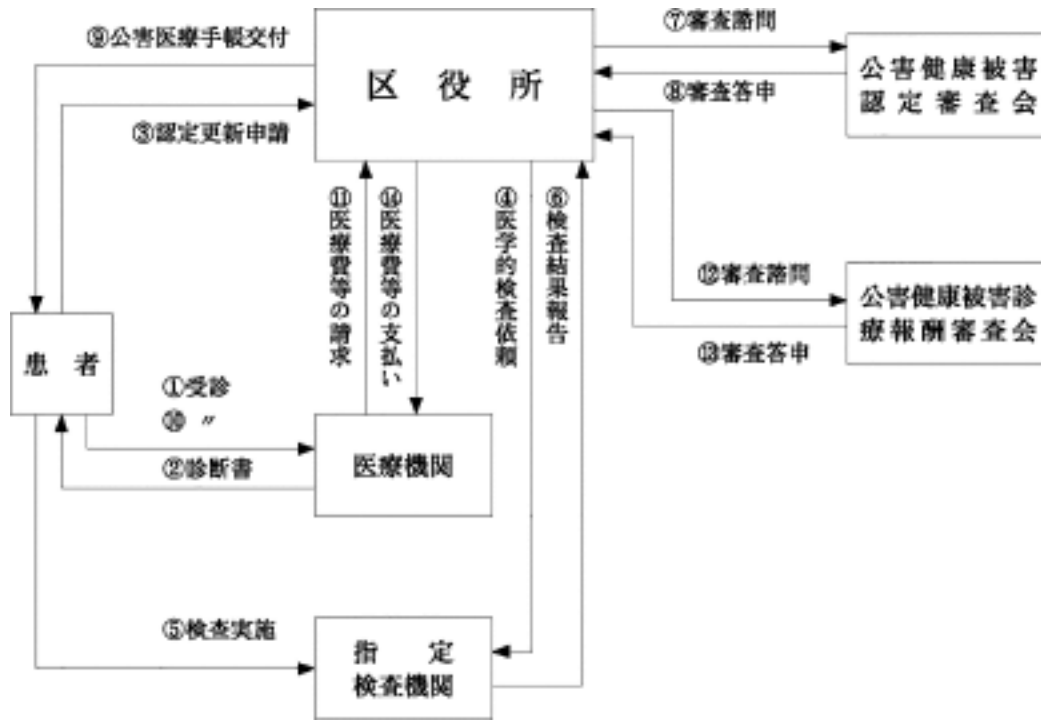
- ・所在地、名称、開設者の氏名の記入
- ・「合計件数」欄には、入院及び入院外の診療報酬明細書（写）の合計件数を記入する。
- ・「療養取扱機関記号番号」欄には、国保の医療機関の記号番号を記入する。

⑥医療機関が使用する「診療報酬等請求総括票」及び地区医師会が使用する「診療報酬請求明細書兼請求送付書」の用紙は、当該区で作成し、地区医師会経由で無償配布される。

「医療費等請求支払事務の流れ」（非公害医療機関の場合）



「公害健康被害補償事務の流れ」



7. 主治医診断報告書

(1) 概要

公害認定患者の障害等級決定に必要である主治医診断報告の業務を担当する。

(2) 対象者

指定疾病（慢性気管支炎、気管支ぜん息、ぜん息性気管支炎、肺気腫及びこれらの続発症）の認定を受けている者で、一定以上の障害のある者又はこれらの疾患により死亡した者。

(3) 医療機関での取扱い

①窓口での確認書類

報告書作成依頼文書及び報告書用紙（区から送付される場合と、患者が直接これらの書類を持参する場合がある）

②報告書

- ・「公害健康被害認定患者主治医診断報告書（障害補償費用）」※15歳以上
- ・「認定死亡患者主治医診断報告書」

報告書の作成は、該当認定患者の主治医がおこない、転医等により主治医が不在の場合は、原則として当該科の医師が作成する。
 患者が直接報告書用紙を持参し依頼する場合、報告書を患者に渡す際は、非公開文書であるので密封する。
 報告書を区へ送付する際に、「請求書」（区によって様式が異なる）を添付し、請求する。
 報告書の作成に係る手数料は、区が負担し、患者の負担はない。

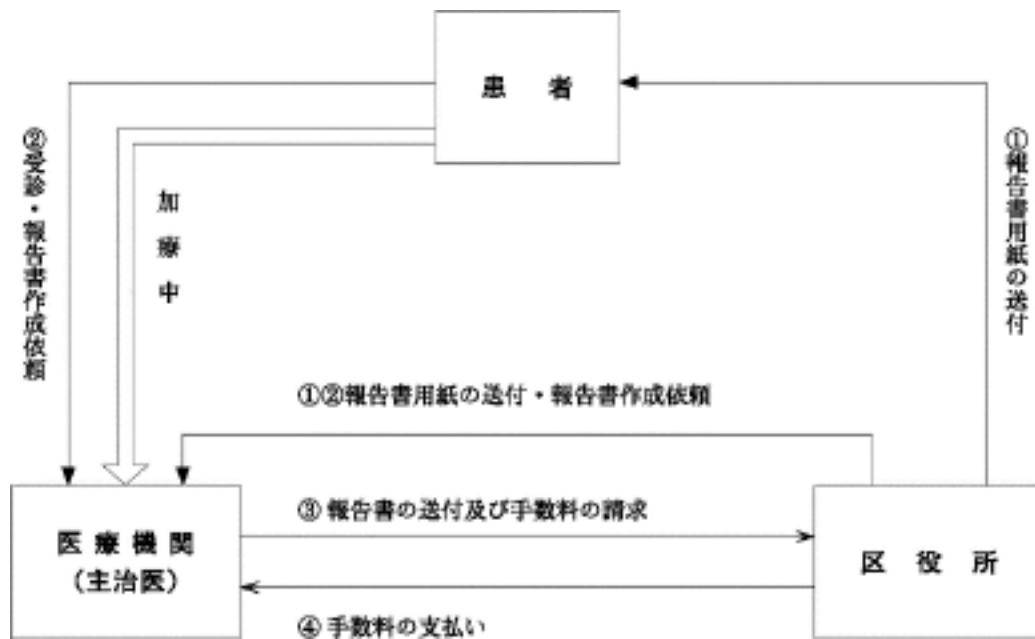
③請求先

該当区長（送付先 該当区公害健康被害補償主管課）

④請求期限

報告書送付時の期限は特にない

「主治医診断報告書作成事務の流れ」



12

難病の患者に対する医療等に関する法律

法別番号	54・83	区分	難病等 54（指定難病）・83（都単独疾病（都））
取扱医療機関等	54：指定医療機関 83：契約医療機関、東京都が開設している医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	別表3（P116）のとおり		
対象者	54：別表3のⅠの疾病に該当する方であって、①厚生労働大臣の定める症状の程度に該当する方又は②申請日の属する月の12月前までの間で当該疾病に係る医療に要した費用の額が33,330円を超えた月数が3月以上ある方 83：別表3のⅡの疾病に該当する方であって、①知事の定める基準に該当する方又は②申請日の属する月の12月前までの間で当該疾病に係る医療に要した費用の額が33,330円を超えた月数が3月以上ある方 ※83については、上記に加え、医療保険等各法又は介護保険法により医療又は介護に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 なお、83の対象疾病のうち、小児慢性特定疾病に該当するものについては、満18歳未満の方は小児慢性特定疾病医療費助成に申請すること。		
申請の続	申請書に、臨床調査個人票（54については都道府県が指定した医師が作成したもの）、個人番号に係る調書、住民票、申請者等の健康保険証の写し、申請者等の課税状況を証明する書類、保険者からの情報提供に係る同意書その他必要な書類を添付して患者の方の住所地（※）を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 ※54については、患者の方が満18歳未満の場合は、当該患者の保護者の住所地		
認定期間	[認定期間の変更] 令和5年10月1日から指定医が「重症度分類を満たしていることを診断した日（開始日）」等まで遡って医療費助成を開始することが可能。 54：開始日から、原則として申請日から1年を経過する日の属する月の末日まで 83：開始日から、原則として申請日以降の直近の7月31日まで なお、遡り等の詳細については下記のURL参照 https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/nanbyo/portal/seido/maedaoshi.html		

公費負担額	<p>1 月ごとの、認定を受けた疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る診療、調剤、居宅における療養上の管理及び看護に要した費用の額について、各種医療保険等適用後の自己負担額（当該額が当該医療費総額の3割の方は、当該医療費総額の2割）から負担上限月額（月額自己負担限度額）を控除した額。ただし、原則として入院時の食事療養標準負担額及び入院時の生活療養標準負担額は公費負担の対象外</p> <p>2 月ごとの、認定を受けた疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスに要した費用の額について、介護保険適用後の自己負担額（当該額が当該介護費総額の3割の方は、当該介護費総額の2割）から負担上限月額（月額自己負担限度額）を控除した額</p> <p>※1 54については、都道府県等が指定した医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所又は介護予防訪問看護事業所）により行われたものに限る。</p> <p>※2 負担上限月額（月額自己負担限度額）については別表4（P118）のとおり</p>
根拠法令等	<p>難病の患者に対する医療等に関する法律、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則</p>
問合せ先	<p>[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当（5320）4472</p> <p>[制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当（5320）4471</p> <p>[給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）（5320）4454</p>

※ Q&A は130 ページに記載

1. 概要

国の指定した難病（指定難病）にり患し、認定基準を満たした者に対し、当該指定難病に係る医療費及び一部の介護サービスにかかる費用を助成する。

尚、都単独疾病（83）については、本項以外に「**都**医療費助成制度（P196～）」も参照のこと。

法別番号 5 4 I 助成対象となる疾病の範囲 (338 疾病)

(別表 3)

1 球脊髄性筋萎縮症	88 慢性血栓性肺高血圧症	172 低ホスファターゼ症	スフェラーゼ欠損症
2 筋萎縮性側索硬化症	89 リンパ管腫症	173 V A T E R 症候群	259 レシチンコレステロールアシルトラン
3 脊髄性筋萎縮症	90 網膜色素変性症	174 那須・ハコラ病	スフェラーゼ欠損症
4 原発性側索硬化症	91 パッド・キアリ症候群	175 ウィーバー症候群	260 シトステロール血症
5 進行性核上性麻痺	92 特異性門脈圧亢進症	176 コフィン・ローリー症候群	261 タンジール病
6 パーキンソン病	93 原発性胆汁性胆管炎	177 ジュベール症候群関連疾患	262 原発性高カイロミクロン血症
7 大脳皮質基底核変性症	94 原発性硬化性胆管炎	178 モワット・ウィルソン症候群	263 脳腫黄色腫症
8 ハンチントン病	95 自己免疫性肝炎	179 ウィリアムズ症候群	264 無βリポタンパク血症
9 神経有棘赤血球症	96 クローン病	180 A T R-1 症候群	265 脂肪萎縮症
10 シャルコー・マリー・トゥース病	97 潰瘍性大腸炎	181 クルーズン症候群	266 家族性地中海熱
11 重症筋無力症	98 好酸球性消化管疾患	182 アペール症候群	267 高 I g D 症候群
12 先天性筋無力症候群	99 慢性特異性偽性腸閉塞症	183 ファイファー症候群	268 中候・西村症候群
13 多発性硬化症/視神経脊髄炎	100 巨大膀胱短小結腸腸管蠕動不全症	184 アントレー・ビクスラー症候群	269 化膿性無菌性関節炎・壊疽性膿皮症・ア
14 慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多発性運動ニューロパチー	101 腸管神経節細胞減少症	185 コフィン・シリズ症候群	クネ症候群
15 封入体筋炎	102 ルビンシュタイン・テイビ症候群	186 ロスマンド・トムソン症候群	270 慢性再発性多発性骨髄炎
16 クロウ・深瀬症候群	103 C F C 症候群	187 歌舞伎症候群	271 強直性脊椎炎
17 多系統萎縮症	104 コステロ症候群	188 多脾症候群	272 進行性骨化性線維異形成症
18 脊髄小脳変性症 (多系統萎縮症を除く。)	105 チャージ症候群	189 無脾症候群	273 肋骨異常を伴う先天性側弯症
19 ライソゾーム病	106 クリオピリン関連周期熱症候群	190 鯉耳腎症候群	274 骨形成不全症
20 副腎白質ジストロフィー	107 若年性特異性関節炎	191 ウルナー症候群	275 タナトフォリック骨異形成症
21 ミトコンドリア病	108 T N F 受容体関連周期性症候群	192 コケイン症候群	276 軟骨無形成症
22 もやもや病	109 非典型溶血性尿毒症症候群	193 プラダー・ウィリ症候群	277 リンパ管腫症/ゴーハム病
23 プリオン病	110 プラウ症候群	194 ソトス症候群	278 巨大リンパ管奇形 (頸部顔面病変)
24 亜急性硬化性全脳炎	111 先天性ミオパチー	195 スーナン症候群	279 巨大静脈奇形 (頸部口腔咽頭びまん性病
25 進行性多発性白質脳症	112 マリネスコ・シェーグレン症候群	196 ヤング・シンプソン症候群	病変)
26 H T L V-1 関連脊髄症	113 筋ジストロフィー	197 1 p 3 6 欠失症候群	280 巨大動脈奇形 (頸部顔面又は四肢病変)
27 特異性基底核石灰化症	114 筋ジストロフィー性ミオトニー症候群	198 4 p 欠失症候群	281 クリッペル・トレノネー・ウェンバー症候群
28 全身性アミロイドーシス	115 遺伝性周期性四肢麻痺	199 5 p 欠失症候群	282 先天性赤血球形成異常性貧血
29 ウルリッヒ病	116 アトピー性脊髄炎	200 第 1 4 番染色体父親性ダイソミー症候群	283 後天性赤芽球癆
30 遠位型ミオパチー	117 脊髄空洞症	201 ジェルマン症候群	284 ダイアモンド・ブラックファン貧血
31 ベスレムミオパチー	118 脊髄腫瘍	202 スミス・マギニス症候群	285 ファノン欠損症
32 自己食食空胞性ミオパチー	119 アイザックス症候群	203 2 2 q 1 1 . 2 欠失症候群	286 遺伝性鉄芽球性貧血
33 シュワルツ・ヤンベル症候群	120 遺伝性ジストニア	204 エプスタイン症候群	287 エプスタイン症候群
34 神経線維腫症	121 神経フェリチン症	205 脆弱 X 症候群関連疾患	288 自己免疫性後天性凝固因子欠乏症
35 天疱瘡	122 脳表ヘモジドリン沈着症	206 脆弱 X 症候群	289 クロノカイト・カナダ症候群
36 表皮水疱症	123 禿頭と変形性脊椎症を伴う常染色体劣	207 総動脈幹遺残症	290 非特異性多発性小腸潰瘍症
37 膿疱性乾癬 (汎発型)	性白質脳症	208 修正大血管転位症	291 ヒルシュスプリング病 (全結腸型又は
38 スティーヴンス・ジョンソン症候群	124 皮質下梗塞と白質脳症を伴う常染色体	209 完全大血管転位症	小腸型)
39 中毒性表皮壊死症	優性脳動脈症	210 単心室症	292 総排泄腔外反症
40 高安静脈炎	125 神経軸索スフェロイド形成を伴う遺伝	211 左心低形成症候群	293 総排泄腔遺残
41 巨細胞性動脈炎	性びまん性白質脳症	212 三尖弁閉鎖症	294 先天性横隔膜ヘルニア
42 結節性多発動脈炎	126 ベリー症候群	213 心室中隔欠損を伴わない肺動脈閉鎖症	295 乳幼児肝巨大血管腫
43 顕微鏡的多発血管炎	127 前頭側頭葉変性症	214 心室中隔欠損を伴う肺動脈閉鎖症	296 胆道閉鎖症
44 多発血管炎性肉芽腫症	128 ビッカースタッフ脳幹脳炎	215 ファロー四徴症	297 アラジール症候群
45 好酸球性多発血管炎性肉芽腫症	129 痙攣重積型 (二相性) 急性脳炎	216 兩大血管右室起始症	298 遺伝性膝炎
46 悪性関節リウマチ	130 先天性無痛汗症	217 エプスタイン病	299 嚢胞性線維症
47 パージャヤー病	131 アレキサンダー病	218 アルポート症候群	300 I g G 4 関連疾患
48 原発性抗リン脂質抗体症候群	132 先天性核上性球麻痺	219 ギャロウェイ・モワト症候群	301 黄斑ジストロフィー
49 全身性エリテマトーデス	133 メビウス症候群	220 急速進行性糸球体腎炎	302 レーベル遺伝性視神経症
50 皮膚筋炎/多発性筋炎	134 中隔視神経形成異常症/ドモルシア症候群	221 抗糸球体基底膜腎炎	303 アッシャー症候群
51 全身性強皮症	135 アイカルディ症候群	222 一次性ネフローゼ症候群	304 若年発症型両側性感音聴覚
52 混合性結合組織病	136 片側巨脳症	223 一次性膜性増殖性糸球体腎炎	305 湿発性内リンパ水腫
53 シェーグレン症候群	137 限局性皮質異形成	224 紫斑病性腎炎	306 好酸球性副鼻腔炎
54 成人スチル病	138 神経細胞移動異常症	225 先天性腎性尿崩症	307 カナパン病
55 再発性多発軟骨炎	139 先天性大脳白質形成不全症	226 間質性膀胱炎 (ハンナ型)	308 進行性白質脳症
56 ペーチェット病	140 ドラバ症候群	227 オスラー病	309 進行性ミオクロオスステんかん
57 特異性拡張型心筋症	141 海馬硬化を伴う内側頭葉てんかん	228 閉塞性細気管支炎	310 先天異常症候群
58 肥大型心筋症	142 ミオクロオス欠伸てんかん	229 肺動脈白症 (自己免疫性又は先天性)	311 先天性三尖弁狭窄症
59 拘束型心筋症	143 ミオクロオス脱力発作を伴うてんかん	230 肺動脈低換気症候群	312 先天性僧帽弁狭窄症
60 再生不良性貧血	144 レノックス・ガストー症候群	231 α 1-アンチトリプシン欠乏症	313 先天性肺静脈狭窄症
61 自己免疫性溶血性貧血	145 ウェスト症候群	232 カニー複合	314 左肺動脈右肺動脈起始症
62 発作性夜間ヘモグロビン尿症	146 大田原症候群	233 ウェルフラム症候群 (副腎白質ジスト	315 ネイルパテラ症候群 (爪膝蓋骨症候群)
63 特異性血小板減少性紫斑病	147 早期ミオクロオス脳症	234 ロフィーを除く。)	/ L M X 1 B 関連腎症
64 血栓性血小板減少性紫斑病	148 遊走性焦点発作を伴う乳児てんかん	235 副甲状腺機能低下症	316 カルチン回路異常症
65 原発性免疫不全症候群	149 片側痙攣・片麻痺・てんかん症候群	236 偽性副甲状腺機能低下症	317 三頭筋欠損症
66 I g A 腎症	150 環状 2 0 番染色体体症候群	237 副腎皮質刺激ホルモン不応症	318 シトリン欠損症
67 多発性嚢胞腎	151 ラスムッセン脳炎	238 ビタミン D 抵抗性くる病/骨軟化症	319 セブアブレリン還元酵素 (S R) 欠損症
68 黄色軟骨骨化症	152 P C D H 1 9 関連症候群	239 ビタミン D 依存性くる病/骨軟化症	320 先天性グリコシルホスファチジルイノ
69 後縦帯骨化症	153 難治頻回部分発作重積型急性脳炎	240 フェニルケトン尿症	シトール (G P I) 欠損症
70 広範脊管狭窄症	154 徐波睡眠期持続性棘徐波を示すてんかん	241 高チロシン血症 1 型	321 非ケトーシス型高グリシン血症
71 特異性大腿骨頭壊死症	155 ランドウ・クレフナー症候群	242 高チロシン血症 2 型	322 β-ケトチオラーゼ欠損症
72 下垂体性 A D H 分泌異常症	156 レット症候群	243 高チロシン血症 3 型	323 芳香族 L-アミノ酸脱炭酸酵素欠損症
73 下垂体性 T S H 分泌亢進症	157 スタージ・ウェンバー症候群	244 メーブルシロップ尿症	324 メチルグルタコン酸尿症
74 下垂体性 P R L 分泌亢進症	158 結節性硬化症	245 プロピオン酸血症	325 遺伝性自己炎症疾患
75 クッシング病	159 色素性乾皮症	246 メチルマロン酸血症	326 大理石骨病
76 下垂体性ゴナドトロピン分泌亢進症	160 先天性魚鱗癬	247 イソ吉草酸血症	327 特異性血栓性 (遺伝性血栓性素因によ
77 下垂体性成長ホルモン分泌亢進症	161 家族性良性慢性天疱瘡	248 グルコーストランスポーター 1 欠損症	るものに限る。)
78 下垂体前葉機能低下症	162 類天疱瘡 (後天性表皮水疱症を含む。)	249 グルタル酸血症 1 型	328 前眼部形成異常
79 家族性高コレステロール血症 (ホモ接合体)	163 特異性後天性全身性無汗汗症	250 グルタル酸血症 2 型	329 無虹彩症
80 甲状腺ホルモン不応症	164 眼皮膚白皮症	251 尿素サイクル異常症	330 先天性気管狭窄症/先天性声門下狭窄症
81 先天性副腎皮質素欠損症	165 肥厚性皮膚骨膜炎	252 リン脂質蛋白不耐症	331 特異性多中心性キャッスルマン病
82 先天性副腎低形成症	166 弾性線維性仮性黄色腫	253 先天性葉酸吸収不全	332 膠様滴状角膜ジストロフィー
83 アジソン病	167 マルフアン症候群	254 ボルフィリン症	333 ハッチンソン・ギルフォード症候群
84 サルコイドーシス	168 エーラス・ダンロス症候群	255 複合カルボキシラーゼ欠損症	334 脳クレアチン欠乏症候群
85 特異性間質性肺炎	169 メンケス病	256 筋型糖尿病	335 ネフロン癆
86 肺動脈性肺高血圧症	170 オクシピタル・ホーン症候群	257 肝型糖尿病	336 家族性低βリポタンパク血症 1 (ホモ接合体)
87 肺静脈閉塞症/肺毛細血管腫症	171 ウィルソン病	258 ガラクトースー1-リン酸ウリジルトラン	337 ホモシチン尿症
			338 進行性家族性肝内胆汁うっ滞症

法別番号 8 3 II 助成対象となる疾病の範囲 (8 疾病)

1 悪性高血圧	3 特異性好酸球增多症候群	6 網膜脈絡膜萎縮症
2 母斑症 (指定難病のスタージ・ウェンバー症候群、結節性硬化症及びクリッペル・トレノネー・ウェンバー症候群を除く。)	4 びまん性汎細気管支炎	7 骨髄線維症
	5 遺伝性 Q T 延長症候群	8 肝内結石症

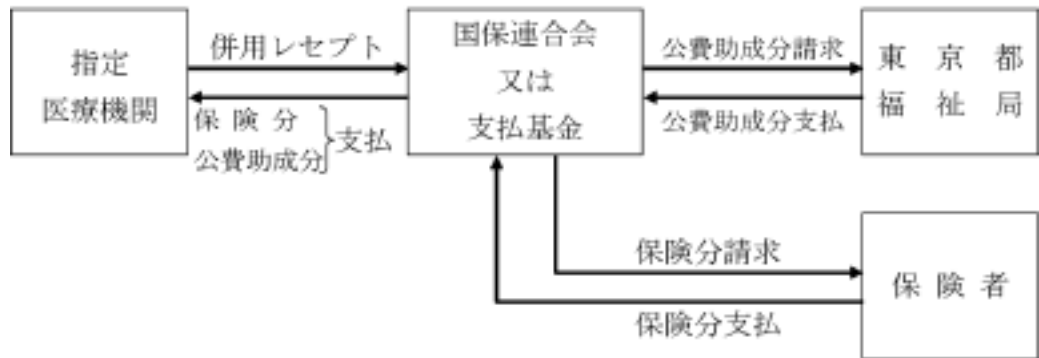
2. 給付内容

(1) 医療保険

指定難病に係る医療費について、その患者の自己負担割合が2割を超える場合も、2割を上限とする（1割負担の場合は、1割のままとなる。）。患者一部負担額は、難病医療費の自己負担額の累積額（月額）が「一部負担額の限度額表（月額）」に定める額に達するまで徴収する。

また、生活保護等受給者及び要保護者の一部については入院時の食事・生活療養標準負担額の全額についても助成する。

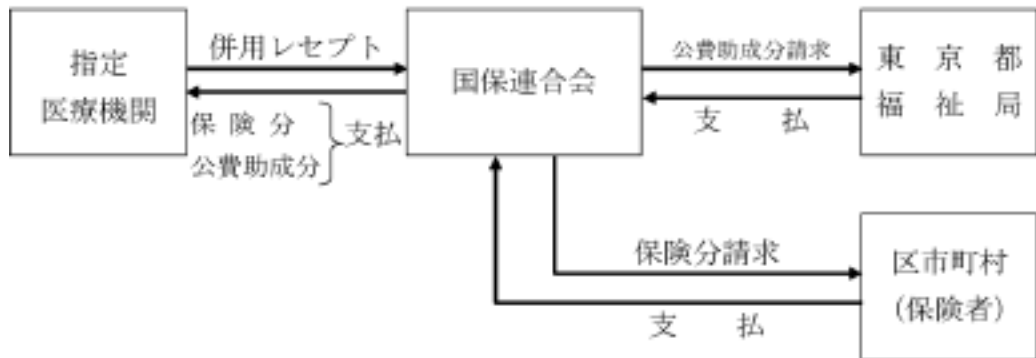
医療費の請求・支払の流れ



(2) 介護保険

指定難病に係る介護保険適用の訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスにおける利用者負担額の累積額（月額）が「一部負担額の限度額表（月額）」に定める額に達するまで徴収する。患者の自己負担割合が2割を超える場合も、2割を上限とする（1割負担の場合は、1割のままとなる。）。

介護給付費の請求・支払の流れ



(3) 医療保険と介護保険との調整

訪問看護に係る費用について、介護保険の給付が行われている要介護者等は、介護保険の給付が医療保険の給付に優先する。ただし、認定された疾病が「末期の悪性腫瘍その他別に厚生労働大臣が定める疾病等」（平成24年厚生労働省告示第95号第4号以下「告示第95号第4号」という）に該当する場合は、医療保険を適用する。

3. 患者一部負担額の限度額

患者一部負担額の限度額（窓口での徴収の限度額）は以下のとおり。

法別番号 5 4・8 3 負担上限月額（月額自己負担限度額）

（別表 4）

（単位：円）

階層区分	階層区分の基準		負担上限月額（月額自己負担限度額）		
			一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
生活保護	—		0	0	0
低所得Ⅰ	区市町村民税 非課税世帯	本人年収 ～80万円	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収 80万円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	区市町村民税課税 7.1万円未満		10,000	5,000	
一般所得Ⅱ	区市町村民税課税 7.1万円以上 25.1万円未満		20,000	10,000	
上位所得	区市町村民税課税 25.1万円以上		30,000	20,000	

- ※1 「高額かつ長期」とは、医療費助成の認定後、認定を受けた疾病に係る月ごとの医療又は介護に要した費用の総額が50,000円を超えた月が6回以上ある方（別途申請手続が必要）
- ※2 「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方であって、認定を受けた疾病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている方（別途申請手続が必要）
- ※3 83については、生活保護は対象外
- ※4 認定を受けた患者の方の加入する医療保険上の世帯に、他の難病医療費助成（54・83）を受けている方又は小児慢性特定疾病医療費助成（52）を受けている方がいる場合（認定を受けた患者の方が小児慢性特定疾病医療費助成を受けている場合を含む。）、それぞれの負担上限月額（月額自己負担限度額）に応じて、当該額が按分される。
- ※5 入院時の食事療養標準負担額及び入院時の生活療養標準負担額について、「生活保護」に該当する方は全額を公費で負担する。

4. 他の医療制度との関係

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する。㊦医療券（P.227～参照）とその他との2種類以上の医療費助成等の併用がある場合は、下記の優先順位で取り扱う。

医療保険 > ㊧特定疾病療養受療証 > 小児慢性特定疾病「52」 > 難病医療「54」 > [㊨難病医療「51」・㊩「83」] > ㊪「82」 > [㊫マル障「80」・㊬マル親「81」・㊭マル乳・㊮マル子「88」・㊯マル青「89」]
--

5. 指定医療機関

難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）では、同法の規定による医療費等の助成（特定医療費の支給）の認定を受けた患者が、都道府県知事が指定した指定医療機関で当該認定に係る指定難病に対する診療等を受けた場合に助成が受けられることとされている。

(1) 指定医療機関の要件

次のいずれかに該当する施設であって、欠格要件に該当しないこと。

なお、「指定医療機関」制度は、後述6の「指定医」制度とは、別のものであり、指定医が所在していない医療機関であっても、上記の要件を満たせば、指定医療機関の指定を受けることが可能である。

【対象施設等】

- ① 健康保険法（大正 11 年法律第 70 号）第 63 条第 3 項 1 号に規定する保険医療機関である病院又は診療所（病院又は診療所には、介護医療院を含む。）
- ② 健康保険法第 63 条第 3 項 1 号に規定する保険薬局
- ③ 健康保険法第 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（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（介護予防訪問看護を行う者に限る。）

(2) 指定医療機関の責務等

難病法第 16 条では、指定医療機関は、厚生労働省令で定めるところにより、良質かつ適切な特定医療を行わなければならないとされており、当該省令である難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 40 条で、指定医療機関は、指定特定医療（難病医療費等助成の対象となる医療等）を提供するに当たっては、支給認定を受けた指定難病の患者の療養生活の質の維持向上を図るために良質かつ適切な医療を厚生労働大臣が定めるところ（平成 26 年厚生労働省告示第 437 号「指定医療機関療養担当規程」）により提供しなければならないとされている。

また、難病法第 17 条第 1 項では、指定医療機関の診療方針は、健康保険の診療方針の例によるとされており、同条第 2 項では、その診療方針によることができないとき、及びこれによることを相当としないときの診療方針は、厚生労働大臣が定めるところ（平成 26 年厚生労働省告示第 434 号「難病の患者に対する医療等に関する法律第 5 条第 3 項の規定による特定医療に要する費用の額の算定方法及び同法第 17 条第 2 項の規定による診療方針」）によるとされている。

(3) 指定医療機関の申請手続

指定医療機関の指定の申請を行おうとする医療機関（病院又は診療所）の開設者は、以下の事項を記載した「難病医療費助成指定医療機関指定申請書」（難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則（以下「難病法施行細則」という。）別記第 18 号様式。以下「申請書」という。）を東京都に提出する。

都内に所在する医療機関は、東京都から指定医療機関の指定を受けていれば、都外の道府県から難病医療費等助成の認定を受けている患者が受診する場合であっても当該道府県への申請手続は不要である。

- ① 病院又は診療所の名称及び所在地
- ② 医療機関コード
- ③ 開設者の住所及び氏名（法人の場合は、所在地及び名称）
- ④ 標榜している診療科名
- ⑤ （法人開設の場合）役員の職・氏名 ※一覧の添付でも可
- ⑥ 保険医療機関としての開設日（開設前に申請する場合のみ記載）
- ⑦ 欠格要件に該当しない旨の誓約（開設者の記名（又は自署）のこと。）

(4) 指定医療機関の指定

① 難病医療費助成指定医療機関指定書の交付

東京都により指定医療機関の指定がされたときは、次に掲げる事項を記載した指定医療機関指定書（難病法施行細則別記第 19 号様式）が当該医療機関に交付される。

また、(ii) 及び (iii) に掲げる事項については東京都ホームページで公表される。

- (i) 開設者の住所及び氏名（法人の場合は、所在地及び名称）
- (ii) 指定医療機関の名称及び所在地
- (iii) 指定有効期限

② 指定の有効期間

指定医療機関の有効期間は、6 年を超えない期間とされている。東京都では、東京都が申請書類を收受した日の属する月の 1 日から 6 年間としている。

③ 指定を行わない事由

都道府県知事は、医療機関が次のいずれかに該当する場合は、指定医療機関の指定をしないことができる。

- (i) 対象施設等（P. 118「(1) 指定医療機関の要件」参照）に該当しないとき。
- (ii) 医療機関等又は申請者が、重ねて難病法第 18 条の規定による指導又は同法第 22 条第 2 項の勧告を受けたものであるとき。
- (iii) 申請者が難病法第 22 条第 2 項の規定による命令に従わない者であるとき。
- (iv) 指定医療機関として著しく不相当と認めるものであるとき。

(5) 特定医療費（指定難病）受給者証への指定医療機関の記載

難病法に基づく医療費助成制度において、東京都では、指定医療機関の記載を「各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関」に一本化することとした。

(6) 指定医療機関の指定後の手続

指定医療機関は、指定を受けた後、次に掲げる事由が生じた場合には、東京都に届出等の手続を行うものとする。

① 指定内容の変更（医療機関コードの変更を伴う場合）

【事由】

開設者変更、医療機関の移転等により、医療機関コードに変更が生じたとき。

【提出書類】

- (i) 難病医療費助成指定医療機関指定申請書（難病法施行細則別記第 18 号様式。コード変更後のもの）
- (ii) 難病医療費助成指定医療機関業務休止等届（難病法施行細則別記第 21 号様式。コード変更前のもの）
※「届出事由」の欄は「2 業務の廃止」に○を付ける。
- (iii) 難病医療費助成指定医療機関指定書（原本。コード変更前のもの）

② 指定内容の変更（医療機関コードの変更を伴わない場合）

【事由】

次に掲げる事項に変更が生じたとき。

- (i) 保険医療機関の名称（医療機関コードの変更を伴わない場合）
- (ii) 保険医療機関の所在地（医療機関コードの変更を伴わない場合）
- (iii) 電話番号
- (iv) 開設者の住所又は所在地（医療機関コードの変更を伴わない場合）
- (v) 開設者の氏名又は名称（医療機関コードの変更を伴わない場合）
- (vi) 標ぼうしている診療科名
- (vii)（法人開設の場合）役員の職・氏名

【提出書類】

難病医療費助成指定医療機関変更届（難病法施行細則別記第 20 号様式）

③ 指定医療機関の業務の廃止

【事由】

指定医療機関としての業務を廃止するとき。

【提出書類】

- (i) 難病医療費助成指定医療機関業務休止等届（難病法施行細則別記第 21 号様式）
※「届出事由」の欄は「2 業務の廃止」に○を付ける。
- (ii) 難病医療費助成指定医療機関指定書（原本）

④ 指定医療機関の辞退

【事由】

指定医療機関を辞退するとき。

【提出書類】

- (i) 難病医療費助成指定医療機関辞退出書（難病法施行細則別記第 22 号様式）
- (ii) 難病医療費助成指定医療機関指定書（原本）

⑤ 指定医療機関の業務の休止

【事由】

指定医療機関としての業務を休止するとき。

【提出書類】

難病医療費助成指定医療機関業務休止等届（難病法施行細則別記第 21 号様式）
※「届出事由」の欄は「1 業務の休止」に○を付ける。

⑥指定医療機関の業務の再開

【事由】

指定医療機関としての業務休止の届出を行った後、業務を再開するとき。

【提出書類】

難病医療費助成指定医療機関業務休止等届（難病法施行細則別記第 21 号様式）
※「届出事由」の欄は「3 業務の再開」に○を付ける。

⑦難病医療費助成指定医療機関指定書の再交付

【事由】

難病医療費助成指定医療機関指定書の破損、亡失等により再交付を希望するとき。

【提出書類】

難病医療費助成指定医療機関指定書再交付申請書（難病法施行細則別記第 23 号様式）

⑧指定医療機関の更新

【事由】

現在受けている指定の有効期間満了後も、引き続き指定を受けようとするとき。

【提出書類】

難病医療費助成指定医療機関指定申請書（難病法施行細則別記第 18 号様式）
※ 申請書の「更新」に○をつける。
※ 現在受けている指定の有効期間満了日以前の 12 か月以内に更新申請を行うこと。
※ 更新後の指定有効期間は、更新前の指定有効期間満了日の翌日から 5 年間となる。

⑨難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則第 43 条第 2 号の規定による届出

【事由】

医療法第 24 条、第 28 条若しくは第 29 条、健康保険法第 95 条、介護保険法第 77 条第 1 項又は医薬品、医療機器等の品質、有効性及び安全性の確保等に関する法律第 72 条第 4 項若しくは第 75 条第 1 項に規定する処分を受けたとき。

【提出書類】

難病医療費助成指定医療機関業務休止等届（難病法施行細則別記第 21 号様式）
※「届出事由」の欄は「4 その他」に○を付け、「内容・理由」の欄に具体的な内容を規定する。

(7) 申請書等の配布

申請等に必要書類は、東京都保健医療局保健政策部疾病対策課で配布しているほか、東京都保健医療局ホームページからダウンロードすることが可能となっている。

【東京都保健医療局ホームページ「難病指定医療機関制度の要件・申請手続について」】

<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenko/nanbyo/portal/shiteikikan/shinsei.html>

(8) 申請書等の提出先

〒163-8001

東京都新宿区西新宿 2-8-1

東京都保健医療局保健政策部疾病対策課 疾病対策担当

6. 指定医

患者が難病法に基づく医療費助成の助成（特定医療費の支給）の申請を行う際、都道府県が指定した医師が作成した所定の診断書（臨床調査個人票）を添付することが必要とされている。

(1) 指定医の種類、要件及び申請手続

①難病指定医

難病法に基づく医療費助成の新規申請及び更新申請に必要な臨床調査個人票を作成することができる。

【要件】

次の(i)及び(ii)の要件を満たした上で、(iii)又は(iv)のどちらかの要件を満たすこと。

- (i) 診断又は治療に5年以上従事した経験を有すること。
- (ii) 診断書を作成するのに必要な知識と技能を有すること。
- (iii) 厚生労働省が定める認定機関が認定する専門医の資格を有すること。
- (iv) 都道府県の行う研修を修了していること((iii)の要件を満たす場合は、研修受講は不要)。
※東京都では、厚生労働省の「難病指定医向けオンライン研修サービス」を活用して実施している
<https://nanbyo-shiteii.mhlw.go.jp/register>

【申請手続】

次の書類を、東京都に提出する。

- (i) 指定医指定申請書兼経歴書(難病法施行細則別記第5号様式)
- (ii) 医師免許証の写し
- (iii) 専門医に認定されていることを証明する書類の写し(専門医資格により申請する場合)
※申請日時点で有効なことが確認できるもの(有効期間の記載があるもの)
- (iv) 都道府県等の行う研修を修了したことを証明する書類の写し(研修修了資格により申請する場合)

②協力難病指定医

難病法に基づく医療費助成の更新申請に必要な臨床調査個人票のみを作成することができる。

※ ①の難病指定医の指定を受けていれば、協力難病指定医の指定を受ける必要はない。

【要件】

次の(i)から(iii)までの全ての要件を満たすこと。

- (i) 診断又は治療に5年以上従事した経験を有すること
- (ii) 診断書を作成するのに必要な知識と技能を有すること
- (iii) 都道府県知事が行う研修※を修了したこと
※東京都では厚生労働省の「難病指定医向けオンライン研修サービス」を活用して実施している。
厚生労働省「難病指定医向けオンライン研修サービス」はこちらから
<https://nanbyo-shiteii.mhlw.go.jp/register>

【申請手続】

次の書類を、東京都に提出する。

- (i) 指定医指定申請書兼経歴書(難病法施行細則別記第5号様式)
- (ii) 医師免許証の写し
- (iii) 都道府県等の行う研修を修了したことを証明する書類の写し(研修修了資格により申請する場合)

(2) 指定医の指定

①指定医指定通知書の交付

東京都により指定医の指定がされたときは、次に掲げる事項を記載した指定医指定通知書(難病法施行細則別記第4号様式以下「通知書」という。)が当該指定医に交付される。

また、(i)、(iv)、(vi)、(vii)及び(viii)に掲げる事項については東京都ホームページで公表される。

- (i) 指定医の氏名
- (ii) 生年月日
- (iii) 連絡先(東京都においては、医師の現住所ではなく、(vi)の所在地を記載)
- (iv) 指定医の種類(「難病指定医」又は「協力難病指定医」)
- (v) 指定医番号(2桁の数字+アルファベット1文字+7桁の数字)
- (vi) 診療に主に従事する医療機関の名称及び所在地
- (vii) 診療に主に従事する医療機関において担当する診療科名
- (viii) 指定有効期限

②指定の有効期間

指定医の有効期間は、5年を超えない期間とされている。東京都では、東京都が申請書類を収受した日の属する月の1日から5年間としている。

③指定を行わない事由

都道府県知事は、医師が次のいずれかに該当する場合は、指定医の指定をしないことができる。

- (i) 医師免許証を取り消され、又は期間を定めて医業の停止を命ぜられたことにより、指定医の指定を取り消されてから5年を経過しない者
- (ii) 難病法若しくは難病法に基づく命令に違反し、又は指定難病の診断若しくは治療に関し著しく不当な行為を行ったことその他指定医として著しく不相当と認められたことにより、指定医の指定を取り消されてから5年を経過しない者
- (iii) その他指定医として著しく不相当と認められる者

(3) 指定医の指定後の手続

指定医は、指定を受けた後、次に掲げる事由が生じた場合には、東京都に届出等の手続を行うものとする。

①指定医の指定内容変更

【事由】

主たる勤務先（都内）、氏名等の変更が生じたとき。

【提出書類】

指定医指定内容変更届（難病法施行細則別記第6号様式）

※ 氏名の変更の場合は、旧氏名と新氏名が確認できるもの（戸籍抄本（原本）や運転免許証の写し等）の添付も必要となる。

②指定医の辞退

【事由】

退職、他道府県の医療機関への異動等により、指定医を辞退するとき。

【提出書類】

指定医指定辞退申出書（難病法施行細則別記第7号様式）

③指定医指定通知書の再交付

【事由】

指定医指定通知書の破損、亡失等により再交付を希望するとき。

【提出書類】

指定医指定通知書再交付申請書（難病法施行細則別記第8号様式）

④指定医の更新

【事由】

現在受けている指定の有効期間満了後も、引き続き指定を受けようとするとき。

【提出書類】

新規申請時と同様

※ 指定医指定申請書兼経歴書の「更新」に○をつけて、指定医番号を記入すること。

※ 現在受けている指定の有効期間満了日以前の12か月以内に更新申請を行うこと。

※ 更新後の指定有効期間は、更新前の有効期間満了日の翌日から5年間となる。

(4) 申請書等の配布

申請等に必要書類は、東京都保健医療局保健政策部疾病対策課で配布しているほか、東京都保健医療局ホームページからダウンロードすることが可能となっている。

【東京都保健医療局ホームページ「難病指定医制度の要件・申請手続について」】

<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenko/nanbyo/portal/shiteii/shinsei.html>

(5) 申請書等の提出先

〒163-8001

東京都新宿区西新宿2-8-1

東京都保健医療局保健政策部疾病対策課 疾病対策担当

7. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

医療保険証又は介護保険証とともに医療受給者証及び自己負担上限（限度）額管理票の提出を求め、医療受給者証の負担者番号、受給者番号、認定疾病・病名、有効期間等を確認し、医療受給者証に自己負担限度額が記載されている場合は、限度額まで徴収する。自己負担上限（限度）額管理票を提出された場合は、自己負担額等を記入する。

なお、自己負担上限（限度）額管理票は、医療費助成の申請手続等の添付書類として利用する場合があるため（後述 12 及び 13 の Q 4 を参照）、患者の負担上限月額に達している場合であっても、医療費総額欄の記載を行うことが望ましい。

(2) 請求方法

① 一般処理

保険（後期高齢者医療及び介護保険を含む。以下同じ）分及び医療費助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求する。

② 例外処理

「難病医療（指定難病）「54」の患者負担額を法別番号「82」で助成する場合」

「難病医療（指定難病）「54」の患者負担額を難病医療「83」で助成する場合」

※ 国保及び後期高齢者医療に限る。社保は併用レセプトで請求可

上記に掲げる㊦医療費助成分（「82」又は「83」）は、例外処理として、保険分とは別に㊦東京都負担医療費請求書等（P. 234・235 参照）により請求する。

なお、法別番号「82」、難病医療「83」以外の保険分と先に適用される公費は、併用レセプトにより「支払基金」又は「国保連合会」へ請求する。

(3) レセプト記載上の注意事項

「診療報酬請求書等の記載要領等について」による。

- ・レセプトの負担者番号・受給者番号欄は、医療受給者証等の番号を記入する。
- ・療養の給付欄の公費の項に外来における「一部負担金額」の項又は入院における「負担金額」の項に医療費助成の患者一部負担額を記入する。
- ・医療費助成の対象医療とそれ以外の医療が併せて行われる場合は、療養の給付欄の公費の項に医療費助成分の保険点数、次いで療養の給付に応じて一部負担金額、食事・生活療養費の請求額及び標準負担額を記入する。
- ・医療受給者証の適用区分に応じた特記事項欄等の記載が必要となる。詳しくは、(5) 高額療養費の項を参照。

(4) 提出先・提出期日・支払日

請求種別	提出先	提出期日	支払日
国保及び後期高齢者医療 併用レセプト	東京都国民健康保険団体連合会	診療月の 翌月 10 日まで	診療月の 翌々月 20 日頃
社保併用レセプト 公費単独レセプト（医療保険分）	社会保険診療報酬支払基金 関東審査事務センター	診療月の 翌月 10 日まで	診療月の 翌々月 20 日頃
介護保険併用レセプト 公費単独レセプト（介護保険分）	東京都国民健康保険団体連合会	診療月の 翌月 10 日まで	診療月の 翌々月 20 日頃
その他例外処理での ㊦東京都負担医療費請求書等	東京都福祉局保健政策部医療助成課 〒163-8001 新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号 電話番号 03 (5320) 4454	診療月の 翌月 10 日まで	診療月の 翌々月 10 日頃

(5) 高額療養費に該当する場合

高額療養費に該当する場合は、その限度額から自己負担額を控除した額が医療助成額となる。併用レセプトを使用することにより、高額療養費等に相当する額は、保険者から保険分と併せて支払われる。難病医療「54」の受給者証については、受給者証の適用区分欄に記載された記号により、特記事項欄等に所得区分を記載する。(下表参照)

受給者証の適用区分	レセプトの特記事項	
		多数回該当
ア	26区ア	31多ア
イ	27区イ	32多イ
ウ	28区ウ	33多ウ
エ	29区エ	34多エ
オ	30区オ	
VI	26区ア	31多ア
V	27区イ	32多イ
IV	28区ウ	33多ウ
Ⅲ (前期高齢)	29区エ	34多エ
Ⅲ (後期高齢2割)	41区カ	43多カ
Ⅲ (後期高齢1割)	42区キ	44多キ
II	30区オ	摘要欄 低所得II
I		摘要欄 低所得I

8. 医療保険との関係

(1) 国保、後期高齢者医療又は社保・外来・患者一部負担額ありの場合



※ 医療保険適用後の自己負担割合が30%の場合は、医療費助成により自己負担割合が20%となる。

(2) 国保、後期高齢者医療又は社保・外来・患者一部負担額なしの場合



9. 請求事例

(1) 事例1 「難病医療（指定難病 54136015）により医療費助成を行う場合」

A 病院 外来診療 実日数3日（患者負担率3割（難病医療費の負担率は2割）、所得区分「ウ」）

自己負担上限月額 10,000円 難病医療対象分 5,500点（総医療費も同点数とする。）

[自己負担上限額管理票の記載内容] B=A×0.2 CはBの累積（7月31日は、上限額を超えたため負担なし）

特定医療費(指定難病)					
令和5年7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) A	自己負担額 B	自己負担の累積額(月額) C	徴収印
7月5日	○○○病院	15,000円	3,000円①	3,000円	印
7月5日	××薬局	5,000円	1,000円	4,000円	印
7月20日	○○○病院	25,000円	5,000円②	9,000円	印
7月20日	××薬局	10,000円	1,000円	10,000円	印
7月31日	○○○病院	15,000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	徴収印
7月20日	××薬局	印



[計算式]

医療保険 38,500円

[5,500点×7割]

難病医療 8,500円

[5,500点×3割-8,000円①+②]

患者負担 8,000円 ①+②

[(5,500点-1,500点)×2割]

↑ 3日目の総点数

レセプト記載例

療養の給付	保険	請求点	決定点	一部負担金	円	
		5,500				
	公費①					8,000
	公費②					

※ 公費①の欄に、医療費助成成分の患者一部負担額を記載する。

(2) 事例2 高齢受給者証及び後期高齢者医療

「難病医療（指定難病 54136015）により医療費助成を行う場合」

B 病院 外来診療 実日数3日（患者負担率2割、所得区分「Ⅲ」）

自己負担上限月額 10,000円 難病医療対象分 5,500点（総医療費も同点数とする。）

[自己負担上限額管理票の記載内容] B=A×0.2 CはBの累積（7月31日は、上限額を超えたため負担なし）

特定医療費(指定難病)					
令和5年7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) A	自己負担額 B	自己負担の累積額(月額) C	徴収印
7月5日	○○○病院	20,000円	4,000円	4,000円	印
7月5日	××薬局	5,000円	1,000円	5,000円	印
7月20日	○○○病院	20,000円	4,000円	9,000円	印
7月20日	××薬局	10,000円	1,000円※	10,000円	印
7月31日	○○○病院	15,000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	徴収印
7月20日	××薬局	印

1日目 医療費総額 20,000円 ①(20,000円×0.2=4,000円)

80%	20%
医療保険 16,000円	患者負担 4,000円
保険者負担	患者一部負担額 4,000円 ①

2日目 医療費総額 20,000円 ②(20,000円×0.2=4,000円)

80%	20%
医療保険 16,000円	患者負担 4,000円
保険者負担	患者一部負担額 4,000円 ②

3日目 医療費総額 15,000円 (既に上限額に達しているため患者負担なし)

80%	20%
医療保険 12,000円	患者負担 3,000円
保険者負担	医療費助成 3,000円

[計算式]

医療保険 44,000円

[5,500点×8割]

難病医療 3,000円

[5,500点×2割-8,000円①+②]

患者負担 8,000円 ①+②

[(5,500点-1,500点)×2割]

↑ 3日目の総点数

レセプト記載例

療養の給付	保険	請求 点	※決定 点	一部負担金 円	
		5,500			
	公費 ①				8,000
	公費 ②				

※ 公費①の欄に、医療費助成成分の患者一部負担額を記載する。

7月20日 ××薬局 ※=10,000円(A)×0.2-(10,000円(上限額)-9,000円(C))

(3) 事例3 「難病医療（指定難病 54136015）により医療費助成を行う場合」

C 病院 外来診療 実日数3日（後期高齢者医療制度患者負担率1割、所得区分「Ⅱ」）

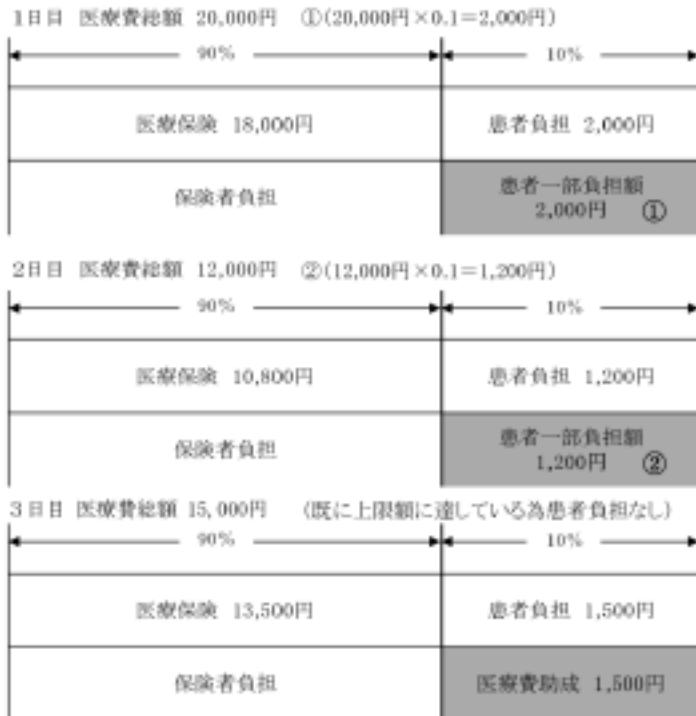
自己負担上限月額 5,000円 難病医療対象分 4,700点（総医療費も同点数とする。）

[自己負担上限額管理票の記載内容] B=A×0.2 CはBの累積（7月31日は、上限額を超えたため負担なし）

特定医療費(指定難病)					
令和5年7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) A	自己負担額 B	自己負担の累積額(月額) C	徴収印
7月5日	○○○病院	20,000円	2,000円	2,000円	印
7月5日	××薬局	15,000円	1,500円	3,500円	印
7月20日	○○○病院	12,000円	1,200円	4,700円	印
7月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円	印
7月31日	○○○病院	15,000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	徴収印
7月20日	××薬局	印



[計算式]

後期高齢者医療制度 42,300円
 [4,700点×9割]
 難病医療 1,500円
 [4,700点×1割-3,200円①+②]
 患者負担 3,200円 ①+②
 [(4,700点-1,500点)×1割]

↑ 3日目の総点数

レセプト記載例

療費の給付	保険	請求	点	率決定	点	一部負担金	円
		公費	4,700	点	点		
①	公費		点	点		3,200	円
②	公費		点	点			円

※ 公費①の欄に、医療費助成成分の患者一部負担額を記載する。

10. 介護保険の請求方法

介護保険分及び公費助成分を1枚のレセプトで併せて請求する。

介護保険は介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成12年3月厚生省令第20号）の例による。併用レセプトを使用することにより、高額介護サービス費に相当する額（37,200円を超える利用者負担額）は介護保険分及び公費助成分と併せて支払われる。

「介護保険との関係 介護保険＋難病医療（指定難病）「54」」

医療費助成対象 100%			
90%		10%	
介護保険		高額介護サービス費	患者負担
保険者負担		保険者負担	医療費助成 患者一部負担

※介護保険適用後の自己負担割合が2割となる方（平成27年8月1日以降）及び3割となる方（平成30年8月1日以降）については保険者と患者との負担割合がそれぞれ80%、20%となる。

11. 現金給付（償還払い）

(1) 医療費

医療費の受給者が、認定の申請中等で医療受給者証を医療機関の窓口で提示できないときは、医療保険単独の扱いとなるので自己負担分を窓口で徴収する。患者は、医療機関の窓口で支払った金額について、東京都福祉局に支給申請を行い、医療費の償還を受ける。「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」内の療養証明欄は、医療機関で記入する。医療機関は、患者に医療受給者証の提示を求め、有効期間及び認定疾病・病名を確認し、レセプトの点数のうち指定難病にかかる医療費分について記載する。なお、領収書だけでは、診療内容が確認できないので、療養証明欄により、難病医療費助成対象（指定難病）の医療費であることを証明する必要がある。

(2) 介護給付費

介護給付費の利用者負担額は助成される。介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書の介護給付費利用者負担額証明欄はサービス事業者等で記入する。

(3) 用紙の配付

申請に必要な各種書類は、各区市町村の担当窓口で配布しており、用紙をコピーして使用することも可能。東京都福祉局では公式ホームページに掲載しておりダウンロードが可能となっている。

[現金給付（償還払い）の申請に必要な書類]

本則「公費負担者番号：54136015」「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病用）」

（ダウンロード用：http://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_nanbyo.html）

[介護給付費の利用者負担額の助成に必要な書類]

「介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書」（P.144 参照）

（ダウンロード用：http://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_kaigo.html）

[請求先] 東京都福祉局生活福祉部医療助成課

〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号 ☎5320-4454

※ 生活保護受給者に係る償還払いについては、医療機関及びサービス事業者での療養証明欄及び介護給付費利用者負担額証明欄への記載は不要。

12. 難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

難病法に基づく医療費助成制度では、いわゆる「軽症かつ高額」及び「高額かつ長期」の制度がある。

患者が、これらの手続を行う場合、難病に係る医療費総額に関する医療機関の証明として、「難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書」又は「軽症かつ高額用申請書兼療養証明書」の添付が必要となる。

患者から証明の依頼があった場合には、当該様式中の療養証明欄に、難病に関する医療費総額（10割分）の金額を記載

して、証明する。

なお、これらの証明は、自己負担上限（限度）額管理票で医療費総額が確認できる場合は、それをもって代えられるため、医療機関窓口で、自己負担上限（限度）額管理票を提出された場合は、患者の負担上限月額に達している場合であっても、医療費総額欄の記載を行うことが望ましい。

難病法改正により、令和5年10月から「軽症かつ高額」により認定された患者に係る医療費助成の開始時期が、下記(1)に記載の認定基準を満たした日の翌日からとなったことに伴い、証明欄が日ごとになりました。お手数ですが、照会時にご案内する対象期間内のうち、古い日から順に記載いただきたい。

(1) 「軽症かつ高額」の制度

難病法に基づく医療費助成の認定基準は、

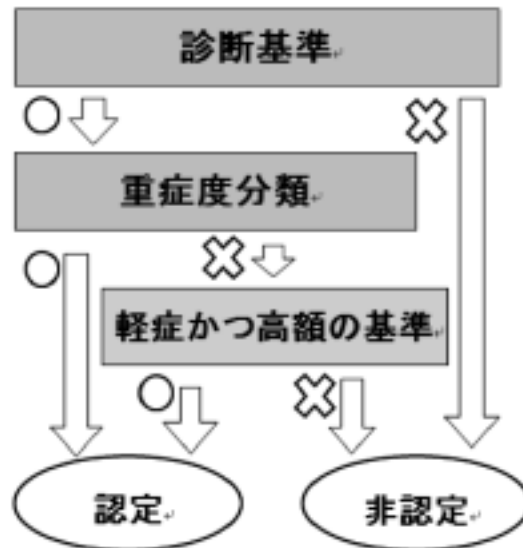
申請に係る難病について、① 国の定める診断基準を満たした上で、

② 病状が、国の定める重症度分類を満たすこと。

又は

③ ②の基準を満たさないが、医療費助成の申請をした日の属する月以前の12か月以内（申請月を含む。なお、発症日が申請日から過去1年未満の場合は、発症日から）において、申請した難病にかかった医療費又は難病医療費助成対象の介護サービス利用料の総額が、33,330円を超える月が3か月以上あること（「軽症かつ高額」の基準を満たすこと。）。

とされており、重症度分類を満たさない場合でも、「軽症かつ高額」の基準を満たす場合には、医療費助成の認定が受けられる仕組みになっている。



東京都では、医療費助成の申請の際に患者から提出された臨床調査個人票を審査した結果、「軽症かつ高額」の対象になる可能性のある方に、「軽症かつ高額」の案内・申請書類一式を送付している。

(2) 「高額かつ長期」の制度

難病法に基づく医療費助成の認定を受けた患者に関する制度で、「高額かつ長期」の認定申請を行った日の属する月以前の12か月の間において、支給認定を受けた指定難病の1か月当たりの医療費総額が50,000円を超えた月が6か月以上あるときは、階層区分に応じて、負担上限月額が軽減される（前述3の「患者一部負担額」を参照）。

13. Q & A

Q1) 訪問看護や訪問診療の際、出先で毎回金額を請求することができないが、どのように請求したらよいのか。

A1) 訪問診療や訪問看護を実施した月の月末の日付で、月の診療又は訪問看護費用を記載し、請求することが可能。その際、すでに自己負担上限月額まで達していた場合は、上限額を超える分は全て公費に請求することとなり、達していない分については、本人への請求となる。

Q2) Q1の請求を口座引き落としで行っている場合、徴収印は、口座の引き落としを確認してからにしたい。実際にいつの段階で押せばいいのか。診療・訪問した月から1か月又は2か月は遅れてしまうことが考えられる。自己負担上限額管理票を預かってもらってもよいのか。

- A2) 自己負担上限額管理票を一つの事業所が預かってしまうと、患者の方が他の医療機関で受診する際に問題となる可能性がある。そのため、あらかじめ患者に関わる医療機関が分かっている場合に、事前に関係機関での協議により、毎月、自己負担上限額を超えることが経験上分かっている医療機関があれば、その機関のみが自己負担上限額管理票に記載し患者の方からの徴収を行うこととし、その他の機関は始めから公費請求を行うこととするなどといった取り決めをしておくことも考えられる。
- Q3) 介護保険では、1円単位で請求が出てくるが、自己負担上限額管理票にはどのように記載したらよいのか。
- A3) 本人に対する請求を1円単位で行った後、自己負担上限額管理票には、10円未満を四捨五入した金額を記載することとされている。
- Q4) 自己負担上限額に達している等、患者の自己負担が生じない場合も、自己負担上限額管理票に記載する必要があるか。
- A4) 自己負担上限額管理票に総医療費の記載が必要であるのは、①高額かつ長期に渡り医療費が必要となる方に対して今後の医療費助成における自己負担上限月額が軽減される根拠となる可能性があることと、②軽症かつ高額な医療費を要することを持って医療費助成の対象となることを証明する根拠となる可能性があること、二つの理由からである。そのため、患者自己負担額の有無にかかわらず、原則として記入することが望ましい。
- ①「高額かつ長期」の基準
 認定を受けた後、一月の医療費総額（認定を受けた難病に係る10割分）が高額（5万円超）である月が6回以上ある場合
 → 患者の方の区市町村住民税の課税額等に応じ、自己負担上限月額が下がる場合がある。
- ②「軽症かつ高額」の基準
 一月の医療費総額（認定に関する難病に係る10割分）が高額（33,330円超）である月が3回以上ある場合
 → 軽快・重症化を繰り返す疾病に罹患しているなど更新時に軽快し認定の基準である重症度分類を満たさない場合であっても認定となる。
- Q5) 病院・診療所が処方箋を前月の終わりに発行し、その月を超えて保険薬局に処方箋が持ち込まれた場合、自己負担上限額管理票はいつの月に記載すればよいか。
- A5) レセプト請求の月と同じように実際に診察・処方や調剤を行った月に記載してする。具体的には、病院・診療所は、処方箋を発行した月に、保険薬局は、調剤を行った月に記載する。
- Q6) 受給者証を提示されたが、自己負担上限額管理票を持ってこなかった患者に対し、どのように取り扱えばよいか。
- A6) 患者一部負担割合が3割の方については、医療費総額の2割の額又は受給者証に記載された負担上限月額のうちの低い方の額を徴収する。払いすぎた分については、後日、患者から直接、東京都保健医療局に超過分を請求することになる。
- Q7) 「54」の医療受給者証だけでなく、「80」のマル障を持っている患者が受診しているが、「80」のマル障のみ適用してよいか。
- A7) 「54」の難病医療と「80」のマル障の併用がある場合、優先順位としては、第一公費を「54」の難病医療、第二公費を「80」のマル障とする。
- Q8) 「83」のマル都医療券（難病・都疾病）だけでなく、「80」のマル障を持っている患者が受診しているが、「80」のマル障のみ適用してよいか。
- A8) 「83」のマル都医療券（難病・都疾病）と「80」のマル障の併用がある場合、優先順位としては、第一公費を「83」のマル都医療券（難病・都疾病）、第二公費を「80」のマル障とする。

【参考】一部負担金の徴収方法（難病医療54とマル障課税者80136*・マル親課税者81136***）**

難病医療（54）で一部負担額が発生する場合に、一部負担額から医療費総額の1割（ただし、当該受診の難病医療（54）の自己負担額まで）を控除した額をマル障・マル親に請求する。

一部負担金の徴収方法（難病（都疾病）83とマル障課税者80136*・マル親課税者81136***）**

難病（83）（都疾病）で一部負担額が発生する場合に、一部負担額から医療費総額の1割（ただし、当該受診の難病医療の自己負担額まで）を控除した額をマル障・マル親に請求する。

【事例】難病医療（54）54136015 70歳未満の者（患者負担3割の場合）

- 自己負担上限額；低所得Ⅱ（5,000円）
- 一般の健康保険加入者（窓口負担3割 → 2割）
- マル障・マル親の自己負担額：1割

難病医療（54）の一部負担額をマル障・マル親が助成する。ただし、医療費総額の1割（当該受診の際の難病医療（54）の自己負担額まで）は自己負担となる。

(円)

$B=A \times 0.7$ $C=A \times 0.3$ $D=C-E$ $E=A \times 0.2$ (上限有) $F=A \times 0.1$ $G=E-F$

診療日	医療費 総額 A	医療保険		難病医療（54）		マル障（課税）・マル親（課税）		
		保険給付 B	一部負担 C	助成 D	一部負担 E	助成 F	一部負担 G	考え方
1日目	22,000	15,400	6,600	2,200	4,400	2,200	2,200	1割負担
2日目	10,000	7,000	3,000	2,400	600	0	600	1割のうち難病上限まで
3日目	20,000	14,000	6,000	6,000	0	0	0	
4日目	50,000	35,000	15,000	15,000	0	0	0	
合計	102,000	71,400	30,600	25,600	5,000	2,200	2,800	

難病医療（54）の自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

難病（83）（都疾病）83136010 70歳未満の者（患者負担3割の場合）

- 自己負担上限額；低所得Ⅱ（5,000円）
- 一般の健康保険加入者（窓口負担3割 → 2割）
- マル障・マル親の自己負担額：1割

難病（都疾病）の一部負担額をマル障・マル親が助成する。ただし、医療費総額の1割（当該受診の際の難病（都疾病）の自己負担額まで）は自己負担となる。

(円)

$B=A \times 0.7$ $C=A \times 0.3$ $D=C-E$ $E=A \times 0.2$ (上限有) $F=A \times 0.1$ $G=E-F$

診療日	医療費 総額 A	医療保険		難病（都疾病）		マル障（課税）・マル親（課税）		
		保険給付 B	一部負担 C	助成 D	一部負担 E	助成 F	一部負担 G	考え方
1日目	22,000	15,400	6,600	2,200	4,400	2,200	2,200	1割負担
2日目	10,000	7,000	3,000	2,400	600	0	600	1割のうち難病上限まで
3日目	20,000	14,000	6,000	6,000	0	0	0	
4日目	50,000	35,000	15,000	15,000	0	0	0	
合計	102,000	71,400	30,600	25,600	5,000	2,200	2,800	

難病（都疾病）の自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

12 その他、難病医療費助成制度に関する情報については、東京都保健医療局のホームページ「難病ポータルサイト」の項目に掲載されている。

<http://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenko/nanbyo/portal/seido/index.html>

厚生労働大臣が定める専門医の資格

専門医の資格	認定機関総合内科専門医
総合内科専門医	日本内科学会、日本専門医機構
小児科専門医	日本小児科学会、日本専門医機構
皮膚科専門医	日本皮膚科学会、日本専門医機構
精神科専門医	日本精神神経学会、日本専門医機構
外科専門医	日本外科学会、日本専門医機構
整形外科専門医	日本整形外科学会、日本専門医機構
産婦人科専門医	日本産科婦人科学会、日本専門医機構
眼科専門医	日本眼科専門医、日本専門医機構
耳鼻咽喉科専門医	日本耳鼻咽喉科学会、日本専門医機構
泌尿器科専門医	日本泌尿器科学会、日本専門医機構
脳神経外科専門医	日本脳神経外科学会、日本専門医機構
放射線科専門医	日本医学放射線学会、日本専門医機構
麻酔科専門医	日本麻酔科学会、日本専門医機構
病理専門医	日本病理学会、日本専門医機構
臨床検査専門医	日本臨床検査医学会、日本専門医機構
救急科専門医	日本救急医学会、日本専門医機構
形成外科専門医	日本形成外科学会、日本専門医機構
リハビリテーション科専門医	日本リハビリテーション医学会、日本専門医機構
消化器病専門医	日本消化器病学会、日本専門医機構
循環器専門医	日本循環器学会、日本専門医機構
呼吸器専門医	日本呼吸器学会、日本専門医機構
血液専門医	日本血液学会、日本専門医機構
内分泌代謝科（内科・小児科・産婦人科）専門医	日本内分泌学会、日本専門医機構
糖尿病専門医	日本糖尿病学会、日本専門医機構
腎臓専門医	日本腎臓学会、日本専門医機構
肝臓専門医	日本肝臓学会、日本専門医機構
アレルギー専門医	日本アレルギー学会、日本専門医機構
感染症専門医	日本感染症学会、日本専門医機構
老年病専門医	日本老年医学会、日本専門医機構
神経内科専門医	日本神経学会、日本専門医機構
消化器外科専門医	日本消化器外科学会、日本専門医機構
呼吸器外科専門医	日本胸部外科学会、日本呼吸器外科学会、日本専門医機構
心臓血管外科専門医	日本胸部外科学会、日本心臓血管外科学会、日本血管外科学会、日本専門医機構
小児外科専門医	日本小児外科学会、日本専門医機構
リウマチ専門医	日本リウマチ学会、日本専門医機構
小児循環器専門医	日本小児循環器学会、日本専門医機構
小児神経専門医	日本小児神経学会、日本専門医機構
小児血液・がん専門医	日本小児血液・がん学会、日本専門医機構
周産期（新生児）専門医	日本周産期・新生児医学会
周産期（母体・胎児）専門医	日本周産期・新生児医学会
婦人科腫瘍専門医	日本婦人科腫瘍学会、日本専門医機構
生殖医療専門医	日本生殖医学会、日本専門医機構
頭頸ケイ部がん専門医	日本頭頸ケイ部外科学会、日本専門医機構
放射線治療専門医	日本放射線腫瘍学会、日本医学放射線学会、日本専門医機構
放射線診断専門医	日本医学放射線学会、日本専門医機構
手外科専門医	日本手外科学会、日本専門医機構
脊椎脊髄外科専門医	日本脊髄外科学会、日本脊椎脊髄学会、日本専門医機構
集中治療専門医	日本集中治療医学会、日本専門医機構
周産期専門医	日本専門医機構
消化器内視鏡専門医	日本消化器内視鏡学会、日本専門医機構

第4号様式（第5条、第7条関係）

第 年 第 月 日

指定医指定通知書

殿

東京都知事 印

随病の患者に対する医療等に関する法律第6条第1項の規定による医師につ
いて、次のとおり 指定します ので通知します。
指定を更新します。

指定医氏名	生年月日	
連絡先		
指定医の種類		
指定医番号		
主たる勤務先の 医療機関名	相当する 診療科	
医療機関の 所在地		
指定有効期間	年 月 日から 年 月 日まで	

【備考】

- 指定医の有効期間は、指定された日から5年間とします。
- 上記の記載事項に変更があった場合は、変更の届出が必要になります。

（日本工業規格JIS A 4 第4章）

第5号様式（第6条、第10条関係）

特定医療従事者等登録簿

姓名、性別、国籍、生年月日、住所、電話番号、登録番号、登録日、年、月、日

氏名 メイキアトムス

有価証券の取得状況について、当簿に記載する。また、取得した有価証券の取得日、取得金額、取得先を記載してください。
（取得した有価証券の種類、取得金額、取得先を記載してください。）

現在所 ---

生年月日	年 月 日	年 月 日
医療従事者番号	第 号	取得登録年月日
主たる勤務先 の医療機関	名称	従事した期間
	所在地	年 月 ～ 年 月
	担当する 科目等	年 月 ～ 年 月
	医療機関	年 月 ～ 年 月
医師又は治療士に就任し た日（或は就任準備 及び研修等を行う期 間）	年 月 ～ 年 月	従事した期間等の名称
申請区分 医療従事者、 療養医療従事者 （ごらんに口を付けてください。）		
専門医資格、準3	専門医 の名称	取得期間 （年 月 日）
研修が行った期間、準4	研修名称	研修終了 年月日

※ ホームページの掲載内容(東京都ホームページ)に掲載する氏名及び取得登録番号は、(都)特定医療従事者登録簿に印字する氏名と
同じです。また、(都)ホームページに掲載する氏名は、取得した有価証券と一致し、両方の氏名が一致しない場合は、取得した有価証券を
提出してください。取得した有価証券の取得日、取得金額、取得先を記載してください。また、取得した有価証券の取得日、取得金額、
取得先を記載してください。また、取得した有価証券の取得日、取得金額、取得先を記載してください。また、取得した有価証券の取得日、
取得金額、取得先を記載してください。また、取得した有価証券の取得日、取得金額、取得先を記載してください。また、取得した有価証券の
取得日、取得金額、取得先を記載してください。また、取得した有価証券の取得日、取得金額、取得先を記載してください。また、取得した
有価証券の取得日、取得金額、取得先を記載してください。また、取得した有価証券の取得日、取得金額、取得先を記載してください。また、
取得した有価証券の取得日、取得金額、取得先を記載してください。また、取得した有価証券の取得日、取得金額、取得先を記載して
ください。

【注】

- 取得登録料の納入
- 専門医の認定書の交付（有効期間が満了されているものに限り、）申請書提出日より「専門医認定書」の申請を行う場合のみ
交付が必要です。
- 研修が行った期間を修正したことを証明する書類を提出した場合は、「専門医認定書」又は「療養医療従事者」の申請を行う
場合のみ交付が必要となります。

（日本工業規格JIS A 4 第4章）

指定医指定内容変更届

東京都知事 殿

職務の専者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、次のとおり申請事項の変更があったため届け出ます。

(届出日) 年 月 日
(届出者) 氏 名

生年月日 年 月 日

変更後の内容

ふりがな	電話番号	
氏 名	F-97713A	
現 住 所	〒	
指定医の種類	難病指定医、協力難病指定医 (どちらかを選択してください)	
指定医番号		
主たる勤務先 の医療機関	名 称	〒
	所在地	
	電話番号	
	該当する診療科名	

変更後の内容(変更のあった事項のみ記載してください)

変更事由発生日 年 月 日

ふりがな	電話番号	
氏 名(新)	F-97713A	
ホームページ記載氏名 (旧姓の姓(姓) 姓2 (旧姓の姓(姓) 姓2	指定番号(旧姓) 姓2 (旧姓の姓(姓) 姓2	
現住所	〒	
主たる勤務先 の医療機関	名 称	〒
	所在地	
	電話番号	
	該当する診療科名	

※1 氏名を変更した場合は、当該変更の履歴を添付する書類(内閣府本明)を添付してください。
※2 ホームページ掲載氏名(旧姓)は、旧姓のホームページに掲載する氏名(及び指定医師申請書)と異なる(指定医指定届出書)に併せて(氏名)の変更を希望する場合は、上記「氏名」欄の氏名と併せて(旧姓)の氏名が掲載されている書類(医療免許簿の写し等)を添付してください。

(日本産業団体入団4章)

指定医指定辞退届出書

東京都知事 殿

職務の専者に対する医療等に関する法律第6条第1項に規定する医師の指定について、次のとおり辞退します。

申 出 日 年 月 日

申 出 者

ふりがな	電話番号	
氏 名	メールアドレス	
現 住 所	〒	
指定医の種類	難病指定医、協力難病指定医 (どちらかを選択してください)	
指定医番号		
主たる勤務先 の医療機関	名 称	
	所在地	
	電話番号	

辞退年月日 年 月 日

辞退の理由

--

※指定医指定届出書(原本)を添付してください。

(日本産業団体入団4章)

第8号様式(第18条関係)

指定医指定通知書再交付申請書

東京都知事 殿

罹病の患者に対する医療等に関する法律施行細則第10条の規定に基づき、指定医指定通知書の有交付について、次のとおり申請します。

申請日 年 月 日

申請者

ふりがな	電話番号
氏名	〒
居住所	
生年月日	年 月 日
年齢	歳
医療機関番号	医療機関番号
指定医の職名	年 月 日
指定医番号	年 月 日
名 称	難病指定医・暴力難病指定医 (どちらかに○を付けてください)
所在地	
電話番号	

再交付申請理由(いづれかに○を付けてください)

1 指定医指定通知書を重畳したため(※1)
2 指定医指定通知書を再発したため(※1)
3 指定医指定通知書を丢失又は滅失したため(※2)

※1 再交付理由が重複又は劣悪の場合は、当該指定医指定通知書を添付してください。

※2 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医指定通知書を見つけたときは、当該指定医指定通知書を送付又は加害に返還してください。

(日本産業規格A列4番)

第9号様式(第11条関係)

特定医療費(指定難病)受給者証
(表)

公費負担者番号									
受給者番号									
住所									
氏名									
生年月日	年	月	日	日生					
保護者(受診者が18歳未満の場合)	住所								
	氏名	続柄							
①									
②									
③									
疾病名									
保険者番号									適用区分
有効期間									
負担上限月額									
名称									
所在地									
名称									
所在地									
名称									
所在地									
高額長期	階層	軽症高額	呼吸器等	同一世帯					

緊急その他やむを得ない場合には、本医療受給者証に記載されている指定医療機関以外の指定医療機関での診療等も特定医療費の支給対象となる。

上記のとおり、認定する。
年 月 日 東京都知事

(日本産業規格A列5番)

年 月 分 自己負担限度管理票

受給者名		交付番号		
自己負担上限月額				
円				
日付	(指定) 医療機関名	医療費 介護サービス費 居宅(10割分)	自己負担額・ 利用等負担額	自己負担の 重額額 (円単位)
上記のとおり自己負担上限月額に達しました。				
日付	(指定)医療機関名			

(裏)

(行政不服審査法及び行政事件訴訟法の規定に基づく教示の文の標準を定める規則(平成16年東京都規則第345号)別記第1に準じた教示の文を付すこと。)

注意事項

- この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された負担上限月額までを保健医療機関等(病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション)に支払うことで保険診療を受けることが可能となります。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、保険証(高齢受給者証の交付を受けている方は、保険証及び高齢受給者証)に添えて、この証と自己負担上限額管理票(自己負担のある方のみ)を必ず窓口へ提出してください。
- 都道府県の指定を受けていない保険医療機関等では、この証は使用できません。
- 次の場合は、この証を区市町村の担当窓口を持参し、変更などの手続を行うてください。
 - 氏名又は住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)
 - 保険証の種類が変わったとき(同意書等の書類が必要です。)
 - 保険証の記号・番号が変わったとき。
 - 後期高齢者医療又は高齢受給者証による医療の給付が受けられるようになったとき(受給資格がなくなったときも手続が必要です。)
- この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、区市町村の担当窓口で再交付の手続を行うことができます。
- 有効期間満了後も引き続き医療費助成を受けようとする方は、有効期間満了前に区市町村の担当窓口で更新の手続をしてください。

7 問合せ先

部 号

難病医療費助成指定医療機関指定書

指定医療機関の開設者の住所
(法人の場合は、法人の所在地)
指定医療機関の開設者の氏名
(法人の場合は、法人の名称)

難病の患者に対する医療等に関する法律
第14条第1項 } の規定により
第15条第1項 }

下記のとおり { 指定医療機関に指定
指定医療機関の指定を更新 } します。

年 月 日

東京都知事

印

記

- 1 指定医療機関の名称及び所在地
- 2 指定の有効期間
- 3 その他

(表)

難病医療費助成指定医療機関変更届

新設年月日	年 月 日	
変更事由発生年月日	年 月 日	
医療医療機関等	名称 (※1)	変更前
	所在地 (※1)	変更前
	電話番号	変更前
	メールアドレス	変更前
開設者 又は 代表者	住所又は所在地 (※1)	変更前
	氏名又は名称 (※1)	変更前
	種別 (※1)	変更前
	代表者 (※1)	変更前
役員 の 職 名	氏 名	変更前
開設者が法人の場合	前面に記載してください。	

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律第19条の規定により届け出ます。

年 月 日

医療機関等

名称 :
所在地 : 〒

コード(※2) :
開設者又は代表者
住所(法人にあっては所在地) : 〒

電話番号 :
氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名) :
東京都知事 殿

※1 コードの変更を伴う場合は、変更前の指定医療機関の廃止届及び変更後の指定医療機関の新規指定申請の申請が必要になります。

※2 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード、介護医療院の場合は介護医療院事業所番号を記載してください。

届出号様式(第29条関係)

難病医療費助成指定医療機関業務休止等届				
指定年月日	年	月	日	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所・介護医療院
届出事由発生日	年	月	日	
届出事由	<p>1 業務の休止 2 業務の廃止(第1) 3 業務の再開 4 その他 (該当するものに○を付け、内容・理由欄を記載してください。)</p>			
届出事由が「その他」の場合、必ず記載してください。	<p>内容・理由 (届出事由が「その他」の場合、必ず記載してください。)</p>			

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法施行規則第10条の規定により届け出ます。

年 月 日

医療機関等
 名称：
 所在地：
 コード(第29)：
 開設者又は代表者
 住所(法人にあつては所在地)：〒
 電話番号：
 氏名(法人にあつては名称及び代表者氏名)：

東京府知事 殿

※1 業務の休止の場合は、難病医療費助成指定医療機関指定書(原本)を添付してください。
 ※2 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護ステーションコード、介護医療院の場合は介護医療院事業所番号を記載してください。

(日本産科医療補償会)

(変更前)		(変更後)	
職名	氏名	職名	氏名

※ 欄が不足する場合は、別部のとおりと記載し、役員名簿を添付してください。

第22号様式(第20条関係)

難病医療費助成指定医療機関再申請書		
指定年月日(※1)	年 月 日	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所・介護医療院
辞退年月日	年 月 日	
辞退の理由		

※1 難病医療費助成指定医療機関指定書(原本)を添付してください。

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律第20条の規定により申し出ます。

医療機関等
 名称：
 所在地：〒 年 月 日

コード(※2)：
 開設者又は代表者
 住所(法人にあっては所在地)：
 電話番号：
 氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)：

東京都知事 殿

※2 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護事業者コード介護医療院の場合は介護医療院事業所番号を記載してください。

(日本産業規格A4用紙)

第23号様式(第20条関係)

難病医療費助成指定医療機関指定書再交付申請書		
指定年月日	年 月 日	病院・診療所・薬局・訪問看護事業所・介護医療院
再交付申請理由 (いづれかに○を付けてください。)	1 指定医療機関指定書を破損したため(※1) 2 指定医療機関指定書を写損したため(※1) 3 新指定医療機関指定書を亡失又は滅失したため(※2)	

上記のとおり難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則(第20条)の規定により申請します。

医療機関等
 名称：
 所在地：〒 年 月 日

コード(※3)：
 開設者又は代表者
 住所(法人にあっては所在地)：
 電話番号：
 氏名(法人にあっては名称及び代表者氏名)：

東京都知事 殿

※1 再交付理由が破損又は汚損の場合は、当該指定医療機関指定書を添付してください。

※2 亡失したことにより再交付を受けた後、失った指定医療機関指定書を発見したときは、当該指定医療機関指定書を速やかに加事に返還してください。

※3 医療機関の場合は医療機関コード、薬局の場合は薬局コード、訪問看護事業者の場合は訪問看護事業者コード、介護医療院の場合は介護医療院事業所番号を記載してください。

(日本産業規格A4用紙)

医療費支給申請書兼口座振替依頼書(雑病用)

この申請書は、医療費負担が軽減されるために支払った医療費や自己負担額を超えて支払った医療費を請求するために用いるものです。請求する医療費がない場合は、提出の必要はありません。

個人が医療費の記載に必要となるべき事項を記載してください。

- 医療費負担が軽減されるために支払った医療費や自己負担額を超えて支払った医療費を請求するために用いることです。
- 申請者は、医療費負担が軽減されるために支払った医療費や自己負担額を超えて支払った医療費を請求するために用いることです。
- 申請書には、医療費負担が軽減されるために支払った医療費や自己負担額を超えて支払った医療費を請求するために用いることです。
- 申請書には、医療費負担が軽減されるために支払った医療費や自己負担額を超えて支払った医療費を請求するために用いることです。

【申請書】 東京都福祉保健局保健医療課医療費課 電話 03-3538-4654

※申請書は、必ず記入してください。

申請者名	13			医療費番号			
氏名	姓	名	性別	1	2	3	4
生年月日	年	月	日				
住所	〒163-8601 東京都豊島区西新井2-8-1 東京都福祉保健局保健医療課医療費課						
申請者職	専業主婦	専業主夫	専業主婦	専業主夫	専業主婦	専業主夫	専業主婦
収入	収入	収入	収入	収入	収入	収入	収入
生計単位	世帯						
医療費	医療費						

口座振替依頼書
口座振替依頼書は、必ず記入してください。

委任状

私は、下記の委託者と定め、東京都福祉保健局の請求及び受領に関する権利を委任します。

東京都福祉保健局
 (委託者/委託者本人)
 氏名 _____ 印 _____

東京都福祉保健局
 (受託者/振込先口座振込人)
 氏名 _____ 印 _____

医療機関等証明書【病院・薬局等が記入】

医療機関等の名称	住所	診療科目	受診年月日	診療内容	処方された薬剤	処方された薬剤の名称	処方された薬剤の数量	処方された薬剤の単位	処方された薬剤の単位	処方された薬剤の単位	処方された薬剤の単位	処方された薬剤の単位
〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	内科	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	内科	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	内科	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	内科	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	内科	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	内科	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇	内科	〇〇年〇〇月〇〇日	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇	〇〇〇〇〇〇〇〇
合計												

医療機関コード _____

医師名 _____

薬剤師名 _____

医療機関コード (内線番号) _____

【医療機関等証明書の記載については下記のとおりお願いします。】

- 1 「1か月分の医療費負担軽減額」欄には、医療機関で処方された薬剤の医療費請求額を記入してください。
- 2 「1か月分の医療費負担軽減額」欄には、医療機関で処方された薬剤の医療費請求額を記入してください。
- 3 「1か月分の医療費負担軽減額」欄には、医療機関で処方された薬剤の医療費請求額を記入してください。

（印 下）

※本様式の用紙サイズはA3判です。

医療費支給申請書 業口座振替依頼書 (お預け振替特約依頼書)

この申請書は、業口振替又は振替を使用するために支払った医療費や自己負担額を納入して支払った医療費を請求するためのもので、支払った医療費の金額や自己負担額を納入して支払った医療費を請求するに必要です。支払った医療費の金額は、請求書の記載内容に基づいて算出します。

※申請書に必要事項を記載の上、申請書に添付してください。

※申請書の内容は、本枠の中身に記入し、請求書発行に必要事項を記載してください。

※申請書の交付は、本枠の中身に記入し、請求書発行に必要事項を記載してください。

※請求書の交付は、本枠の中身に記入し、請求書発行に必要事項を記載してください。

※請求書の交付は、本枠の中身に記入し、請求書発行に必要事項を記載してください。

【お振込付先】 〒116-8001 都立区西新井 2-0-1 東京都福祉厚生生活福祉課健康保険課 (電話: 03-3370-4454)

*お振込の際は、必ず記入してください。

受給者番号	13	受給者番号	
氏名		氏名	
生年月日	年 月 日	生年月日	年 月 日
性別		性別	
支店		支店	
支店番号		支店番号	
支店名称		支店名称	
口座番号		口座番号	
口座名称		口座名称	
口座名義人		口座名義人	
漢字		漢字	

業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

※業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

※業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

※業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

※業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

業口振替特約の申し込みは、請求書に添付して提出してください。

委任状

私は、下記の委託人となる、東京都福祉厚生生活福祉課健康保険課に委任いたします。

東京都福祉厚生生活福祉課健康保険課 (受任者/業口座振替依頼書)

委託人: 年 月 日

受任者/業口座振替依頼書 (受任者/業口座振替依頼書)

住所: _____

氏名: _____

氏名: _____

医療機関等証明書 (病院・薬局等が記入)

本申請書の添付書類として記入する必要がある。医療機関等は、申請書の記載事項を確認し、以下の事項を証明してください。医療機関等が記入する場合は、以下の事項を証明してください。

医療機関等に医療費を請求する必要がある。医療機関等は、申請書の記載事項を確認し、以下の事項を証明してください。

医療機関等に医療費を請求する必要がある。医療機関等は、申請書の記載事項を確認し、以下の事項を証明してください。

診療月	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	医療機関等が記入する場合は、以下の事項を証明してください。
年 月	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
年 月	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
年 月	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
年 月	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
年 月	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
年 月	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	
	診療日	診療時間	診療内容	診療回数	診療費	自己負担額	

上記のとおり記入してください。 (添付 3 - 資料 3 - 資料 4 - 書類 6)

医療機関等証明書の記載については下記のとおりお願いいたします。

1. 「医療機関等証明書の記載事項」に記入する場合は、医療機関等に記入してください。

2. 「医療機関等証明書の記載事項」に記入する場合は、医療機関等に記入してください。

3. 「医療機関等証明書の記載事項」に記入する場合は、医療機関等に記入してください。

4. 「医療機関等証明書の記載事項」に記入する場合は、医療機関等に記入してください。

5. 「医療機関等証明書の記載事項」に記入する場合は、医療機関等に記入してください。

6. 「医療機関等証明書の記載事項」に記入する場合は、医療機関等に記入してください。

7. 「医療機関等証明書の記載事項」に記入する場合は、医療機関等に記入してください。

8. 「医療機関等証明書の記載事項」に記入する場合は、医療機関等に記入してください。

介護給付費支給申請書 兼 口座振替依頼書

この申請書は、受給者及び介護者双方に支給される介護給付費や自己負担上乗額を超えて発生した介護給付費を請求するものです。請求する介護給付費がないときは、提出の必要はありません。提出の際は必ず下記に記述してください。

- ・介護サービス受給者等に支給される介護給付費は、原則に限り請求していただく。
- ・申請書は介護サービス受給者ごとに1通です。また、記録簿発行にかかると請求は別紙が条件です。
- ・申請者の署名、本館の中を記入し、介護サービス受給者等に届けるまで、下向きで郵送してください。
- ・申請書の提出日1日より2週間ほど遅く届きます。
- ・提出の時に、支給額・返金請求額を明記させていただきます。(返金まで2～3ヶ月程度かかります。)

**【書類送付先】 〒103-8101 船橋区西船橋2-8-1
東京都福祉厚生会船橋支部健康増進センター担当 電話 047629-4654**

・支印の中は、必ず記入してください。

(受 取)	13	受給者番号	受給者番号	1 事務 2 施設 3 貯蓄	
株式会社 銀行 通帳 振込 振替 振替 振替 振込先口座 口座番号 (7桁) 口座名義人 (漢字)					
〒103-8101船橋区西船橋2-8-1 (郵便に記入してください) 東京都船橋区西船橋2-8-1 (受取者) (住所) (〒) (市) (区) (町) (丁目) (番) (号) (号外) (号内) (号外) (号内) (号外) (号内)					
受給者氏名 (姓) 氏名 (姓) 氏名 (名) 〒103-8101船橋区西船橋2-8-1 (郵便に記入してください)					
支印 (印) 年 月 日 (年) (月) (日)					
(申請者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者)					

〒103-8101船橋区西船橋2-8-1 (郵便に記入してください)

振込先口座 (受取者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者)

振込先口座 (受取者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者)

振込先口座 (受取者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者)

振込先口座 (受取者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者) (申請者)

介護給付費利用者負担額証明書 (介護サービス受給者が記入)

※介護サービス受給者自身の収入、所得等について記載してください。

※所得控除額(所得税)は、所得控除額を記入してください。

※所得控除額(所得税)は、所得控除額を記入してください。

介護年月	介護料	所得	所得控除額	所得控除額	所得控除額	所得控除額	所得控除額	所得控除額	
年 月	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	
年 月	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	
年 月	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	
年 月	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	
年 月	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	
年 月	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	1 額 2 額 3 額	
				A		B		C (A×B×C)	
				合計					

上記のとおり記入し、年 月 日 提出先(〒)

提出先 (郵便に記入してください)

提出先 (郵便に記入してください)

提出先 (郵便に記入してください)

【介護給付費利用者負担額証明書記録】に当たっての主な注意点を所定の欄に記入してください。

- ・記載の対象となるのは、有効期限内に認定基準に照らして受けた医療サービス(医師診療、訪問リハビリテーション、在宅療養指導等)、介護療養施設サービス、介護療養施設建設における入居)、介護予防施設等(介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅介護支援等)
- ・療養 A 欄)は施設サービス請求した総額(10円/単位、11.4円/単位など)を記載ください。
- ・介護療養施設建設におけるサービス請求を行った施設単位数 (施設対象として請求可能な単位数)を記載してください。

【所得情報欄】 利用者負担額が A×B×C 負担額分の計算上一致しない場合はその理由等を記載ください。

※本様式の用紙サイズはA3判です。

軽症かつ高額用申請書兼療養証明書

(軽症かつ高額併用)

東京都知事 殿

年 月 日付で照会を受けた軽症かつ高額の認定基準については、下記のとおり回答します(下の□にチェックしてください。)

<input type="checkbox"/>	該当ありません。 ※金額及び月数を満たさない場合はこちらの欄にチェックしてください。
<input type="checkbox"/>	下記のとおり申請いたします。 ※33,331円以上の医療費総額の証明が3ヶ月分必要となります。 金額及び月数が足りない場合は非認定とみなされるため、提出前に必ず内容をご確認ください。

年 月 日 住所 _____
氏名 _____
生年月日 _____ 年 月 日

難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書

疾病名		
算定根拠期間	年 月 1日から 年 月 末日までの間※1	
診療・ 調剤・ 介護給付※2	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備 考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
合 計		

「軽症かつ高額」の対象となる医療費を算定根拠期間内の日付の古いものから全てご記入下さい。

※1患者の方がお持ちの「軽症かつ高額の認定基準への照会について」の要件(算定根拠期間)を参照

※2難病の医療費助成制度の給付対象となる介護保険サービスのみ

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。 _____ 年 月 日

医療機関名	所在地 施設名 管理者名 _____ (印) 担当者名(所属課) 電 話
-------	--

医療機関の方へ：この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病に罹患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。

難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。

(日本産業規格A列4番)

難病医療費助成に係る医療費総額の療養証明書(軽症かつ高額用)

氏名		生年月日	
疾病名			

算定期間	年 月 日から 年 月 日までの間	
診療・ 調剤・ 年月 介護給付※	診療・調剤等費の医療費総額 (円)	備 考
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
年 月 日		
合 計		

※算定期間期間内の日付の古いものから全てご記入下さい。

※難病の医療費助成制度の給付対象となる介護保険サービスのみ。

上記のと通りの医療費総額であることを証明します。_____年 月 日

所在地	
施設名	
医療機関名	管理者名 _____ (印)
	担当者名 (所属課)
	電 話

医療機関の方へ：この証明書は、難病の医療費助成制度の対象となる疾病に罹患した患者の方に対して一定以上の医療費総額がかかっていることを確認するための書類です。

①難病の医療費助成の支給要件である診断基準を満たし、重症度分類を満たさない方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が33,331円以上の月が3か月以上ある方は、支給認定を行います。

②既に認定された方で、月ごとの当該難病にかかる医療費総額が50,001円以上の月が6か月以上ある方で、現在一般所得1以上の方は、自己負担上限月額が軽減されることがあります。

難病医療費助成の対象となる医療・介護保険サービスにかかる費用のみ記載ください。

(日本産業規格A列4番)

12

1 3		障 心身障害者医療費助成制度	
法別番号	8 0	区 分	心身障害者（児）医療（障）
取扱医療機関等	契約医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	以下のいずれにも該当する方 (1) 身体障害者手帳 1 級・2 級（内部障害については 3 級まで）、愛の手帳 1 度・2 度又は精神障害者保健福祉手帳 1 級を持っている方 (2) 一定所得額以下の方 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方 ただし、生活保護受給者、中国残留邦人等支援給付受給者、一部の施設入所者、重度障害者になった年齢が満 65 歳以上の方、満 65 歳以上で新規に申請する方、後期高齢者医療の被保険者（住民税非課税者を除く。）を除く。		
申請の続	本人の住所地（都内区市町村から介護給付費が支給されている施設入所者は介護給付費の給付元。都又は児童相談所設置市から障害児入所給付費が支給されている施設入所児は保護者住所地）の区市町村の担当課に申請する。		
認定期間	原則として、申請日の属する月の初日からその日以降の直近の 8 月 31 日まで。 更新の場合は 9 月 1 日から翌年の 8 月 31 日まで。ただし、精神障害者は、当該期間中に精神障害者保健福祉手帳の有効期限が到来する場合は、当該手帳の有効期限満了の日まで。		
公費負担額	医療保険の自己負担額から高齢者の医療の確保に関する法律（以下「高確法」という。）に準じた一部負担金（1 割負担、月額上限入院 57,600 円（多数回該当 44,400 円）、外来 18,000 円（年間上限 144,000 円））を控除した額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない（住民税非課税者は、医療保険の自己負担額から入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を控除した額を助成する。）。 → 認定された方は、 (1) 下記(2)以外の方は、高確法に準じた一部負担金及び入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。 (2) 住民税非課税者は、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	心身障害者の医療費の助成に関する条例		
問合せ先	[申請窓口] 各区市町村心身障害者医療担当課 [施策関係] 福祉局生活福祉部医療助成課助成担当 (5320)4571		

1. 概要

心身障害者（児）の保健の向上と福祉の増進を図ることを目的として、東京都が医療費の一部を助成する制度で、昭和49年7月1日から実施している。（注）「㊦」と書いて「マルショウ」と略称する。

2. 認定期間

ア 受給者証の有効期間は、9月1日から翌年の8月31日までの1年間であり、毎年9月1日に更新する。

イ 精神障害者保健福祉手帳による受給者は、アの期間内に手帳の有効期日が到来する場合には、当該手帳の有効期限までが認定期間となる。

3. 受給者証

4. 医療機関での取扱い

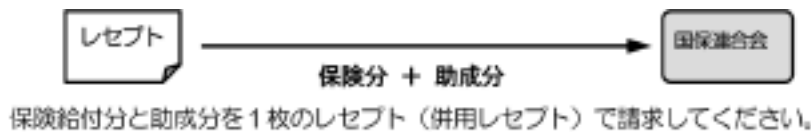
(1) 受給資格の確認及び請求

医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」の提示を受け、受給資格を確認する。（両証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いは行わない。）

患者から㊦の一部負担金（5. 参照）を徴収のうえ、助成額を審査支払機関に請求する。

(2) 対象者が都内国民健康保険または都内後期高齢者（㊦の表示のある受給者証のみ）の被保険者の場合（都外国保、都外後期高齢の場合は、下記注意のとおり）

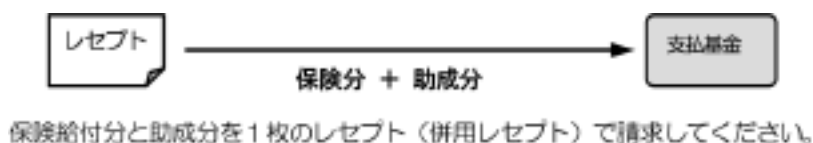
医療機関は、保険給付分・㊦助成分とも診療報酬明細書（公費併用レセプト）を使用し国保連合会へ請求する。東京都は、国保連合会を通し医療機関に㊦助成分を支払う。



注意 都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）都外後期高齢者医療（他道府県の広域連合）の場合
 都外国保・都外後期高齢の場合は併用レセプトでの請求はできません。
 この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。
 保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

(3) 対象者が社保の被保険者又は被扶養者の場合

医療機関は、保険給付分・㊦助成分とも診療報酬明細書（公費併用レセプト）を使用し支払基金へ請求する。東京都は、支払基金を通し医療機関に㊦助成分を支払う。



(4) 対象者が、他の公費負担医療制度（自立支援医療等）に該当し一部負担金が㊦制度の一部負担金より高額の場合

自立支援医療等の一部負担金が㊦制度の一部負担金より高額の場合には、その差額分について㊦制度で助成を行う。医療機関は、3者併用（保険+自立支援医療等+㊦）の診療報酬明細書を作成し請求する。

(5) 高額療養費の現物給付がある場合

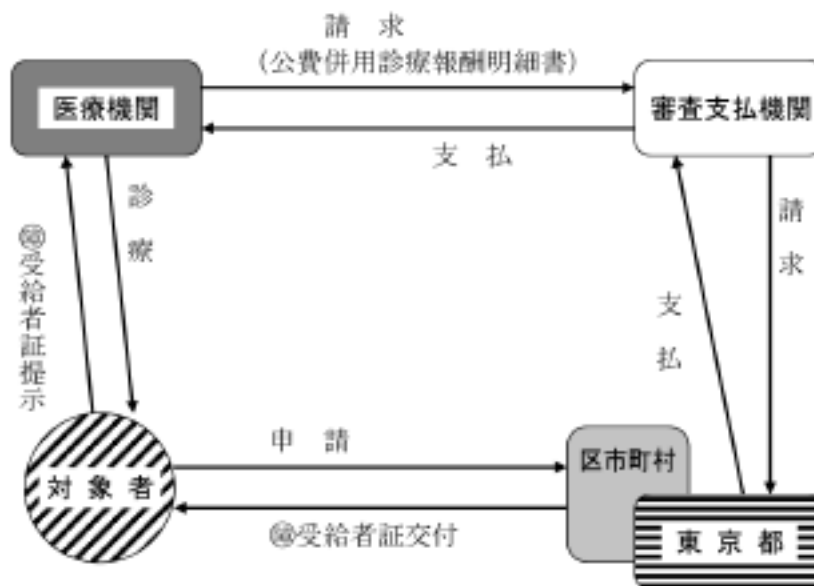
（入院等で、窓口において限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証が提示され、高額療養費を現物給付する場合）

医療機関は、診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。P. 287 以降を参照してください。

(6) 対象者が受給者証を提示しなかった場合や保険が現金給付となる場合

対象者が医療機関の窓口で医療費を支払った後、区市町村に医療助成費支給申請書を提出し、現金給付を受ける。

(7) ㊦ 心身障害者医療助成費の支払チャート（現物給付分）



5. 一部負担金

(1) 「㊦、㊧の表示のある受給者証（負担者番号 80136・・・）」（前年度の住民税が課税世帯）

外来は、1割負担とし1か月18,000円（※1）（年間上限144,000円※2）を上限とする。入院は、1か月57,600円（多数回該当44,400円※3）を上限とする。医療機関の窓口では、医療機関ごとに、レセプト単位で上限額までを徴収する。（一部負担金の合計が月の上限を超える場合、6. の高額医療費として対象者に支給される。）

なお、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、助成対象外。

※1 令和元年8月診療分より18,000円。令和元年7月診療分までは1か月14,000円上限となる。

※2 外来療養にかかる年間上限：1年間の外来療養にかかる一部負担額（月の高額医療費が支給されている場合は、支給後の額）の合計が、年間上限額（144,000円）を超えた場合は、超過した分を年間の高額医療費として支給。年間上限額の算定期間は、8月1日から翌年の7月31日までの期間について行う。

※3 多数回該当：月の高額医療費の支給対象となった回数が、対象となる療養を受けた月以前の12か月に3回以上ある場合は、4回目以降は上限額が軽減され、44,400円を超える金額を月の高額医療費として支給する。

注意

多数回該当及び外来療養に係る年間上限額の扱いについて
マル障制度は、医療機関窓口負担額が負担上限額を超えた場合、その超えた金額を「高額医療費（6. 参照）」として、受給者本人に支給する仕組み。多数回該当及び外来療養に係る年間上限額は、この仕組みにより都から受給者本人に高額医療費として支給する。
従って、医療機関窓口においては、外来18,000円、入院57,600円まで徴収してください。

(2) 「㊦の表示のある受給者証（負担者番号 80137・・・）」（前年度の住民税が非課税世帯）

入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額のみ負担。

6. 高額医療費

対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合及び同一の世帯に属する複数の㊦対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合、その超えた金額を「高額医療費」として区市町村から対象者に支給する。

「外来のみの場合」…18,000円を超えた金額及び年間上限額144,000円を超えた金額を支給する。

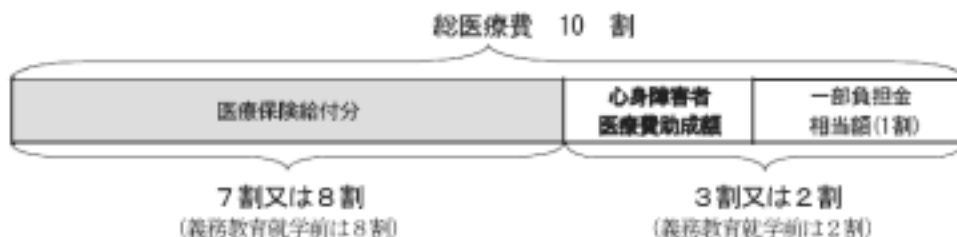
「入院がある場合や他の受給者との合算がある場合」…57,600円（多数回該当の場合は44,400円）を超えた金額を支給する。

7. 助成額

健康保険各法の規定による医療の給付が行われた場合の医療費のうち、対象者が負担する額から④制度の一部負担金を控除した額。入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない。(以下 例1～例9参照)

例1 住民税課税者（高齢受給者証所持者を除く。）

【入院外】

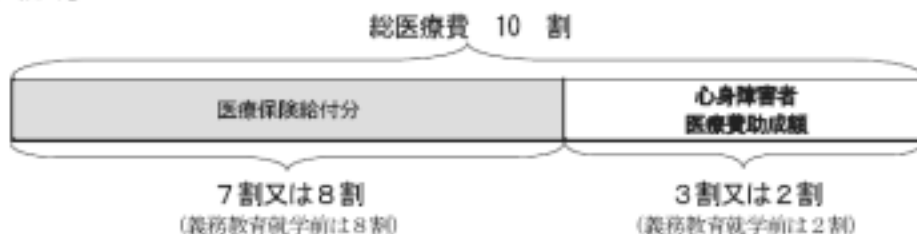


【入院】



例2 住民税非課税者（高齢受給者証所持者及び後期高齢者医療の被保険者を除く。）

【入院外】

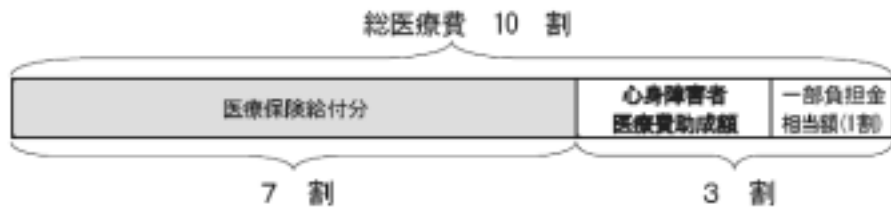


【入院】

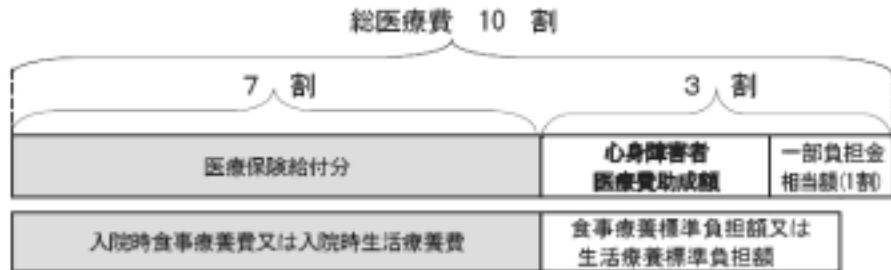


例3 高齢受給者証(現役並み所得者)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税課税者

【入院外】

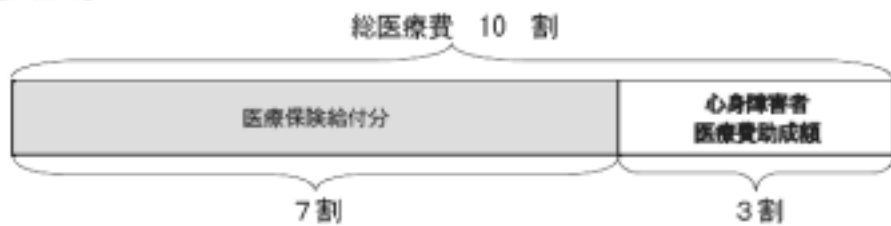


【入院】



例4 高齢受給者証(現役並み所得者)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税非課税者

【入院外】



【入院】

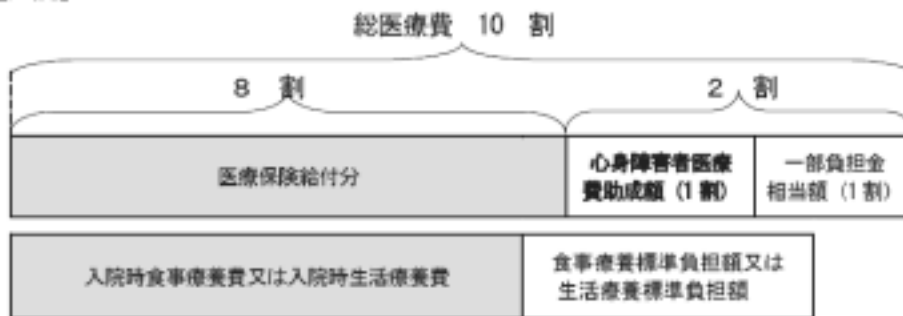


例5 高齢受給者証(現役並み所得者除く)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税課税者

【入院外】

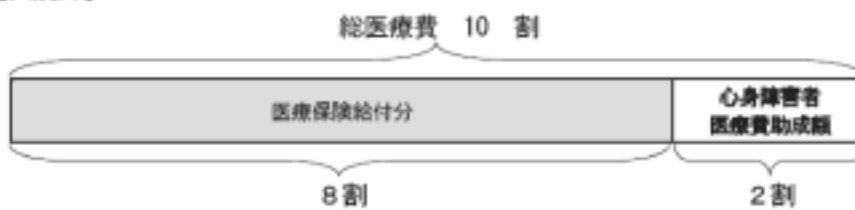


【入院】



例6 高齢受給者証(現役並み所得除く)所持者(70歳以上75歳未満)の住民税非課税者

【入院外】

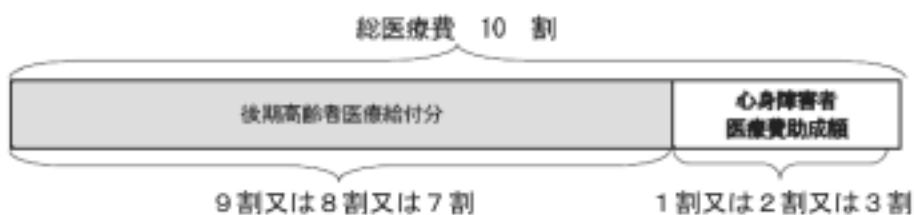


【入院】

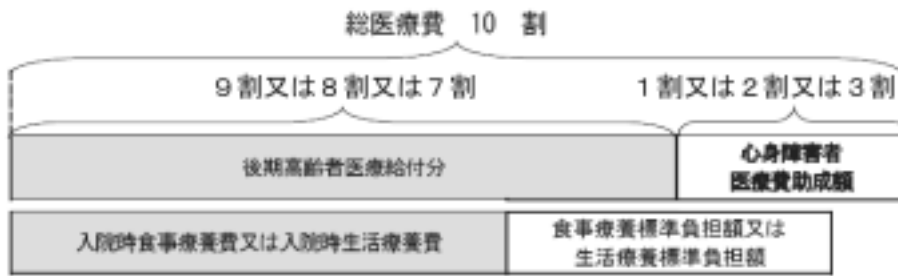


例7 後期高齢者医療の被保険者(住民税非課税者)

【入院外】

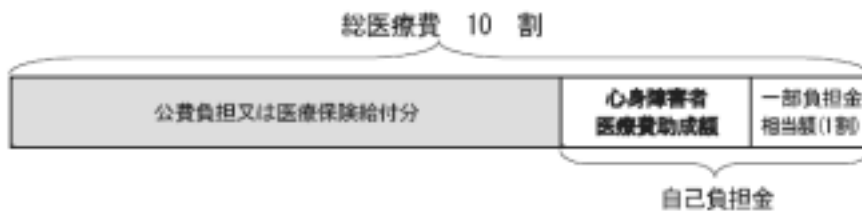


【入院】



例 8 自己負担金がある公費負担医療適用者の住民税課税者

【入院外】

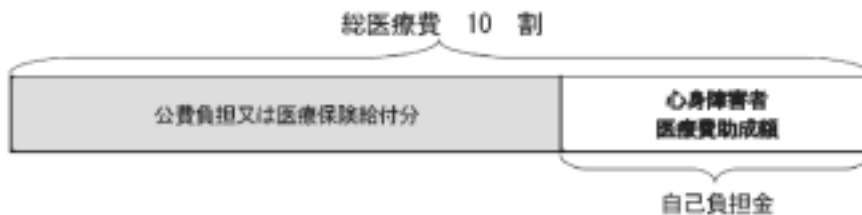


【入院】



例 9 自己負担金がある公費負担医療適用者の住民税非課税者

【入院外】



【入院】



※ 高額療養費の支給または付加給付がある場合には、実質の保険給付割合は例 1～例 9 の率と異なる。

8. 他の医療制度との関係

㊦制度は、医療保険各法の支給があった場合について、その一部負担金から㊦制度の一部負担金を控除した額を助成する制度である。

東京都の条例に基づく制度であるので、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律、障害者総合支援法等の法律に基づく給付及び難病医療等の疾病限定的な他公費制度による給付を優先させる。

国制度（法律） > 都 > ㊦「80」、㊧「81」、㊨・㊩「88」、㊪「89」

※ ㊦・㊧・㊨・㊩・㊪は、併用して使用できない。（いずれか一制度の受給者証等を発行）

問合せ先 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 助成担当 ☎5320-4571

14	親 ひとり親家庭等医療費助成制度		
法別番号	81	区 分	ひとり親家庭等医療 (親)
取扱医療機関等	契約医療機関 (東京都医師会に加入している医療機関 (非会員は東京都と個別に契約する))		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	以下のいずれにも該当する方 1 次のいずれかに該当する方 (1) ひとり親家庭の父又は母及び児童 (2) 養育者及び養育者が養育するひとり親家庭等の定義に掲げる児童 (児童とは、満18歳に達した年度の末日 (障害のある場合は20歳未満) までの方をいう。) 2 一定所得額以下の方 3 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方。ただし、生活保護を受けている方、施設等に措置により入所している方等を除く。		
申請の続手	対象者の住所地の区市町村の担当課に申請する (詳細は各区市町村へ問合せください。)		
認定期間	申請のあった日から、その日以降の直近の12月31日まで。更新の場合は1月1日から12月31日まで。ただし、18歳児については終期が3月31日 (児童に障害がある場合には20歳の誕生日の前日) となる。		
公費負担額	医療保険の自己負担額から高齢者の医療の確保に関する法律 (以下「高確法」という。) に準じた一部負担金 (1割負担、月額上限入院57,600円 (多数回該当44,400円)、外来18,000円 (年間上限144,000円)) を控除した額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は助成しない (住民税非課税世帯は、医療保険の自己負担額から入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を控除した額を助成する。) → 認定された方は、 (1) 下記(2)以外の方は、高確法に準じた一部負担金及び入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。 (2) 住民税非課税世帯は、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定するひとり親家庭等の医療費の助成に関する条例等		
問合せ先	[認定・給付関係] 各区市町村ひとり親家庭等医療担当課 [施策関係・制度運用] 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当 (5320)4282		

1. 概要

ひとり親家庭等の保健の向上と福祉の増進を図るため、都内の各区市町村が、ひとり親家庭等に対して医療費の一部を助成する制度で、平成2年4月から実施されている。(注)「**親**」と書いて「マルオヤ」と略称する。

2. 認定期間

親医療証の有効期間は、各年の1月1日から12月31日までの1年間であり、その更新月日は、各年の1月1日である。

なお、ひとり親家庭等の一部の者が年の途中で資格が消滅する場合は、資格が消滅する者の備考欄に「〇月〇日まで有効」と表示されている。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとするひとり親等は、その家庭に属する対象者について、住所地の区市町村長に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「**親**医療証」の交付を受ける。

様式は**食**表示証(一般世帯)と**食**表示証(住民税非課税世帯)の2種類である。

親医療証は世帯証であり、個人証の**心**心身障害者医療費助成制度、**乳**乳幼児医療費助成制度とは、異なっている。

なお、後期高齢者医療制度の被保険者又は高齢受給者(前期高齢者)に該当する者(住民税非課税世帯・3割証・3割証の場合にのみ**親**が適用)については、備考欄に**後期高齢適用者**・**高齢受給者**と表示されている。

The image displays four forms related to the '親' (Parent) medical certificate system. The top row shows two application forms: one for general households (with '親' and '食' stamps) and one for non-taxable households (with '親' and '食' stamps). The bottom row shows two '備考欄' (Remarks) forms. The first '備考欄' form is for general households and contains 10 numbered instructions regarding eligibility, application procedures, and renewal. The second '備考欄' form is for non-taxable households and contains 10 numbered instructions, including specific rules for non-taxable households and high-age beneficiaries. Both '備考欄' forms include a table for recording the names and birth dates of family members.

4. 公費負担

(1) 現物給付

対象者は、健康保険証と④医療証を医療機関の窓口へ提出する。医療機関の窓口では、患者負担分（④制度の一部負担金・入院時食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額）がある場合は、これを徴収する。助成する医療費は、区市町村が東京都国民健康保険団体連合会（以下：「国保連合会」）または社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター（以下：「支払基金」）を通じて医療機関に支払う。

(2) 現金給付

対象者が、受診の際に医療機関の窓口へ④医療証を提示しなかったとき、保険の療養費が支給される時及び都外の国保加入者・都外後期高齢加入者の場合は、対象者が一旦医療機関の窓口で自己負担分を支払い、後日区市町村に申請（保険給付決定通知書、領収書提出）のうえ、現金給付を受ける。この事業の実施主体は、都内の各区市町村である。

5. 医療機関での取扱い

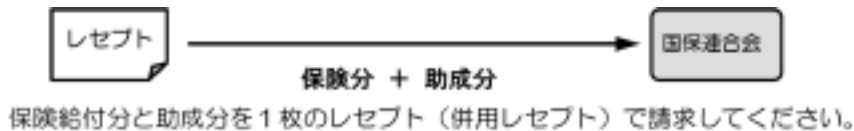
(1) 受給資格の確認

医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」（電子資格確認を受ける場合は「受給者証」）の提示を受け、受給資格を確認する。証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いは行わない。

(2) 対象者が都内国民健康保険または都内後期高齢者の被保険者の場合 (都外国保、都外後期高齢の場合は、下記注意のとおり)

医療機関は、保険分、④制度助成分とも、診療報酬明細書（公費併用レセプト）を使用して、都内国保または都内後期高齢の場合は国保連合会へ請求する。

※ 月の途中で資格の取得または消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費点数」欄に再掲する。

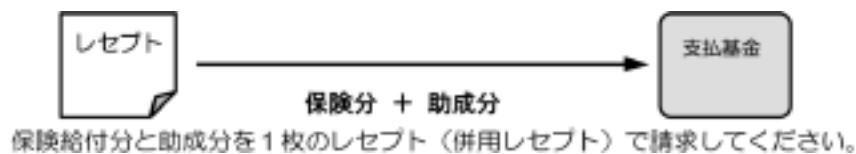


注意 都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）都外後期高齢者医療（他道府県の広域連合）の場合
都外国保・都外後期高齢の場合は併用レセプトでの請求はできません。
この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

(3) 対象者が社保の被保険者又は被扶養者の場合

医療機関は、保険分、④制度助成分とも、診療報酬明細書（公費併用レセプト）を使用して、支払基金へ請求する。

※ 月の途中で資格の取得または消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費点数」欄に再掲する。



(4) 対象者が、他の公費負担医療制度に該当し、かつ④制度の助成がある場合

医療機関は、保険分、他の公費負担医療分、④制度助成分とも診療報酬明細書（公費3者併用レセプト）を使用し、都内国保及び都内後期高齢者分は国保連合会へ、社保分は支払基金へ請求する。

(5) 高額療養費の現物給付がある場合

入院等で、窓口において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が提示され、高額療養費を現物給付する場合には、診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

6. 助成額（一部負担金）

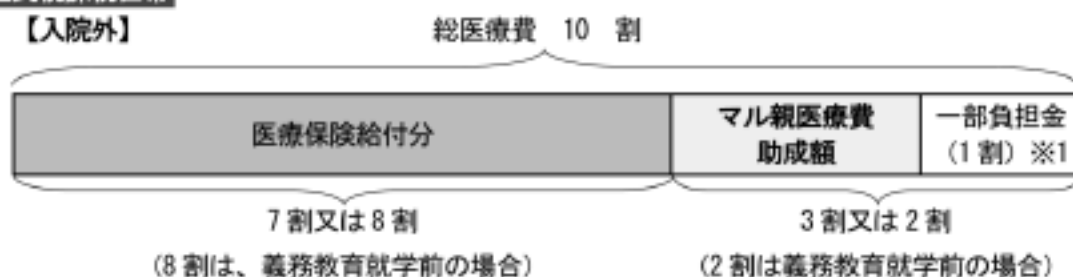
区市町村は、国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額から、**⑧**制度の一部負担金を控除した額を助成する（住民税非課税世帯は、一部負担金はない）。

(1) 「**㊦**、**㊧**の表示のある医療証（負担者番号 81136〇〇〇）」（前年度の住民税が課税世帯）

外来は、1割負担とし1か月18,000円（※1）（年間上限144,000円※2）を上限とする。入院は、1か月57,600円（多数回該当44,400円※3）を上限とする。医療機関の窓口では、医療機関ごとに、レセプト単位で上限額までを徴収する。（一部負担金の合計が月の上限を超える場合、対象者からの申請により、下記（3）の高額医療費として、対象者に支給される）

なお、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、助成対象外。

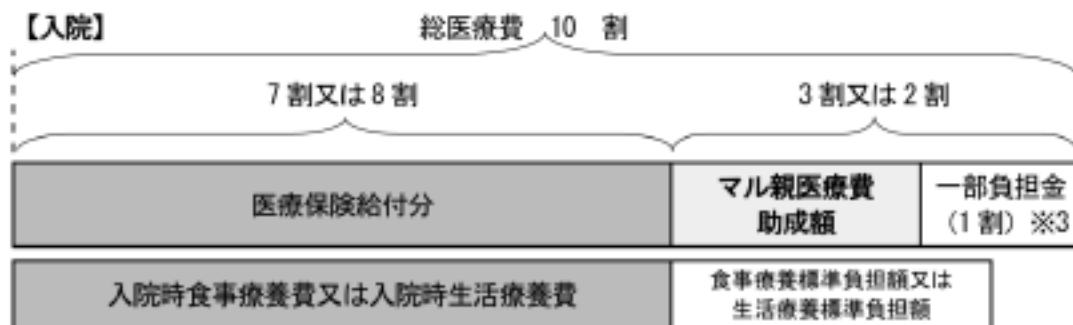
住民税課税世帯



※1 入院外は1か月18,000円を上限とする。（令和元年8月診療分より。令和元年7月診療分までは1か月14,000円上限。また、年間上限144,000円※2）

※2 外来療養にかかる年間上限:

1年間の外来療養にかかる一部負担額(月の高額医療費が支給されている場合は、支給後の額)の合計が、年間上限額(144,000円)を超えた場合は、超過した分を年間の高額医療費として支給。年間上限額の算定期間は、8月1日から翌年の7月31日までの期間について行う。



※3 入院は、1か月57,600円（多数回該当44,400円※4）を上限とする。
なお、入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額は、助成対象外。
所得状況等に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

※4 多数回該当:

月の高額医療費の支給対象となった回数が、対象となる療養を受けた月以前の12か月間に3回以上ある場合は、4回目以降は上限額が軽減され、44,400円を超える金額を月の高額医療費として支給する。

注意 多数回該当及び外来療養に係る年間上限額の扱いについて

多数回該当及び外来療養に係る年間上限額は、対象者本人からの申請により、区市町村から本人に高額医療費として支給する。

(2) 「**食**の表示のある受給者証（負担者番号 81137〇〇〇）」（前年度の住民税が非課税世帯）

入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額のみ負担。

(3) 高額医療費

対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合及び同一の世帯に属する複数の**親**対象者が病院などで支払った一部負担金の合計が月の上限を超えた場合、対象者からの申請により、その超えた金額を「高額医療費」として区市町村から対象者に支給する。

「外来のみの場合」…18,000円を超えた金額及び年間上限額144,000円を超えた金額を支給する。

「入院がある場合や他の受給者との合算がある場合」…57,600円（多数回該当の場合は44,400円）を超えた金額を支給する。

7. 他の医療制度との関係

親制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等法に基づく公費負担医療制度の給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない。（他の公費負担医療制度の給付を優先する）また、**都**公費負担医療制度と**親**制度の関係も同様に**都**公費負担医療制度を優先する。生活保護法による被保護者は**親**制度の対象とならない。

(1) 「**部**、**食**表示証（一般世帯）の場合」負担者番号 81136〇〇〇

外来		他の公費一部負担金	
医療保険	他の公費助成	部 一部負担金	食 助成

※ 他の公費負担医療制度の一部負担金 - **部**一部負担金 = **食**で助成（患者負担）

入院		他の公費一部負担金	
医療保険	他の公費助成	部 一部負担金	食 助成

食事療養費又は生活療養費	食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
	他の公費で助成又は患者負担

※ 他の公費負担医療制度の一部負担金 - **部**一部負担金 = **食**で助成（患者負担）

(2) 「**食**表示証（住民税非課税世帯）の場合」負担者番号 81137〇〇〇

外来		他の公費一部負担金
医療保険	他の公費助成	食 助成

※ 他の公費負担医療の一部負担金を**食**で助成

入院		他の公費一部負担金
医療保険	他の公費助成	食 助成

食事療養費又は生活療養費	食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
	他の公費で助成又は患者負担

※ 他の公費負担医療の一部負担金を**食**で助成

ひとり親家庭医療費助成制度 区市町村担当課・負担者番号一覧

2023年10月1日現在

区市町村	担当部課・電話番号	⑧ 負担者番号				⑨ 負担者番号			
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号
千代田区	子ども部子育て推進課手当・医療係 03 (5211) 4230	8	1	1 3	6 0 1 2	8	1	1 3	7 0 1 0
中央区	福祉保健部子育て支援課子育て支援係 03 (6264) 8403	8	1	1 3	6 0 2 0	8	1	1 3	7 0 2 8
港区	子ども家庭支援部子ども若者支援課 子ども給付係 03 (3578) 2430	8	1	1 3	6 0 3 8	8	1	1 3	7 0 3 6
新宿区	子ども家庭部子ども家庭課育成支援係 03 (5273) 4558	8	1	1 3	6 0 4 6	8	1	1 3	7 0 4 4
文京区	子ども家庭部子育て支援課児童給付係 03 (5803) 1701	8	1	1 3	6 0 5 3	8	1	1 3	7 0 5 1
台東区	区民部子育て・若者支援課給付担当 03 (5246) 1232	8	1	1 3	6 0 6 1	8	1	1 3	7 0 6 9
墨田区	子ども・子育て支援部子育て支援課児童手当・医療助成係 03 (5608) 1439	8	1	1 3	6 0 7 9	8	1	1 3	7 0 7 7
江東区	子ども未来部子ども家庭支援課給付係 03 (3647) 4754	8	1	1 3	6 0 8 7	8	1	1 3	7 0 8 5
品川区	子ども未来部子育て応援課手当医療助成担当 03 (5742) 9174	8	1	1 3	6 0 9 5	8	1	1 3	7 0 9 3
目黒区	子育て支援部子育て支援課手当・医療係 03 (5722) 9645	8	1	1 3	6 1 0 3	8	1	1 3	7 1 0 1
大田区	子ども家庭部子育て支援課児童育成係 03 (5744) 1274	8	1	1 3	6 1 1 1	8	1	1 3	7 1 1 9
世田谷区	各総合支所子ども家庭支援課子ども家庭支援センター 世田谷 03 (5432) 2311、北沢 03 (6804) 7526 玉川 03 (3702) 1792、砧 03 (3482) 1344 烏山 03 (3326) 9864	8	1	1 3	6 1 2 9	8	1	1 3	7 1 2 7
渋谷区	子ども家庭部子ども青少年課子育て給付係 03 (3463) 2558	8	1	1 3	6 1 3 7	8	1	1 3	7 1 3 5
中野区	子ども教育部子育て支援課子ども医療費助成係 03 (3228) 3253	8	1	1 3	6 1 4 5	8	1	1 3	7 1 4 3
杉並区	子ども家庭部管理課子ども医療・手当係 03 (5307) 0785	8	1	1 3	6 1 5 2	8	1	1 3	7 1 5 0
豊島区	子ども家庭部子育て支援課児童給付グループ 03 (3981) 1417	8	1	1 3	6 1 6 0	8	1	1 3	7 1 6 8
北区	子ども未来部子ども未来課子育て給付係 03 (3908) 9096	8	1	1 3	6 1 7 8	8	1	1 3	7 1 7 6
荒川区	子ども家庭部子育て支援課子育て給付係 03 (3802) 4832	8	1	1 3	6 1 8 6	8	1	1 3	7 1 8 4
板橋区	子ども家庭部子育て支援課子どもの手当医療係 03 (3579) 2374	8	1	1 3	6 1 9 4	8	1	1 3	7 1 9 2
練馬区	子ども家庭部子育て支援課児童手当係 03 (5984) 5824	8	1	1 3	6 2 0 2	8	1	1 3	7 2 0 0
足立区	福祉部親子支援課親子支援係 03 (3880) 5883	8	1	1 3	6 2 1 0	8	1	1 3	7 2 1 8
葛飾区	子育て支援部子育て応援課児童手当係 03 (5654) 8298	8	1	1 3	6 2 2 8	8	1	1 3	7 2 2 6
江戸川区	子ども家庭部児童家庭課援護係 03 (5662) 1259	8	1	1 3	6 2 3 6	8	1	1 3	7 2 3 4
八王子市	子ども家庭部子育て支援課 042 (620) 7368	8	1	1 3	6 2 4 4	8	1	1 3	7 2 4 2
立川市	子ども家庭部子育て推進課手当・医療費給付係 042 (528) 4798	8	1	1 3	6 2 5 1	8	1	1 3	7 2 5 9

区市町村	担当部課・電話番号	⑧ ⑨ 負担者番号							⑩ 負担者番号								
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号			検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号			検証 番号				
武蔵野市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当医療係 0422 (60) 1963	8	1	1	3	6	2	6	9	8	1	1	3	7	2	6	7
三鷹市	子ども政策部子育て支援課手当・医療係 0422 (29) 9675	8	1	1	3	6	2	7	7	8	1	1	3	7	2	7	5
青梅市	こども家庭部こども育成課手当・医療係 0428 (22) 1111 内 2138, 2139	8	1	1	3	6	2	8	5	8	1	1	3	7	2	8	3
府中市	子ども家庭部子育て応援課育成係 042 (335) 4100	8	1	1	3	6	2	9	3	8	1	1	3	7	2	9	1
昭島市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当・医療助成係 042 (544) 4193	8	1	1	3	6	3	0	1	8	1	1	3	7	3	0	9
調布市	子ども生活部子ども家庭課家庭福祉係 042 (481) 7093	8	1	1	3	6	3	1	9	8	1	1	3	7	3	1	7
町田市	子ども生活部子ども総務課手当・医療費助成係 042 (724) 2143	8	1	1	3	6	3	2	7	8	1	1	3	7	3	2	5
小金井市	子ども家庭部子育て支援課手当助成係 042 (387) 9839	8	1	1	3	6	3	3	5	8	1	1	3	7	3	3	3
小平市	子ども家庭部子育て支援課手当助成担当 042 (346) 9544	8	1	1	3	6	3	4	3	8	1	1	3	7	3	4	1
日野市	子ども部子育て課助成係 042 (514) 8598	8	1	1	3	6	3	5	0	8	1	1	3	7	3	5	8
東村山市	子ども家庭部子ども保健給付課手当係 042 (393) 5111 内 2103	8	1	1	3	6	3	6	8	8	1	1	3	7	3	6	6
国分寺市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当助成係 042 (325) 0111 内 378	8	1	1	3	6	3	7	6	8	1	1	3	7	3	7	4
国立市	子ども家庭部子育て支援課子育て支援係 042 (576) 2111 内 156	8	1	1	3	6	3	8	4	8	1	1	3	7	3	8	2
福生市	子ども家庭部子ども育成課手当助成係 042 (551) 1737	8	1	1	3	6	4	1	8	8	1	1	3	7	4	1	6
狛江市	子ども家庭部子ども政策課手当助成係 (直通) 03 (3430) 1277	8	1	1	3	6	4	2	6	8	1	1	3	7	4	2	4
東大和市	子ども未来部子育て支援課手当・助成係 042 (563) 2111 内 1763	8	1	1	3	6	4	3	4	8	1	1	3	7	4	3	2
清瀬市	福祉・子ども部子育て支援課子育て支援係 042 (497) 2088	8	1	1	3	6	4	4	2	8	1	1	3	7	4	4	0
東久留米市	子ども家庭部児童青少年課助成支援係 042 (470) 7736	8	1	1	3	6	4	5	9	8	1	1	3	7	4	5	7
武蔵村山市	子ども家庭部子ども青少年課手当・青少年係 042 (565) 1111 内 186	8	1	1	3	6	4	6	7	8	1	1	3	7	4	6	5
多摩市	子ども青少年部子育て支援課手当・医療・相談担当 042 (338) 6851	8	1	1	3	6	4	7	5	8	1	1	3	7	4	7	3
稲城市	子ども福祉部子育て支援課手当助成係 042 (378) 2111 内 238	8	1	1	3	6	4	8	3	8	1	1	3	7	4	8	1
羽村市	子ども家庭部子育て相談課手当・助成係 042 (555) 1111 内線 236	8	1	1	3	6	5	0	9	8	1	1	3	7	5	0	7
あきる野市	子ども家庭部子ども政策課子ども政策係 042 (518) 7854	8	1	1	3	6	4	9	1	8	1	1	3	7	4	9	9
西東京市	子育て支援部子育て支援課手当助成係 042 (460) 9840	8	1	1	3	6	3	9	2	8	1	1	3	7	3	9	0
瑞穂町	福祉部子育て応援課子育て支援係 042 (557) 7624	8	1	1	3	6	5	1	7	8	1	1	3	7	5	1	5
日の出町	子育て福祉課子育て支援係 042 (588) 4113	8	1	1	3	6	5	2	5	8	1	1	3	7	5	2	3
檜原村	福祉けんこう課福祉係 042 (598) 3121 内 111	8	1	1	3	6	5	4	1	8	1	1	3	7	5	4	9

区市町村	担当部課・電話番号	⑧ ⑨ 負担者番号							⑩ 負担者番号								
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号				
奥多摩町	福祉保健課子育て推進係 0428 (85) 2611	8	1	1	3	6	5	5	8	8	1	1	3	7	5	5	6
大島町	福祉けんこう課子育て応援係 04992 (2) 1471	8	1	1	3	6	5	6	6	8	1	1	3	7	5	6	4
利島村	住民課 04992 (9) 0013	8	1	1	3	6	5	7	4	8	1	1	3	7	5	7	2
新島村	民生課福祉介護係 04992 (5) 0243	8	1	1	3	6	5	8	2	8	1	1	3	7	5	8	0
神津島村	福祉課福祉係 04992 (8) 0011 内 37	8	1	1	3	6	5	9	0	8	1	1	3	7	5	9	8
三宅村	福祉健康課福祉係 04994 (5) 0902	8	1	1	3	6	6	0	8	8	1	1	3	7	6	0	6
御蔵島村	総務課民生係 04994 (8) 2121	8	1	1	3	6	6	1	6	8	1	1	3	7	6	1	4
八丈町	福祉健康課厚生係 04996 (2) 5570	8	1	1	3	6	6	2	4	8	1	1	3	7	6	2	2
青ヶ島村	総務課 04996 (9) 0111 内 206	8	1	1	3	6	6	3	2	8	1	1	3	7	6	3	0
小笠原村	村民課住民係 04998 (2) 3113	8	1	1	3	6	6	4	0	8	1	1	3	7	6	4	8

問合せ先 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

15		①乳幼児医療費助成制度	
法別番号	88	区分	乳幼児医療（①）
取扱医療機関等	契約医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	義務教育就学前の乳幼児（6歳に達する日以降の最初の3月31日までの間にある者）を養育している方であって、以下のいずれにも該当する方 (1) 一定所得額以下の方（詳細は各区市町村へ問合せ） (2) 当該乳幼児について、医療保険等各法により医療に関する給付を受けていること。なお、当該乳幼児が生活保護を受けている場合、施設等に措置により入所している場合等を除く。		
申請の手続	乳幼児の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認定期間	申請のあった日から、その日以降の直近の9月30日まで。更新の場合は10月1日から翌年の9月30日まで。ただし、6歳児については、終期が3月31日となる。		
公費負担額	医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額を控除した額）を助成する。 → 認定された方は 、入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定する乳幼児の医療費の助成に関する条例等		
問合せ先	[認定・給付関係] 各区市町村乳幼児医療担当課 [施策関係・制度運用] 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当 (5320)4282		

1. 概要

都内の各区市町村が、乳幼児の健やかな育成と子育て支援を図るため、乳幼児を育てている保護者に対して、乳幼児に係る医療費の一部を助成する制度で、平成6年1月から実施されている。(注)「①」と書いて「マルニュー」と略称する。

2. 認定期間

①医療証の有効期間は、各年の10月1日から翌年の9月30日までの1年間であり、その更新月日は、各年の10月1日である。ただし、この制度の対象となる乳幼児の年齢が6歳に達する日以後の最初の3月31日までとなっているので、医療証の赤枠で囲ってある有効期間に注意すること。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとする者は、住所地の区市町村長に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「**乳**医療証」の交付を受ける。**乳**医療証は、個人証となっている。

法別番号は、「88」である。都道府県番号は、「13」である。実施機関番号は、「800」及び「200」である。

実施機関番号は、都基準に基づく事業と区市町村単独事業を区別するために、2つ設定しているが、医療機関窓口における取扱は同じである。

(区市町村別の負担者番号はP. 168 参照)。

乳 医療証									
高野会番号	区	市	町	村	番	号	1	3	
交付番号									
乳児名									
生年月日	年	月	日	主					
住居									
氏名									
有効期間	年	月	日から	年	月	日まで			
<small>上記の者は、東京都の市(町村)乳幼児医療費の助成に該当する事柄により医療費の一部を自己負担(無料)で負担するものであることを証明する。</small>									
<small>東京都〇〇市(町村) 区</small> <small>〇〇〇〇</small>									
交付年月日	年	月	日						

4. 公費負担

(1) 現物給付

対象者は、健康保険証と**乳**医療証を医療機関の窓口へ提出する。医療機関の窓口では、入院の場合は食事療養標準負担額のみ徴収する。助成する医療費は、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて、医療機関に支払う。

(2) 現金給付

対象者が、受診の際の医療機関の窓口へ**乳**医療証を提出しなかったときや保険の療養費が支給されたとき、都外の国保加入者のときは、区市町村が対象者の申請(保険給付決定通知書、領収書)などに基づき、直接対象者に支払う。この事業を実施しているのは、都内の各区市町村である。

5. 医療機関での取扱い

(1) 受給資格の確認

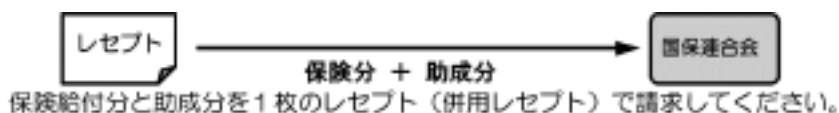
医療機関の窓口で対象者から「受給者証」と「被保険者証」(電子資格確認を受ける場合は「受給者証」)の提示を受け、受給資格を確認する。証の提示がない場合、医療機関はこの制度による取扱いは行わない。

(2) 対象乳幼児が都内国民健康保険の被保険者または社会保険の被扶養者の場合

医療機関は、保険分、**乳**制度助成分とも、診療報酬明細書(国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト)を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

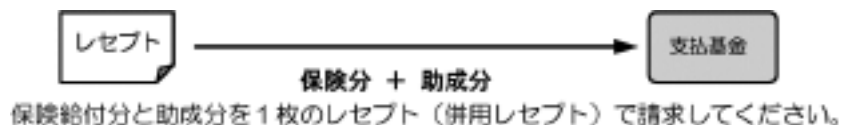
(注)月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。この**乳**制度助成分について、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

国民健康保険の場合



注意 都外国保（他道府県の市町村国保及び国保組合）
 都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。
 この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱となります。

社会保険の場合



(3) 対象乳幼児が他の公費負担医療等に該当し、かつ㉠制度の助成がある場合

保険分、㉠制度助成分及び他の公費負担医療分は、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、国保の場合、国保連合会へ、社保の場合、支払基金へ請求する。

(4) 高額療養費の現物給付がある場合

診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

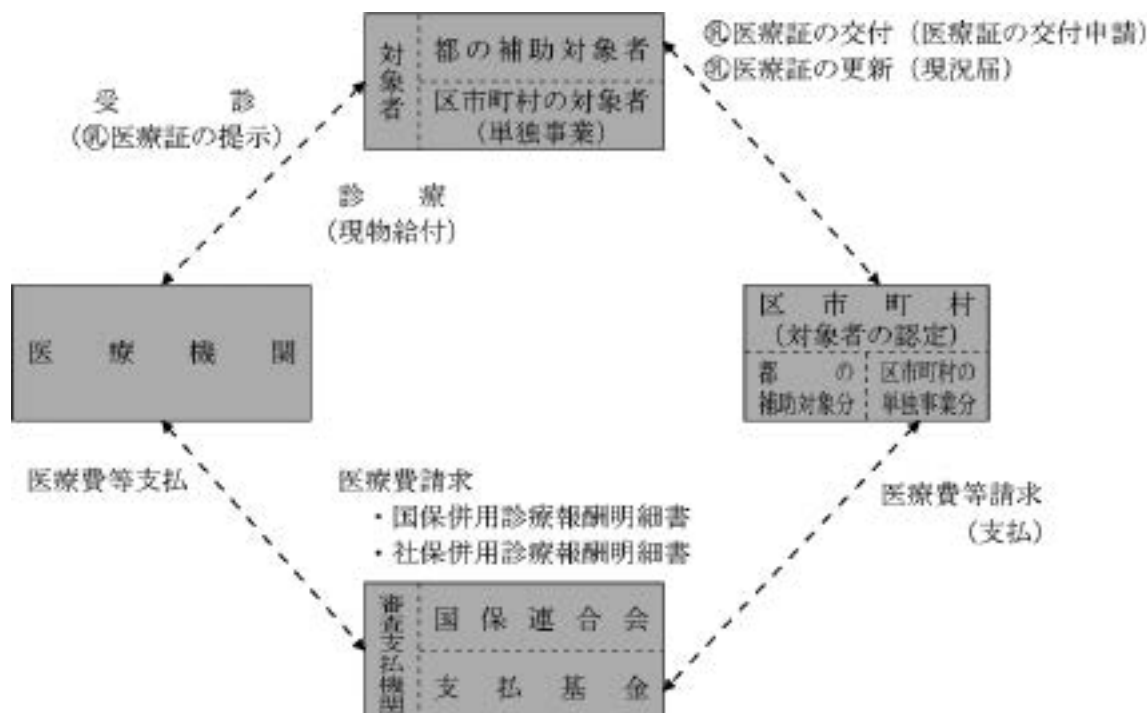
6. 助成額

区市町村は、国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成する。ただし入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外来	医療保険 8割	㉠助成 2割
入院	医療保険 8割	㉠助成 2割
	食事療養費	食事療養標準負担額 患者負担 1食460円

※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況等に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

「乳幼児医療費助成制度・医療費助成の請求支払のしくみ」(現物給付分)



7. 他の公費負担医療制度との関係

㉞制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等法に基づく公費負担医療制度の給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない（他の公費負担医療制度の給付を優先する）。適用関係は下記の図のとおり。

また、㉞公費負担医療制度と㉞制度の関係も同様に㉞公費負担医療制度を優先し、生活保護法による被保護者は㉞制度の対象とならない。

外来		他の公費一部負担金
医療保険	他の公費助成	㉞助成

※ 他の公費負担医療の一部負担金を㉞で助成

入院		他の公費一部負担金
医療保険	他の公費助成	㉞助成
食事療養費	食事療養標準負担額	
	{ 他の公費で助成 又は患者負担 }	

※ 他の公費負担医療の一部負担金を㉞で助成

8. ㉞医療費助成制度との関係について

6歳に達した日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間は、義務教育就学児医療費助成(㉞制度)の対象となる。㉞制度と㉞制度は負担者番号が異なるため、「診療報酬明細書」作成の際は特に注意すること。

※ 義務教育就学児医療費助成制度の詳細は(P.171~参照)。

乳幼児医療費助成制度 区市町村担当課・負担者番号一覧

2023年10月1日現在

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号				負担者番号				
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	
千代田区	子ども部子育て推進課手当・医療係 03 (5211) 4230	8	8	1 3	2 0 1	4				
中央区	福祉保健部子育て支援課子育て支援係 03 (6264) 8403	8	8	1 3	2 0 2	2				
港区	子ども家庭支援部子ども若者支援課子ども給付係 03 (3578) 2430	8	8	1 3	2 0 3	0				
新宿区	子ども家庭部子ども家庭課子ども医療・手当係 03 (5273) 4546	8	8	1 3	2 0 4	8				
文京区	子ども家庭部子育て支援課児童給付係 03 (5803) 1701	8	8	1 3	2 0 5	5				
台東区	区民部子育て・若者支援課給付担当 03 (5246) 1232	8	8	1 3	2 0 6	3				
墨田区	子ども・子育て支援部子育て支援課児童手当・医療助成係 03 (5608) 1439	8	8	1 3	2 0 7	1				
江東区	こども未来部こども家庭支援課給付係 03 (3647) 4754	8	8	1 3	2 0 8	9				
品川区	子ども未来部子育て応援課手当医療助成担当 03 (5742) 9174	8	8	1 3	2 0 9	7				
目黒区	子育て支援部子育て支援課手当・医療係 03 (5722) 9864	8	8	1 3	2 1 0	5				
大田区	こども家庭部子育て支援課こども医療係 03 (5744) 1275	8	8	1 3	2 1 1	3				
世田谷区	子ども・若者部子ども家庭課子ども医療・手当担当 03 (5432) 2309	8	8	1 3	2 1 2	1				
渋谷区	子ども家庭部子ども青少年課子育て給付係 03 (3463) 2558	8	8	1 3	2 1 3	9				
中野区	子ども教育部子育て支援課子ども医療助成係 03 (3228) 3253	8	8	1 3	2 1 4	7				
杉並区	子ども家庭部管理課子ども医療・手当係 03 (5307) 0785	8	8	1 3	2 1 5	4				
豊島区	子ども家庭部子育て支援課児童給付グループ 03 (3981) 1417	8	8	1 3	2 1 6	2				
北区	子ども未来部子ども未来課子育て給付係 03 (3908) 9096	8	8	1 3	2 1 7	0				
荒川区	子ども家庭部子育て支援課子育て給付係 03 (3802) 4832	8	8	1 3	2 1 8	8				
板橋区	子ども家庭部子育て支援課子どもの手当医療係 03 (3579) 2374	8	8	1 3	2 1 9	6				
練馬区	こども家庭部子育て支援課児童手当係 03 (5984) 5824	8	8	1 3	2 2 0	4				
足立区	福祉部親子支援課子ども医療費給付係 03 (3880) 5923	8	8	1 3	2 2 1	2				
葛飾区	子育て支援部子育て応援課児童手当係 03 (5654) 8294	8	8	1 3	2 2 2	0				
江戸川区	子ども家庭部児童家庭課医療費助成係 03 (5662) 8578	8	8	1 3	2 2 3	8				
八王子市	子ども家庭部子育て支援課 042 (620) 7368	8	8	1 3	8 2 4	3	8	8	1 3	2 2 4 6
立川市	子ども家庭部子育て推進課手当・医療費給付係 042 (528) 4816	8	8	1 3	8 2 5	0	8	8	1 3	2 2 5 3
武蔵野市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当医療係 0422 (60) 1963	8	8	1 3	8 2 6	8	8	8	1 3	2 2 6 1

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号							負担者番号								
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号				
三鷹市	子ども政策部子育て支援課手当・医療係 0422 (29) 9675	8	8	1	3	8	2	7	6	8	8	1	3	2	2	7	9
青梅市	こども家庭部こども育成課手当・医療係 0428 (22) 1111 内2139	8	8	1	3	8	2	8	4	8	8	1	3	2	2	8	7
府中市	子ども家庭部子育て応援課育成係 042 (335) 4100	8	8	1	3	8	2	9	2	8	8	1	3	2	2	9	5
昭島市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当・医療助成係 042 (544) 4193	8	8	1	3	8	3	0	0	8	8	1	3	2	3	0	3
調布市	子ども生活部子ども家庭課家庭福祉係 042 (481) 7093	8	8	1	3	8	3	1	8	8	8	1	3	2	3	1	1
町田市	子ども生活部子ども総務課手当・医療費助成係 042 (724) 2139	8	8	1	3	8	3	2	6	8	8	1	3	2	3	2	9
小金井市	子ども家庭部子育て支援課手当助成係 042 (387) 9839	8	8	1	3	8	3	3	4	8	8	1	3	2	3	3	7
小平市	子ども家庭部子育て支援課手当助成担当 042 (346) 9544	8	8	1	3	8	3	4	2	8	8	1	3	2	3	4	5
日野市	子ども部子育て課助成係 042 (514) 8598	8	8	1	3	8	3	5	9	8	8	1	3	2	3	5	2
東村山市	子ども家庭部子ども保健・給付課手当係 042 (393) 5111 内3652	8	8	1	3	8	3	6	7	8	8	1	3	2	3	6	0
国分寺市	子ども家庭部子ども子育て支援課手当助成係 042 (325) 0111 内378	8	8	1	3	8	3	7	5	8	8	1	3	2	3	7	8
国立市	子ども家庭部子育て支援課子育て支援係 042 (576) 2111 内156	8	8	1	3	8	3	8	3	8	8	1	3	2	3	8	6
福生市	子ども家庭部子ども育成課手当助成係 042 (551) 1737	8	8	1	3	8	4	1	7	8	8	1	3	2	4	1	0
狛江市	子ども家庭部子ども政策課手当助成係 03 (3430) 1277	8	8	1	3	8	4	2	5	8	8	1	3	2	4	2	8
東大和市	子ども未来部子育て支援課手当・助成係 042 (563) 2111 内1761	8	8	1	3	8	4	3	3	8	8	1	3	2	4	3	6
清瀬市	福祉・子ども部子育て支援課子育て支援係 042 (497) 2088	8	8	1	3	8	4	4	1	8	8	1	3	2	4	4	4
東久留米市	子ども家庭部児童青少年課助成支援係 042 (470) 7736	8	8	1	3	8	4	5	8	8	8	1	3	2	4	5	1
武蔵村山市	子ども家庭部子ども青少年課手当・青少年係 042 (565) 1111 内185	8	8	1	3	8	4	6	6	8	8	1	3	2	4	6	9
多摩市	子ども青少年部子育て支援課手当・医療・相談担当 042 (338) 6851	8	8	1	3	8	4	7	4	8	8	1	3	2	4	7	7
稲城市	子ども福祉部子育て支援課手当助成係 042 (378) 2111 内232	8	8	1	3	8	4	8	2	8	8	1	3	2	4	8	5
羽村市	子ども家庭部子育て相談課手当・助成係 042 (555) 1111 内237	8	8	1	3	8	5	0	8	8	8	1	3	2	5	0	1
あきる野市	子ども家庭部子ども政策課子ども政策係 042 (518) 7854	8	8	1	3	8	4	9	0	8	8	1	3	2	4	9	3
西東京市	子育て支援部子育て支援課手当助成係 042 (460) 9840	8	8	1	3	8	3	9	1	8	8	1	3	2	3	9	4
瑞穂町	福祉部子育て応援課子育て支援係 042 (557) 7624	8	8	1	3	8	5	1	6	8	8	1	3	2	5	1	9
日の出町	子育て福祉課子育て支援係 042 (588) 4113	8	8	1	3	8	5	2	4	8	8	1	3	2	5	2	7
檜原村	福祉けんこう課福祉係 042 (598) 3121 内111	8	8	1	3	8	5	4	0	8	8	1	3	2	5	4	3
奥多摩町	福祉保健課子育て推進係 0428 (85) 2611	8	8	1	3	8	5	5	7	8	8	1	3	2	5	5	0

区市町村	担当部課・電話番号	負担者番号				負担者番号											
		法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
大島町	福祉けんこう課子育て応援係 04992 (2) 1471	8	8	1	3	8	5	6	5	8	8	1	3	2	5	6	8
利島村	住民課 04992 (9) 0013	8	8	1	3	8	5	7	3	8	8	1	3	2	5	7	6
新島村	民生課福祉介護係 04992 (5) 0243	8	8	1	3	8	5	8	1	8	8	1	3	2	5	8	4
神津島村	福祉課福祉係 04992 (8) 0011 内37	8	8	1	3	8	5	9	9	8	8	1	3	2	5	9	2
三宅村	福祉健康課福祉係 04994 (5) 0902	8	8	1	3	8	6	0	7	8	8	1	3	2	6	0	0
御蔵島村	総務課民生係 04994 (8) 2121	8	8	1	3	8	6	1	5	8	8	1	3	2	6	1	8
八丈町	福祉健康課厚生係 04996 (2) 5570	8	8	1	3	8	6	2	3	8	8	1	3	2	6	2	6
青ヶ島村	総務課 04996 (9) 0111 内206	8	8	1	3	8	6	3	1								
小笠原村	村民課住民係 04998 (2) 3113	8	8	1	3	8	6	4	9	8	8	1	3	2	6	4	2

問合せ先 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

16	㊦義務教育就学児医療費助成制度		
法別番号	88	区分	義務教育就学児医療（㊦）
取扱医療機関等	契約医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	義務教育就学期にある児童（6歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から15歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者）を養育している方であって、以下のいずれにも該当する方 (1) 一定所得以下の方（詳細は各区市町村へ問合せ） (2) 当該児童について、医療保険等各法により医療に関する給付を受けていること。なお、当該児童が生活保護を受けている場合、施設に措置により入所している場合等を除く。		
申請の手続	児童の住所地の区市町村の担当課に申請する（詳細は各区市町村へ問合せください。）。		
認定期間	申請のあった日から、その日以降の直近の9月30日まで。更新の場合は、10月1日から翌年9月30日まで。ただし、6歳児については、始期が4月1日となり（6歳に達する日以後の最初の3月31日までは乳幼児医療）、15歳児については、終期が3月31日となる。		
公費負担額	各区市町村で下記の(1)又は(2)を実施している。詳細は、各区市町村へ問合せ (1) 入院については、医療保険の自己負担額を助成し、通院（調剤及び訪問看護を除く。）については、自己負担額から一部負担金等相当額（通院1回につき200円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 → 認定された方は、 通院時の一部負担金等相当額（通院1回につき200円（上限額））と入院時の食事療養標準負担額を負担する。 (2) 医療保険の自己負担額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 → 認定された方は、 入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定する義務教育就学児の医療費の助成に関する条例等		
問合せ先	[認定・給付関係] 各区市町村義務教育就学児医療担当課 [施策関係・制度運用] 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当（5320）4282		

1. 概要

都内の各区市町村が、児童の保健の向上と健全な育成を図るため、児童を養育している保護者に対して、児童に係る医療費の一部を助成する制度で、平成 19 年 10 月から実施されている。(注)「㊦」と書いて「マルコ」と略称する。

2. 認定期間

㊦医療証の有効期間は、各年 10 月 1 日から翌年の 9 月 30 日までの 1 年間であり、その更新月日は、各年 10 月 1 日である。ただし、6 歳児については、3 月 31 日までは㊧であり、4 月 1 日から㊦に切替わるため、4 月 1 日から 9 月 30 日までとなる。また、この制度の対象となる児童の年齢が、15 歳に達する日以後の最初の 3 月 31 日までの間にある者となっているので、医療証の赤枠で囲んである有効期間に特に注意すること。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとする者は、住所地の区市町村に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「㊦医療証」の交付を受ける。㊦医療証は、個人証となっている。㊦医療証の様式は、「通院負担有 (200 円)」の表示証と、表示がない証の 2 種類あり、区市町村によって異なる。

(1) 通院負担「有」の場合

㊦医療証の右上に赤枠で囲まれた「通院負担有 (200 円)」の表示がある。本人負担は、通院 (調剤及び訪問看護を除く。以下同じ) については、「一部負担金 (通院 1 回につき 200 円 (上限額)) の徴収に係る留意事項」(P. 175～参照)。入院については、本人負担はない。

㊦ 医療証		通院負担有 (200 円)	
負担者番号	8 8 1 3		
交付者番号			
児氏名			
誕生年月日	年	月	日
住所			
保護者氏名			
有効期間	年	月	日から
	年	月	日まで
<small>上記の者は、東京都〇〇市 (町) 〇〇区 (町) 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号 (〇〇) が助成するものであることを証明する。</small>			
東京都〇〇市 (町) 〇〇区 (町) 〇〇丁目 〇〇番 〇〇号 (〇〇) 長 ○ ○ ○ ○			
交付年月日	年	月	日

(2) 本人負担「無」の場合

本人負担がないため、㊦医療証には本人負担に関する表示がない。

㊦ 医療証									
保険者番号	8	8	1	3					
支給者番号									
氏名									
誕生年月日	年		月	日					
住所									
氏名									
有効期間	年		月	日から	年				
<small>上記の者は、東京都〇〇市(区)に、連続勤務年数が標準額を超えていないことにより標準額の一部を〇〇市(区)に引当するものがあることを認めます。</small>									
東京都〇〇市(区)長 〇 〇 〇 〇									
交付年月日	年		月	日					

負担者番号

	法別番号		都道府県番号		実施機関番号		検証番号
通院負担「有」	8	8	1	3	1		
	8	8	1	3	4		
本人負担「無」	8	8	1	3	5		
	8	8	1	3	7		

㊦制度と同様の番号

※ 通院負担「有」の場合と本人負担「無」の場合各々複数の負担者番号がある。これは、都基準に基づく事業と区市町村単独事業を区別するために設定しているが、医療機関窓口における取扱は同じである。

4. 医療機関での取扱い

(1) 対象児童が都内国民健康保険の被保険者または社会保険の被扶養者の場合

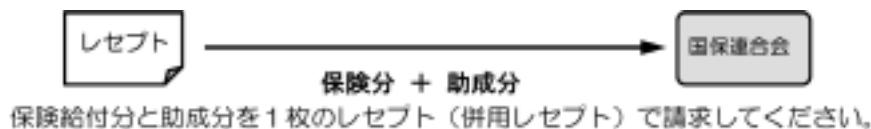
①対象者が、健康保険証と㊦医療証を医療機関の窓口へ提出した場合

医療機関の窓口では、㊦制度の通院一部負担金及び入院の場合の食事療養標準負担額を徴収する。(㊦制度本人負担「無」の者については、入院時食事療養標準負担額のみ徴収)

医療機関は、保険分及び㊦制度助成分とも、診療報酬明細書(国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト)を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。助成する医療費は、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

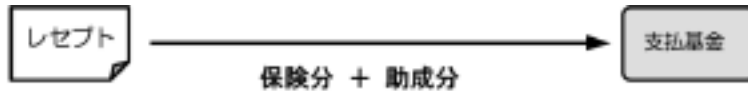
(注) 月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。

国民健康保険の場合



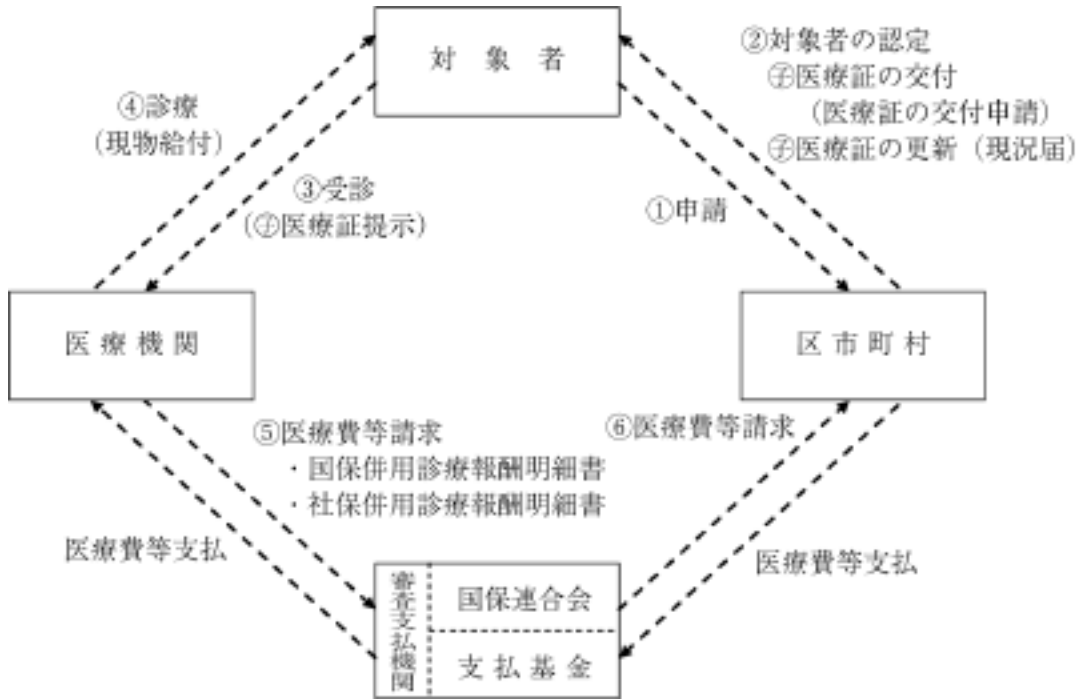
注意 都外国保(他道府県の市町村国保及び国保組合)の場合
都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。
 この場合は、**窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。**
 保険分のみレセプト請求し、助成金は**本人が区市町村から現金償還**を受ける取扱となります。

社会保険の場合



保険給付分と助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求してください。

- ②対象者が、受診の際に医療機関の窓口へ㊦医療証を提示しなかった場合や、保険の療養費が支給された場合、都外の国保加入者の場合
対象者の申請（保険給付決定通知書、領収書）に基づき、区市町村が直接対象者に支払う。



(2) 対象児童が他の公費負担医療等に該当し、かつ㊦制度の助成がある場合

保険分、㊦制度助成分及び他の公費負担医療分については、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

(3) 高額療養費の現物給付がある場合

診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

5. 公費負担額・助成額

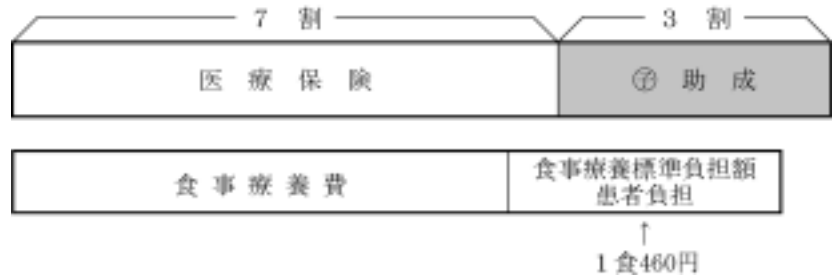
(1) 通院負担「有」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、入院については当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成し、通院については㊦制度の一部負担金（市町村により、通院1回につき200円（上限額）を控除した額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外 来



入院



※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

(2) 一部負担金（通院1回につき200円（上限額））の徴収に係る留意事項

① 医療保険上の自己負担額（3割相当額）が200円に満たない場合

医療保険上の自己負担額が200円に満たない場合は、その満たない額を徴収する。

例えば、医療保険上の自己負担額（3割相当額）が183円であれば、10円未満の端数を四捨五入し、180円を徴収する。ただし、診療報酬明細書の一部負担金額の欄には、183円（10円未満の端数を四捨五入する前の金額（1円単位））と記載する。

② 1日のうちに同一医療機関に2回通院した場合

2回通院した場合でも1回分だけ徴収する。診療報酬明細書の診療実日数の記載においては、同一医療機関に同一日に2回通院した場合でも、「1日」として記載することとなっている。本制度における「1回」と診療報酬明細書の「1日」は同義であるため、本制度においても診療報酬明細書に合わせ、1回分だけ徴収する。

また、同日中に2回通院して最初の1回目で200円に満たない場合（例えば180円）、2回目の来院時には、1回目の自己負担額と200円までの差額（20円）は徴収しない。

③ 1日のうちに別の医療機関を受診した場合

医療機関ごとに一部負担金を徴収する。ただし、調剤薬局は、一部負担金を徴収しない。

④ 1日のうちに同一医療機関の複数科を受診した場合

200円（上限額）を徴収し、診療科ごとには一部負担金を徴収しない。

⑤ 補装具（治療用装具）の場合

医師が疾病又は負傷の治療遂行上必要と判断し、医療保険を適用して補装具を購入する場合には、一部負担金は徴収しない。

⑥ 診察と別の日に行う検査のみの場合

診療実日数にカウントしない検査のみの来院は、一部負担金は徴収しない。

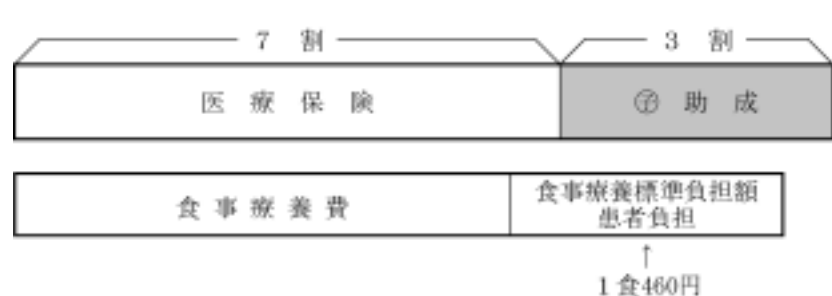
(3) 本人負担「無」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外来



入院



※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

6. 他の医療制度との関係

㊦制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等の法令によって医療に関する給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない（他の公費負担医療制度の給付を優先する。）。

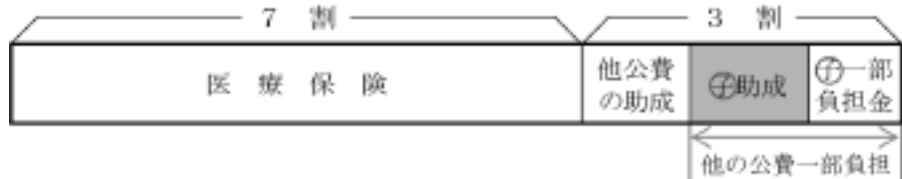
法に基づく公費負担医療制度との関係では、法に基づく給付が行われた結果、対象者に一部負担金が生じた場合、その一部負担金が㊦制度での一部負担金より高額の場合には、その差額を㊦制度で助成する。

また、㊦公費負担医療制度と㊦制度の関係も、同様に㊦公費負担医療制度を優先する。

生活保護法による被保護者は㊦制度の対象とならない。適用関係は下記の図のとおりである。

外来 「通院負担「有」の場合」 * ㊦制度一部負担金 = 通院1回につき 200円（上限額）

●他公費一部負担金 > ㊦制度一部負担金 → 差額を㊦で助成



●他公費一部負担金 < ㊦制度一部負担金 → ㊦助成なし

「本人負担「無」の場合」

・他公費一部負担金を㊦で助成



入院

通院負担「有」の場合 } 共通
本人負担「無」の場合 }



※ 他の公費負担医療の一部負担金を㊦で助成

7. ㊦医療費助成制度との関係について

令和5年4月から高校生等医療費助成制度が開始した。これにより、15歳に達した日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間は、高校生等医療費助成（㊦制度）の対象となる。㊦制度と㊦制度は負担者番号が異なるため、「診療報酬明細書」作成の際は特に注意すること。

※ 高校生等医療費助成制度の詳細は（P. 179～参照）。

義務教育就学児医療費助成制度 負担者番号一覧

2023年10月1日現在

※ 各区市町村の担当課及び連絡先は、乳幼児医療費助成制度と同様（P.168～参照）。

区 市 町 村	事 業 内 容	所得 制限 有:○	負 担 者 番 号															
			法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
千代田区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	0	1	7								
中央区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	0	2	5								
港区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	0	3	3								
新宿区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	0	4	1								
文京区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	0	5	8								
台東区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	0	6	6								
墨田区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	0	7	4								
江東区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	0	8	2								
品川区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	0	9	0								
目黒区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	0	8								
大田区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	1	6								
世田谷区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	2	4								
渋谷区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	3	2								
中野区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	4	0								
杉並区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	5	7								
豊島区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	6	5								
北区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	7	3								
荒川区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	8	1								
板橋区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	1	9	9								
練馬区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	2	0	7								
足立区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	2	1	5								
葛飾区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	2	2	3								
江戸川区	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	5	2	3	1								
八王子市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	2	4	8	8	8	1	3	4	2	4	2
立川市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	2	5	2	8	8	1	3	5	2	5	6
武蔵野市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	2	6	0	8	8	1	3	5	2	6	4
三鷹市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	2	7	8	8	8	1	3	5	2	7	2
青梅市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	2	8	6	8	8	1	3	5	2	8	0
府中市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	2	9	4	8	8	1	3	5	2	9	8
昭島市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	3	0	5	8	8	1	3	4	3	0	9
調布市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	3	1	0	8	8	1	3	5	3	1	4
町田市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	3	2	1	8	8	1	3	4	3	2	5
小金井市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円		8	8	1	3	1	3	3	9	8	8	1	3	4	3	3	3
小平市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	3	4	7	8	8	1	3	4	3	4	1
日野市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし		8	8	1	3	7	3	5	1	8	8	1	3	5	3	5	5
東村山市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回200円	○	8	8	1	3	1	3	6	2								

区 市 町 村	事 業 内 容	所得 制限 有:○	負 担 者 番 号															
			法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
国分寺市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円		8	8	1	3	1	3	7	0	8	8	1	3	4	3	7	4
国立市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円		8	8	1	3	1	3	8	8	8	8	1	3	4	3	8	2
福生市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円		8	8	1	3	1	4	1	2	8	8	1	3	4	4	1	6
狛江市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円	○	8	8	1	3	1	4	2	0	8	8	1	3	4	4	2	4
東大和市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円	○	8	8	1	3	1	4	3	8								
清瀬市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円	○	8	8	1	3	1	4	4	6								
東久留米市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円	○	8	8	1	3	1	4	5	3								
武蔵村山市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円		8	8	1	3	1	4	6	1	8	8	1	3	4	4	6	5
多摩市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円		8	8	1	3	1	4	7	9	8	8	1	3	4	4	7	3
稲城市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円	○	8	8	1	3	1	4	8	7								
羽村市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円		8	8	1	3	1	5	0	3	8	8	1	3	4	5	0	7
あきる野市	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	4	9	2	8	8	1	3	5	4	9	6
西東京市	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円		8	8	1	3	1	3	9	6	8	8	1	3	4	3	9	0
瑞穂町	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	1	8	8	8	1	3	5	5	1	2
日の出町	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	2	6	8	8	1	3	5	5	2	0
檜原村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	4	2	8	8	1	3	5	5	4	6
奥多摩町	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	5	9	8	8	1	3	5	5	5	3
大島町	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	6	7	8	8	1	3	5	5	6	1
利島村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	7	5	8	8	1	3	5	5	7	9
新島村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	8	3	8	8	1	3	5	5	8	7
神津島村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	5	9	1	8	8	1	3	5	5	9	5
三宅村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	6	0	9	8	8	1	3	5	6	0	3
御蔵島村	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	6	1	7	8	8	1	3	5	6	1	1
八丈町	入院・通院中学校卒業まで 自己負担なし		8	8	1	3	7	6	2	5	8	8	1	3	5	6	2	9
青ヶ島村	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円	○	8	8	1	3	1	6	3	6								
小笠原村	入院・通院中学校卒業まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200円		8	8	1	3	1	6	4	4	8	8	1	3	4	6	4	8

問合せ先 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

17		青 高校生等医療費助成制度	
法別番号	89	区分	高校生等医療 (青)
取扱医療機関等	契約医療機関 (東京都医師会に加入している医療機関 (非会員は東京都と個別に契約する))		
疾病等の範囲	全疾病		
対象者	高校生等 (15歳に達する日の翌日以後の最初の4月1日から18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者。高校在学中か否かを問わない。) を養育している方であって、以下のいずれにも該当する方。 (1) 一定所得以下の方 (詳細は各区市町村へ問合せ) (2) 当該高校生等について、医療保険等各法により医療に関する給付を受けていること。なお、当該高校生等が生活保護を受けている場合、施設に措置により入所している場合等を除く。 なお、高校生等が誰からも監護されておらず区市町村が必要と認める場合は、当該高校生等本人が対象者となることがある。		
申請の手続	高校生等の住所地の区市町村の担当課に申請する (詳細は各区市町村へ問合せください。)		
認定期間	申請のあった日から、その日以降の直近の9月30日まで。更新の場合は、10月1日から翌年9月30日まで。ただし、15歳児については、始期が4月1日となり (15歳に達する日以後の最初の3月31日までは義務教育就学児医療)、18歳児については、終期が3月31日となる。		
公費負担額	各区市町村で下記の(1)又は(2)を実施している。詳細は、各区市町村へ問合せ (1) 入院については、医療保険の自己負担額を助成し、通院 (調剤及び訪問看護を除く。) については、自己負担額から一部負担金等相当額 (通院1回につき200円 (上限額)) を控除した額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 → 認定された方は、 通院時の一部負担金等相当額 (通院1回につき200円 (上限額)) と入院時の食事療養標準負担額を負担する。 (2) 医療保険の自己負担額を助成する。ただし、入院時の食事療養標準負担額は助成しない。 → 認定された方は、 入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	各区市町村が制定する高校生等の医療費の助成に関する条例等		
問合せ先	[認定・給付関係] 各区市町村高校生等医療担当課 [施策関係・制度運用] 福祉局生活福祉部医療助成課医療助成担当 (5320) 4282		

1. 概要

都内の各区市町村が、高校生等の保健の向上と健全な育成を図るため、高校生等を養育している保護者に対して、高校生等に係る医療費の一部を助成する制度である。（注）「㊦」と書いて「マルアオ」と略称する。

2. 認定期間

㊦医療証の有効期間は、各年10月1日から翌年の9月30日までの1年間であり、その更新月日は、各年10月1日である。ただし、15歳児については、3月31日までは㊧であり、4月1日から㊦に切替わるため、4月1日から9月30日までとなる。また、この制度の対象となる高校生等の年齢が、18歳に達する日以後の最初の3月31日までの間にある者となっているので、医療証の赤枠で囲んである有効期間に特に注意すること。

3. 医療証

医療費の助成を受けようとする者は、住所地の区市町村に申請をし、医療費の助成を受ける資格を証する「㊦医療証」の交付を受ける。㊦医療証は、個人証となっている。㊦医療証の様式は、「通院負担有（200円）」の表示証と、表示がない証の2種類あり、区市町村によって異なる。

(1) 通院負担「有」の場合

㊦医療証の右上に赤枠で囲まれた「通院負担有（200円）」の表示がある。

本人負担は、通院（調剤及び訪問看護を除く。以下同じ）については、「一部負担金（通院1回につき200円（上限額））の徴収に係る留意事項」（P.182参照）。入院については、本人負担はない。

㊦ 医療証		通院負担有(200円)	
高学等 氏名	姓 名	年 月 日	生
住所	〒		
氏名	氏 名		
有効期間	年 月 日から	年 月 日まで	
<small>上記の事項は、東京都○○区（市町村）及び生等医療費助成法に 関する条例により医療費の一部が○○区（市町村）が徴収するも ちであることと説明する。</small>			
東京都○○区（市町村） 長			
○ ○ ○ ○			
交付年月日	年 月 日		

(2) 本人負担「無」の場合

本人負担がないため、㊦医療証には本人負担に関する表示がない。

㊦ 医療証	
高学等 氏名	姓 名
住所	〒
氏名	氏 名
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
<small>上記の事項は、東京都○○区（市町村）及び生等医療費助成法に 関する条例により医療費の一部が○○区（市町村）が徴収するも ちであることと説明する。</small>	
東京都○○区（市町村） 長	
○ ○ ○ ○	
交付年月日	年 月 日

負担者番号

	法別番号		都道府県番号		実施機関番号		検証番号
	8	9	1	3	1		
通院負担「有」	8	9	1	3	1		
	8	9	1	3	4		
本人負担「無」	8	9	1	3	5		
	8	9	1	3	7		

※ 通院負担「有」の場合と本人負担「無」の場合各々複数の負担者番号がある。これは、都基準に基づく事業と区市町村単独事業を区別するために設定しているが、医療機関窓口における取扱いは同じである。

4. 医療機関での取扱い

(1) 対象高校生等が都内国民健康保険の被保険者または社会保険の被扶養者の場合

①対象者が、健康保険証と㊦医療証を医療機関の窓口へ提出した場合

(入院で医療費が高額な場合は、限度額適用認定証も提示)

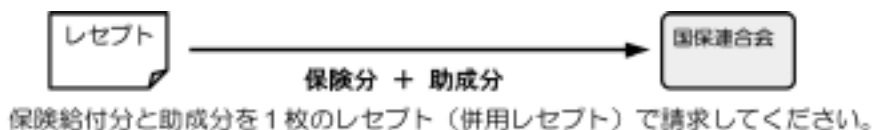
医療機関の窓口では、㊦制度の通院一部負担金及び入院の場合の食事療養標準負担額を徴収する。(㊦制度本人負担「無」の者については、入院時食事療養標準負担額のみ徴収)

医療機関は、保険分及び㊦制度助成分ともに、診療報酬明細書(国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト)を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

助成する医療費は、区市町村が国保連合会又は支払基金を通じて医療機関に支払う。

(注) 月の途中で資格の取得及び消滅があった場合には、診療報酬明細書の「公費分点数」欄に再掲する。

国民健康保険の場合

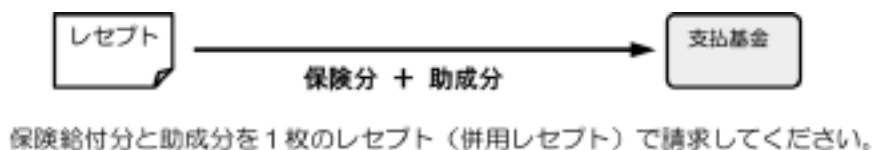
**注意** 都外国保(他道府県の市町村国保及び国保組合)の場合

都外国保の場合は併用レセプトでの請求はできません。

この場合は、窓口では助成制度を適用せず医療保険の自己負担額を徴収してください。

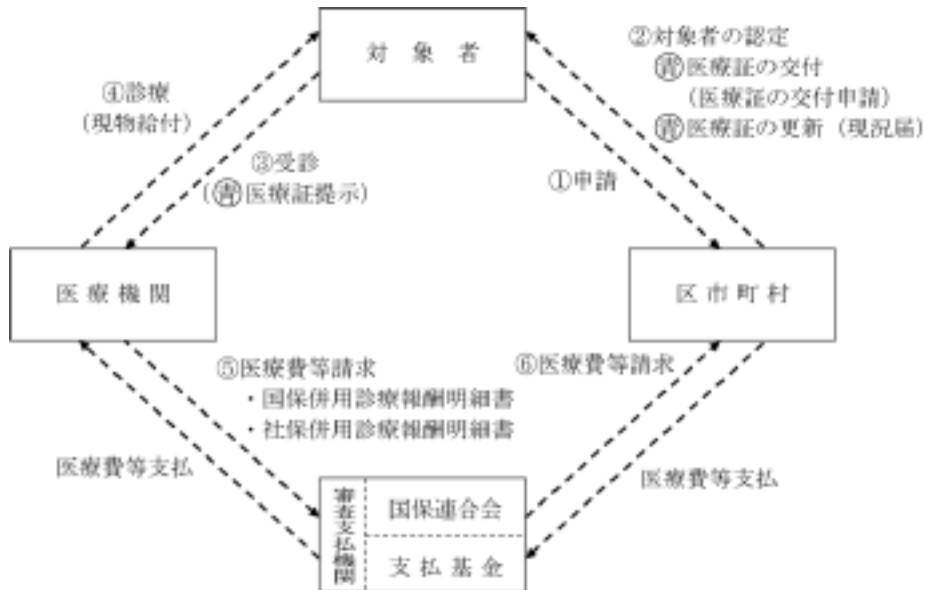
保険分のみレセプト請求し、助成分は本人が区市町村から現金償還を受ける取扱いとなります。

社会保険の場合



②対象者が、受診の際に医療機関の窓口へ㊦医療証を提示しなかった場合や、保険の療養費が支給された場合、都外の国保加入者の場合

対象者の申請（保険給付決定通知書、領収書）に基づき、区市町村が直接対象者に支払う。



(2) 対象高校生等が他の公費負担医療等に該当し、かつ㊦制度の助成がある場合

保険分、㊦制度助成分及び他の公費負担医療分については、診療報酬明細書（国保と公費併用レセプト又は社保と公費併用レセプト）を使用して、都内国保の場合は国保連合会へ、社保の場合は支払基金へ請求する。

(3) 高額療養費の現物給付がある場合

診療報酬明細書の特記事項欄に「26 区ア」「27 区イ」「28 区ウ」「29 区エ」「30 区オ」を記載すること。

5. 公費負担額・助成額

(1) 通院負担「有」の場合

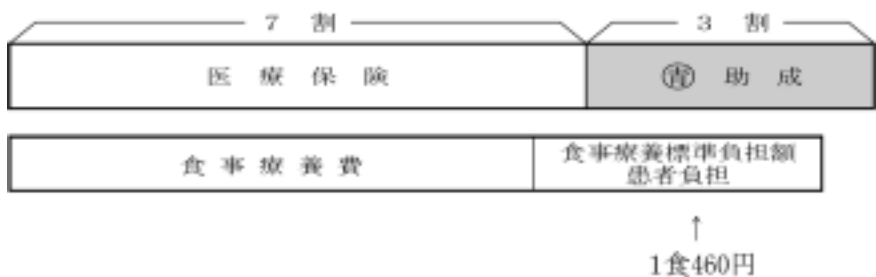
国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、入院については当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成し、通院については㊦制度の一部負担金（通院1回につき200円（上限額））を控除した額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外来



入院

「高額療養費が現物給付されない場合」（例）医療費が高額療養算定基準額以下の場合



※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

(2) 一部負担金（通院1回につき200円（上限額））の徴収に係る留意事項

① 医療保険上の自己負担額（3割相当額）が200円に満たない場合

医療保険上の自己負担額が200円に満たない場合は、その満たない額を徴収する。

例えば、医療保険上の自己負担額（3割相当額）が183円であれば、10円未満の端数を四捨五入し、180円を徴収する。ただし、診療報酬明細書の一部負担金額の欄には、183円（10円未満の端数を四捨五入する前の金額（1円単位））と記載する。

② 1日のうちに同一医療機関に2回通院した場合

2回通院した場合でも1回分だけ徴収する。診療報酬明細書の診療実日数の記載においては、同一医療機関に同一日に2回通院した場合でも、「1日」として記載することとなっている。本制度における「1回」と診療報酬明細書の「1日」は同義であるため、本制度においても診療報酬明細書に合わせ、1回分だけ徴収する。

また、同日中に2回通院して最初の1回目で200円に満たない場合（例えば180円）、2回目の来院時には、1回目の自己負担額と200円までの差額（20円）は徴収しない。

③ 1日のうちに別の医療機関を受診した場合

医療機関ごとに一部負担金を徴収する。ただし、調剤薬局は、一部負担金を徴収しない。

④ 1日のうちに同一医療機関の複数科を受診した場合

200円（上限額）を徴収し、診療科ごとには一部負担金を徴収しない。

⑤ 補装具（治療用装具）の場合

医師が疾病又は負傷の治療遂行上必要と判断し、医療保険を適用して補装具を購入する場合には、一部負担金は徴収しない。

⑥ 診察と別の日に行う検査のみの場合

診療実日数にカウントしない検査のみの来院は、一部負担金は徴収しない。

(3) 本人負担「無」の場合

国民健康保険法又は健康保険各法の規定による医療に関する給付が行われた場合における医療費のうち、当該法令の規定によって対象者が負担すべき額を助成する。ただし、入院時食事療養標準負担額は自己負担。

外 来



入 院



※ 入院時食事療養標準負担額は、所得状況に応じて医療保険制度の軽減措置あり。

6. 他の医療制度との関係

㊦制度の助成は、小児慢性特定疾病医療費助成制度等他の法令によって医療に関する給付を受けることができるときは、その給付の限度において行わない（他の公費負担医療制度の給付を優先する）。

法に基づく公費負担医療制度との関係では、法に基づく給付が行われた結果、対象者に一部負担金が生じた場合、その一部負担金が㊦制度での一部負担金より高額の場合には、その差額を㊦制度で助成する。

また、㊦公費負担医療制度と㊦制度の関係も同様に㊦公費負担医療制度を優先する。

生活保護法による被保護者は㊦制度の対象とならない。適用関係は下記の図のとおりである。

外来 「通院負担「有」の場合」* ④制度一部負担金=通院1回につき200円(上限額)

●他公費一部負担金 > ④制度一部負担金 → 差額を⑤で助成

		他の公費一部負担金	
医療保険	他公費の助成	④助成	④一部負担金 (200円上限)

●他公費一部負担金 < ④制度一部負担金 → ④助成なし

「本人負担「無」の場合」

・他公費一部負担金を⑤で助成

		他の公費一部負担金	
医療保険	他公費の助成	⑤助成	

入院

通院負担「有」の場合 } 共通
本人負担「無」の場合 }

		他の公費一部負担金	
医療保険	他公費の助成	⑤助成	

食事療養	食事療養標準負担額
〔 ⑤の公費で助成又は患者負担 〕	

※ 他の公費負担医療の一部負担金を⑤で助成

高校生等医療費助成制度 負担者番号一覧

2023年10月1日現在

※ 各区市町村の担当課及び連絡先は、乳幼児医療費助成制度と同様 (P. 168~参照)。

区市町村	事業内容	所得制限有:○	負担者番号													
			法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号	法別番号	都道府県番号	実施機関番号	検証番号						
千代田区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	1	6						
中央区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	2	4						
港区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	3	2						
新宿区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	4	0						
文京区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	5	7						
台東区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	6	5						
墨田区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	7	3						
江東区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	8	1						
品川区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	0	9	9						
目黒区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	0	7						
大田区	入院・通院 18歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	1	5						

区 市 町 村	事 業 内 容	所得 制限 有:○	負 担 者 番 号															
			法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号				
世田谷区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	2	3								
渋谷区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	3	1								
中野区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	4	9								
杉並区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	5	6								
豊島区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	6	4								
北 区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	7	2								
荒川区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	8	0								
板橋区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	1	9	8								
練馬区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	2	0	6								
足立区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	2	1	4								
葛飾区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	2	2	2								
江戸川区	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	5	2	3	0								
八王子市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円	○	8	9	1	3	1	2	4	7								
立川市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	2	5	1	8	9	1	3	5	2	5	5
武蔵野市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	2	6	9	8	9	1	3	5	2	6	3
三鷹市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	2	7	7	8	9	1	3	5	2	7	1
青梅市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円	○	8	9	1	3	1	2	8	8								
府中市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	2	9	3	8	9	1	3	5	2	9	7
昭島市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円		8	9	1	3	1	3	0	4	8	9	1	3	4	3	0	8
調布市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	3	1	9	8	9	1	3	5	3	1	3
町田市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円	○	8	9	1	3	1	3	2	0								
小金井市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円		8	9	1	3	1	3	3	8	8	9	1	3	4	3	3	2
小平市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円	○	8	9	1	3	1	3	4	6								
日野市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし		8	9	1	3	7	3	5	0	8	9	1	3	5	3	5	4
東村山市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円	○	8	9	1	3	1	3	6	1								
国分寺市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円		8	9	1	3	1	3	7	9	8	9	1	3	4	3	7	3
国立市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円		8	9	1	3	1	3	8	7	8	9	1	3	4	3	8	1
福生市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円		8	9	1	3	1	4	1	1	8	9	1	3	4	4	1	5
狛江市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	2	9								
東大和市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	3	7								

区 市 町 村	事 業 内 容	所得 制限 有:○	負 担 者 番 号															
			法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号	法別 番号	都道府 県番号	実施機 関番号	検証 番号								
清瀬市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	4	5								
東久留米市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	5	2								
武蔵村山市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	6	0								
多摩市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	4	7	8	8	9	1	3	4	4	7	2
稲城市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	4	8	6								
羽村市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	5	0	2								
あきる野市	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	4	9	1	8	9	1	3	5	4	9	5
西東京市	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	3	9	5	8	9	1	3	4	3	9	9
瑞穂町	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	5	1	0	8	9	1	3	4	5	1	4
日の出町	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	2	5	8	9	1	3	5	5	2	9
檜原村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	4	1	8	9	1	3	5	5	4	5
奥多摩町	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	5	8	8	9	1	3	5	5	5	2
大島町	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	6	6	8	9	1	3	5	5	6	0
利島村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	7	4	8	9	1	3	5	5	7	8
新島村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	8	2	8	9	1	3	5	5	8	6
神津島村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	5	9	0	8	9	1	3	5	5	9	4
三宅村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	6	0	8	8	9	1	3	5	6	0	2
御蔵島村	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	6	1	6	8	9	1	3	5	6	1	0
八丈町	入院・通院 18 歳年度末まで 自己負担なし		8	9	1	3	7	6	2	4	8	9	1	3	5	6	2	8
青ヶ島村	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円	○	8	9	1	3	1	6	3	5								
小笠原村	入院・通院 18 歳年度末まで 入院 自己負担なし 通院 1 回 200 円		8	9	1	3	1	6	4	3	8	9	1	3	4	6	4	7

問合せ先 東京都福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療助成担当 ☎5320-4282

18	都医療費助成制度
法別番号	<p>51 (難病医療 (国の研究事業対象疾病。以下「国疾病」)) (特殊医療 (先天性血液凝固因子欠乏症等))</p> <p>38 (B型・C型ウイルス肝炎治療)、38 (肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業)</p> <p>82 (特殊医療 (人工透析))、82 (小児精神病)、82 (被爆者の子に対する医療)</p> <p>82 (大気汚染関連疾病)</p> <p>83 (難病医療 (都単独医療費助成対象疾病。以下「都疾病」))</p> <p>87 (妊娠高血圧症候群等)</p>

法別番号	51	区分	難病等 (国の研究事業対象疾病 都)
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 (東京都医師会に加入している医療機関 (非会員は東京都と個別に契約する))		
疾病等の範囲	スモン、劇症肝炎、重症急性膵炎、先天性血液凝固因子欠乏症等		
対象者	<p>上記疾病にり患しており、医療保険等各法又は介護保険法により医療又は介護に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。</p> <p>※1 劇症肝炎、重症急性膵炎については、平成26年12月31日までに助成を受けていた方が平成27年1月1日から継続して助成を受ける場合 (更新を含む。) に限り対象となる。</p> <p>※2 小児慢性特定疾病に該当する疾病については、満18歳未満の方は小児慢性特定疾病医療費助成に申請すること。</p>		
申請の手続	<p>申請書に、臨床調査個人票 (対象疾病によっては所定の診断書)、個人番号に係る調書、住民票、健康保険証の写し、保険者からの情報提供にかかる同意書 (※) 及び健康保険上の所得区分を確認する書類 (※) を添付して患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。</p> <p>※1 先天性血液凝固因子欠乏症等については、(※) の書類は不要</p> <p>※2 先天性血液凝固因子欠乏症等のうち第Ⅷ・第Ⅸ因子欠乏症及び血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症については併せて特定疾病療養受療証の写しを添付する。</p>		
認定期間	スモン：申請日から原則として申請日以降の直近の9月30日まで 劇症肝炎、重症急性膵炎：6か月間 先天性血液凝固因子欠乏症等：申請日から申請日の属する年度の3月31日まで		
公費負担額	<p>1 認定を受けた疾病に係る医療に要する費用について、各種医療保険等を適用後の自己負担額</p> <p>2 認定を受けた疾病に係る介護保険法による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養</p>		

	管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスに要する費用について、介護保険適用後の自己負担額
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
問合せ先	<p>[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当 (5320)4472</p> <p>[制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当 (5320)4471</p> <p>[給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当 (マル都担当) (5320)4454</p>

法別番号	38	区分	B型・C型ウイルス肝炎治療（都）
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 （東京都医師会に加入している医療機関（非会員は東京都と個別に契約する））		
疾病等の範囲	B型ウイルス肝炎又はC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病、C型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療を要する場合の当該疾病及びB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病		
対象者	以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 (1) 上記疾病に該当する方 (2) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方		
申請の手続	以下の書類を患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 (1) 申請書 (2) 東京都が指定する肝臓専門医療機関が記載した所定の診断書 ※1 インターフェロンフリー治療（再治療）の申請については、肝疾患診療連携拠点病院に常勤する日本肝臓学会肝臓専門医が診断書を作成する場合を除き、当該医師の意見書の添付が必要となる。 ※2 核酸アナログ製剤治療（更新）の申請については、検査内容及び受けている治療内容が分かる資料等の提出をもって代えられる場合がある。 (3) 住民票（世帯全員分が記載されたもの） (4) 健康保険証の写し (5) 高齢受給者証の交付を受けている方は、受給者証の写し (6) 区市町村民税の課税状況が確認できる書類（世帯全員分）		
認定期間	別表5（P190）参照		
公費負担額	1 住民税非課税世帯の方（H階層） 認定疾患に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額（入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を除く。）を助成する。 2 上記1以外の方（A・D階層） 認定疾患に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額から月額患者一部負担額（別表6（P190）のとおり）を控除した額を助成する。 → 認定された方は、 (1) 住民税非課税世帯の方（H階層）は、入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を負担する。 (2) 上記（1）以外の方（A・D階層）は、月額患者一部負担額及び入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則		
問合せ先	[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当（5320）4472 [制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策推進担当（5320）4476 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）（5320）4454		

【認定期間】

原則として、申請書を受理した日の属する月の初日から起算して下記期間を経過する日まで

治 療 法	認定期間
B型ウイルス肝炎若しくはC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療又はB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療	1年
C型ウイルス肝炎に対して行われるペグインターフェロン及びリバビリン併用治療又はインターフェロンフリー治療（ダクラタスビル・アスナプレビル併用療法、ソホスブビル・リバビリン併用療法（セログループ（ジェノタイプ）1・2以外）、前治療歴を有するC型慢性肝炎・C型代償性肝硬変に対するソホスブビル/ベルパタスビル配合錠（リバビリン製剤（レベトールに限る）の併用あり）による治療）	7か月
C型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療（オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤及びリバビリン（レベトールカプセル 200 mgに限る。）併用療法）	5か月
C型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療（ソホスブビル・リバビリン併用療法（セログループ（ジェノタイプ）2）、レジパスビル/ソホスブビル配合錠による治療、オムビタスビル水和物・パリタプレビル水和物・リトナビル配合剤による治療、エルバスビル及びグラゾプレビル併用療法、ダクラタスビル塩酸塩・アスナプレビル・ベクラブビル塩酸塩配合錠による治療、C型代償性肝硬変に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療（セログループ（ジェノタイプ）1又はセログループ（ジェノタイプ）2）、C型慢性肝炎・C型代償性肝硬変に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療（セログループ（ジェノタイプ）1・2以外）、C型慢性肝炎・C型代償性肝硬変・C型非代償性肝硬変に対するソホスブビル/ベルパタスビル配合錠による治療（リバビリン製剤の併用なし）	4か月
C型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロンフリー治療（C型慢性肝炎に対するグレカプレビル水和物/ピブレンタスビル配合剤による治療（セログループ（ジェノタイプ）1又はセログループ（ジェノタイプ）2））※C型慢性肝炎に対する前治療歴に応じて4か月とすることができる。	3か月

月額患者一部負担額（月額）

(別表 6)

階層 区分	同一世帯に属する方全員の区市町村民税（所得割）の課税年額の合計額 （※但し、Hは所得割及び均等割の合計）	月額患者一部負担額（ただし、食事療養・生活療養標準負担額は含まない。）
H	区市町村民税非課税世帯（※）の方	なし
A	235,000 円未満（Hを除く。）	1万円
D	235,000 円以上	2万円

※「区市町村民税非課税世帯」とは、患者の属する住民票上の世帯全員が、区市町村民税（所得割・均等割とも）非課税である場合をいう。

法別番号	38	区分	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業（都）															
取扱医療機関等	肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業指定医療機関																	
疾病等の範囲	B型肝炎ウイルス若しくはC型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変																	
対象者	<p>以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。</p> <p>(1) 上記疾病に該当し治療を受けている方 (2) 世帯年収が概ね370万円未満の方 (3) 肝がん・重度肝硬変での入院又は肝がんの通院治療（「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」に限る。）で申請月の前の11か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が2か月以上ある方 (4) 肝がん・重度肝硬変の治療研究への協力に同意している方 (5) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方</p>																	
申請の手続	<p>以下の書類を患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。</p> <p>(1) 申請書 (2) 臨床調査個人票及び同意書（臨床調査個人票は指定医療機関が作成したもの） (3) 医療記録票の写し（肝がん・重度肝硬変での入院又は肝がんでの通院治療で、申請月の前の11か月以内に高額療養費算定基準額を超えた月が2か月以上あることが分かるもの） (4) 医療証明書の写し並びに領収書及び診療明細書（指定医療機関以外の保険医療機関や保険薬局で医療を受けた場合） (5) 住民票 (6) 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の写し等 (7) 保険者からの情報提供に係る同意書（必要な場合のみ） (8) 区市町村民税課税（非課税）証明書（必要な場合のみ）</p>																	
認定期間	原則として、申請書を受理した日の属する月の初日から起算して1年を経過する日まで																	
公費負担額	<p>B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変の入院医療又は肝がんの通院治療にかかる保険診療の自己負担額から、以下の階層区分に応じた自己負担月額を除いた額。ただし、過去12月以内に保険医療機関において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療で高額療養費の算定基準額を超えた月が既に2月以上あり、指定医療機関又は保険薬局において肝がん・重度肝硬変入院関係医療又は肝がん外来関係医療（自己負担額が高額療養費算定基準額を超えるものに限る。）を受けた月のみが助成対象。なお、健康保険から支給される高額療養費、入院時の食事療養標準負担額及び入院時の生活療養標準負担額は助成対象外</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">階層区分</th> <th>自己負担月額</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">H</td> <td>70歳未満</td> <td>限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「オ」の方</td> </tr> <tr> <td>70歳以上</td> <td>限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">A</td> <td>70歳未満</td> <td>限度額適用認定証の適用区分が「エ」の方</td> </tr> <tr> <td>70歳以上 75歳未満</td> <td>高齢受給者証の自己負担割合が「2割」の方（限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方を除く。）</td> </tr> <tr> <td>75歳以上</td> <td>後期高齢者医療被保険者証の自己負担金の割合が「1割」又は「2割」の方（限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方を除く。）</td> </tr> </tbody> </table> <p>なし</p> <p>保険者ごとに月額1万円 <small>（ただし、入院関係医療は、同一の指定医療機関及び保険者ごとに月額1万円）</small></p>			階層区分		自己負担月額	H	70歳未満	限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「オ」の方	70歳以上	限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方	A	70歳未満	限度額適用認定証の適用区分が「エ」の方	70歳以上 75歳未満	高齢受給者証の自己負担割合が「2割」の方（限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方を除く。）	75歳以上	後期高齢者医療被保険者証の自己負担金の割合が「1割」又は「2割」の方（限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方を除く。）
階層区分		自己負担月額																
H	70歳未満	限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「オ」の方																
	70歳以上	限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方																
A	70歳未満	限度額適用認定証の適用区分が「エ」の方																
	70歳以上 75歳未満	高齢受給者証の自己負担割合が「2割」の方（限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方を除く。）																
	75歳以上	後期高齢者医療被保険者証の自己負担金の割合が「1割」又は「2割」の方（限度額適用・標準負担額減額認定証の適用区分が「I」又は「II」の方を除く。）																
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則																	
問合せ先	<p>[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当（5320）4472</p> <p>[制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策推進担当（5320）4476</p> <p>[給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）（5320）4454</p>																	

法別番号	82	区分	難病等 (人工透析を要する腎不全 (都))
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 (東京都医師会に加入している医療機関 (非会員は東京都と個別に契約する))		
疾病等の範囲	人工透析を要する腎不全		
対象者	上記疾病に罹患しており、医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。		
申請の手続	申請書に、個人番号に係る調書、住民票、健康保険証の写し及び特定疾病療養受療証の写しを添付して患者の住所地を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。		
認定期間	申請日から原則として申請日以降の直近の9月30日まで		
公費負担額	認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等適用後の自己負担額(1万円までを限度とし、入院時の食事療養標準負担額又は入院時の生活療養標準負担額を除く。) ※介護保険法による介護については本制度の対象外		
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則		
問合せ先	[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当 (5320)4472 [制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当 (5320)4471 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当 (マル都担当) (5320)4454		

法別番号	82	区分	精神医療 小児精神病 (都)
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 (東京都医師会に加入している医療機関 (非会員は東京都と個別に契約する))		
疾病等の範囲	精神障害で入院医療を要する疾病及び精神障害に付随する軽易な傷病 (付随する軽易な傷病とは、入院医療を担当する精神病室の医療担当者において行いうる医療をいう。)		
対象者	1 以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。 (1) 現に上記の疾病に該当し、精神科病院又は精神科病床に入院している方 (2) 満18歳未満の方 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方 2 認定患者であって、満18歳に達した時点で引き続き入院医療を受ける場合は、満20歳未満とする。		
申請の手続	申請書に診断書、住民票、健康保険証の写しを添付して、患者の住所地を管轄する区市町村長を経て知事に申請する。		
認定期間	申請書を受理した日の属する月の初日から、助成開始日から起算して1年を経過する日まで。ただし、起算日から1年以内に満18歳(対象年齢延長の扱いを受けている方)にあつては、満20歳)に達する方については、誕生日の属する月の末日まで (認定期間を残して退院したときは、退院と同時に認定期間は終了する。)		
公費負担額	医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額(入院時の食事療養標準負担額を除く。)を助成する。		

	→ 認定された方は、入院時の食事療養標準負担額を負担する。
根拠法令等	東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
問合せ先	[認定関係] 福祉局中部総合精神保健福祉センター事務室精神障害者保健福祉手帳担当 (3302)7739 <直通> [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当(マル都担当) (5320)4454

法別番号	82	区分	被爆者の子に対する医療(都)
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関 (東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する))		
疾病等の範囲	1 造血機能障害 2 肝臓機能障害 3 細胞増殖機能障害 4 内分泌腺機能障害 5 脳血管障害 6 循環器機能障害 7 腎臓機能障害 8 水晶体混濁による視機能障害 9 呼吸器機能障害 10 運動器機能障害 11 潰瘍による消化器機能障害 <除外疾病> (1)感染症疾病 (2)寄生虫病 (3)中毒又は事故による疾病 (4)原子爆弾の放射能の影響によるものでないことが明らかである疾病		
対象者	以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。 (1) 被爆者の実子であり、健康診断受診票の交付を受けた方 (2) 上記の障害を伴う疾病にかかり、6か月以上の医療を必要とする方 (3) 医療保険各法により医療に関する給付を受けている方		
申請の手続	申請書に診断書(医療費助成用)、健康診断受診票の写し及び健康保険証の写しを添付して、知事に申請する。		
認定期間	申請書を受理した日の属する月の初日から起算して2年間(平成25年度より認定期間1年から2年に変更)を限度とする。ただし、健康診断受診票を交付されていることを前提とする。		
公費負担額	認定疾病(その続発症を含む。)にかかる医療に関する給付について、各種医療保険等を適用した後の自己負担額(入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を除く。)を助成する。 → 認定された方は、入院時の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額を負担する。		

根拠法令等	東京都原子爆弾被爆者等の援護に関する条例
問合せ先	[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課被爆者援護担当 (5320)4473 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当(マル都担当)(5320)4454

法別番号	82	区分	大気汚染関連疾病(都)
取扱医療機関等	契約医療機関、東京都が開設する医療機関等 (東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する))		
疾病等の範囲	以下のいずれかに該当する方 (1) 気管支ぜん息 (2) 慢性気管支炎 (3) ぜん息性気管支炎 (4) 肺気しゅ (5) (1)～(4)の続発症		
対象者	以下のいずれにも該当する方。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。 (1) 現に上記の疾病にかかっている方 (2) 18歳未満の方(18歳の誕生日が属する月の末日までにある方を含む。) ※生年月日が平成9年4月1日以前の被認定者は、更新申請のみ可能。 (3) 東京都の区域内に引き続き1年(3歳に満たない方は6か月)以上住所を有する方 (4) 喫煙していない方 (5) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方		
申請の続手	認定申請書に主治医診療報告書、住民票の写し、健康保険証等の写し(疾病等の範囲の(1)以外に該当する方は、申請時に胸部エックス線フィルム(直接撮影に限る。)の提出も必要。)を添付して、患者の住所地が市町村(保健所政令市を除く。)の場合は市町村長を経由して管轄する保健所長に、区の場合は区長又は保健所長に、保健所政令市の場合は保健所長に申請する。		
認定期間	(1) 新規申請の場合は、申請を受理した日から起算して2年を経過した日以降の直近の誕生日の属する月の末日まで (2) 更新申請の場合は、前回の認定の有効期間の満了日の翌日から2年間 ただし、(1)及び(2)に定める期間中に18歳に達する場合は、その誕生日の属する月の末日までを限度とする。		
公費負担額	認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額(入院時の食事療養標準負担額を除く。)を助成する。 ※生年月日が平成9年4月1日以前で有効な医療券を持っている方に対しては、月額6,000円を超える部分(入院時の食事療養・生活療養標準負担額を除く。)を助成する。		

根拠法令等	大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例
問合せ先	[認定関係] 東京都（区市）大気汚染障害者認定審査会設置保健所（30か所） [施策関係] 保健医療局健康安全部環境保健衛生課環境保健担当（5320）4491 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（マル都担当）（5320）4454

法別番号	54・83	区分	難病等 54(指定難病)・83(都単独疾病 ㊦)
取扱医療機関等	54:指定医療機関 83:契約医療機関、東京都が開設する医療機関 (東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する))		
疾病等の範囲	別表3(P116)のとおり		
対象者	54:別表3のIの疾病に該当する方であって、①厚生労働大臣の定める症状の程度に該当する方又は②申請日の属する月の12月前までの間で当該疾病に係る医療に要した費用の額が33,330円を超えた月数が3月以上ある方 83:別表3のIIの疾病に該当する方であって、①知事の定める基準に該当する方又は②申請日の属する月の12月前までの間で当該疾病に係る医療に要した費用の額が33,330円を超えた月数が3月以上ある方 ※83については、上記に加え、医療保険等各法又は介護保険法により医療又は介護に関する給付を受けている方。ただし、他の法令等による給付により自己負担が生じない方を除く。 なお、83の対象疾病のうち、小児慢性特定疾病に該当するものについては、満18歳未満の方は小児慢性特定疾病医療費助成に申請すること。		
申請の続手	申請書に、臨床調査個人票(54については都道府県が指定した医師が作成したもの)、個人番号に係る調書、住民票、申請者等の健康保険証の写し、申請者等の課税状況を証明する書類、保険者からの情報提供に係る同意書その他必要な書類を添付して患者の方の住所地(※)を管轄する区市町村担当窓口を経て知事に申請する。 ※54については、患者の方が満18歳未満の場合は、当該患者の保護者の住所地		
認定期間	[認定期間の変更] 令和5年10月1日から指定医が「重症度分類を満たしていることを診断した日(開始日)」等まで遡って医療費助成を開始することが可能。 54:開始日から、原則として申請日から1年を経過する日の属する月の末日まで 83:開始日から、原則として申請日以降の直近の7月31日まで なお、遡り等の詳細については下記のURL参照 https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/nanbyo/portal/seido/maedaoshi.html		
公費負担額	1 月ごとの、認定を受けた疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る診療、調剤、居宅における療養上の管理及び看護に要した費用の額について、各種医療保険等適用後の自己負担額(当該額が当該医療費総額の3割の方は、当該医療費総額の2割)から負担上限月額(月額自己負担限度額)を控除した額。ただし、原則として入院時の食事療養標準負担額及び入院時の生活療養標準負担額は公費負担の対象外 2 月ごとの、認定を受けた疾病及びその疾病に付随して発生する傷病に係る介護保険による訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導及び介護医療院サービスに要した費用の額について、介護保険適用後の自己負担額(当該額が当該介護費総額の3割の方は、当該介護費総額の2割)から負担上限月額(月額自己負担限度額)を控除した額 ※1 54については、都道府県等が指定した医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護事業所又は介護予防訪問看護事業所)により行われたものに限る。 ※2 負担上限月額(月額自己負担限度額)については別表4(P118)のとおり		
根拠法令等	難病の患者に対する医療等に関する法律、東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則		

問 合 せ 先	[認定関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課難病認定担当 (5320)4472 [制度関係] 保健医療局保健政策部疾病対策課疾病対策担当 (5320)4471 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当 (マル都担当) (5320)4454
---------	--

法別番号	87	区分	妊娠高血圧症候群等(都、区)
取扱医療機関等	契約医療機関 (東京都医師会に加入している医療機関(非会員は東京都と個別に契約する))		
疾病等の範囲	妊娠により入院医療を必要とする疾病及びその続発症 (1) 妊娠高血圧症候群及びその関連疾患 (2) 糖尿病及び妊娠糖尿病 (3) 貧血 (4) 産科出血 (5) 心疾患		
対象者	以下のいずれにも該当する方。ただし、生活保護受給者、他の法令等による給付により自己負担を生じない方を除く。 (1) 上記の疾病に該当する方 (2) 前年分の総所得税額が30,000円以下の世帯に属する方又は入院見込期間が26日以上の方 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている方		
申請の続手	申請書に診断書、住民票、保険証の写し、世帯調書及び各種所得税額等証明書を添付し、患者の住所地を管轄する保健所を経由して知事、区長又は保健所政令市長に申請する。		
認定期間	診断書における入院見込期間		
公費負担額	認定疾病に係る医療に関する給付について、各種医療保険等を適用し、その自己負担額(入院時の食事療養標準負担額を除く。)を助成する。 → 認定された方は、入院時の食事療養標準負担額を負担する。		
根拠法令等	(都の制度) 東京都妊娠高血圧症候群等に係る医療費助成実施要綱 (区及び保健所政令市の制度) 区及び保健所政令市が制定する医療費助成実施要綱		
問合せ先	都内市町村の区域内 [認定関係] 福祉局子供・子育て支援部家庭支援課母子医療助成担当(5320)4375 [給付関係] 福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当(マル都担当)(5320)4454 特別区(23区)及び保健所政令市の区域内 各区市役所保健衛生主管課		

※Q & A は225ページに記載

1. 概要

(別表7)(P.220~参照)の対象者に対して、医療費を助成することにより、その医療の確立と普及を図り、併せて患者の医療費及び一部の介護サービスにかかる費用の負担を軽減する。介護サービス費の一部も助成対象となるものとして、

㊦ 医療費助成では次のものが該当する。難病医療（国疾病）[負担者番号 51136018]、特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）[負担者番号 51137016]、難病医療（都疾病）[負担者番号 83136010]

<< 肝がん・重度肝硬変医療（法別番号 38） >>

令和3年4月分より肝がんの外来医療に係る医療費の一部も助成対象になった。

制度の概要は、B型・C型肝炎ウイルスが原因の肝がん・重度肝硬変と診断されている方の入院治療や通院治療に係る医療費の一部を助成する制度。

肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療（「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」による通院治療に限る。）に係る医療費で、高額療養費算定基準額を超えた月が助成対象月を含め過去1年間で3月上ある場合、肝がん指定医療機関で受けた3月目以降の医療費について、患者の自己負担額が1万円*となるよう助成する。

* 住民税非課税世帯の場合は自己負担額なし

【㊦ 医療費助成制度の根拠規定】

- ア 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則
- イ 難病の患者に対する医療等に関する法律施行細則
- ウ 大気汚染に係る健康障害者に対する医療費の助成に関する条例
- エ 東京都原子爆弾被爆者等の援護に関する条例
- オ 東京都妊娠高血圧症候群等に係る医療費助成実施要綱
- カ 児童福祉法施行細則

2. 医療証及び患者一部負担額

被交付証	法別番号及び負担者番号	医療費助成の種類	医療券の色	患者一部負担額	医療保険の適用			介護保険の適用
					入院	外来・調剤	訪問看護	
受給者証	54	54136015 難病医療（指定難病）	うすオレンジ色	患者一部負担額表（P.118）参照	○	○	○	○
		54136023 難病医療（指定難病・生活保護受給者）	うすオレンジ色	なし（入院時食事・生活療養標準負担額を含めて助成）	○	○	○	○
	52	52138013 小児慢性特定疾病	うすオレンジ色	患者一部負担額表（P.76）参照	○	○	○	×
		52137015 小児慢性特定疾病（生活保護法の被保護世帯又は血友病等患者等）	うすオレンジ色		○	○	○	×
医	51	51136018 難病医療（国の研究事業対象疾病）	もも色	なし（入院時食事・生活療養標準負担額を含めて助成）	○	○	○	○
		51137016 特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）	もも色		○	○	○	○
	83	83136010 難病医療（都疾病）	しろ色	患者一部負担額表（P.201）参照	○	○	○	○
療券	82	82138009 特殊医療（人工透析を必要とする腎不全）※1	クリーム色	特定疾病療養受療証を適用した入院・外来ごとに一医療機関あたり月額1万円を超える額及び入院時の食事・生活療養標準負担額	○	○	○	×
		82134008 小児精神病	クリーム色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	×	×	×
		82134008 被爆者の子に対する医療	クリーム色		○	○	○	×
		82137001 大気汚染関連連疾病	みどり色		○	○	○	×
		82137555 大気汚染関連連疾病 ※2	みどり色		○	○	○	×
		82137530 大気汚染関連連疾病 ※8	もも色 ※9	月額6千円及び入院時食事・生活療養標準負担額 ※10	○	○	○	×
		82137670 大気汚染関連連疾病 ※8	もも色 ※9	月額6千円及び入院時食事・生活療養標準負担額 ※10	○	○	○	×

被交付証	法別番号及び負担者番号	医療費助成の種類	医療券の色	患者一部負担額	医療保険の適用			介護保険の適用	
					入院	外来・調剤	訪問看護		
	38136016	B型・C型ウイルス肝炎治療	やまぶき色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	○	×	×	
	38136016	B型・C型ウイルス肝炎治療	ラベンダー色	患者一部負担額表 別表6 (P.190) 参照	○	○	×	×	
	38136024	肝がん・重度肝硬変医療 ※5	もえぎ色	入院時食事・生活療養標準負担額	○※6	○	×	×	
	38136024	肝がん・重度肝硬変医療 ※5	あじさい色	患者一部負担額表 P.191 参照	○※6	○	×	×	
	87	87136008	妊娠高血圧症候群等 ※3	クリーム色	入院時食事・生活療養標準負担額	○	×	×	×
患者票※4	93	93137008	結核一般医療 (法別番号10)	しろ色	なし	×	○	×	×
	受給者証	93133007	自立支援医療 (精神通院医療) (法別番号21) (社保・後期高齢者)	しろ色	なし	×	○	○	×
93132009		自立支援医療 (精神通院医療) (法別番号21) (国保)	しろ色	なし	×	○	○	×	

- ※1 [負担者番号 82138009] (人工透析を必要とする腎不全) が適用できる訪問看護は、在宅自己連続携帯式腹膜灌流に関する訪問看護に限定
- ※2 平成20年8月1日以降の新規認定分
- ※3 八王子市及び町田市を除く都内市町村
- ※4 結核一般医療での [負担者番号 93137008] は、社会保険の加入者 (被扶養者含む。以下同じ)、国保組合の加入者及び後期高齢者の加入者の住民税非課税者に、精神通院医療での [負担者番号 93137007] は社会保険加入者、後期高齢者の加入者又は国保組合の住民税非課税者に振り出す。
- ※5 平成30年12月1日から制度開始
- ※6 助成要件：肝がん・重度肝硬変の入院治療又は肝がんの通院治療 (「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」による通院治療に限る。) に係る医療費で、助成該当月を含む過去1年間に3か月以上、対象医療費の自己負担額が高額療養費算定基準額を超えており、3月目が指定医療機関で受けた医療であること。
(本治療については、診断の基準や治療方法等について、「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の実務上の取扱いについて」等で定められているため参照すること。)
- ※7 外科的手術に伴う処置・入院等について適用となる場合有り。
- ※8 生年月日が平成9年4月1日以前で医療費助成を受けている者を対象 (平成30年4月1日から)
- ※9 平成30年4月1日以降の医療券
- ※10 平成30年4月1日以降の患者一部負担額
- ※11 法別番号「54」は、難病の患者に対する医療等に関する法律、法別番号「52」は、児童福祉法を根拠とする制度であり、(都)医療費助成制度外の制度だが有用な情報のため、本欄に併記。

難病等（都単独疾病）（負担者番号 83136010）の患者の

一部負担額の限度額表（月額）（単位：円）

階層区分	階層区分の基準		負担上限月額（月額自己負担限度額）		
			本則（83136010）		
			一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
低所得Ⅰ	区市町村民税 非課税世帯	本人年収 ～80万円	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ		本人年収 80万円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	区市町村民税課税 7.1万円未満		10,000	5,000	
一般所得Ⅱ	区市町村民税課税 7.1万円以上 25.1万円未満		20,000	10,000	
上位所得	区市町村民税課税 25.1万円以上		30,000	20,000	

- ※1 階層区分は、患者の加入する医療保険上の世帯の被保険者の区市町村民税の課税額（非課税の場合は患者本人も含む）により算定する。
- ※2 複数の医療機関で支払った医療費及び介護サービス費の額を合算する。※薬局での保険調剤、医療保険の訪問看護及び介護保険の訪問看護サービスを含む。
- ※3 「高額かつ長期」とは、医療費助成の認定後、認定を受けた疾病に係る月ごとの医療又は介護に要した費用の総額が50,000円を超えた月が6回以上ある者（別途申請手続が必要）
- ※4 「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方であって、認定を受けた疾病により、継続して常時生命維持管理装置を装着する必要がある、かつ、日常生活動作が著しく制限されている方（別途申請手続が必要）
- ※5 認定を受けた患者の方の加入する医療保険上の世帯に、難病医療（指定難病）（54）を受けている方又は小児慢性特定疾病医療費助成（52）を受けている方がいる場合（認定を受けた患者が小児慢性特定疾病医療費助成を受けている場合を含む）、認定を受けた患者の方の「83」の月額自己負担限度額は0円となる。また、医療保険上の世帯に他の難病医療（都疾病）（83）の認定を受けている方がいる場合、それぞれの月額自己負担限度額に応じて、当該額が按分される。

3. 給付内容

認定された疾病にかかる医療費について、医療保険各法を適用し、その患者負担額を対象者に助成する。

(1) ① 医療費助成の対象

次のアからウまでの要件をすべて満たす場合に、患者負担額や利用者負担額を助成する。

- ア ① 医療券等に記載された疾病を治療するために受ける診療、調剤、訪問看護であること。
- イ ① 医療券等の有効期間内に行われる治療であること。
- ウ 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ること。（制度ごとの保険適用区分はP.199～200参照）
ただし、他の法令等により、患者の自己負担額が生じない場合を除きます。
医療券等の種類によって医療費助成の内容は異なります。各制度については「公費負担医療費制度の所轄一覧」の所管部署にお問い合わせください。

(2) ② 医療費助成の対象とならないもの（例示）

- ・ ② 医療券等に記載された病名以外の病気やけがの治療
- ・ 差額ベッド代、個室料、移送費、交通費、鍼、灸、あん摩、マッサージ
- ・ 補装具の作成費用
- ・ 申請のための診断書料、医療費支給申請に必要な療養証明等の証明書料
- ・ 訪問介護（ヘルパーの派遣）などの福祉サービス

(3) 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ている病名に対する診療であるか。

- ア ① 医療券等に記載された病名以外の病気やけがの治療は助成対象外です。
- イ 副作用等に対する治療は助成対象外です。

ただし、負担者番号 38136016 のウイルス肝炎治療医療費助成制度では、核酸アナログ製剤治療、インターフェロンフリー治療又はインターフェロン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については、助成の対象となります。

② ① 医療券等の有効期間内に受けた治療であるか。

- ア ① 医療券等の有効期間外に受けた治療は助成対象外です。
- イ ① 医療券等の有効期間は通常1年または6か月です。更新は自動的にできませんので、患者本人又は代理の方が更新手続をする必要があります。
なお、「大気汚染関連疾病」は、概ね2年間、「被爆者の子に対する医療」は2年間です。

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。

- ア 保険外の負担や自費診療は助成対象外です。
- イ 医療保険等適用後の患者負担額が高額療養費の自己負担限度額を超えている場合についての、医療費助成する金額は、高額療養費相当額を除いた金額となります。また、介護保険法に係る助成については、負担者番号「51」「54」「83」のみです。

④ 患者一部負担の算定

ひと月の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します。

⑤ 有効期限の開始日が月の途中からとなる ① 医療券等の取り扱い

- ア 外来の場合
 - ・有効期限の開始日以降のものを助成の対象とし、開始日より前に行われた外来医療は、助成の対象としません。
〔特定疾病療養受療証の適用が認定条件となっている疾病の場合〕
 - ・自己負担限度額が月額1万円又は2万円となる制度ですが、東京都が助成する額は月額1万円が上限です。
 - ・助成する額は、有効期限の開始日より前において、どれくらい自己負担をしたかによります。
つまり、自己負担限度額が1万円の場合、有効期限の開始日より前に、8,000円の自己負担をしている場合は、助成できる外来診療は、残りの2,000円分となり、既に1万円に達している場合は、高額療養費に該当するため助成はありません。
- 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の自己負担割合を乗じて求めた額とします。
特定疾病療養受療証の適用が認定条件になっている疾病の場合でも同じ取扱いとし、自己負担額の1万円を限度に助成の対象とします。これは、外来の場合と取扱いが異なりますので、留意してください。

⑥ 月額自己負担限度額が変更となるケース

- ア 階層区分が変わった場合
- イ 認定を受けた後、1年のうちに特定医療費の総額が月額50,000円を超える月が6月以上ある場合（負担者番号「54」及び「83」）。
そのため、医療機関の窓口等では、必ず① 医療券等の確認をお願いします。

(4) 歯科医療機関

東京都と契約を締結している医療機関及び難病法並びに児童福祉法の規程により都道府県の指定を受けた医療機関（以下、「指定医療機関」という。）であれば、医療機関に併設されている歯科でも① 医療券等を扱うことができます。ただし、医療費助成は、① 医療券等に記載された病名に限られるため、歯科医療機関における取扱いは、ペーチェット病やシェーグレン症候群などの患者に対する歯科治療など、限られた疾病のものとなります。① 医療券等に記載された病名による歯科治療の適否については、所管課（疾病対策課）にお尋ねください。

(5) 医療保険における請求

- ① 東京都と契約した医療機関等に患者が① 医療券等を提示すれば、患者は助成対象となる医療費等の医療機関窓口での支払いを要しません。契約医療機関等が、国保連合会又は支払基金を通じて医療費等を東京都に請求します。

【医療機関払いの方法】

- 併用レセプト
都内の契約医療機関及び指定医療機関においては、医療券番号や負担金額等をレセプトに記入し、国保連合会・支払基金に請求します。助成対象医療費は、国保連合会・支払基金から支払われる保険分の医療費と併せて支払います。

○ 「東京都負担医療費請求書」等（10名連記式）

都内の契約医療機関においては、次の公費対象医療費及び介護サービス費は「都東京都負担医療費請求書」等（10名連記式）で東京都へ直接、請求してください（併用レセプトでは取扱えませんので御注意ください。）。

- ・ 他道府県の国保・後期高齢と公費負担者番号が「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公費負担者番号が「82・83・87」で始まるもので請求する場合（国保及び後期高齢に限る。社保は併用レセプトで請求可）
- ・ 介護保険と公費負担者番号が「83」で始まるものとの併用

請求書には必ずレセプトの【写し】を添付し、医療機関名欄には担当者名及び連絡先を記入してください。この請求書についての問い合わせは、東京都福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（Tel.03-5320-4454）までお願いします。

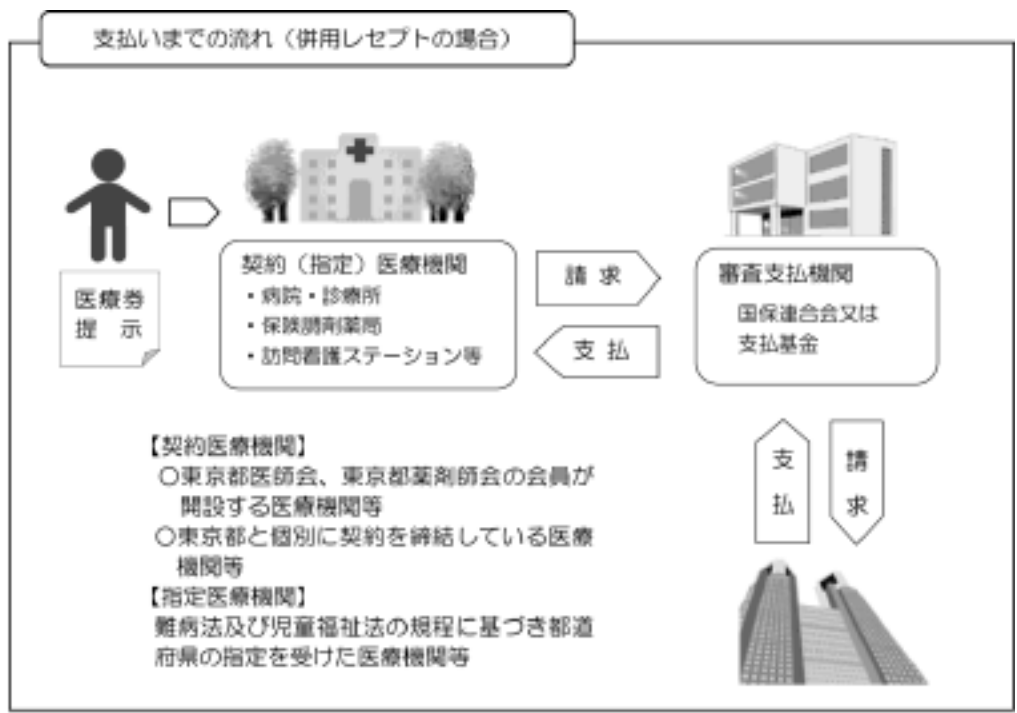
② 法別番号「51」では、入院時の食事・生活療養標準負担額を含めて助成します。

③ 負担者番号「93133007」は精神通院医療の公費負担医療費の患者負担分について助成します。（公営国保の加入者の住民税非課税者で区市町村から国保受給者証（精神通院）負担者番号「93132009」の交付を受けた者には、精神医療給付金が公営国保から給付されます）

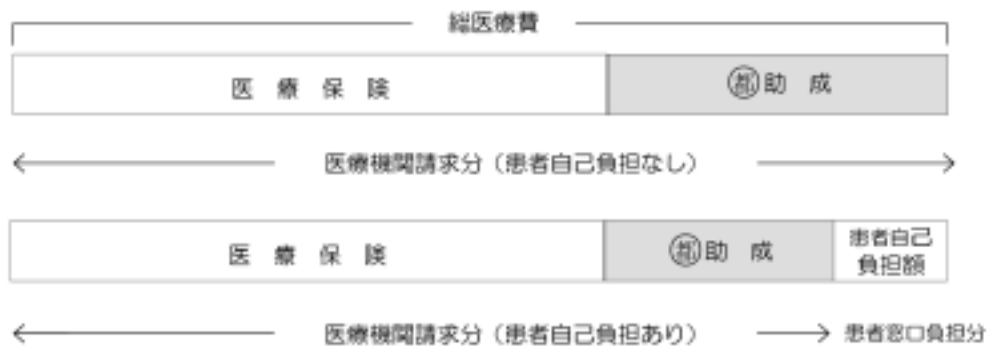
法別番号「93」は、精神通院医療「21」を適用した医療費の患者負担分について助成します。後期高齢者医療加入者においては、精神通院医療「21」を適用した医療費について、後分優先でその一部負担金を対象に患者負担分を助成します。（ただし、18,000円（平成30年8月1日以降）を限度とします。また、低所得Ⅰ・Ⅱの方は、8,000円を限度とします）

法別番号「93」は、結核一般医療「10」を適用した医療費の患者負担5%部分について助成します。

④ 小児精神病「負担者番号 82134008」、妊娠高血圧症候群等「負担者番号 87136008」は、当該疾病に係る入院医療費のみを対象者に助成します。



【例】



【特定疾病療養受療証について】

人工透析を必要とする腎不全（負担者番号：82138009）の医療券を持つ全ての方及び先天性血液凝固因子欠乏症等（負担者番号：51137016）の医療券を持つ一部の方は、制度上「特定疾病療養受療証」の取得及び提示が前提となっているため、医療券と「特定疾病療養受療証」は一緒に提示を受けてください（医療券の認定条件欄にもその旨の記載があります。）。

- ・特定疾病療養受療証は保険者が発行し、医療保険の高額療養費支給の特例として、人工透析を必要とする腎不全（負担者番号：82138009）の医療券を持つ全ての方及び先天性血液凝固因子欠乏症等（負担者番号：51137016）の医療券を持つ一部の方は、医療機関ごと、入院・外来ごとに、それぞれの医療費の自己負担限度額が、10,000円（上位所得以外）又は20,000円（上位所得）となるものです。
- これらの受給者で医療券を適用する場合は、必ず「特定疾病療養受療証」を確認してください（医療券の認定条件欄に、その旨の記載があります。）。
- ・東京都では、上位以外、上位所得者のいずれの患者に対しても、入院外来別に月額10,000円まで助成します。上位所得者の負担額が10,000円を超えた場合には、10,001円から20,000円までは自己負担となります。この自己負担は助成されませんので、「(国)医療費支給申請書兼口座振替依頼書」の医療機関等証明欄は証明しないでください。
- ・患者の医療保険の変更があった場合は、特定疾病療養受療証も新しい保険者に申請する必要があります。

※ 特定疾病療養受療証がない場合は、医療費助成を受けられません。

(6) 介護保険における請求

介護保険適用の訪問看護などの介護サービスを受ける場合（負担者番号 5413****・5113****・8313****）

㊦ 医療券等に記載されている疾病に対して受ける訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導、介護療養施設サービス（介護療養型医療施設における入院）又は介護医療院サービスは、助成の対象となります。

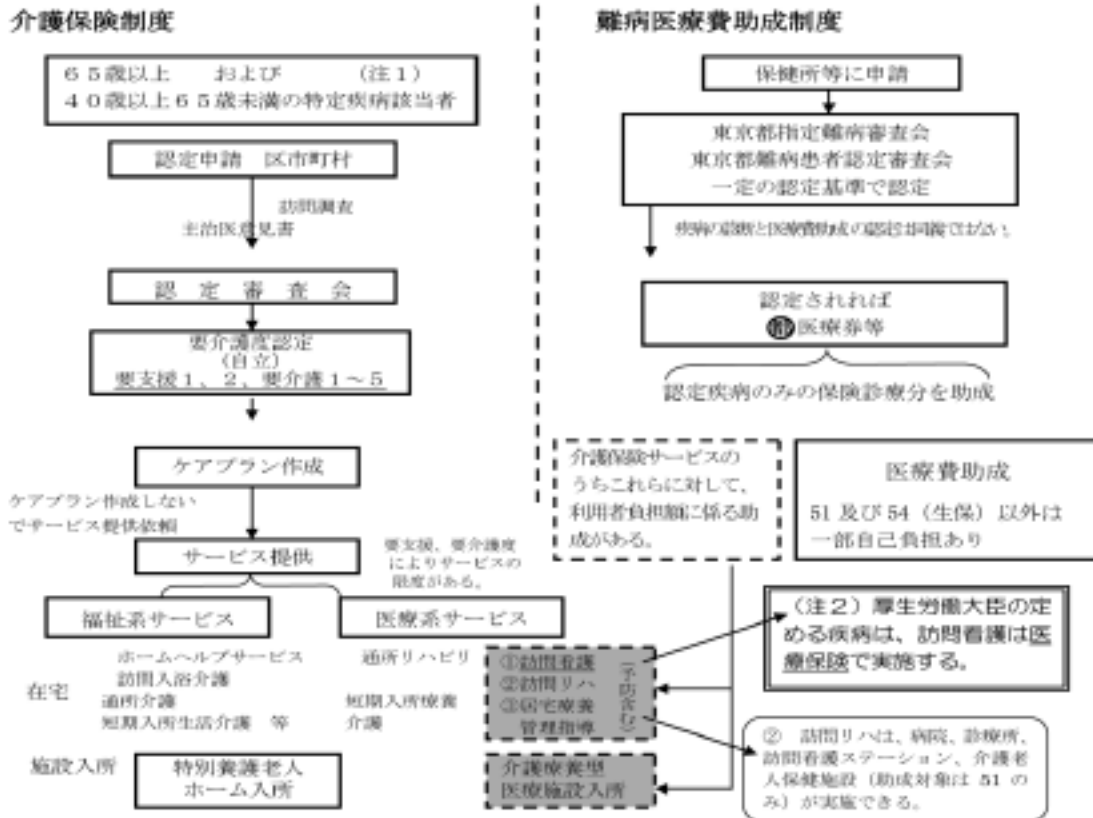
難病医療（国疾病）及び特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）「法別番号 51」並びに難病医療（都疾病）「法別番号 83」では、認定された疾病に係る介護保険適用の訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、介護療養施設サービス、介護予防訪問看護、介護予防訪問リハビリテーション、介護予防居宅療養管理指導又は介護医療院サービスにおける利用者負担額を対象者に助成します。

㊦ 医療費助成では下記のもの該当します。

- ・難病医療（国疾病）（負担者番号 51136018）
- ・特殊医療（先天性血液凝固因子欠乏症等）（負担者番号 51137016）
- ・難病医療（都疾病）（負担者番号 83136010）

難病医療「83」には、患者一部負担額があります。難病医療費の自己負担額の累積額（月額）が「一部負担額の限度額表（月額）」に定める額に達するまで徴収します。（P. 201 参照）

介護保険制度と難病医療費助成制度



(注1) 介護保険40歳以上65歳未満第2号被保険者の特定疾病該当者

(特定疾病のうち下線は特定疾患治療研究事業(難病医療費助成対象)9疾病(うち都単1疾病))

- ①初老期の認知症(うちクロイツフェルト・ヤコブ病) ②脳血管疾患 ③筋萎縮性側索硬化症 ④進行性核上性麻痺・大脳皮質基底核変性症・パーキンソン病 ⑤脊髄小脳変性症 ⑥多系統萎縮症 ⑦糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症・糖尿病性網膜症 ⑧閉塞性動脈硬化症 ⑨慢性閉塞性肺疾患(うちびまん性汎細気管支炎) ⑩両側の膝関節又は股関節の著しい変形を伴う変形性関節症 ⑪関節リウマチ(うち慢性関節リウマチ) ⑫後縦靭帯骨化症 ⑬脊柱管狭窄症(うち広範囲脊柱管狭窄症) ⑭骨折を伴う骨粗鬆症 ⑮早老症 ⑯がん(回復の見込みがない状態)

(注2) 訪問看護を医療保険で実施する疾病

(難病医療費助成対象疾病は下線の16疾病(うち都単1疾病))

- ①末期の悪性腫瘍 ②多発性硬化症 ③重症筋無力症 ④スモン ⑤筋萎縮性側索硬化症 ⑥脊髄小脳変性症 ⑦ハンチントン病 ⑧進行性筋ジストロフィー ⑨パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病(ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る)) ⑩多系統萎縮症(線形体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群) ⑪プリオン病 ⑫亜急性硬化性全脳炎 ⑬ライソゾーム病 ⑭副腎白質ジストロフィー ⑮脊髄性筋萎縮症 ⑯球脊髄性筋萎縮症 ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ⑱後天性免疫不全症候群 ⑲頸髄損傷 ⑳人工呼吸器を装着している状態(鼻マスク式によるものを含む)

これらの疾病等は、訪問看護は医療保険に報酬を請求する。1日2回以上訪問看護を実施した場合も、「難病等複数回訪問加算」請求できる。

4. 他の医療制度との関係

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する。〔都〕医療券（P. 227～参照）とその他の2種類以上の医療費助成等の併用がある場合、〔都〕医療費助成との関係における優先順位は下記のとおり取り扱います。

※マル障・マル親・マル乳・マル子については、併用して使用することはできません。医療証（受給者証）を発行する際には、いずれか一制度の医療証を発行しています。重複して所持している場合などは、証を発行している区市町村へお問い合わせください。

〔基本ルール〕	国制度(法律) > 〔都〕 > [〔都〕 ・ 〔都〕 ・ 〔都〕 ・ 〔都〕 ・ 〔都〕]
〔個別パターン1〕	結核「10」・「93」 > 精神「21」・「93」 (〔都〕「93」については、結核「10」の医療における5%又は精神「21」の医療における10%の自己負担分を助成する)
〔個別パターン2〕	医療保険 > 〔都〕特定疾病療養受療証 > 自立支援医療「15」・「16」 > 小児慢性特定疾病「52」 > 〔都〕「82」
〔個別パターン3〕	医療保険 > 〔都〕特定疾病療養受療証 > 小児慢性特定疾病「52」 > 難病医療「54」 > 難病医療「51」・〔都〕「83」 > 〔都〕「82」

5. 医療機関での取扱い

(1) 窓口での確認

① 〔都〕医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

医療保険証又は介護保険証とともに〔都〕医療券及び自己負担上限（限度）額管理票（難病医療「83」、B型・C型ウイルス肝炎治療「38」、大気汚染関連疾病「82」に限る。）の提出を求め、〔都〕医療券の負担者番号、受給者番号、認定疾病・病名、有効期間、認定条件等を確認する。〔都〕医療券に自己負担限度額が記載されている場合は、限度額まで徴収する。自己負担上限（限度）額管理票を提出された場合は、自己負担額等を記入する。

② 精神通院医療

精神通院医療の自立支援医療受給者証に法別番号「93」から始まる番号が振り出されているか確認する。

精神通院医療（法別番号21）（負担者番号93133007）

社保加入者、後期高齢者医療加入者及び国民健康保険組合加入者の住民税非課税者に振り出す。

※ 区市町村国保の方は、受給者証と併せて公費負担医療費の患者負担分の給付対象者（住民税非課税者等に限る）には精神「国保受給者証（精神通院）（負担番号93132009）」が交付される。

③ 結核一般医療

結核一般医療の患者票に法別番号「93」から始まる番号が振り出されているか確認する。

結核一般医療（法別番号10）（負担者番号93137008）

社保加入者、国保組合加入者及び後期高齢加入者の住民税非課税者のみに振り出す。（ただし生保が適用される方及び療育給付受給者を除く）

※ 区市町村国保の方は、患者票と併せて公費負担医療費の患者負担5%の給付対象者（住民税非課税者等に限る）には結核「結核医療給付金受給者証（負担者番号93131001）」が交付される。（「1. 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」（P. 1参照）

(2) 請求方法

① 〔都〕医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

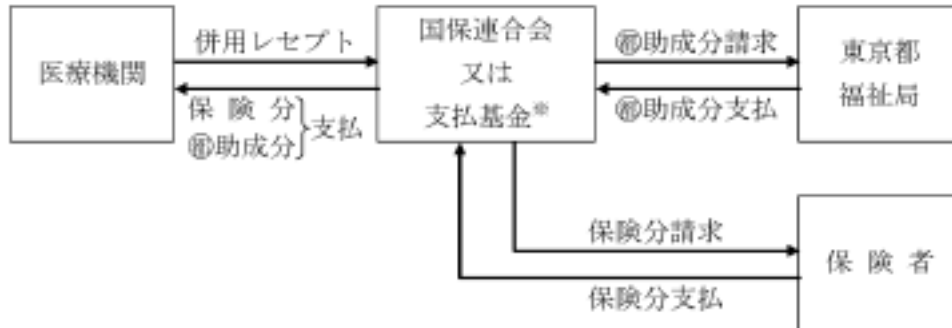
一般処理 保険（後期高齢者医療及び介護保険を含む。以下同じ）分及び〔都〕医療費助成分を1枚のレセプト（併用レセプト）で請求する。

例外処理 以下に掲げる〔都〕医療費助成分は、例外処理として、保険分とは別に〔都〕東京都負担医療費請求書等（P. 234～参照）により請求する。なお、(i)の保険分は単独レセプトにより、(ii)(iii)においては保険分と先に適用される公費は併用レセプトにより東京都国民健康保険団体連合会（以下「国保連合会」）へ請求する（国保及び後期高齢者医療に限る。社保は併用レセプトで請求可）。

(i) 他道府県の国保又は後期高齢で法別番号「82」「83」「87」の場合

- (ii) 自立支援医療「15」「16」、難病医療「51」「54」「83」及び小児慢性特定疾病「52」の患者負担額を法別番号「82」で助成する場合
- (iii) 自立支援医療「15」「16」、難病医療「51」「54」及び小児慢性特定疾病「52」の患者負担額を難病医療「83」で助成する場合

医療費の請求・支払流れ図



※ 社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター。以下同じ

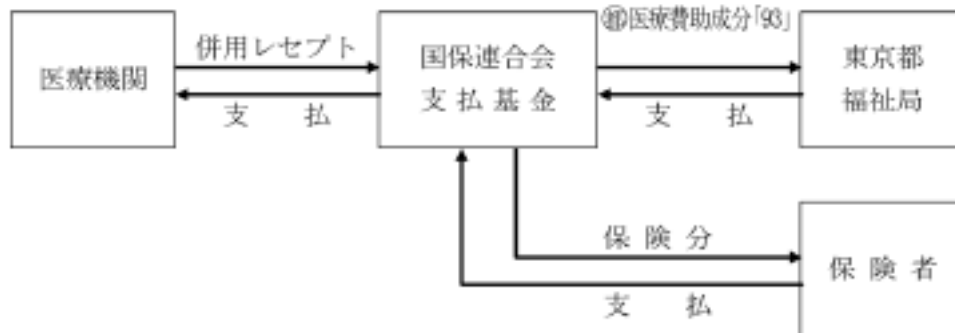
②精神通院医療



③結核一般医療



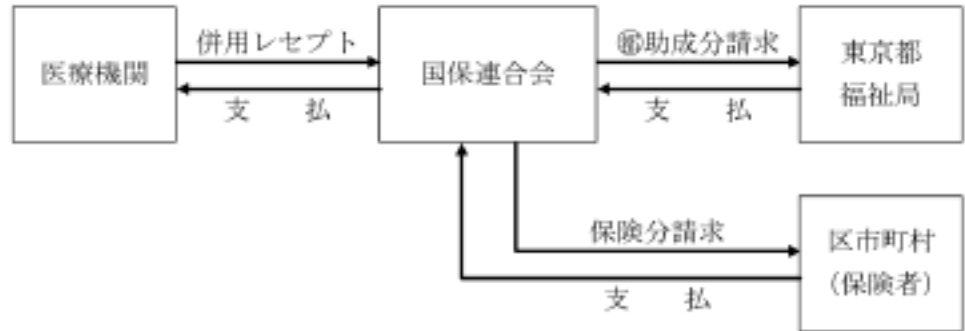
医療費の請求・支払流れ図



④介護保険と併用の場合

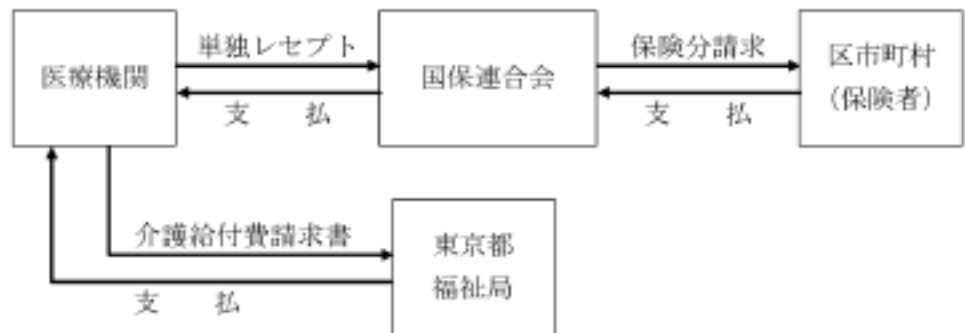
難病医療・特殊医療「51」の場合、介護保険分及び㊦助成分を1枚のレセプトで併せて請求する（介護給付費及び公費負担医療等に関する費用の請求に関する省令（平成12年3月厚生省令第20号）の例による）。併用レセプトを使用することにより、高額介護サービス費に相当する額44,400円を超える利用者負担額は介護保険分及び㊦助成分と併せて支払われる。

介護給付費の請求・支払流れ図（「51」の場合）



難病医療「83」の場合は、㊦助成分は保険分とは別に介護給付費請求書により請求する。（P.232参照）

介護給付費の請求・支払流れ図（「83」の場合）



(3) レセプトの記載方法

平成24年4月から、外来診療についても高額療養費の現物給付化が行われるようになったことから、レセプトの記載要領も変更され、特記事項欄への記載のほか、高額療養費が現物給付される場合は、保険の（一部）負担金額欄及び摘要欄への記載が必要な場合がありますので御注意ください。本件に関しては、東京都国民健康保険団体連合会や社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センターのホームページに記載上の案内がなされていますので、御参照ください。

①㊦医療費助成（精神退院医療、結核一般医療を除く）

「診療報酬請求書等の記載要領等について」による。

- (i) レセプトの負担者番号・受給者番号欄は、㊦医療券等の番号を記入する。
- (ii) 難病医療「83」及びB型・C型ウイルス肝炎（課税）「38」では、療養の給付欄の公費の項に外来における「一部負担金額」の項又は入院における「負担金額」の項に㊦医療費助成の患者一部負担額を記入する。
- (iii) ㊦医療費助成の対象医療とそれ以外の医療が併せて行われる場合は、療養の給付欄の公費の項に㊦医療費助成の保険点数、次いで療養の給付に応じて一部負担金額、食事・生活療養費の請求額並びに標準負担額を記入する。
- (iv) 難病医療「51」については、医療券の適用区分に応じた特記事項欄等の記載が必要となる。
- (v) 高額療養費に該当する場合は、その限度額から自己負担額を控除した額が㊦医療助成額となる。併用レセプトを使用することにより、高額療養費等に相当する額は、保険者より保険分と併せて支払われる。

難病医療「51」の㊦医療券については、㊦医療券の適用区分欄に記載された記号により、特記事項欄等に所得区分を記載する。また、指定難病「54」及び小児慢性特定疾病「52」も同じ取扱いとなる。

（下表参照）

医療券の適用区分	レセプトの特記事項	
		多数回該当
ア	2 6 区ア	3 1 多ア
イ	2 7 区イ	3 2 多イ
ウ	2 8 区ウ	3 3 多ウ
エ	2 9 区エ	3 4 多エ
オ	3 0 区オ	
VI	2 6 区ア	3 1 多ア
V	2 7 区イ	3 2 多イ
IV	2 8 区ウ	3 3 多ウ
III (前期高齢)	2 9 区エ	3 4 多エ
III (後期高齢 2 割)	4 1 区カ	4 3 多カ
III (後期高齢 1 割)	4 2 区キ	4 4 多キ
II	3 0 区オ	摘要欄 低所得 II
I		摘要欄 低所得 I

- ※ 医療券の適用区分がIIの場合はレセプトの摘要欄に「低所得II」、Iの場合は「低所得I」と記入します。
- ※ 70歳以上の方で、医療券の適用区分が「II・I」の場合、多数回該当（34多オ）の設定はありません。
- ※ 本制度における多数回該当の対象は、同一医療機関での入院のみです（外来、調剤、訪問看護は対象とはなりません。）。
- ※ 保険者からの回答がない場合など、一部の医療券等には適用区分が空欄のものがあります。この場合、次の場合を除いてレセプトの特記事項欄への記載は必要ありません。
- ・後期高齢者医療被保険者証又は高齢受給者証をお持ちの方
（高齢受給者証等の負担割合が1割又は2割の方の場合は、レセプトの特記事項欄に記入する負担区分の取扱いは「エ」、3割の方の場合は「ア」になります。ただし、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の提示がある場合は、その証の適用区分どおりに記載する。）
 - ・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お持ちの方
（その証の適用区分の記載は下記表の医療券等の適用区分と一致するので、それに該当する記載が必要です。）
- (vi) 人工透析等の長期療養により「特定疾病療養受療証」の交付を受けている1万円上限の者は、保険分の患者負担相当額が1万円を超える場合は、レセプトの特記事項欄に必ず「02長」と表示をする。
特定疾病療養受療証の自己負担限度額が2万円の者については、下記のとおり記載する。
- (ア)「保険の患者負担額が2万円を超える場合」
レセプトの特記事項欄に「16長2」と表示し、公費①負担金額欄に「10,000」円と記入する。
- (イ)「患者負担額が1万円を超えて2万円未満の場合」
レセプトの特記事項欄の表示は不要。公費①の負担金額欄に患者負担額から1万円を差し引いた額を記載する。
- (ウ)「患者負担額が1万円以下の場合」
レセプトの特記事項欄、公費①の負担金額欄への記入は不要。

②精神通院医療

負担者番号・受給者番号欄には、受給者証の番号を記入する。負担者番号は、まず法別番号「21」から始まる番号を上段に優先して記入し、そのすぐ下に法別番号「93」から始まる番号を記入する。受給者番号は、「21」と「93」とでは同一の番号を記入する。療養の給付欄については、法別番号「21」の公費に係る請求点数を記入する。医療保険に係るものと同じ場合は省略してもよい。また、法別番号「93」に係るものは、記入の必要がない。

なお、例外処理として、都外医療機関等における(都)医療費助成分は、例外処理として、保険分及び公費分「21」とは別に(都)東京都負担医療費請求書（精神通院）により請求する。

③結核一般医療

負担者番号・受給者番号欄には、患者票の番号を記入する。負担者番号は、まず法別番号「10」から始まる番号を上段に優先して記入し、そのすぐ下に法別番号「93」から始まる番号を記入する。受給者番号は、「10」と「93」とでは同一の番号を記入する。療養の給付欄については、法別番号「10」の公費に係る請求点数を記入する。医療保険に係るものと同じ場合は省略してもよい。また、法別番号「93」に係るものは、記入の必要がない。

(4) 提出支払

請求種別	提出先	提出期日	支払日
国保及び後期高齢者医療 併用レセプト	東京都国民健康保険団体連合会	診療月の 翌月 10 日	診療月の 翌々月 20 日頃
社保併用レセプト	社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター	診療月の 翌月 10 日	診療月の 翌々月 20 日頃
介護保険併用レセプト 「51」のみ	東京都国民健康保険団体連合会	診療月の 翌月 10 日	
精神通院医療	区市町村国保・後期高齢・組国保 ⇒ 東京都国民健康保険団体連合会 社保 ⇒ 社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター ※国保の「93」の方は、併用レセプトにより東京都国民健康保険団体連合会へ請求する。	診療月の 翌月 10 日	
結核一般医療	国保 ⇒ 東京都国民健康保険団体連合会 社保 ⇒ 社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター ※国保の「93」の方は、併用レセプトにより東京都国民健康保険団体連合会へ請求する。	診療月の 翌月 10 日	
その他例外処理での ①東京都負担医療費請求書等	東京都福祉局生活福祉部医療助成課 〒163-8001 新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号 電話番号 03 (5320) 4454	診療月の 翌月 10 日	診療月の 翌々月 10 日頃

※「公費負担医療費の請求・支払について」（様式は P. 212 参照）

これは、各医療機関から請求された公費負担医療費分について、既に東京都から国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金を通じて支払い済みのものうち、過誤調整などが必要と考えられるものを出力したものです。この通知が届きましたら、まずは医療機関において、理由内容に沿ってレセプト請求内容を確認し、訂正が必要なものについては、レセプトの取下げ及び再請求手続きを行ってください。

過誤処理を防ぐ一番の方法は、医療機関の窓口で①医療券等の確認をすることです。

主な過誤理由	
理由コード	内容 ⇒ 処理方法
請求金額エラー（高額限度額超）	レセプト特記事項欄の記入誤り（区分相違や空欄）のため、公費助成額に誤りが生じています。 ⇒レセプトの取下げ依頼をお願いします。返戻されたレセプトの特記事項欄に、医療券等の適用区分に合わせた記載等をした上で再請求してください。
認定期間外	請求のあった該当月は認定期間外です。 ⇒患者の公費受給資格がない場合は、レセプトの取下げ依頼をお願いします。返戻されましたら、公費番号を削って再請求してください（他の公費を受給している場合は、その公費番号で再請求してください）。 （参考）負担者番号 82137001・82137555・82137530・82137670（大気汚染関連疾病）は、認定請求からシステム反映まで時間がかかることがあります。
長期高額疾病請求額エラー	人工透析又は血友病の公費助成限度額（1万円）を超えて公費負担医療費を請求しています。 ⇒レセプトの取下げ依頼をお願いします。患者の特定疾病療養受療証を確認し、返戻されたレセプトの特記事項欄に、「02長」又は「16長2」を記載の上、再請求してください。
受給者該当なし	請求された受給者番号に該当する認定患者はおりません。 ⇒患者の医療券等を確認してください。レセプトを取下げ、正しい受給者番号に修正して再請求してください。

整理番号 20120300018	公費負担者番号 受給者番号 54128013	受給者氏名 生年月日	保険者番号 本人・家族
通則内容	令和5年 10月(外)診療分	10,139 点	9,019 円 重
通則理由	請求金額エラー(高額医療報酬) レセプト特記事項欄の記入誤り(区分相違や空欄)のため、公費支払額に誤りが生じています。		
処理方法	医療者の通田和広欄を承認してください。審査支払機関にレセプトの取下げ依頼をしていただき、レセプトが戻り、またしたら、通則区分欄に印字されている区分()で算定されるよう、特記事項欄、測定欄等を訂正して再請求してください。		
整理番号 20120300019	公費負担者番号 受給者番号 82128009	受給者氏名 生年月日	保険者番号 本人・家族
通則内容	令和5年 10月(人)診療分	19,163 点	19,160 円 重
通則理由	長期欠額差額請求エラー 人工透析の達成限度額1万円を超えて公費負担医療費を請求しています。		
処理方法	審査支払機関にレセプトの取下げ依頼をしていただき、レセプトが戻りましたら特記事項欄に「02長」を記載し、再請求してください。		
通則内容			
通則理由			
処理方法			

報

公費負担医療費の請求・支払について

令和5年12月12日

目ごころから、東京都が実施する公費負担・医療費助成制度に謝意をいたさるにありたいと思います。貴機関から御請求いただいた公費負担医療費について、既に都から国民健康保険団体連合会又は社会保険診療報酬支払基金を通じてお支払い済みのものであり、右記のとおり誤りがあるとして出力されたものでお知らせいたします。請求内容を御確認のうえ、レセプト返戻による過額調整の処理または適切な御請求に、御協力よろしくお願いいたします。

1 レセプト返戻による過額調整について
重傷請求や公費負担者番号、認定期間外等の誤りで、過額調整のため、レセプト返戻を行う場合は、所定の様式でレセプトの取下げ依頼を下記まで御提出ください。御不明な点につきましては、お問い合わせください。

都内の医療機関等
 (1)国保分 東京都国民健康保険団体連合会企画事業部管理課過額調整係
 03-62398-0330(直通)
 (2)社保分 社会保険診療報酬支払基金東京審査委員会事務局
 03-3987-6181(代表)

都外の医療機関等
 (1)国保分 各道府県の国民健康保険団体連合会
 (2)社保分 社会保険診療報酬支払基金の各審査委員会事務局

2 医療費請求書について
受給者番号の記入ミスや他の医療費助成制度受給者の場合は、各種医療費助成制度の医療費等を確認し、正しく御請求くださるようお願いいたします。

3 受給者の資格について
公費負担者番号、受給者番号及び有効期間等につきましては、下記へお問い合わせください。
東京都福祉局生活福祉部医療助成課
医療受付担当(マル部担当)
03-5320-4454(ダイヤルイン)

4 その他
レセプト返戻の手続きを行った場合でも、行き違いで本通知が発送されることがあります。また、本通知は診療月毎に作成しており、過去に発送した同一受給者の通知とは診療月等が異なります。御了承願います。

6. 医療保険との関係

(1) ⑧医療費助成（精神通院医療、結核一般医療を除く）

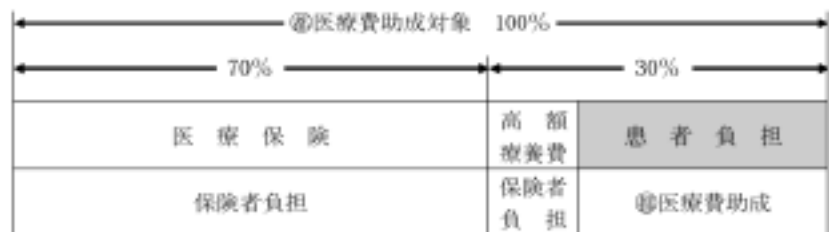
各種医療保険が優先適用され、その自己負担額を対象助成とする。

①国保、後期高齢者医療又は社保・外来・患者一部負担額ありの場合



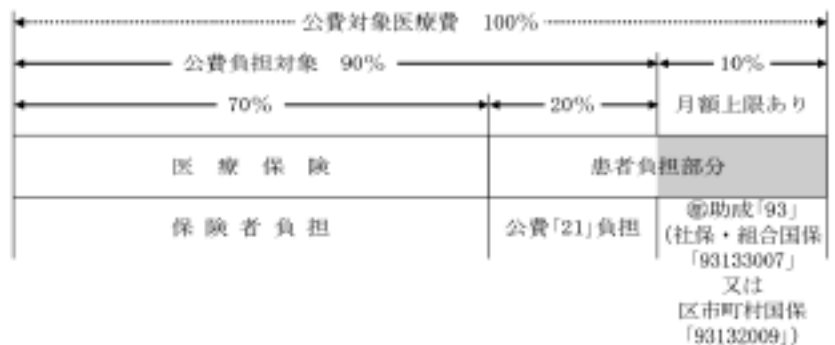
※「83」のみ医療保険適用後の自己負担割合が30%の場合は、医療費助成により自己負担割合が20%となる

②国保、後期高齢者医療又は社保・外来・患者一部負担額なしの場合



(2) 精神通院医療の場合

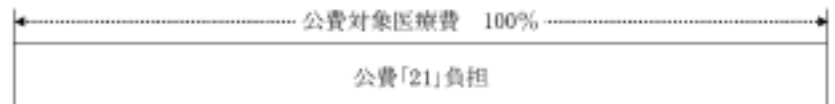
(例1) 社保及び区市町村国保及び組合国保の場合 ⇒ 医療保険が優先適用される。



(例2) 後期高齢者医療加入者の場合 ⇒ ⑨分が優先適用される。

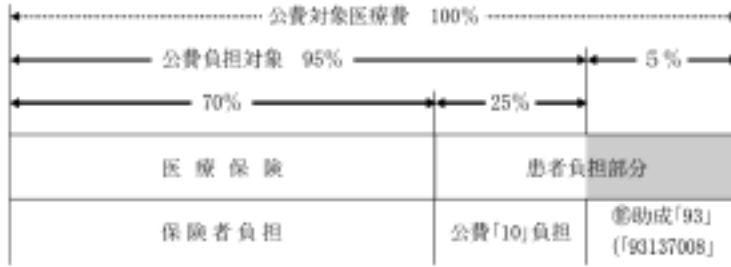


(例3) 生活保護法(医療扶助)



(3) 結核一般医療の場合

(例1) 社保 ⇒ 医療保険が優先適用される。



(住民税非課税者)

(例2) 区市町村国保

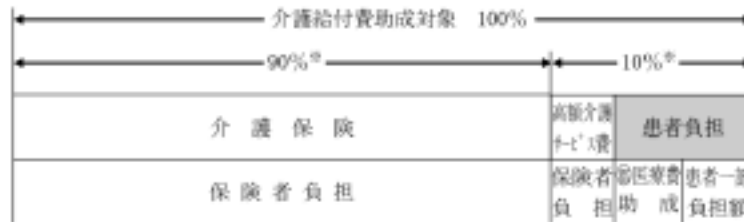


(例3) 生活保護法(医療扶助)



7. 介護保険との関係

(例1) 介護保険+難病医療「83」



※介護保険適用後の自己負担割合が2割となる方(平成27年8月1日以降)については、保険者と患者との負担割合がそれぞれ80%、20%となる。

(例2) 介護保険+難病等医療「51」



※介護保険適用後の自己負担割合が2割となる方(平成27年8月1日以降)については、保険者と患者との負担割合がそれぞれ80%、20%となる。

8. 請求事例

事例1 「難病医療(都疾病・83136010)により医療費助成を行う場合」

A 病院 外来診療 実日数3日 (患者負担率3割(難病医療費の負担率は2割)
 自己負担上限月額 10,000円 難病医療対象分5,500点(総医療費も同点数とする。)
 [自己負担上限額管理票の記載内容]

令和5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	医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の上限額(円額)	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			印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	徴収印
1月20日	××薬局	印



[計算式]

医療保険 38,500円
 [5,500点×7割]
 難病医療 8,500円
 [5,500点×3割-8,000円①+②]
 患者負担 8,000円 ①+③
 [(5,500点-1,500点)×2割]

レセプト記載例

療養の 給付	保険	請求	点	※決定	点	一部負担金	円		
			5,500						
	公費 ①							8,000	
	公費 ②								

↑ 3日目の総点数 ※ 公費①の欄に、医療費助成成分の患者一部負担額を記載する。

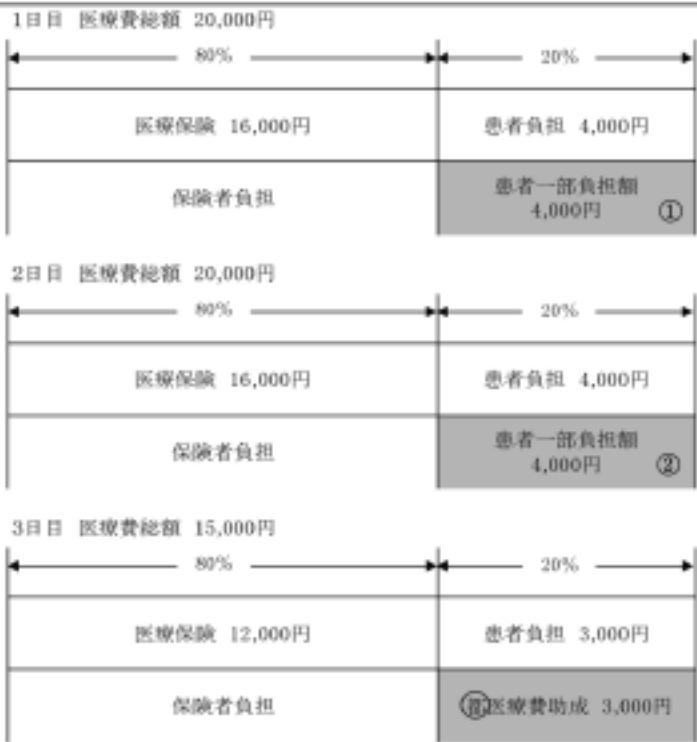
**事例2 高齢受給者証及び後期高齢者医療
「難病医療(都疾病・83136010)により医療費助成を行う場合」**

B 病院 外来診療 実日数3日 (患者負担率2割)
 自己負担上限月額 10,000円 難病医療対象分5,500点(総医療費も同点数とする。)
 [自己負担上限額管理票の記載内容]

特定医療費(指定難病) 令和5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(方額)	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			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	徴収印
1月20日	××薬局	印



[計算式]
 医療保険 44,000円
 [5,500点×8割]
 難病医療 3,000円
 [5,500点×2割-8,000円①+②]
 患者負担 8,000円 ①+③
 [(5,500点-1,500点)×2割]

レセプト記載例

療養の給付	保険	請求点	決定点	一部負担金 円	
		5,500			円
	公費①				8,000 円
	公費②			円	

↑ 3日目の総点数 ※ 公費①の欄に、②医療費助成成分の患者一部負担額を記載する。

事例3 「難病医療(都疾病・83136010)により医療費助成を行う場合」

C 病院 外来診療 実日数3日 (後期高齢者医療制度患者負担率1割)

自己負担上限月額 5,000円 難病医療対象分4,700点(総医療費も同点数とする。)

[自己負担上限額管理票の記載内容]

特定医療費(指定難病)					
令和5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	自己負担の未納額(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
1月20日	××薬局	10,000円	300円	5,000円	印
1月31日	〇〇〇病院	15,000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	徴収印
1月20日	××薬局	印

1日目 医療費総額 20,000円

90%		10%	
医療保険 18,000円		患者負担 2,000円	
保険者負担		患者一部負担額 2,000円 ①	

2日目 医療費総額 12,000円

90%		10%	
医療保険 10,800円		患者負担 1,200円	
保険者負担		患者一部負担額 1,200円 ②	

3日目 医療費総額 15,000円

90%		10%	
医療保険 13,500円		患者負担 1,500円	
保険者負担		③医療費助成 1,500円	

[計算式]

後期高齢者医療制度 42,300円

[4,700点×9割]

難病医療 1,500円

[4,700点×1割 - 3,200円①+②]

患者負担 3,200円 ①+②

[(4,700点 - 1,500点)×1割]

↑ 3日目の総点数

レセプト記載例

療養の給付	保険	請求	点	決定	点	一部負担金	円
			4,700				
	公費①						円
	公費②					3,200	円
							円

※ 公費①の欄に、医療費助成分の患者一部負担額を記載する。

事例4 「精神通院医療 精神通院医療「21」及び「93」の場合」

実日数1日

総医療費 1,800点 精神医療分 1,200点

精神医療対象外分 600点

精神医療対象分(12,000円)

公費負担対象 90%		10%
70%		20% 月額上限あり
医療保険 8,400円	精神公費 2,400円	患者 1,200円
保険者負担	精神公費負担 法別番号21	◎助成 法別番号93

精神医療対象外分(6,000円)

70%	30%
医療保険 4,200円	患者負担部分 1,800円
保険者負担	

[レセプト記載例]

市町村					
公費①	21	13	601	5	
公費②	93	13	300	7	

← 社会保険、後期高齢者医療制度、国保組合
区市町村国保の公費番号 93132009

療養の給付	保険	請求点	一部負担金額	円
		1,800		
	公費	※精神医療対象分の 点数を記載	円	※精神医療対象分の ◎助成額を記載
	①	1,200 点		1,200 円
	公費			
	②			

※ 精神医療対象外分に◎を適用する場合、社保併用の◎助成額は別請求となる。

[計算式]

医療保険	12,600円	[1,800点×7割]
精神公費「21」	2,400円	[1,200点×9割-1,200点×7割]
◎助成「93」	1,200円	[1,200点×1割]
患者負担	1,800円	[600点×3割]

事例5 「精神通院医療」 ③ 後期高齢者医療と精神通院医療「21」の場合

精神通院医療「21」は、後期高齢者医療(高齢受給者の場合は医療保険)を優先し、当該医療費の10%(ただし、14,000円(平成29年8月1日以降)を限度とする。また、低所得Ⅰ・Ⅱの方は、8,000円を限度とする。)と精神通院医療の上限額との差額について負担する。精神通院医療の上限額までの部分について「93」が助成する。また、精神通院医療に係る医療とそれ以外の医療が同時に併せて行われる場合のそれ以外の医療については後期高齢者医療における定率負担となる高齢者の医療の確保に関する法律に基づく一部負担金は、まず精神通院医療に係る医療費について、次いで精神通院医療に係る医療費以外について生じるものとして取り扱う。

実日数2日(後期高齢者医療患者負担率1割負担の場合)

総医療費 2,400点 後期高齢単独分 1,000点 精神通院医療分 1,400点

	後期高齢単独分	精神通院医療分	「93」助成分	窓口徴収額
1日目	5,000円	7,000円	700円	500円
2日目	5,000円	7,000円	700円	500円

1日目 後期高齢単独分 5,000円 精神通院医療分 7,000円

後期高齢	患者	後期高齢	◎助成
4,500円	500円	6,300円	700円

2日目 後期高齢単独分 5,000円 精神通院医療分 7,000円

後期高齢	患者	後期高齢	◎助成
4,500円	500円	6,300円	700円

計 後期高齢単独分 10,000円 精神通院医療分 14,000円

後期高齢	患者	後期高齢	◎助成
9,000円	1,000円	12,600円	1,400円

(レセプト記載例)

市町村	39	13	〇〇〇	〇
公費①	21	13	601	5
公費②	93	13	300	7

療養の給付	保険	請求点	一部負担金額 円	
		2,400		
	公費①	1,400		1,400
公費②				

[計算式]

後期高齢 21,600円 [24,000円×9割]

◎助成「93」 1,400円 [14,000円×1割] 患者負担 1,000円 [10,000円×1割]

区分	疾病名	対象者
難病等 (国疾病) 法別番号 51	スモン プリオン病(ヒト由来乾燥硬膜移植によるクロイツフェルト・ヤコブ病に限る)	東京都の区域内に住所を有する者であって、一又は二に掲げるもの。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
難病等 (都疾病) 法別番号 83	悪性高血圧 母斑症(指定難病の結節性硬化症、スタージ・ウェーバー症候群及びクリッペル・トレノネー・ウェーバー症候群を除く。) 古典的特発性好酸球増多症候群 びまん性汎細気管支炎 遺伝性 QT 延長症候群 網膜脈絡膜萎縮症 原発性骨髄線維症 肝内結石症	一 疾病名の欄に掲げる疾病に患っている者であって、知事が別に定める基準を満たすもの、ただし、次のいずれかに該当する者を除く。 (イ) 母斑症のうち神経皮膚黒色症、ゴーリン症候群(基底細胞母斑症候群)及びフォン・ヒッペル・リンドウ病並びに特発性好酸球増多症候群のうち好酸球増加症、遺伝性 QT 延長症候群、骨髄線維症及び先天性血液凝固因子欠乏症等(第Ⅷ因子欠乏症等を除く)に患っている者であって、児童福祉法第 6 条の 2 第 1 項の規定に基づき厚生労働大臣が定める疾病及び同条第 2 項の規定に基づき当該疾病ごとに厚生労働大臣が定める状態の程度(以下「小児慢性特定疾病及び当該疾病に係る厚生労働大臣が定める状態の程度」という)に該当するもの(当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る) (ロ) 先天性血液凝固因子欠乏症等のうち第Ⅷ因子欠乏症等及び人工透析を必要とする腎不全に患っている者であって、特定疾病療養受療証の交付を受けていないもの又は小児慢性特定疾病及び当該疾病に係る厚生労働大臣が定める状態の程度(当該疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る)
特殊医療 (先天性血液凝固因子欠乏症等) 法別番号 51	先天性血液凝固因子欠乏症等(第Ⅰ因子欠乏症、第Ⅱ因子欠乏症、第Ⅴ因子欠乏症、第Ⅶ因子欠乏症、第Ⅷ因子欠乏症、第Ⅸ因子欠乏症、第Ⅹ因子欠乏症、第ⅩⅠ因子欠乏症、第ⅩⅡ因子欠乏症、第ⅩⅢ因子欠乏症、フォン・ヴィルブラント病及び血液凝固因子製剤の投与に起因する HIV 感染症をいう。)	二 同一の月に受けた都単独疾病に係る医療につき健康保険の療養に要する費用の額の算定方法の例(これによることができないとき、及びこれによることを適当としないときは知事が別に定める算定方法)により算定した当該医療に要した費用の額が 33,330 円を超えた月数が申請日の属する月以前の 12 月以内に既に 3 月以上である者又はこれに準ずるものとして知事が別に定める者(都単独疾病に係る医療費助成の申請を行う者に限る。)
特殊医療 (人工透析) 法別番号 82	人工透析を必要とする腎不全	
難病等 (国疾病) 法別番号 51	劇症肝炎 重症急性膵炎	次の一及び二に掲げる者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 一 東京都の区域内に住所を有する者 二 平成 26 年 12 月 31 日において疾病名の欄に掲げる疾病に係る医療費助成を受けていた者であって、引き続き平成 27 年 1 月 1 日から当該疾病に係る医療費助成を受けている者(更新が続く限り対象)
小児精神病 法別番号 82	精神障害で入院医療を要する疾病及び精神障害に付随する軽易な傷病	以下のいずれにも該当する者 (1) 現に左記の疾病に該当し、精神科病院又は病院の精神病床に入院をしている者 (2) 満 18 歳未満の者 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 (4) 満 18 歳に達した時点で引き続き医療を受ける場合は満 20 歳未満とする。 (5) 認定期間内であっても退院と同時に医療券は失効する。

区分	疾病名	対象者
被爆者の子に対する医療 法別番号 82	(1)～(11)の障害を伴う疾病及びその続発症 (1) 造血機能障害 (2) 肝臓機能障害 (3) 細胞増殖機能障害 (4) 内分泌腺機能障害 (5) 脳血管障害 (6) 循環器機能障害 (7) 腎臓機能障害 (8) 水晶体混濁による視機能障害 (9) 呼吸器機能障害 (10) 運動器機能障害 (11) 潰瘍による消化器機能障害 ※医療券に認定疾病名が記載されている。	以下のいずれにも該当する者 (1) 被爆者の実子であり健康診断受診票の交付を受けた者 (2) 左記の障害を伴う疾病にかかり、6か月以上の医療を必要とする者。 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
大気汚染関連疾病 法別番号 82	(1) 気管支ぜん息 (2) 慢性気管支炎 (3) ぜん息性気管支炎 (4) 肺気腫 (5) (1)～(4)の続発症	以下のいずれにも該当する者。 (1) 現に左記の疾病に該当する18歳未満の者(生年月日が平成9年4月1日以前の被認定者は更新のみ可能)。 (2) 東京都の区域内に引き続き1年(3歳に満たない乳幼児は6か月)以上住所を有する者。 (3) 医療保険等各法により医療に関する給付を受けている者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。 (4) 喫煙していない者
妊娠高血圧症候群等 法別番号 87	妊娠により入院医療を必要とする疾病及びその続発症 (1) 妊娠高血圧症候群及びその関連疾患 (2) 糖尿病及び妊娠糖尿病 (3) 貧血 (4) 産科出血 (5) 心疾患	以下のいずれにも該当する者。 (1) 左記の疾病に該当する者。 (2) 前年分の総所得税額が30,000円以下の世帯に属する者又は入院見込期間が26日以上のある者。ただし、生活保護受給者、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
結核一般医療 法別番号 93	(1) 肺結核 (2) 肺外結核 ※比較的最近、結核に感染したと考えられる方などで、発病の危険が高い方(潜在性結核感染症)も含む	(1) 国の制度：左記の疾病に該当する者。 (2) 都の制度：次のいずれにも該当する者。 ①国の制度による患者票の交付を受けた者。 ②区市町村民税非課税者。ただし、区市町村国民健康保険の被保険者、生活保護受給者及び療育給付受給者を除く。 (注) 区市町村国民健康保険の被保険者(住民税非課税者等)は、国の制度の適用後の残り5%は保険給付される。
精神通院医療 法別番号 93	精神障害及び当該精神障害に起因して生じた病態に対して行われる通院医療	(1) 国の制度：左記の障害により通院医療を必要とする者 (2) 都の制度：次のいずれにも該当する者 ①国の制度による医療受給証の交付を受けた者 ②区市町村民税非課税者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じないもの及び区市町村国民健康保険の被保険者を除く。 (注) 区市町村国民健康保険の被保険者(住民税非課税者等)は、国の制度の適用後の自己負担分は保険給付される。
B型・C型ウイルス肝炎 法別番号 38	B型ウイルス肝炎又はC型ウイルス肝炎に対して行われるインターフェロン治療を要する場合の当該疾病、C型ウイルス肝炎に対して行	以下のいずれにも該当する者 (1) 東京都の区域内に住所を有する者 (2) 左記の疾病に該当する者 (3) 医療保険各法により医療に関する給付を受けて

区分	疾病名	対象者
	われるインターフェロンフリー治療を要する場合の当該疾病及びB型ウイルス肝炎に対して行われる核酸アナログ製剤治療を要する場合の当該疾病	いる者。ただし、他の法令等による給付により自己負担を生じない者を除く。
B型肝炎ウイルス若しくはC型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変 法別番号 38	B型肝炎ウイルス若しくはC型肝炎ウイルスによる肝がん又は重度肝硬変に対して行われる入院治療及び肝がん通院医療（「分子標的薬を用いた化学療法」、「肝動注化学療法」又は「粒子線治療」による通院治療に限る。）	以下のいずれにも該当する者 (1) 東京都内に住所がある者 (2) B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変と診断され入院医療を受けている者又はB型・C型肝炎ウイルスによる肝がんと診断され外来医療を受けている者 (3) 年収が概ね 370 万円未満の者（ただし、生活保護受給者は除く。） (4) 保健医療機関における「肝がん・重度肝硬変入院関係医療」又は「肝がん外来関係医療」の自己負担額が高額療養費算定基準を超えた月が、申請月の前の 11 か月以内に 2 か月以上ある者 (5) 肝がん・重度肝硬変の治療の研究への協力に同意している者

9. 現金給付（償還払い）

(1) 医療費

① 医療費の受給者が、認定の申請中等で② 医療券を医療機関の窓口で提示できないときは、医療保険単独の扱いとなるので自己負担分を窓口で徴収する。患者は、医療機関の窓口で支払った金額について、東京都福祉局に支給申請を行い、③ 医療費の償還を受ける。

申請に必要な書類

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」（P. 231 参照）

※ 「医療費支給申請書兼口座振替依頼書」内の医療機関等証明欄は、医療機関で記入する。医療機関は、患者に④ 医療券の提示を求め、有効期間及び認定疾病・病名を確認し、レセプトの点数のうち⑤ 医療費分について記載する。なお、領収書だけでは、診療内容が確認できないので、医療機関等証明欄により、⑥ 医療費助成対象の医療費であることを証明する必要がある。

・本人払い（償還払い）〈現金給付扱い〉

次の理由により、患者が医療機関等の窓口で支払った認定疾病に対する医療費は、患者本人等が東京都へ所定の申請書で申請することにより、返還を受けることができます。

申請書を東京都が受理してから支払いまでには、概ね 2 か月、事例によっては 3 か月の期間を要します。

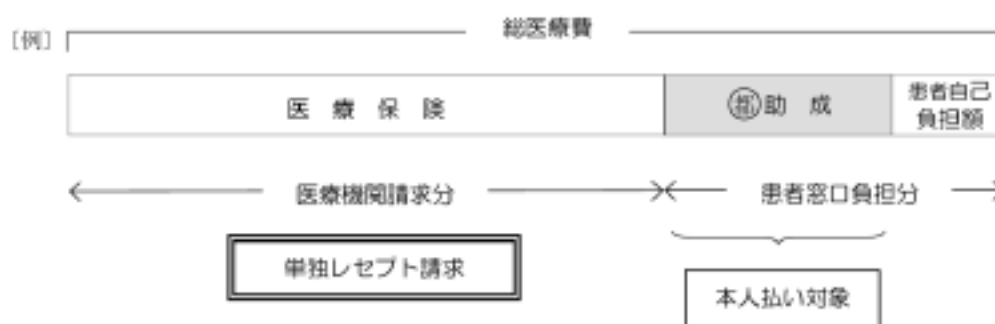
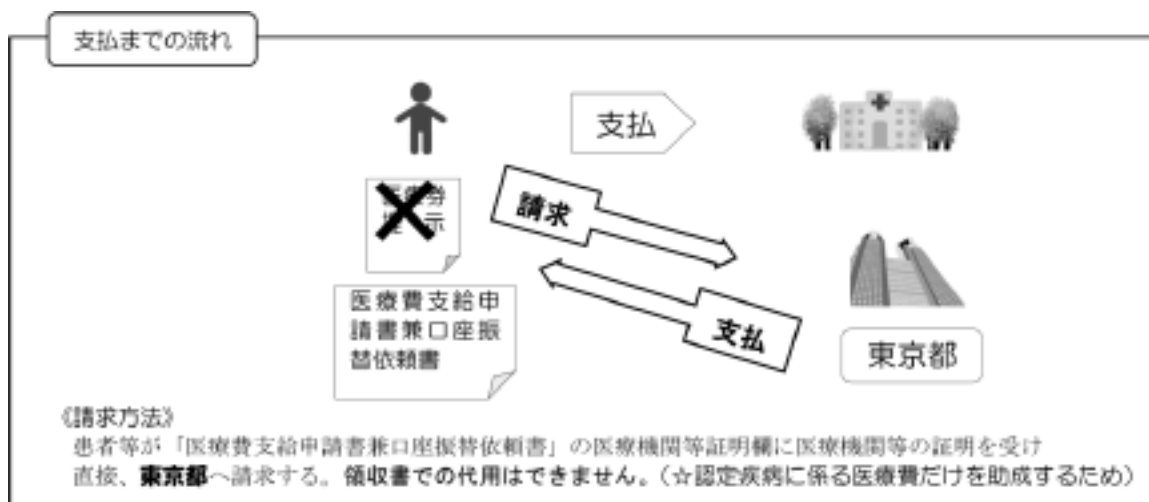
ア	⑦ 医療券等に記載された有効期間の開始日から⑧ 医療券等が交付されるまでの間に支払った医療費
イ	東京都と契約していない医療機関等で支払った医療費
ウ	健康保険の変更等により月額自己負担限度額が減額された⑨ 医療券等の交付を受けた者が、届出等から減額後の⑩ 医療券等が交付されるまでの間に、減額前の⑪ 医療券等により患者一部負担金として支払った医療費

【本人払いの請求方法等】

○患者は、『医療費支給申請書兼口座振替依頼書』の医療機関等証明欄に医療機関等の証明を受け、直接東京都へ請求します。領収書添付の必要はありません。

○医療費の請求は、認定された疾病のみに対する医療費助成のため、上記ウを除いて領収書では受け付けていません。（上記ウにおいても、領収書で受け付けられるのは、領収額が月額自己負担限度額と同額であるか、医療券等を使用したことが明記されているものに限ります。）

○公費負担者番号が「54」「83」「52」又は「38」の⑫ 医療券等をお持ちの方において、還付請求する月と同一月で「自己負担上限額管理票」を使用して医療費を支払った場合は、その管理票の写しも添付するようお願いしています（ただし、「38136024（肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業）」は除く。）



【「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記入に際しての留意点】

- 証明の際には、必ず^都医療券等の提示を受け、東京都から医療費助成が受けられることを確認してください。
- 有効期間外であるものは証明しないでください。
また、医療機関の受領金額が医療券に記載されている月額自己負担限度額を超えない場合は、患者など申請者の求めに応じ、証明をしてください。
公費負担者番号「54」「83」「52」又は「38」の患者負担額は、ひと月ごとに自己負担額を管理するため、ひとつの医療機関での支払いが月額自己負担限度額内であったとしても、他の医療機関での支払いを合算した場合に月額自己負担限度額を超え、本人払い（償還払い）が生じる場合があります。
- 証明の際は、「医療機関等コード」及び記入担当者の氏名と所属も必ず記入してください。
- 都の助成額を既に公費併用レセプトにより請求したものの証明はしないでください。
- 医療機関が証明した金額のうち、東京都は高額療養費相当額を控除して支払います。従って、申請書の証明金額の全額が支払われない場合もあります。高額療養費相当額は、患者本人が加入している保険者に請求する必要があります。
- 特定疾病療養受療証について
人工透析を必要とする腎不全（負担者番号：82138009）又は先天性血液凝固因子欠乏症等（負担者番号：51137016）のうち病名が「第8因子欠乏症」、「第9因子欠乏症」又は「血友病等」の方は、制度上「特定疾病療養受療証」の取得及び提示が前提となっているため、自己負担限度額が1万円の方は医療機関等証明欄の限度額認定証の提示欄に「長1」と、同2万円の方は「長2」と記載してください。
人工透析により特定疾病療養受療証をお持ちの方で、上位所得者の自己負担限度額は2万円ですが、負担者番号が82138009の医療券の助成の上限は1万円（差額の1万円は、他の公費で助成される場合を除いて患者負担）となります。
- 限度額適用認定証について
医療機関での支払いの際に、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が提示されていた場合は、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の区分に記載の記号を、医療機関等証明欄の限度額認定証の提示欄に記載してください。
なお、この申請書の問い合わせは東京都福祉局生活福祉部医療助成課医療給付担当（TEL 03-5320-4454）までお願いします。

★「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記入の留意事項について

	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧
診療 期間	保険種別	負担区分	入院 外来 調剤 その他 (調剤のみ)	受診日数	左記のうち有効期間内の日数	1か月分の保険 総点数 (訪問看護ステーションの場合 は療養費額)	左記のうち有効期間 内の認定疾病に係る 保険点数 (訪問看護ステーションの場合は 療養費額)	窓口での患者負担 額(注)
1 月通中心で有効 期間が1日未満	① 社会(2) 後期(2)	② 1割	③ 入院(1) 外来(2) 調剤(4)	④ 5日	⑤ 3日	⑥ 58,310円	⑦ 21,799円	⑧ 174,930円
2 療養期間中の 中が1日未満	① 社会(2) 後期(2)	② 1割	③ 調剤(4)	④ 5日	⑤ 3日	⑥ 58,310円	⑦ 21,799円	⑧ 57,500円
3 7日以上の (入院)	① 社会(2) 後期(2)	② 3割	③ 入院(1) 外来(2) 調剤(4)	④ 10日	⑤ 10日	⑥ 98,010円	⑦ 98,010円	⑧ 15,000円
4 7日以上の (療養・調剤)	① 社会(2) 後期(2)	② 3割	③ 入院(1) 外来(2) 調剤(4)	④ 1日	⑤ 1日	⑥ 10,250円	⑦ 7,370円	⑧ 8,000円
5 訪問看護ステーションの場合	① 社会(2) 後期(2)	② 1割	③ 調剤(4)	④ 7日	⑤ 7日	⑥ 5,280円	⑦ 5,280円	⑧ 3,580円
								合計 257,110円

注 「窓口での患者負担額」は当該診療月における保険点数額として窓口で支払った額(対象患者以外も含む)の合計を記入してください。
※ 患者負担額等は回線及び生活費負担額等は別添です。

医療機関コード(7桁)を必ず記入ください。
7 6 5 4 3 2 1

所属・担当者名(問い合わせに
対応できる方)を必ず記入し
てください。

必ず押印してください。

該当するものに
○をしてください。
(薬局は調剤4に
○をしてください。)

上記のとおり記載します。 ○ 年 ○ 月 ○ 日

④ 医科・歯科・3・調剤4・看護6

〒 所在地 電話番号
〒 所在地 電話番号
〒 所在地 電話番号

〒 所在地 電話番号
〒 所在地 電話番号
〒 所在地 電話番号

- 【留意点】レセプト単位で記入してください。記入例①から⑧は以下のとおりお願いします。
- ① 「保険種別」・「負担区分」は受診時の主保険の情報に○をしてください。
 - ② 「限度額認定証の提示」は支払時に提示があった場合のみ、適用区分を記入してください。
(窓口での患者負担額の根拠として確認させていただきます。証明記入時の受給者証の区分とは一致しない場合があるため、不明な場合は記入しないでください。)
 - ③ 入院、外来、調剤のいずれかに○をしてください。薬局は外来ではなく「調剤」を選択してください。
 - ④ 「受診日数」は受給者証等の有効期間にかかわらず、月の診療日数(レセプトの日数)を記入してください。
※ 薬局では処方せんの受付回数を記入してください。
 - ⑤ 「左記のうち有効期間内の日数」は④受診日数のうち、受給者証の有効期間内の日数を記入してください。
※ 薬局では処方せんの受付回数を記入してください。
 - ⑥ 「1か月分の保険総点数」は当該月の保険総点数※(レセプトの点数)を記入してください。
※ 訪問看護ステーションの場合は、当該月の療養費(円)を記入してください。
 - ⑦ 「左記のうち有効期間内でかつ特定医療に係る保険点数」は受給者証の有効期間内でかつ認定疾病にかかる点数を記入してください。
※ 訪問看護ステーションの場合は、認定疾病のみに係る療養費(円)を記載してください。
 - ⑧ 「窓口での患者負担額」は、⑥で記載の1か月の保険点数に対応する窓口領収額を記入してください。
※ 助成額は⑦の点数から高額療養費等を考慮して都が再計算するため、⑧の金額とは必ずしも一致しません。

(2) 介護給付費

介護給付費の利用者負担額を助成する。
申請に必要な書類
「介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書」(P.232 参照)
※ 介護給付費利用者負担額証明欄は、サービス事業者等で記入する。

・用紙の配付

各区市町村の担当窓口で配布しており、用紙をコピーして使用することも可能。東京都福祉局では公式ホームページに掲載しており、ダウンロードが可能となっている。

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病用）」

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_nanbyo.html

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（小児慢性特定疾病）」

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_5452.html

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（38・82・87用）」

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_maruto8287.html

「介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書」

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_kaigo.html

以下の用紙は、各区市町村の担当窓口での配布はないが、前記用紙と同様に公式ホームページにて掲載しており、ダウンロードが可能となっている。

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病（国疾病）、特殊医療）」

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_jusyo.html

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（難病/生活保護受給者用）」

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_nanbyo_seiho.html

「医療費支給申請書兼口座振替依頼書（肝がん・重度肝硬変用）」

https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/tukaikata/s_kangan.html

【請求先】

東京都福祉局生活福祉部医療助成課

郵便番号 163-8001

東京都新宿区西新宿二丁目8番1号

電話番号 03 (5320) 4454

10. Q & A

Q 1) 訪問看護や訪問診療の際、出先で毎回金額を請求することができないが、どのように請求したらよいのか。

A 1) 訪問診療や訪問看護を実施した月の月末の日付で、月の診療又は訪問看護費用を記載し、請求することが可能。その際、すでに自己負担上限月額まで達していた場合は、上限額を超える分は全て公費に請求することとなり、達していない分については、本人への請求となる。

Q 2) Q 1の請求を口座引き落としで行っている場合、徴収印は、口座の引き落としを確認してからにしたい。実際にいつの段階で押せばいいのか。診療・訪問した月から1か月又は2か月は遅れてしまうことが考えられる。自己負担上限額管理票を預かってもらってもいいか。

A 2) 自己負担上限額管理票を一つの事業所が預かってしまうと、患者の方が他の医療機関で受診する際に問題となる可能性がある。そのため、あらかじめ患者に関わる医療機関が分かっている場合に、事前に関係機関との協議により、毎月、自己負担上限額を超えることが経験上分かっている医療機関があれば、その機関のみが自己負担上限額管理票に記載し患者の方からの徴収を行うこととし、その他の機関は始めから公費請求を行うこととするなどといった取り決めをしておくことも考えられる。

Q 3) 介護保険では、1円単位で請求が出てくるが、自己負担上限額管理票にはどのように記載したらよいのか。

A 3) 本人に対する請求を1円単位で行った後、自己負担上限額管理票には、10円未満を四捨五入した金額を記載することとされている。

Q 4) 自己負担上限額に達している等、患者の自己負担が生じない場合も、自己負担上限額管理票に記載する必要があるか。

A 4) 自己負担上限額管理票に総医療費の記載が必要であるのは、①高額かつ長期に渡り医療費が必要となる方に対して今後の医療費助成における自己負担上限月額が軽減される根拠となる可能性があることと、②軽症かつ高額の医療費を要するを持って医療費助成の対象となることを証明する根拠となる可能性があること、二つの理由からである。そのため、患者自己負担額の有無にかかわらず、原則として記入することが望ましい。

①「高額かつ長期」の基準

認定を受けた後の一月の医療費総額（認定を受けた難病に係る10割分）が高額（5万円超）である月が6回以上ある場合

→ 患者の方の区市町村民税の課税額等に応じ、自己負担上限月額が下がる場合がある。

②「軽症かつ高額」の基準

一月の医療費総額（認定に関する難病に係る10割分）が高額（33,330円超）である月が3回以上ある場合

→ 軽快・重症化を繰り返す疾病に患しているなど更新時に軽快し認定の基準である重症度分類を満たさない場合であっても認定となる。

- Q 5) 病院・診療所が処方箋を前月の終わりに発行し、その月を超えて保険薬局に処方箋が持ち込まれた場合、自己負担上限額管理票はいつの月に記載すればよいか。
- A 5) レセプト請求の月と同じように実際に診察・処方や調剤を行った月に記載してする。具体的には、病院・診療所は、処方箋を発行した月に、保険薬局は、調剤を行った月に記載する。
- Q 6) 54の受給者証を提示されたが、自己負担上限額管理票を持ってこなかった患者に対し、どのように取り扱えばよいか。
- A 6) 患者一部負担割合が3割の方については、医療費総額の2割の額又は受給者証に記載された負担上限月額のうちの低い方の額を領収する。払いすぎた分については、後日、患者から直接東京都福祉局に超過分を請求することになる
- Q 7) 83のマル都医療券（難病・都疾病）だけでなく、80のマル障を持っている患者が受診しているが、80のマル障のみ適用してよいか。
- A 7) 83のマル都医療券（難病・都疾病）と80のマル障の併用がある場合、優先順位としては、第一公費を83のマル都医療券（難病・都疾病）、第二公費を80のマル障とする。

【参考】一部負担金の徴収方法（難病（都疾病）83とマル障課税者80136***・マル親課税者81136***）

難病（都疾病）で一部負担額が発生する場合に、一部負担額から医療費総額の1割（ただし、当該受診の難病（都疾病）の自己負担額まで）を控除した額をマル障・マル親に請求する。

【事例】難病（都疾病）83136010 70歳未満の者（患者負担3割の場合）

- 自己負担上限額；低所得Ⅱ（5,000円）
- 一般の健康保険加入者（窓口負担3割 → 2割）
- マル障・マル親の自己負担額：1割

難病（都疾病）の一部負担額をマル障・マル親が助成する。ただし、医療費総額の1割（当該受診の際の難病（都疾病）の自己負担額まで）は自己負担となる。

診療日	医療費総額	医療保険		難病（都疾病）		マル障（課税）・マル親（課税）		
		保険給付	一部負担	助成	一部負担	助成	一部負担	考え方
1日目	22,000	15,400	6,600	2,200	4,400	2,200	2,200	1割負担
2日目	10,000	7,000	3,000	2,400	600	0	600	1割のうち難病上限まで
3日目	20,000	14,000	6,000	6,000	0	0	0	
4日目	50,000	35,000	15,000	15,000	0	0	0	
合計	102,000	71,400	30,600	25,600	5,000	2,200	2,800	

難病（都疾病）の自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

その他、難病医療費助成制度に関する情報については、東京都福祉局のホームページ「難病ポータルサイト」に掲載されている。

<https://www.hokeniryo.metro.tokyo.lg.jp/kenkou/nanbyo/portal/index.html>

第18号様式（第7条関係）
（表）

(都) 医療券

負担者番号									
受給者番号									×
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名	①								
	②								
	③								
有効期間									
月額自己負担限度額									
負担割合	負担上限額	所得割率	同一世帯	特定医療	重症医療				
その他									

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に利用する。
難病（都疾病）：白色

別紙

年 月分 自己負担限度額管理票

受給者名	受給者番号				
自己負担上限月額					
円					
日付	(指定) 医療機関名	標準費 （額） （円）	自己負担額・ 利用者負担額	自己負担割合 （％）	備考
上記のとおり自己負担上限月額に達しました。					
日付	実数算出日				印

（標準費は別紙別紙）

(都) 医療券

(本人負担なし)

負担者番号									
受給者番号									×
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名									
有効期間									
助成内容 上記認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、その自己負担相当額を補償									
認定条件									

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
難病（患者負担なし）：もも色

第19号様式（第7条関係）
（表）

(都) 医療券

負担者番号									
受給者番号									×
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名									
有効期間									
助成内容等									

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
特殊医療（人工透析）：クリーム色

都 医療券 (本人負担有り)	
負担者番号	
支給者番号	X
対 象 者	姓 氏 名
	生年月日
	病 名
有効期間	
助成内容	上記認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、その自己負担相当額の一部
認定条件	
上記のとおり決定します。	
東京 都 知 事	

この医療券は、次の表欄に使用する。
B型又はC型ウイルス肝炎（漢検）： ラベンダー

都 医療券 (介護療養・生活療養標準負担額のみ本人負担)	
負担者番号	
支給者番号	X
対 象 者	姓 氏 名
	生年月日
	病 名
有効期間	
助成内容	上記認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、介護療養の介護療養・生活療養標準負担額を除いた自己負担相当額
認定条件	
上記のとおり決定します。	
東京 都 知 事	

この医療券は、次の表欄に使用する。
B型又はC型ウイルス肝炎（漢検）： やまぶき

第39号様式(第7表欄付)

都 医療券 (H21がん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証) (介護療養・生活療養標準負担額のみ本人負担)	
負担者番号	
支給者番号	X
対 象 者	姓 氏 名
	生年月日
	病 名
有効期間	
助成内容	がん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証の自己負担額
認定条件	同一のがん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得者として、がん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得後1年以内の期間において、自己負担額が当該参加者証の自己負担額に相当するものとする。
備 考	同一のがん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得者として、がん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得後1年以内の期間において、自己負担額が当該参加者証の自己負担額に相当するものとする。
上記のとおり決定します。	
東京 都 知 事	

(日本産科産科利用済)

第39号様式(第7表欄付)

都 医療券 (H21がん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証) (本人負担有り)	
負担者番号	
支給者番号	X
対 象 者	姓 氏 名
	生年月日
	病 名
有効期間	
助成内容	同一のがん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得者として、がん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得後1年以内の期間において、自己負担額が当該参加者証の自己負担額に相当するものとする。
認定条件	同一のがん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得者として、がん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得後1年以内の期間において、自己負担額が当該参加者証の自己負担額に相当するものとする。
備 考	同一のがん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得者として、がん・遺伝性幹細胞研究促進事業参加者証取得後1年以内の期間において、自己負担額が当該参加者証の自己負担額に相当するものとする。
上記のとおり決定します。	
東京 都 知 事	

(日本産科産科利用済)

医療券
(東京都健康増進課のみなさま用)

負担者番号									
受給者番号									X
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名									
有効期間									
助成内容	上記認定疾病に基づき医療保険金を適用し、入院時の食事費(標準食料)に限り、1日1食に限り全額補助								
認定条件									

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
 ① 糖尿病(インスリン療法)
 ② 高血圧症候群(ワリウム剤)
 ③ 肥満症(ワリウム剤)

医療券
(食生活改善・生活習慣病予防推進のみなさま用)

負担者番号	8	2	1	3	7				
受給者番号									X
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名									
有効期間									
助成内容	上記認定疾病に基づき、医療保険金を適用し、その自己負担額(入院時の食事費・生活習慣病予防推進)を除く。								
その他									

上記のとおり決定します。
 年 月 日

認定権者名 印

この医療券は、次の疾病に使用する。
 ① 大気汚染関連疾病(みどり色)

第1号様式

(画一)

医療券
(本人負担有り)

負担者番号	8	0	1	3	7				
受給者番号									X
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名									
有効期間									
月額自己負担額(定額)	6,000円								
助成内容	上記認定疾病に基づき、医療保険金を適用し、その自己負担額(入院時の食事費・生活習慣病予防推進を除く。)のうち月額6,000円を控える額								

上記のとおり決定します。
 年 月 日

印

この医療券は、次の疾病に使用する。(平成28年4月1日から)
 ① 大気汚染関連疾病(もも色)

第2号様式(第7条関係)

(表)

医療券
(本人負担有り)

負担者番号									
受給者番号									X
対象者	住所								
	氏名								
	生年月日								
病名									
有効期間									
月額自己負担額(定額)	円								
その他									

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

大きさ
 (縦 137ミリメートル)
 (横 89ミリメートル)


医 療 券

(支 事 療 養 ・ 生 活 援 養 費 担 当 額 の み 本 人 負 担)

負担額等①							
負担者番号②							
支給番号							×
知 住 所 家 番	氏 名						
	生年月日						
	病 名						
有効期間							
構成内容	上記地区域内において医療保険各法等を適用し、入所時の食事 療養・生活療養費等負担額を控いた自己負担相当金額						
認定 条件							

上記のとおり決定します。

東京福祉会 

大 原 三
 [郵 1 3 7 0 3 2 - 1 4
 電 8 0 3 3 2 - 1 4]

18

医療費支給申請書 兼 口座振替依頼書(38・82・87用)

この申請書は、医療費又は医療費補助費に充てるべき医療費や自己負担額が低額に支払った医療費を請求するためのものです。請求する医療費が20万円までは、請求の必要はありません。

医療機関等証明欄

診療科	診療日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計	請求金額 (千円未満の端数は切り上げ)
内科	診療科														
外科	診療科														
小児科	診療科														
産婦人科	診療科														
眼科	診療科														
耳鼻科	診療科														
皮膚科	診療科														
泌尿科	診療科														
歯科	診療科														
その他	診療科														

医療機関等証明欄

1. 「20万円以内の医療費」又は「医療費補助費」の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

2. 「20万円以内の医療費」又は「医療費補助費」の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

3. 20万円以内の医療費又は医療費補助費の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

医療機関等証明欄

【医療機関等証明欄の記載については下記のとおり記載してください。】

1. 「10万円以内の医療費」又は「20万円以内の医療費」の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

2. 「10万円以内の医療費」又は「20万円以内の医療費」の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

3. 10万円以内の医療費又は20万円以内の医療費の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

医療機関等証明欄

【医療機関等証明欄の記載については下記のとおり記載してください。】

1. 「10万円以内の医療費」又は「20万円以内の医療費」の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

2. 「10万円以内の医療費」又は「20万円以内の医療費」の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

3. 10万円以内の医療費又は20万円以内の医療費の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

医療機関等証明欄

【医療機関等証明欄の記載については下記のとおり記載してください。】

1. 「10万円以内の医療費」又は「20万円以内の医療費」の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

2. 「10万円以内の医療費」又は「20万円以内の医療費」の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

3. 10万円以内の医療費又は20万円以内の医療費の金額が算出されて支払った医療費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

介護給付費支給申請書 兼 口座振替依頼書

この申請書は、介護給付費又は介護給付費補助費に充てるべき介護給付費や自己負担額が低額に支払った介護給付費を請求するためのものです。請求する介護給付費が20万円までは、請求の必要はありません。

介護給付費利用者負担額証明欄

介護給付費	介護日	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	計	請求金額 (千円未満の端数は切り上げ)
介護給付費	介護日														
介護給付費	介護日														
介護給付費	介護日														
介護給付費	介護日														
介護給付費	介護日														
介護給付費	介護日														
介護給付費	介護日														
介護給付費	介護日														
介護給付費	介護日														
介護給付費	介護日														

介護給付費利用者負担額証明欄

1. 「20万円以内の介護給付費」又は「介護給付費補助費」の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

2. 「20万円以内の介護給付費」又は「介護給付費補助費」の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

3. 20万円以内の介護給付費又は介護給付費補助費の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

介護給付費利用者負担額証明欄

【介護給付費利用者負担額証明欄の記載については下記のとおり記載してください。】

1. 「10万円以内の介護給付費」又は「20万円以内の介護給付費」の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

2. 「10万円以内の介護給付費」又は「20万円以内の介護給付費」の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

3. 10万円以内の介護給付費又は20万円以内の介護給付費の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

介護給付費利用者負担額証明欄

【介護給付費利用者負担額証明欄の記載については下記のとおり記載してください。】

1. 「10万円以内の介護給付費」又は「20万円以内の介護給付費」の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

2. 「10万円以内の介護給付費」又は「20万円以内の介護給付費」の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

3. 10万円以内の介護給付費又は20万円以内の介護給付費の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

介護給付費利用者負担額証明欄

【介護給付費利用者負担額証明欄の記載については下記のとおり記載してください。】

1. 「10万円以内の介護給付費」又は「20万円以内の介護給付費」の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

2. 「10万円以内の介護給付費」又は「20万円以内の介護給付費」の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

3. 10万円以内の介護給付費又は20万円以内の介護給付費の金額が算出されて支払った介護給付費が、請求書の合計金額を超えている場合は、請求額を算出してください。

東京都負担医療費請求書 10 名連記（グリーン）の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

都内医療機関においては、原則、併用レセプトによる請求になります。例外的に以下の場合について「東京都負担医療費請求書」により御請求ください。

区分	負担者番号	左の負担者番号について下記の場合
⑧ 小児精神病	8 2 1 3 4 0 0 8	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費の自己負担額を「82」に請求する場合※ (国保・後期高齢に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可)
⑧ 被爆の子に対する医療		
⑧ 特殊医療（人工透析）		
⑧ 妊娠高血圧症候群等	8 7 1 3 6 0 0 8	
⑧ 難病医療等	5 1 1 3 6 0 1 8	・第一公費の自己負担額を「51」に請求する場合※ (国保・後期高齢に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可)

※例) ・人工透析に係る医療について、更生医療「15」を適用し、その自己負担額について「82138009」で助成

2. 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- (1) 診療・調剤年月欄は、1 枚ごとに記入してください。
- (2) 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する 7 桁の番号を 1 枚ごとに記入してください。
- (3) ⑧ 負担者番号・受給者番号欄は、1 件ごとに⑧ 医療券等に記載されている番号を記入してください。
- (4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は、記入不要です。
- (5) 負担割合欄及び入院外来別欄は、1 件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。
- (6) 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
- (7) 請求額欄上段は、各種健康保険（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（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、又は他の医療費助成を適用した患者自己負担額を記入してください。82138009 の医療券は、特定疾病療養受療証（長）を適用後の 10,000 円までが助成対象（特定疾病療養受療証（長）の限度額が 20,000 円の方であっても、助成額は 10,000 円まで）となります。請求額欄には 10,000 円までを記入してください。請求書の備考欄にも長と記入し、保険請求のレセプト特記事項欄にも「02長」又は「16長2」と表示をしてください。
限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、該当する区分に応じた自己負担限度額を請求額欄に記入し、備考欄に適用区分を限度額適用認定証等に記載されているとおり記入してください。
70 歳以上で負担割合が 1 割又は 2 割（限度額適用認定証等の提示がない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来 18,000 円、入院 57,600 円）以下の金額を記入してください。
- (8) 公費平点数欄は、⑧ 医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- (9) 請求金額は、1 円単位までの請求とし、合計欄は、1 枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3. 請求書の提出方法等

- (1) 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- (2) 診療月の翌月 10 日（10 日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html>

4. 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号
 東京都 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当 (マル都)

TEL 03-5320-4454

10名連記 (グリーン)

東京都負担医療費請求書 医療機関等
コード

東京都知事 殿 診療・調剤年月 令和 年 月 分

下記のとおり請求します。
 令和 年 月 日

医科	備考	調剤	看護	医療機関等所在地
1	3	4	5	名称(電話)

・いずれかに○して下さい。 担当者名

内 訳 №

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	入 院 外 来	診 療 日 数	請 求 額 食事療養・ 生活療養標準負担額	公費分点数	備考
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	1
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	2
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	3
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	4
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	5
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	6
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	7
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	8
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	9
13			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	10
99999999		合 計			件	円		

(注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。
 2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。
 3 **食・生**欄は、食事療養標準負担額は食に、生活療養標準負担額は生に○印を付け、金額を記入して下さい。(法別番号15または16と51の併用の場合のみ記入)。

リサイクル適性(B)
この用紙は、印刷・リサイクルです。石油系溶剤を含まないインキを使用しています。

実施細目別記第10号様式

難病医療費請求書 10 名連記（ブルー）の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

都内医療機関においては、原則、併用レセプトによる請求になります。例外的に以下の場合について「難病医療費請求書」により御請求ください。

区 分	負 担 者 番 号	左の負担者番号について下記の場合
㊦ 難病医療（都疾病）	8 3 1 3 6 0 1 0	<ul style="list-style-type: none"> ・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費の自己負担額を「83」に請求する場合※ (国保・後期高齢に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可)

※ 例) 難病に係る医療について、更生医療「15」を適用し、その自己負担額について「83136010」又は「83135012」で助成

2. 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- (1) 診療・調剤年月欄は、1 枚ごとに記入してください。
- (2) 医療機関等コード欄は、レセプトに表記する 7 桁の番号を 1 枚ごとに記入してください。
- (3) ㊦ 負担者番号・受給者番号欄は、1 件ごとに㊦ 医療券に記載されている番号を記入してください。
- (4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は、記入不要です。
- (5) 負担割合欄及び入院外来別欄は、1 件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。※負担割合は各種健康保険の自己負担割合です。
- (6) 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
- (7) 請求額欄上段は、各種健康保険（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（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、又は他の医療費助成を適用した患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
70 歳以上で負担割合が 1 割（限度額適用認定証等の提示のない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来 18,000 円、入院 57,600 円）以下の金額を記入してください。
- (8) 公費分点数欄は、㊦ 医療券等に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- (9) 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の自己負担額欄と同額）を記入してください。
- (10) 限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、備考欄に適用区分（ア・イ・ウ・エ・オ・Ⅱ・Ⅰ）を記入してください。
- (11) 請求金額は、1 円単位までの請求とし、合計欄は、1 枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3. 請求書の提出方法等

- (1) 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- (2) 診療月の翌月 10 日（10 日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html>

4. 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都）

TEL03-5320-4454

難病医療費請求書

医療機関等
コード

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

0

東京都知事 殿

診療・調剤年月 年 月 分

下記のとおり請求します。

年 月 日

医科	産科	調剤	看護
1	3	4	6

医療機関等所在地
名称(電話)
開設者

印

担当者名

内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	入院 別 外来	診療 日数	請求額 食事療養・ 生活療養標準負担額	公費分点数	一部負担金 相当額	備考
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	1
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	2
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	3
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	4
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	5
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	6
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	7
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	8
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	9
8313			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円 食・生 円	点	円	10
99999999	合 計			件		円			

- (注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。
 2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。
 3 負担者番号が、「83(35012)」の場合は、食事療養負担額又は生活療養標準負担額(食事のみ)の5割が助成対象となります。
 この場合、「食・生」欄は、食事療養標準負担額に食に、生活療養標準負担額に生に○印を付け、金額を記入してください。

大気汚染関連疾病医療費請求書（グレー）10名連記の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

都内医療機関においては、原則、併用レセプトによる請求になります。例外的に以下の場合について「大気汚染関連疾病医療費請求書」により御請求ください。

区 分	負担者番号	医療券の色	左の負担者番号について下記の場合
大気汚染関連疾病 (自己負担なし)	82137001	みどり色	・他道府県の国保・後期高齢との併用 ・第一公費での患者負担分を「82」で助成での併用 (国保に限る。社保の場合は、併用レセプトで請求可)
	82137555	みどり色	
大気汚染関連疾病 (自己負担あり)	82137530	もも色	
	82137670	もも色	

2. 請求書の書き方

請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- (1) 診療・調剤年月欄は、1枚ごとに記入してください。
- (2) 医療機関コード欄は、レセプトに表記する7桁の番号を1枚ごとに記入してください。
- (3) 負担者番号・受給者番号欄は1件ごとに㊦医療券に記載されている番号を記入してください。
- (4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の記号・番号は記入不要です。
- (5) 負担割合欄及び入院外来別欄は、1件ごとに該当するものを○で囲んでください。調剤薬局では、外来を○で囲んでください。
- (6) 診療日数欄は、入院又は外来日数を記入してください。調剤薬局では、処方せんの受付回数を記入してください。
- (7) 【負担者番号が82137001又は82137555の場合】
請求額欄は、各種健康保険（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（以下、「限度額適用認定証等」という。）の提示があった場合はそれも含む）、他の医療費助成を適用した患者自己負担額を記入してください。
【負担者番号が82137530又は82137670の場合】
請求額欄は、各種健康保険（限度額適用認定証等の提示があった場合はそれも含む）、他の医療費助成を適用した患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
70歳以上で負担割合が1割又は2割（限度額適用認定証等の提示がない場合に限る）の方は、自己負担限度額（例：外来18,000円、入院57,600円）以下の金額を記入してください。
【各負担者番号共通】
限度額適用認定証等により高額療養費を現物給付した場合は、備考欄に適用区分を記入してください。
- (8) 公費分点数欄は、㊦医療券に記載された認定疾病及び有効期間内の点数を記入してください。
- (9) 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担限度額管理票の自己負担額欄と同額）を記入してください。
- (10) 請求額は1円単位までの請求とし、合計欄は1枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3. 請求書の提出方法等

- (1) 請求書には必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- (2) 診療月の翌月10日（10日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html>

4. 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号
東京都 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都）TEL03-5320-4454

10名連記(グレー)

大気汚染関連疾病医療費請求書

医療機関等
コード 0

東京都知事 殿 診療・調剤年月 年 月分

下記のとおり請求します。
年 月 日

医科調剤 医療機関等所在地 ㊞
1 4 名称(電話)
・どちらかに○して下さい。 管理者 担当署名

内 訳 No. _____

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	入院 別 外来	診療 日数	請求額	公費分点数	一部負担金 相当額	備考
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	1
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	2
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	3
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	4
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	5
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	6
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	7
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	8
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	9
82137			1割 2割 3割	入(3) ・ 外(4)	日	円	点	円	10
99999999		合計		件		円			

- (注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。
2 一部負担金相当額の確認のため、自己負担限度額管理票の(写)の提出をお願いすることがあります。
3 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。

介護給付費請求書 10 名連記（イエロー）の作成について

1. この請求書で請求できる負担者番号

下記の負担者番号が記載された医療券をお持ちの方の、介護保険の自己負担分については、「介護給付費請求書」により御請求ください。

区 分	負担者番号
㊦ 難病医療（都単）	83136010

2. 請求書の書き方

請求書は、介護年月ごとに別用紙としてください。また、内訳はレセプト単位で記入してください。

- (1) 介護年月欄は、1 枚ごとに記入してください。
- (2) 医療機関等コード欄は、各種医療保険のレセプトに表記する 7 桁の番号を 1 枚ごとに記入してください。
- (3) ㊦ 負担者番号・受給者番号欄は、1 件ごとに ㊦ 医療券に記載されている番号を記入してください。
- (4) 保険者番号欄は、保険証の保険者番号を記入してください。保険証の被保険者番号は、記入不要です。
- (5) 負担割合欄及び施設在宅別欄は、1 件ごとに該当するものを○で囲んでください。
- (6) 実日数欄は、介護サービスを行った実日数を記入してください。
- (7) 単位数単価欄は、該当する介護サービスの単価を記入してください。
- (8) 請求額欄は、介護保険の患者自己負担額から一部負担金相当額欄に記入した額を差し引いた額を記入してください。
- (9) 公費対象単位数欄は、㊦ 医療券に記載された認定疾病及び有効期間内の単位数を記入してください。
- (10) 一部負担金相当額欄は、医療機関等で受給者が負担した金額（自己負担上限額管理票の利用者負担額欄と同額）を記入してください。
- (11) 請求金額は、1 円単位までの請求とし、合計欄は、1 枚ごとの合計件数と合計金額を記入してください。

3. 請求書の提出方法等

- (1) 請求書に必ず保険請求したレセプトの写しを添付してください。
- (2) 診療月の翌月 10 日（10 日が土日祝日の場合は直前の平日）までに下記提出先に到着するよう送付してください。
なお、請求書の用紙が不足する場合は注文用紙を下記アドレス宛メールで送付ください。

【アドレス】 S1140404@section.metro.tokyo.jp

※注文用紙はこちら↓からダウンロードください

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/keiyakuyoushiki.html>

4. 請求書の提出先

〒163-8001 東京都 新宿区 西新宿 二丁目8番1号

東京都 福祉局 生活福祉部 医療助成課 医療給付担当（マル都） TEL03-5320-4454

10名連記（イエロー）

介護給付費請求書

事業所コード
(医療保険)

3

東京都知事 殿

介護年月 令和 年 月 分

下記のとおり請求します。

令和 年 月 日

医科 1 歯科 3 調剤 4 看護 6

医療機関等所在地
名称(電話)
開設者

担当者名

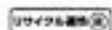
・いずれかに○して下さい。

内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	施設 別在宅	利用 日数	単位数 単 価	請 求 額	公費対象 単位数	一部負担金 相 当 額	備考
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	1
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	2
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	3
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	4
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	5
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	6
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	7
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	8
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	9
8 3 1 3			1割 2割 3割	施(3) ・ 在(4)	日	円	円	単位	円	10
9 9 9 9 9 9 9 9		合 計		件			円			

- (注) 1 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。
2 請求書は、介護年月ごとに別用紙にしてください。



この用紙は、厚生労働省のホームページで公開されています。

実施細目別記第11号様式

19		特定B型肝炎ウイルス感染・母子感染症防止	
法別番号	62	公費負担者番号「62130018」	
取扱医療機関	保険医療機関		
対象者	対象者は、昭和23年7月1日から昭和63年1月27日までの集団予防接種等の際の注射器の連続使用により、7歳になるまでの間にB型肝炎ウイルスに感染された方及びその方から母子感染された方。対象者の認定は、裁判上の和解手続等（確定判決・和解・調停）において行う。		

1. 概要

集団予防接種等の際の注射器の連続使用によるB型肝炎ウイルスの感染被害を受けたとして裁判上の和解手続等において認定された方のうち、20年の除斥期間が経過した無症候性キャリアの方（特定無症候性持続感染者）が、慢性肝炎又は肝がんの発症を確認するために行う定期的な検査、又は無症候性持続感染者の方が出産した場合に、その子がB型肝炎ウイルスに感染することを防止するため、検査を受けた時は、医療費の自己負担分を支給する。

定期検査費 (受給者本人)	母子感染防止医療費		世帯内感染防止医療費 (受給者の同居家族)
	母親分 (受給者本人)	子ども分 (受給者が出産した子)	
1. 【現物給付】 受給者の方は、医療機関の窓口で受給者証を提示することにより、窓口負担が不要になります。	2. 【療養費払い】 受診された方は、医療機関での窓口負担分を支払います。後日、受給者の方が支払基金に直接窓口負担分を請求します。		

上記の表のうち、「1の定期検査及び母子感染防止医療のうち母親が受ける検査」については、受給者の方が「特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証」を医療機関の窓口で提示することにより、窓口負担が不要となる。

「2の母子感染防止医療のうち子どもが受ける検査又はワクチンの投与及び世帯内感染防止医療」については、医療機関で窓口負担分を負担する。

受給者の方が後日、領収書・明細書等を添えて支払基金へ窓口負担分を請求する必要がありますので、受診された方に領収書・明細書をお渡しすることとなる。

2. 給付内容

慢性肝炎又は肝がんの発症を確認するための受給者証に記載された定期検査および母子感染症に係る医療に要した医療費のうち、医療保険（社保、国保または後期高齢者）を適用した後の自己負担額を給付する。

ただし、生活保護受給者は、医療費（食事療養費および生活療養費を除く。）の範囲が全て当該公費の対象となる場合は、全額支給される。

3. 公費の対象医療

(1) 定期検査

定期検査	検査項目	回数
血液検査	末梢血液一般検査、末梢血液像、プロトロンビン時間測定、活性化トロンボプラスチン時間測定、AST (GOT)、ALT (GPT)、ALP、 γ -GTP (γ -GT)、総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、ChE、総コレステロール、AFP、AFP-L3%、PIVKA-II、HBe 抗原、HBe 抗体、HBV 核酸定量 (HBV-DNA)	4回
画像検査	腹部エコー	4回
	造影 CT 若しくは造影 MRI 又は単純 CT 若しくは単純 MRI	2回

(2) 母子感染防止医療

母子感染防止医療	回数
特定無症候性持続感染者に対する HBe 抗原及び HBe 抗体の血液検査	1回

なお、上記、(1)定期検査、(2)母子感染防止医療にかかる、初診料・再診料・血液採取料、検体検査判断料等については、公費として請求する。

4. 医療機関での取り扱い

(1) 窓口での確認

- ① 各種健康保険証
- ② 特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証
- ③ 定期検査受診票 (定期検査受診時のみ使用)

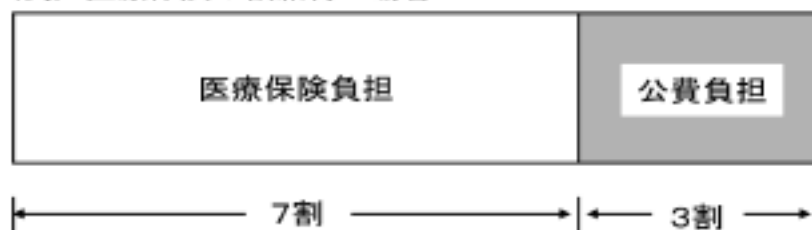
(2) 請求先

- 社保併用分・公費単独分 ⇒ 支払基金
- 国保併用分 ⇒ 国保連合会

5. 医療保険との関係

医療保険各法が優先する。

(例) 医療保険 7割給付の場合



問い合わせ先

[給付金の制度や請求手続きについて]

社会保険診療報酬支払基金 給付金等支給相談窓口
電話：フリーダイヤル 0120-918-027

[特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等支給関係業務]

(ホームページ) <http://www.ssk.or.jp/jigyonaiyo/kanen/index.html>

特定B型肝炎ウイルス感染症定期検査費等受給者証
(表)

特定B型肝炎ウイルス感染者定期検査費等受給者証	
公費負担者番号	
公費負担医療の受給者番号	
受給者	住所
	氏名
	生年月日
発行者名称	<div style="text-align: center;">  <p>社会保険診療報酬支払基金</p> </div>

(裏)

注 意 事 項

- この証は、特定B型肝炎ウイルス感染者給付金等の支給に関する特別措置法第6条第1項第10号に該当する方〔特定高度慢性持続感染者〕を対象として交付されます。
- この証を交付された方は、慢性肝炎又は肝がんの発症を確認するため①から③までの定期検査を受けた場合、①及び②については年4回まで、③については年2回までは定期検査及びその診断のための費用（医科診療報酬点数表及び使用薬剤の範囲（薬価基準）によるもの）に関する自己負担分を支払う必要はありません。
 - ①血液学的検査
 肝血液学的検査の対象となる検査項目は、赤血球数、白血球数、血小板数（ヘモグロビン）測定、ヘマトクリット値、血小板数、末梢血塗抹像、プロトロンビン時間測定、活性化トロンボプラスチン時間測定、AST(GOT)、ALT(GPT)、ALP、γ-GTP〔γ-GT〕、総ビリルビン、直接ビリルビン、総蛋白、アルブミン、CbEa、総コレステロール、AFP、PIVKA-II、AFP-L3%、HBs抗原、HBs抗体、HBV-DNAとする。
 - ②画像検査（超音波エコー）
 - ③画像検査（造影CT若しくは造影MRI又は単純CT若しくは単純MRI）
- この証を交付された方は、子を産んだ場合にその子に対するB型肝炎ウイルスの母子感染を防止するため、保険診療により血液学的検査（HBs抗原及びHBs抗体）を受けた場合、子1人につき1回まではその自己負担分を支払う必要はありません。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出してください。
- 氏名、住所、加入している医療保険、届出先に変更があったときは、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- 病態の進行や死亡で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに社会保険診療報酬支払基金に返還してください。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- 定期検査受診票の記載欄がなくなつたときは、社会保険診療報酬支払基金にその旨を届け出てください。
- その他の問い合わせは、下記に連絡してください。

連絡先
 社会保険診療報酬支払基金 (TEL.0120-918-027)
 (TEL.03-3591-7441)

定期検査受診票

①血液学的検査		②画像検査（超音波エコー）		③画像検査（造影CT若しくは造影MRI又は単純CT若しくは単純MRI）	
受診回数	①回	②回	③回	④回	⑤回
受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
医療機関名					
受診回数	①回	②回	③回	④回	⑤回
受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
医療機関名					
受診回数	①回	②回	③回	④回	⑤回
受診年月日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
医療機関名					

※医療機関において、受診回数に超過する場合は、医療機関の欄に記入いただき、ご本人に届出下さい。
 ※受診回数の項目を同時に記載した場合は、その平均の欄に記載してください。
 ※この票は、年1回～6月1日を単位として記入してください。

注：「定期検査受診票」の受診回数をご確認願います。年間（1月から12月）の限度回数を超える場合は公費負担の対象外となりますので、ご注意ください。

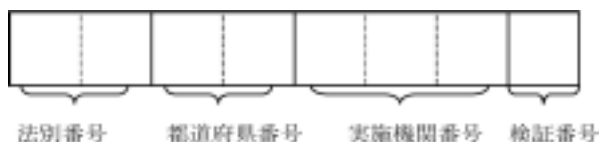
検査を行った医療機関は、「定期検査受診票」に受診年月日・医療機関名を記載し受給者の方へお渡しください。

注：母子感染防止医療は、定期検査とは別に受給者の方が出産する子どもごとに受診することができます。また、「定期検査受診票」の記載も不要です。

1. 公費併用明細書

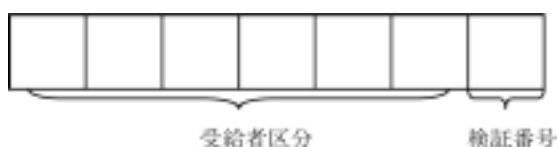
(1) 公費負担者番号欄

各種公費負担医療の受給者証（医療券、医療証）に記載されている負担者番号8桁を必ず記載してください。



(2) 受給者番号欄

各種公費負担医療の受給者証（医療券、医療証）に記載されている受給者番号7桁を必ず記載してください。



(3) 月途中の保険者番号の変更

月の途中において保険者番号の変更があった場合は、保険者番号ごとに明細書を作成してください。

(4) 複数併用公費の取扱い

公費では複数の公費の対象となる患者が存在します。医療保険と公費負担医療を請求する場合は「併用レセプト」と呼ばれ、医療保険と公費が2つある場合は「3者併用レセプト」、公費が3つある場合は「4者併用レセプト」と呼ばれます。診療報酬明細書は優先順位が上位の公費負担者番号及び受給者番号を「公費①」の項に、下位の公費負担者番号及び受給者番号を「公費②」の項に記入してください。第3公費について、公費負担者番号欄に記載ができない場合（4者併用等）は、摘要欄に「公費負担者番号」、「受給者番号」、及び、「診療実日数」を記載することになります。加えて、第3公費に係る療養の給付の合計点数、負担金額、食事療養及び生活療養を行った日数及び当該療養に係る金額の合計額並びに標準負担額は、「療養の給付」欄及び「食事・生活療養」欄の「公費②」の項をそれぞれ上下に区分し、上欄には第2公費に係る事項を、下欄には第3公費に係る事項を記載することになります。

なお、電子レセプトの場合は、レセプト情報の公費レコードに第3公費以降も記録をお願いします。記録が出来ない場合は、レセコンのシステムベンダにお問い合わせ下さい。

(5) 療養の給付欄

「公費①」及び「公費②」の項に、第1公費及び第2公費の療養の給付に係る合計点数を記載してください。第1公費に係る合計点数が医療保険に係るものと同じ場合は、第1公費に係る合計点数の記載を省略しても差し支えありません。また、第2公費があり、当該第2公費に係る合計点数が第1公費に係る合計点数と同じ場合は、第2公費に係る記載を省略しても差し支えありません。

(注) 医療保険と公費負担医療の給付内容が異なる場合、又は医療保険と公費負担医療の診療実日数が異なる場合は、明細書摘要欄の公費負担医療に係る分にアンダーライン（赤ボールペンと赤鉛筆は使用不可）を引いて、その合計点数を公費分点数欄に記載してください。

(6) 負担金額及び一部負担金額欄

入院における「負担金額」の項は、一部負担金の支払いを受けて記載が必要となる事例の場合は、その金額を記載してください。一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲してください。「負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載してください。

入院外における「一部負担金額」の項は、高額療養費が現物給付された者に限り記載することとし、支払いを受けた一部負担金の額を記載してください。この場合、一部負担金相当額の一部を公費負担医療が給付するときは、公費負担医療に係る給付対象額を「一部負担金額」の項の「保険」の項の上段に（ ）で再掲するものとし、「一部負担金額」の項には、支払いを受けた一部負担金と公費負担医療が給付する額とを合算した金額を記載してください。

(1)公費負担者番号欄 (2)受給者番号欄

診療報酬明細書 (請求用紙) 令和 年 月 分

1 公費負担者番号 2 公費負担者種別 3 公費負担者種別 4 公費負担者種別

1 公費負担者種別 2 公費負担者種別 3 公費負担者種別 4 公費負担者種別

1 公費負担者種別 2 公費負担者種別 3 公費負担者種別 4 公費負担者種別

(5)療養の給付欄 (6)負担金額及び一部負担金額欄

※公費には、公費番号 28 の感染症や公費番号 54 の難病のように、疾病に係る医療費に対し公費負担するもの(疾病対象公費)と、公費番号 80 の心身障害者(障)や公費番号 88 の乳幼児医療(乳)のように医療費全額を公費負担するもの(患者対象公費)があります。公費負担医療が2種類以上の場合は、公費分点数欄の記載方法は以下のとおりとなります。

ア) 疾病対象公費を2種類持っている場合(支払基金、国保連合会ともに請求方法は同じ)

例) 保険と自立支援医療(公費21)と特殊医療(人工透析を必要とする腎不全)(公費82)の併用、特定疾病療養受領証の自己負担限度額(長)20,000円の場合
 総点数42,300点 公費①自立支援医療500点
 公費②41,000点 医療保険単独800点

療養の給付	保険	請求	決定	一部負担金額
		点	点	円
		42,300		減額 割(円)免除・支払猶予
	公費①	500	※	500
	公費②	41,000	※	10,000

イ) 疾病対象公費と患者対象公費の2種類持っている場合

(支払基金、国保連合会と請求方法が異なります)

例) 保険と自立支援医療(公費21)とマル障(公費80)の併用
 総点数2,000点 公費①自立支援医療500点

公費21は精神疾患及びてんかんの治療費が公費対象であり、公費80は障害者1級等の患者の全医療費が公費の対象となります。

社会保険加入者

公費①の公費分点数欄には、第1公費の対象となる医療費(500点)の請求点数を記載してください。

公費②の公費分点数欄については、公費②の対象となる全請求点数(2,000点)を記載してください。

例)

療養の給付	保険	請求点	療決定点	一部負担金額 減額割(円)免除・支払額予	円	
		2,000				
	公費①	500	※		500	円
	公費②	2,000	※		円	

都内国民健康保険加入者

公費①の公費分点数欄には、第1公費の対象となる請求点数(500点)を記載してください。

公費②の公費分点数欄については、公費①と公費②が原則保険総点数となるよう(1,500点)記載してください。

例)

療養の給付	保険	請求点	療決定点	一部負担金額 減額割(円)免除・支払額予	円	
		2,000				
	公費①	500	※		500	円
	公費②	1,500	※		円	

ウ) 患者対象公費は全ての医療費が対象となりますので、2種類の公費を持つことはできません。

万が一、2種類提示された場合は、一部負担金の少ない公費での請求となります(支払基金、国保連合会と請求方法は同じです)。

2. 診療報酬請求書

(1) 社会保険

診療報酬請求書は、診療報酬請求書記載例を参考に黒若しくは青色のインク又はボールペン等を使用し明確な書体で入院・入院外別に作成してください。

なお、レセプト電算処理システムによる光ディスク等での請求の場合は、光ディスク等送付書を作成しますが、返戻照会に係る再請求分等、紙媒体での請求がある場合は当月請求の光ディスク等送付書とは別に、診療報酬請求書を作成してください。

診療報酬請求書記載例（きの1）

保険診療所の所在地及び、請求者係について、保険診療所を申請の際等に地方厚生（支）局長に届け出た所在地、名称及び請求者係を記載する。
なお、請求者係については、請求者から診療報酬請求書について委任を受けている場合は、保険診療所の管理者の氏名であっても差し支えない。

診療年月を記載する。したがって、診療年月の異なる診療報酬明細書がある場合には、それぞれの診療年月分について診療報酬請求書を作成する。
なお、診療年月の異なる明細書であっても、応分の再請求等やむを得ぬ事由による請求遅れについては、この限りではない。

診療報酬請求書を支払基金へ提出する年月日を記載する。

請求者係の所在地及び請求者係の氏名を記載する。
「入」：「丹」については、該当の文字を全て囲む。

以下の2に該当します。 診療 年月 曜日

区分	診療 年月 曜日	療養の給付		食事療養・生活療養			
		診療	療養	食事療養	生活療養	食事療養	生活療養
入院	00000	00000	00000				
	00000	00000	00000				
	00000	00000	00000				
	00000	00000	00000				
	00000	00000	00000				
入院外	00000	00000	00000				
	00000	00000	00000				
	00000	00000	00000				
	00000	00000	00000				
	00000	00000	00000				

「診療（70以上一般・総合等）」と必要の療養（療）、「診療（70以上一般・総合等）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」と必要の療養（療）と「診療（70以上一般）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」療の「小計」療とを合併して記載する。

「診療（70以上一般・総合等）」と必要の療養（療）、「診療（70以上一般・総合等）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」と必要の療養（療）と「診療（70以上一般）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」療の「小計」療とを合併して記載する。

「診療（70以上一般・総合等）」と必要の療養（療）、「診療（70以上一般・総合等）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」と必要の療養（療）と「診療（70以上一般）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」療の「小計」療とを合併して記載する。

「診療（70以上一般・総合等）」と必要の療養（療）、「診療（70以上一般・総合等）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」と必要の療養（療）と「診療（70以上一般）」療の「小計」療と、「診療（70以上一般）」療の「小計」療とを合併して記載する。

入院分の「療養の給付」療については、明細書の「療養」及び「診療（70以上一般）」療の合計を当該区分欄に記載する。
また、明細書の「療養の給付」療の「療養」の欄に「療養」の合計を「療養」欄に、「食事療養」の合計を「食事療養」欄に、それぞれ記載する。
食事療養・生活療養欄については、「療養」欄に明細書の食事療養及び生活療養に該当する療養の合計を記載する。
また、明細書の「食事療養・生活療養」療の「療養」の欄に「療養」の合計を「療養」欄に、「療養」の欄の合計を「療養」欄に、「療養（生活療養）」の欄の合計を「療養（生活療養）」欄に、それぞれ記載する。

入院外分の「療養の給付」療については、明細書の「療養」及び「診療（70以上一般）」療の合計を当該区分欄に記載する。
また、明細書の「療養の給付」療の「療養」の欄に「療養」の合計を「療養」欄に、「食事療養」の合計を「食事療養」欄に、それぞれ記載する。
なお、「食事療養」欄は、在宅療養指導管理料、在宅療養指導管理料又は在宅療養指導管理料及び在宅療養指導管理料に該当する療養の合計（医療費発生時平成21年12月31日以前のものに限る）に該当するものに限り記載する。

診療報酬請求書記載例（その2）

医療機関
コード

区分	療養の給付			食事療養・生活療養			入・退
	件数	金額	点数	件数	金額	点数	
1区(1区)							
2区(2区)							
3区(3区)							
4区(4区)							
5区(5区)							
6区(6区)							
7区(7区)							
8区(8区)							
9区(9区)							
10区(10区)							
11区(11区)							
12区(12区)							
13区(13区)							
14区(14区)							
15区(15区)							
16区(16区)							
17区(17区)							
18区(18区)							
19区(19区)							
20区(20区)							
21区(21区)							
22区(22区)							
23区(23区)							
24区(24区)							
25区(25区)							
26区(26区)							
27区(27区)							
28区(28区)							
29区(29区)							
30区(30区)							
31区(31区)							
32区(32区)							
33区(33区)							
34区(34区)							
35区(35区)							
36区(36区)							
37区(37区)							
38区(38区)							
39区(39区)							
40区(40区)							
41区(41区)							
42区(42区)							
43区(43区)							
44区(44区)							
45区(45区)							
46区(46区)							
47区(47区)							
48区(48区)							
49区(49区)							
50区(50区)							
51区(51区)							
52区(52区)							
53区(53区)							
54区(54区)							
55区(55区)							
56区(56区)							
57区(57区)							
58区(58区)							
59区(59区)							
60区(60区)							
61区(61区)							
62区(62区)							
63区(63区)							
64区(64区)							
65区(65区)							
66区(66区)							
67区(67区)							
68区(68区)							
69区(69区)							
70区(70区)							
71区(71区)							
72区(72区)							
73区(73区)							
74区(74区)							
75区(75区)							
76区(76区)							
77区(77区)							
78区(78区)							
79区(79区)							
80区(80区)							
81区(81区)							
82区(82区)							
83区(83区)							
84区(84区)							
85区(85区)							
86区(86区)							
87区(87区)							
88区(88区)							
89区(89区)							
90区(90区)							
91区(91区)							
92区(92区)							
93区(93区)							
94区(94区)							
95区(95区)							
96区(96区)							
97区(97区)							
98区(98区)							
99区(99区)							
100区(100区)							

備考

1 定額超過入院に該当する保険医療機関によっては、超過と記載する。
2 医療法の人員標準を満たさない保険医療機関によっては、療次と記載する。

公費負担の療養の給付は、公費負担医療制度ごとに「件数」、「点数」、「一部負担金(別添欄)」欄及び食事療養・生活療養の「件数」、「金額」、「標準負担額」欄に、各公費の請求に係るものを合計し、それぞれの制度の該当欄に記載する。ただし、「公費0」の欄に係る記録を省略した特給費については「保険」又は「公費立」の欄の記載と同様であることから、これを加えて合計する。
--

(2) 国民健康保険

診療報酬請求書は都外の保険者のみ作成してください。請求書の公費負担医療分の欄は「診療報酬請求書及び診療報酬明細書の記載要領」で記載することとなっていますが、現在のところ、記載を省略しても差し支えありません。書式は東京都国民健康保険団体連合会ホームページよりダウンロードが可能です。

[診療報酬請求書、その他書式掲載場所]

ホーム > 各種様式ダウンロード集

国民健康保険

① 国保 令和 年 月 日診療報酬請求書(医科・人医科)

保険者(新) 旧) 兼 保険者番号(旧) 兼 新旧番号(兼) 新旧番号(兼)

〒 国保 年 月 日

診療年度	診療月	診療日	診療時間	診療科目	診療回数	診療回数	診療回数	診療回数	診療回数
					13				1

区分	科	診療回数	診療科目	診療回数	診療回数	診療回数	診療回数
内科	内科						
	小児科						
	外科						
	産科						
外科	外科						
	小児科						
	内科						
	産科						
産科	産科						
	小児科						
	内科						
	外科						
小児科	小児科						
	内科						
	外科						
	産科						
その他	その他						
	小児科						
	内科						
	外科						

診療回数

後期高齢者医療

② 国保 令和 年 月 日診療報酬請求書(医科・人医科)

保険者(新) 旧) 兼 保険者番号(旧) 兼 新旧番号(兼) 新旧番号(兼)

〒 国保 年 月 日

診療年度	診療月	診療日	診療時間	診療科目	診療回数	診療回数	診療回数	診療回数	診療回数
					39	000	13		1

区分	科	診療回数	診療科目	診療回数	診療回数	診療回数	診療回数
9割	内科						
	外科						
7割	内科						
	外科						

診療回数

診療報酬総括請求書の公費併用件数欄に都内保険者分と都外保険者分に分けて、公費の件数を記入してください。

紙媒体用

① 国保 (医科)

令和 年 月分 診療報酬総括請求書

請求日当票号 13 診療報酬コード

〒 [] [] [] [] [] []

保険医療機関所在地
名称(電 話)
電話番号

医療報酬委員会印	請求者印	請求者印
----------	------	------

国保分	区分	療養の給付			食事・生活療養	
		件数	点数	請求額	件数	金額
都内分	国保					
	医療者					
	計					
都外分	国保					
	医療者					
	計					

請求者別	区分	療養の給付			食事・生活療養	
		件数	点数	請求額	件数	金額
都内分	国保					
	医療者					
	計					
都外分	国保					
	医療者					
	計					

電子媒体用

② 国保 (医科)

令和 年 月分 診療報酬総括請求書

請求日当票号 13 診療報酬コード

〒 [] [] [] [] [] []

保険医療機関所在地
名称(電 話)
電話番号

医療報酬委員会印	請求者印	請求者印
----------	------	------

国保分	区分	療養の給付			食事・生活療養	
		件数	点数	請求額	件数	金額
都内分	国保					
	医療者					
	計					
都外分	国保					
	医療者					
	計					

請求者別	区分	療養の給付			食事・生活療養	
		件数	点数	請求額	件数	金額
都内分	国保					
	医療者					
	計					
都外分	国保					
	医療者					
	計					

電子媒体 FD MC CD-IR

紙媒体

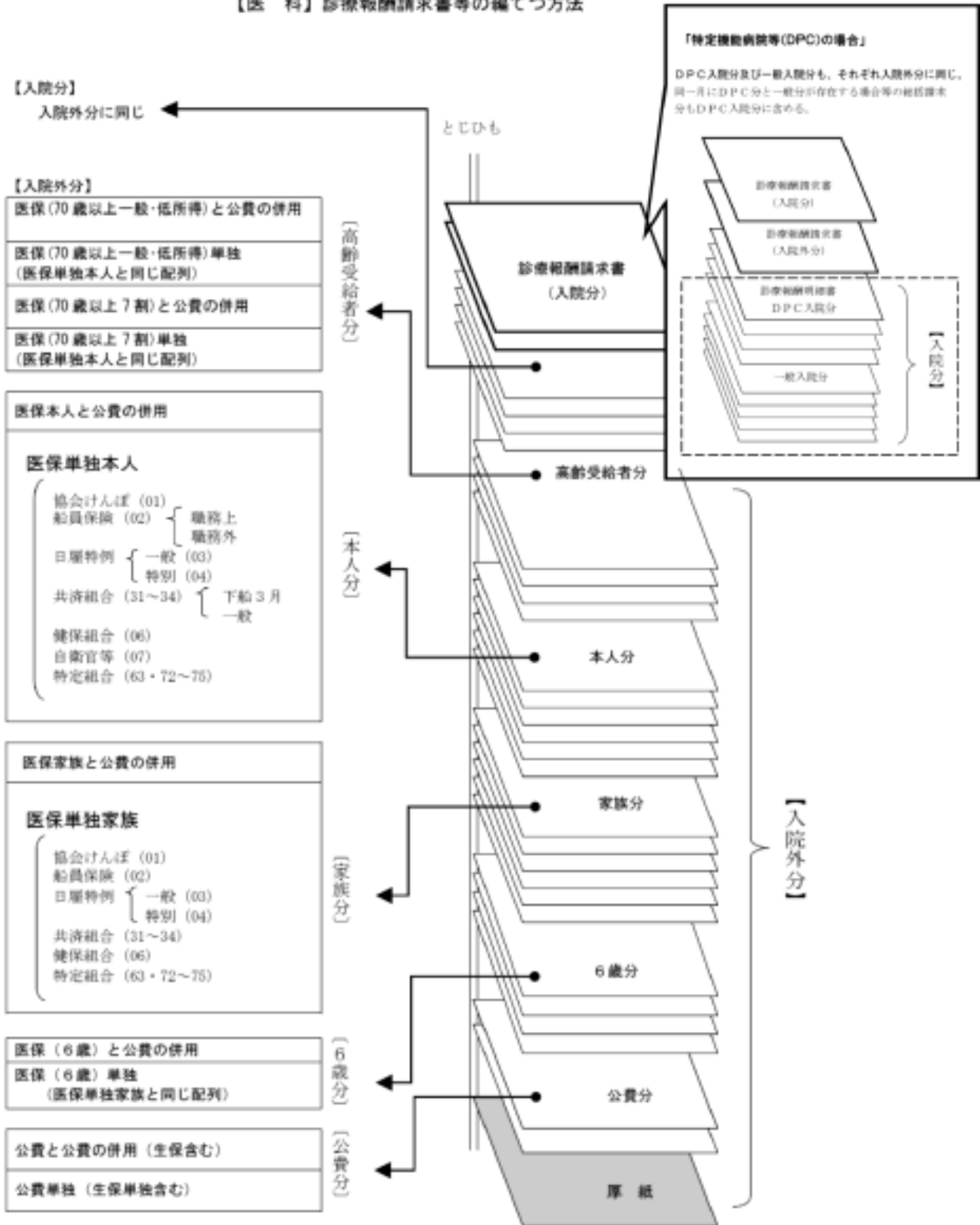
印刷用として下さい。なお、電子媒体FD、MC、CD-IRの場合は、請求額を記入する必要はありません。
印刷用は電子媒体と紙媒体の両方を使用する場合は、両方に請求額を記入する必要があります。

3. その他

道府県が実施している医療助成制度（いわゆる道府県の単独事業）は取り扱いが出来ないため、公費併用ではなく、単独分として請求してください。また、東京都が実施している医療助成制度についても、公費受給者が、都外の市町村国民健康保険の被保険者または都外の国民健康保険組合の組合員の場合も取り扱いが出来ないため、公費併用ではなく単独分として請求してください。

4. 編綴方法
(1) 社会保険

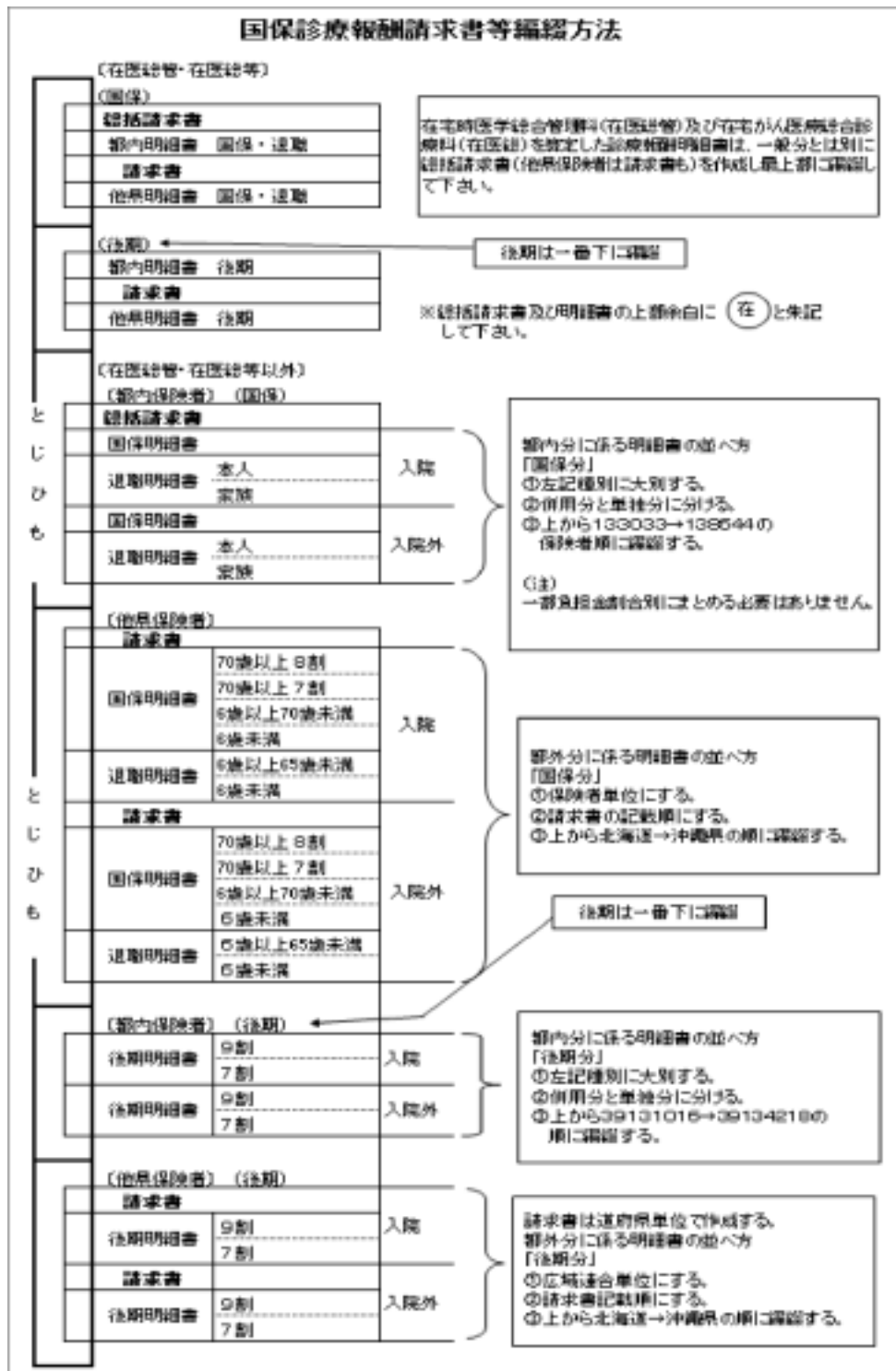
【医 科】診療報酬請求書等の編綴方法



(注)

1. レセプトの編綴順序は、原則として請求書の記載順序とする。
2. 医療保険単独分の高額療養費長期疾病に係る当該明細書は、入院、入院外ともそれぞれ各管掌の最上部に編綴する。

(2) 国民健康保険



5. よくある問合せ (Q & A)

- Q 1) マル乳 (法別 88) からマル子 (法別 88) への変更時期はいつですか？
 A 1) 変更時期については、小学校 1 年生 (6 歳に達する日の翌日以後の最初の 4 月 1 日) から変更となります。
 なお、例年 4 月診療分は、未就学者が就学され、マル乳 (法別 88) 受給者がマル子 (法別 88) 受給者へ変更される時期です。資格誤りでの返戻が多くなりますので、受給者証の確認をお願いします。(社保・国保)
- Q 2) マル障 (法別 80136×××) 及びマル親 (法別 81136×××) の患者負担額 (公費) の記載は、10 円単位ですか？
 1 円単位でしょうか？
 A 2) 原則として 1 円単位で記載願います。(社保・国保)
- Q 3) 生活保護 (法別 1 2) 単独分において、医療券の「本人支払額」欄 10,000 円と記載されていますが、当月の療養の給付請求点数が 300 点であったため、患者さんからは 3,000 円しかいただけていません。
 レセプトの「負担金額」欄には、いくら記載すればよいですか？
 A 3) 実際に患者から徴収した 3,000 円の記載となります。(社保)
- Q 4) 返戻されたレセプトが、社保 (国保) と公費の併用から社保 (国保) 単独となりました。紙レセプトで再請求する際の留意点を教えてください。
 A 4) 公費負担者番号・公費受給者番号を抹消するとともに、「保険種別 2」欄、公費「実日数」欄及び公費「請求点数」欄の訂正をお願いします。なお、紙レセプトで再請求される場合は、新たにレセプトを作成せず、返戻されたレセプトの誤り箇所を二重線で抹消し訂正のうえ再請求願います。(社保・国保)
- Q 5) 電子請求での公費 5 者併用の請求がわかりません
 A 5) 公費 5 者併用レセプトについては、電子請求が不可なため、紙でのご請求をお願いします。(社保・国保)
- Q 6) レセプトの取り下げのやり方がわかりません
 A 6) 専用紙 (国保:「再審査・取下げ依頼書」・社保:「再審査等請求書」) に取下げしたいレセプト情報 (保険者番号や診療年月等) を記入し、ご提出をお願いします。専用紙の記入方法は、ホームページをご確認願います。
 ※ オンライン請求を実施している保険医療機関等については、オンライン請求システムから再審査等請求 (再審査・取下げ依頼) を送信することが可能です。
 [国保連掲載場所] ホーム → 保険医療機関等・柔整施術所の皆様 → 診療 (調剤) 報酬明細書等再審査・
 取下げ依頼関係はこちら (国保)
 [社保掲載場所] トップページ → 様式集 → 医療機関・薬局の方 → 再審査 → 再審査等請求書 (社保)
- Q 7) レセプト再請求について他県分の請求書は必要ですか
 A 7) 紙請求の場合には必要ですが、電子請求については不要です。(国保)
- Q 8) 特別療養費 (資格証明書での受診) の請求方法は電子請求でよいですか
 A 8) 総括請求書を別作成し、紙レセプトにてご提出をお願いします。(国保)
- Q 9) レセプトの受付時間について
 A 9) 受付時間、受付日程につきましては、ホームページをご参照願います。
 [国保連掲載場所] ホーム > 請求受付・支払日
 [社保掲載場所] トップページ → 都道府県情報 → 東京 → 支払基金からのご案内 (医療機関等用)
- Q 10) 返戻レセプト理由について
 A 10) 国保連合会よりご送付しております「増減点・返戻通知書」の摘要欄をご確認願います。なお、被保険者に関する資格情報等 (記号番号・負担割合・公費番号) については、証の発行元である各市区町村、国保組合又は公費実施者へお問合せいただきますようお願いいたします。(国保)

問合せ先 社会保険診療報酬支払基金関東審査事務センター 事業管理課 ☎3987-6181
 東京都国民健康保険団体連合会 企画事業部 管理課 ☎6238-0011

ホームページ 社会保険診療報酬支払基金 <https://www.ssk.or.jp>
 東京都国民健康保険団体連合会 <https://www.tokyo-kokuhoren.or.jp>

近年、各地で様々な自然災害が発生しているため、本項では公費負担医療に関係する被災者の取扱いや医療機関が被災した際の取扱いを掲載する。記載した内容は、厚生労働省等の通知を参考に過去の災害時の取扱いを取り纏めた一般的な対応であるため、災害発生時には、厚生労働省や都道府県等から発出される通知等を必ず確認して対応されたい。

1. 災害時における窓口での対応について

公費負担医療の医療券等の紛失や自宅に残して避難しているため、医療機関の窓口で提示できない場合でも被災者の以下①～④（公害認定疾病、水俣病、石綿救済法指定疾病の場合は①～⑤）の申し出により受診が可能となり、緊急の場合には、指定医療機関以外の医療機関でも受診が可能となる。

- ① 各制度の対象者である申し出
- ② 氏名
- ③ 生年月日
- ④ 住所等連絡先を確認できるもの
- ⑤ 手帳の交付を行った自治体名又は機関名（※ 公害認定疾病、水俣病、石綿救済法指定疾病の場合）

2. 災害時における医療機関の請求について

災害等の影響による電気通信回線の機能障害やレセプトコンピュータの故障により、電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求が行えない場合の取扱いは、療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）において、以下の旨が規定されている。

- ① 事前に書面による請求を行う旨を審査支払機関に届出を行う必要はなく
- ② 療養の給付費等の書面による請求時に届出を行い
- ③ 届出内容を確認できる資料は請求の事後に提出すればよい。

（参考）療養の給付及び公費負担医療に関する費用の請求の費用に関する省令（昭和51年厚生省令第36号）

附 則

（療養の給付費等の請求に係る経過措置）

第四条（略）

2～4（略）

5 第五条及び第六条並びに本条第一項、第二項及び第四項に規定するもののほか、第一条の規定にかかわらず、保険医療機関又は保険薬局のうち、次の各号に掲げるものに該当する旨をあらかじめ審査支払機関に届け出たものは、それぞれ当該各号に掲げる療養の給付費等の請求について、書面による請求を行うことができる。

一 電気通信回線設備の機能に障害が生じた保険医療機関又は保険薬局 当該障害が生じている間に行う療養の給付費等の請求

二 レセプトコンピュータの販売又はリースの事業を行う者との間で光ディスク等を用いた請求に係る設備の設置又はソフトウェアの導入に係る契約を締結している保険医療機関又は保険薬局であって、当該設置又は導入に係る作業が完了しておらず、療養の給付費等の請求の日までに光ディスク等を用いた請求ができないもの 当該設置又は導入に係る作業が完了するまでの間に行う療養の給付費等の請求

三・四（略）

五 その他電子情報処理組織の使用による請求又は光ディスク等を用いた請求を行うことが特に困難な事情がある保険医療機関又は保険薬局 当該請求

- 6 保険医療機関又は保険薬局は、前項の届出を行う際、当該届出の内容を確認できる資料を添付するものとする。
- 7 保険医療機関又は保険薬局は、第五項第一号、第二号又は第五号に該当する旨の届出を行うに当たり、当該届出をあらかじめ行えないことについてやむを得ない事情がある場合には、当該届出に係る療養の給付費等の請求の日に当該届出を行うことができる。この場合にあっては、前項の資料は当該療養の給付費等の請求の事後において、速やかに審査支払機関に提出するものとする。

【厚生労働省保険局 通知より】

[各制度における請求の取扱い]

(1) 原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律

- ① 医療機関等は、原爆医療の対象の申し出があった場合は、可能な限り「認定疾病医療」（法第10条関係）若しくは「一般疾病医療」（法第18条関係）であったかを特定すること。
- ② ①により特定ができた場合は、診療報酬明細書（以下「明細書」という。）の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律による認定疾病医療「18」、一般疾病医療費「19」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、審査支払機関に請求すること。なお、同一の者について「18」と「19」を請求する場合には、それぞれ別々の明細書で請求すること。
なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。
- ③ どうしても特定できない場合は、当該患者の明細書については、上部左上空欄に赤色で原爆と表示するとともに、摘要欄の余白に住所を記載し、審査支払機関に請求することとする。

(2) 毒ガス障害者救済対策事業

医療機関等は、毒ガス障害者救済対策事業で受診した者の請求については、広島県健康福祉局被爆者支援課（電話番号 082-513-3109）、福岡県福祉労働部保護・援護課（電話番号 092-643-3301）又は神奈川県福祉子どもみらい局福祉部生活援護課（電話番号 045-210-4907）に必ず照会した上で、毒ガス障害者医療費請求書を用いて広島県健康福祉局被爆者支援課に請求すること。

(3) 感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律

医療機関等は、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律第37条の2の結核患者に対する医療の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律による結核患者の適正医療「10」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、可能な範囲内で本事業の対象疾患名を記載の上、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

(4) 難病の患者に対する医療等に関する法律

医療機関等は、難病の患者に対する医療等に関する法律第5条第1項に規定する特定医療の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（難病の患者に対する医療等に関する法律による特定医療「54」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

(5) 特定疾患治療研究事業等

医療機関等は、特定疾患の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（特定疾患治療費及び先天性血液凝固因子障害等治療費「51」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、可能な範囲内で本事業の対象疾患名を記載の上、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

(6) 肝炎治療特別促進事業又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

医療機関等は、肝炎治療特別促進事業又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る医療の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（肝炎治療特別促進事業に係る医療の給付及び肝がん・重度肝硬変治療研究推進事業に係る医療費の支給「38」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

(7) 児童福祉法

① 医療機関等は、児童福祉法第20条の児童に対する医療の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（児童福祉法による療育の給付「17」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

② 医療機関等は、児童福祉法第19条の2の小児慢性特定疾病医療支援の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（児童福祉法による小児慢性特定疾病医療支援「52」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、可能な範囲内で当該小児慢性特定疾病医療支援の対象疾病名を記載の上、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

(8) 母子保健法

医療機関等は、母子保健法第20条の未熟児に対する医療の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（母子保健法による養育医療「23」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

(9) 生活保護法

医療機関等は、生活保護法による医療扶助で受診した者の請求については、原則として、福祉事務所に必要な事項を確認することとし、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（生活保護法による医療扶助「12」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

(10) 中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律

医療機関等は、中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による医療支援給付で受診した者の請求については、原則として、支援給付の実施機関に必要な事項を確認することとし、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律第14条第2項に規定する医療支援給付「25」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

(11) 戦傷病者特別援護法

医療機関等は、戦傷病者特別援護法第4条第1項第2号の認定を受けた戦傷病者の当該認定に係る公務上の傷病に対する医療を取り扱った場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（戦傷病者特別援

護法による療養の給付「13」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

(12) 障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律

医療機関等は、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第5条第24項に規定する自立支援医療（更生医療、育成医療及び精神通院医療）の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号に含まれる2桁の法別番号（障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律による更生医療「15」、育成医療「16」及び精神通院医療「21」）を付すとともに、摘要欄の余白に被災前の住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

なお、公費負担者番号（8桁）、受給者番号（7桁）が確認できた場合にはそれぞれ記載することとし、このうち公費負担者番号（8桁）を記載した場合は住所を記載する必要はないこと。また、公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、摘要欄の先頭に「不詳」と記録すること。

※1 なお、明細書については電子レセプトによる請求でなく紙レセプトにより請求すること。ただし、紙レセプトの出力が困難な場合には電子レセプトにより請求することも差し支えない。

※2 電子レセプトにより請求する場合においては、以下の点を参考にする。

① 公費負担者番号が確認できない場合には、「法別2桁 + 888888（6桁）」を記録し、併せて摘要欄の先頭に「住所」を記録すること。

また、受給者番号が確認できない場合においては、「9999999（7桁）」を記録すること。

② 公費負担者番号が確認でき、受給者番号が確認できない場合においては、「9999999（7桁）」を記録し、摘要欄の先頭に「不詳」を記録すること。

※3 「暴風雪被害に係る診療報酬等の請求の取扱いについて」（平成25年1月24日付 厚生労働省保険局医療課事務連絡）において「赤色で災2と記載する」とされているものについては、公費負担者番号及び公費受給者番号を記載し、レセプト共通レコードの「レセプト特記事項」に「97」、摘要欄の先頭に「災2」を記録すること。

(1)～(12)【厚生労働省 健康局、社会・援護局、こども家庭庁成育局通知より】

(13) 公害医療手帳

医療機関等は、慢性気管支炎等の公害認定疾病についての療養の給付を取り扱った場合は、認定を受けた都道府県又は公害健康被害の補償等に関する法律第4条第3項の政令で定める市に照会した上で、公害診療報酬請求書及び公害診療報酬明細書等を用いて当該自治体に請求すること。

(14) 水俣病総合対策費補助金交付要綱に基づく医療手帳等

医療機関等は、水俣病総合対策費補助金交付要綱に基づく医療手帳、水俣病被害者手帳、水俣病認定申請者医療手帳、水俣病要観察者等医療手帳及びメチル水銀に係る健康影響調査研究事業要綱に基づく医療手帳の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号を付すとともに、氏名欄の余白に住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

ただし、受給者番号が確認できた場合には記載することとし、この場合においては住所を記載する必要がないこと。

(15) 石綿健康被害医療手帳

医療機関等は、石綿健康被害医療手帳の対象の申し出があった場合、明細書の記入に当たっては、公費負担者番号（認定疾病に係る医療「66141011」）を付すとともに、氏名欄の余白に住所を記載し、審査支払機関に請求すること。

ただし、受給者番号が確認できた場合には記載することとし、この場合においては住所を記載する必要がないこと。

(13)～(15)【環境省大臣官房環境保健部、独立行政法人 環境再生保全機構通知より】

事例 1	難病医療「54」 (70歳以上(患者負担2割)、限度額5千円(低所得Ⅱ))
事例 2	難病医療「83(都疾病)」 (70歳以上(患者負担2割)、限度額5千円(低所得Ⅱ))
事例 3	難病医療「54」+ マル障「80」 (70歳未満(患者負担3割)(住民税課税者)、限度額5千円(一般所得Ⅰ))
事例 4	難病医療「54」+ マル障「80」 (70歳未満(患者負担3割)(住民税課税者)、限度額5千円(一般所得Ⅰ))
事例 5	難病医療「54」+ マル障「80」 (70歳未満(患者負担3割)(住民税課税者)、限度額5千円(一般所得Ⅰ))
事例 6	難病医療「54」+ マル障「80」 (70歳未満(患者負担3割)(住民税課税者)、限度額5千円(一般所得Ⅰ))
事例 7	難病医療「54」(既認定者、自己負担上限額1万円の場合)+ 高額療養費 本人入院(標準報酬月額28万円~50万円)
事例 8	難病医療「54」(既認定者、自己負担上限額5千円の場合)+ 高額療養費 本人入院(標準報酬月額26万円以下)
事例 9	難病医療「54」(既認定者、自己負担上限額5千円の場合)+ 高額療養費 本人入院(標準報酬月額26万円以下)
事例 10	更生医療： 障害者総合支援法「15」(自己負担上限額2万円の場合)+ 高額療養費 本人入院(標準報酬月額28万~50万円)
事例 11	更生医療： 障害者総合支援法「15」(自己負担額なしの場合)+ 高額療養費 本人入院(低所得者)
事例 12	更生医療： 障害者総合支援法「15」(自己負担額なしの場合)+ 高額療養費 本人入院(低所得者)
事例 13	障・親・乳(一部負担なし)及び子・青((通院負担なし)で受診した場合
事例 14	障・親(一部負担あり)で受診した場合
事例 15	子・青((通院負担有200円)で受診した場合①・②
事例 16	自立支援医療と障・親・乳(一部負担なし)又は子・青(通院負担なし)の併用で分点数有の場合
事例 17	自立支援医療と障・親(一部負担あり)の併用で分点数有の場合
事例 18	小児慢性疾病と子・青((通院負担有200円)の併用で分点数無の場合(1)
事例 19	小児慢性疾病と子・青((通院負担有200円)の併用で分点数無の場合(2)
事例 20	小児慢性疾病(一部負担金あり)と子・青(通院負担有200円)の併用で分点数有の場合
事例 21	小児慢性疾病(一部負担金なし)と子・青(通院負担有200円)の併用で分点数有の場合
事例 22	特定疾病療養受療証(自己負担2万円)と都・障(一部負担なし)の併用の場合
事例 23	特定疾病療養受療証(自己負担2万円)と都・障(一部負担あり)の併用の場合
事例 24	自立支援医療受給者証(精神通院医療)+ 精神医療給付金で他院にて上限に達している場合

事例1 難病医療「54」
(70歳以上(患者負担2割)、限度額5千円(低所得Ⅱ))

診療報酬明細書(医科入院外)

公費負担者番号①	5	4	1	3	6	0	1	5	公費交付者番号①						
公費負担者番号②									公費交付者番号②						

保険者番号 1医科 1回 22併 8高外一
給付割合 8

氏名 _____ 特記事項 30区才
職務上の事由 _____

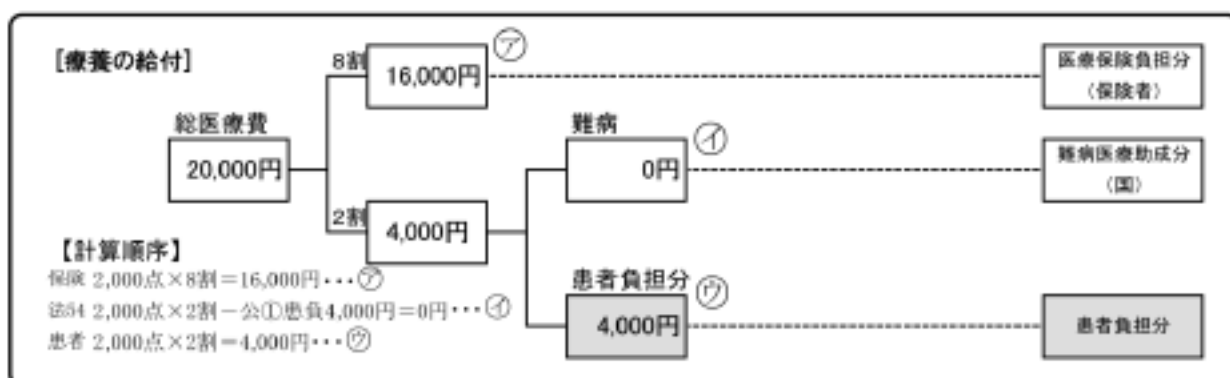
P291「2.自己負担限度額算定基準額一覧」
P293「3.公費負担限度額算定基準額一覧」 参照

公費負担日数	保険	2	日
	公費①	2	日
	公費②		日

療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円
		2,000		
	公費①	2,000		4,000
	公費②			

レセプトは2割分を記載

※高額療養費 _____ 円



療養の給付内訳

医療保険負担分 (保険者)	16,000円	難病医療助成分 (国)	0円	患者負担分	4,000円
---------------	---------	-------------	----	-------	--------

本事例において、法別番号54の公費患者負担限度額(5,000円)の場合、公費患者負担額(公費対象点数×2割)が公費患者負担限度額を超えないため、結果として法別54の公費負担額は発生しない。

事例2 難病医療「83(都疾病)」
(70歳以上(患者負担2割)、限度額5千円(低所得Ⅱ))

診療報酬明細書(医科入院外)

公費負担者番号①	8	3	1	3	6	0	1	0	公費受給者番号①								
公費負担者番号②									公費受給者番号②								

保険者番号 1医科 1国 22併 8高外一

給付割合 8

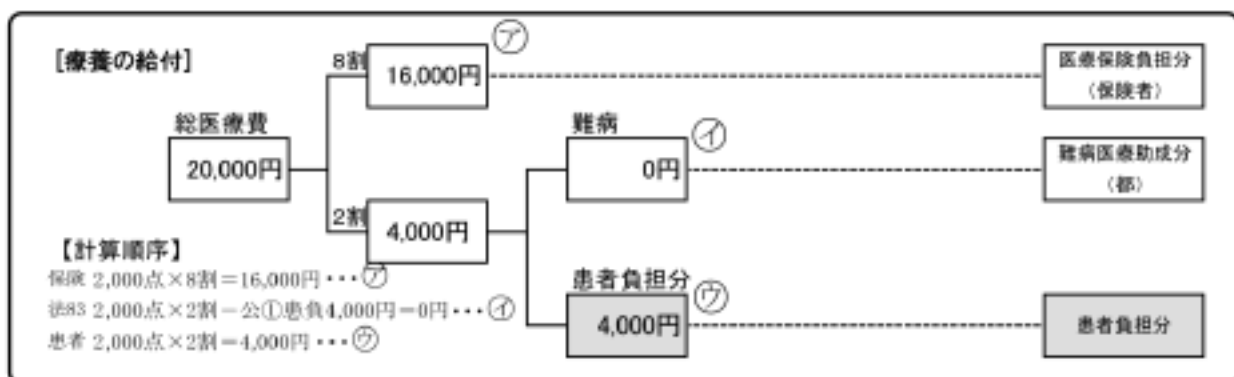
氏名 _____ 特記事項 **30区才** → 70歳以上の患者について、略号等を「特記事項」欄等に必ず記載すること

診療上の事由 _____

診療の給付	請求点	決定点	一部負担金額	円
保険	2,000			
公費①	2,000		4,000	
公費②				

※高額療養費 _____ 円

レセプトは2割分を記載



療養の給付内訳

医療保険負担分(保険者)	16,000円	難病医療助成分(都)	0円	患者負担分	4,000円
--------------	---------	------------	----	-------	--------

参考 事例1・2 自己負担上限額管理票 (法別番号83)

特定医療費(指定難病)
令和〇年〇月自己負担限度額管理票

受診者名 _____ 受給者番号 _____

月額自己負担上限 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	自己負担の累計額(月額)	徴収印
〇月〇日	A病院	10,000円	2,000円	2,000円	印
〇月〇日	A病院	10,000円	2,000円	4,000円	印

上記のとおり月額の自己負担上限額に達しました。

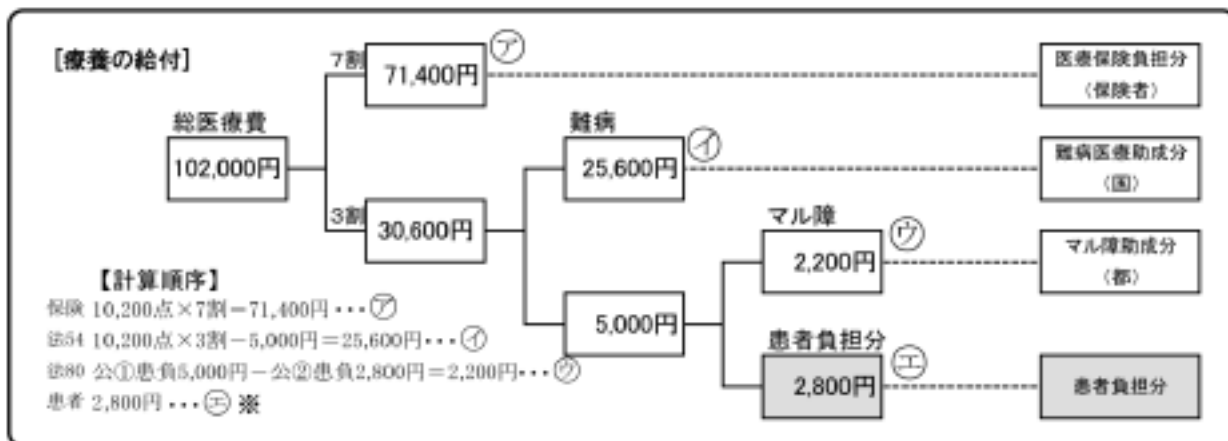
管理票は2割分を記載

日付	指定医療機関名	徴収印
		印

本事例の法別番号83は事例1(難病医療「54」)と同様、結果として公費負担額は発生しない。

事例3 難病医療「54」+マル障「80」
(70歳未満(患者負担3割)(住民税課税者)、限度額5千円(一般所得I))

診療報酬明細書(医科入院外)									
公費負担者番号①					公費支給者番号①				
公費負担者番号②					公費支給者番号②				
保険者番号									
1医科 1国 33併 2本外									
7									
氏名		特記事項		P291「2.自己負担限度額算定基準額一覧」 P293「3.公費負担限度額算定基準額一覧」 参照				診療 完了 日数	
職上の事由		28区ウ						保険 3日 公費① 3日 公費② 3日	
療養の 給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額		円			
	公費①	10,200		5,000					
	公費②	10,200		2,800		※高額療養費 円			



療養の給付内訳

医療保険負担分(保険者)	71,400円	難病医療助成分(国)	25,600円	マル障助成分(都)	2,200円	患者負担分	2,800円
--------------	---------	------------	---------	-----------	--------	-------	--------

参考 事例3 自己負担上限額管理票 (法別番号54)

**特定医療費(指定難病)
令和〇年〇月自己負担限度額管理票**

受診者名	受給者番号	
月額自己負担上限 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	自己負担の累計額(月額)	徴収印
〇月〇日	A病院	22,000円	4,400円	4,400円	印
〇月〇日	A病院	10,000円	600円	5,000円	印
〇月〇日	A病院	70,000円			印

上記のとおり月額の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	徴収印
〇月〇日	A病院	印

※実際の窓口徴収額の考え方については、297ページ「5難病・小慢・マル障等の併用について」を参照願います。

事例4 難病医療「54」+マル障「80」
(70歳未満(患者負担3割)(住民税課税者)、限度額5千円(一般所得I))

診療報酬明細書(医科入院外)

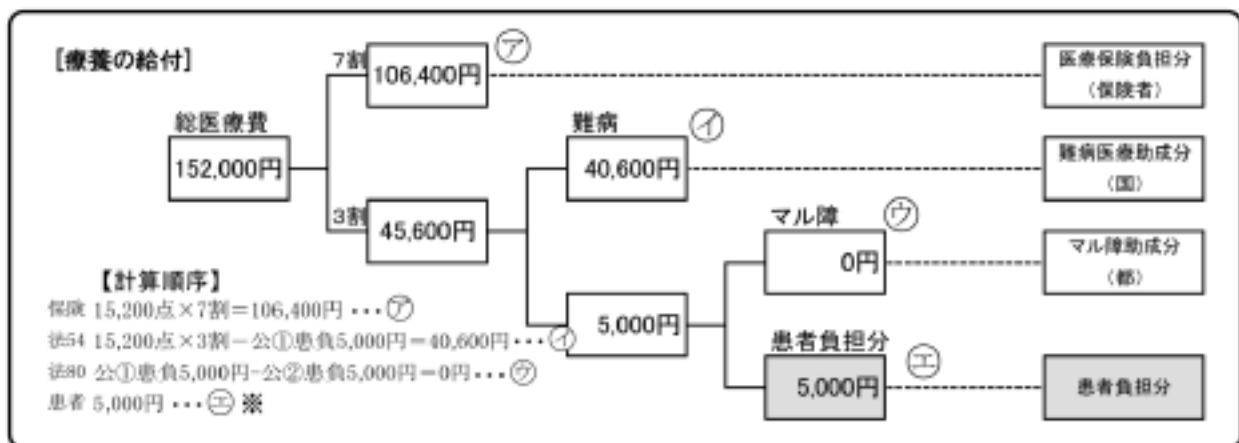
公費負担者番号①	5	4	1	3	6	0	1	5	公費支給者番号①								
公費負担者番号②	8	0	1	3	6	*	*	*	公費支給者番号②								

保険者番号 1医科 1国 33併 2本外 給付割合 7

氏名 特記事項 28区ウ P291「2.自己負担限度額算定基準額一覧」 P293「3.公費負担限度額算定基準額一覧」 参照

公費①	3日
公費②	3日

療養の給付	請求点	※決定点	一部負担金額 円
保険	15,200		
公費①	15,200		5,000
公費②	15,200		5,000
			※高額療養費 円



療養の給付内訳

医療保険負担分(保険者)	106,400円	難病医療助成分(国)	40,600円	マル障助成分(都)	0円	患者負担分	5,000円
--------------	----------	------------	---------	-----------	----	-------	--------

参考 事例4 自己負担上限額管理票(法別番号54)

特定医療費(指定難病)
令和〇年〇月自己負担限度額管理票

受診者名 _____ 受給者番号 _____

月額自己負担上限 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	自己負担の累計額(月額)	徴収印
〇月〇日	A病院	50,000円	5,000円	5,000円	印
〇月〇日	A病院	52,000円			印
〇月〇日	A病院	50,000円			印

上記のとおり月額の自己負担上限額に達しました。

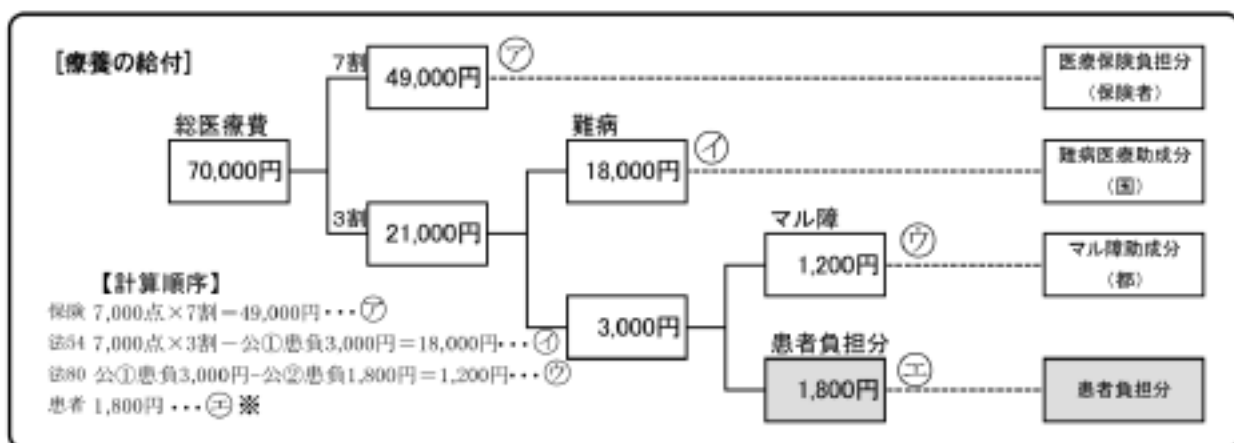
日付	指定医療機関名	徴収印
〇月〇日	A病院	印

※実際の窓口徴収額の考え方については、297ページ「5難病・小慢・マル障等の併用について」を参照願います。

事例5 難病医療「54」+マル障「80」
(70歳未満(患者負担3割)(住民税課税者)、限度額5千円(一般所得I))

【A病院】

診療報酬明細書(医科入院外)											
-					-						
公費負担者番号① 5 4 1 3 6 0 1 5					公費受給者番号①						
公費負担者番号② 8 0 1 3 6 * * *					公費受給者番号②						
保険者番号											
1医科		1国		33併		2本外					
給付割合 7											
氏名			特記事項			診療日数			4日		
職務上の事由			28区ウ			P291「2.自己負担限度額算定基準額一覧」 P293「3.公費負担限度額算定基準額一覧」 参照			公費① 4日		
						公費② 4日					
療養の給付	保険	請求点	7,000	審決定点		一部負担金額	円				
	公費①		7,000			3,000					
	公費②		7,000			1,800					
								療養費	円		

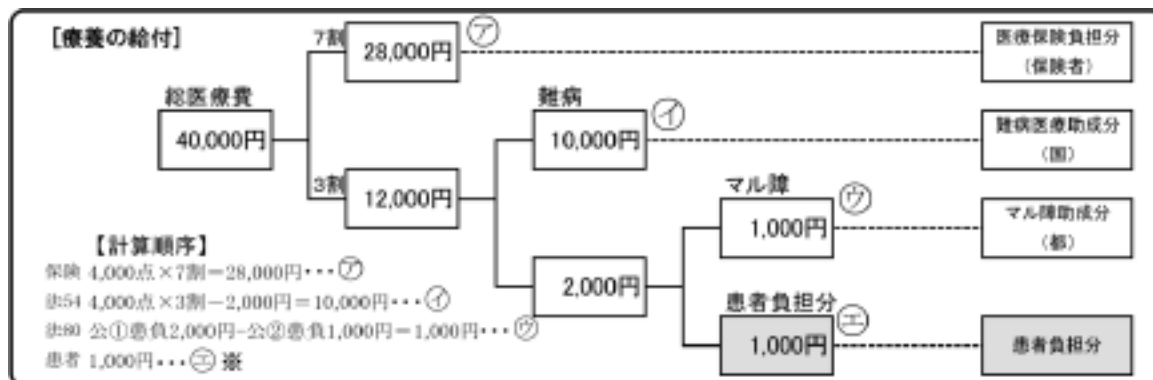


療養の給付内訳

医療保険負担分 (保険者)	49,000円	難病医療助成分 (国)	18,000円	マル障助成分 (都)	1,200円	患者負担分	1,800円
---------------	---------	-------------	---------	------------	--------	-------	--------

【B薬局】

調剤報酬明細書(調剤)											
-					-						
公費負担者番号① 5 4 1 3 6 0 1 5					公費受給者番号①						
公費負担者番号② 8 0 1 3 6 * * *					公費受給者番号②						
保険者番号											
1医科		1国		33併		2本外					
給付割合 7											
氏名			特記事項			診療日数			4日		
職務上の事由			28区ウ			P291「2.自己負担限度額算定基準額一覧」 P293「3.公費負担限度額算定基準額一覧」 参照			公費① 4日		
						公費② 4日					
療養の給付	保険	請求点	4,000	審決定点		一部負担金額	円				
	公費①		4,000			2,000					
	公費②		4,000			1,000					
								療養費	円		



療養の給付内訳

医療保険負担分 (保険者)	28,000円	雑病医療助成分 (国)	10,000円	マル降助成分 (都)	1,000円	患者負担分	1,000円
---------------	---------	-------------	---------	------------	--------	-------	--------

参考 事例5 自己負担上限額管理票(法別番号54)

特定医療費 (指定雑病)
令和〇年1月自己負担限度額管理票

受診者名	受診者番号		月額自己負担上限 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	自己負担の累計額(月額)	捺印
1月5日	A病院	12,000円	2,400円	2,400円	印
1月5日	B薬局	10,000円	2,000円	4,400円	印
1月6日	A病院	8,000円	600円	5,000円	印
1月6日	B薬局	15,000円			印
1月7日	A病院	20,000円			印
1月7日	B薬局	7,000円			印
1月8日	A病院	30,000円			印
1月8日	B薬局	8,000円			印

上記のとおり月額の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	捺印
1月6日	A病院	印

1月5日 A病院 (総医療費1,200点)

保険 1,200点×7割=8,400円
 法54 1,200点×3割-公①患者負担2,000円=1,200円
 法80 公①患者負担2,400円-公②患者負担1,200円=1,200円
 患者負担 1,200円

1月5日 B薬局 (総医療費1,000点)

保険 1,000点×7割=7,000円
 法54 1,000点×3割-公①患者負担2,000円=1,000円
 法80 公①患者負担2,000円-公②患者負担1,000円=1,000円
 患者負担 1,000円

1月6日 A病院 (総医療費800点)

保険 800点×7割=5,600円
 法54 800点×3割-公①患者負担600円=1,800円
 法80 公①患者負担600円-公②患者負担600円=0円
 患者負担 600円

1月6日 B薬局 (総医療費1,500点)

保険 1,500点×7割=10,500円
 法54 1,500点×3割-公①患者負担0円=4,500円
 法80 公①患者負担0円-公②患者負担0円=0円
 患者負担 0円

1月7日 A病院 (総医療費2,000点)

保険 2,000点×7割=14,000円
 法54 2,000点×3割-公①患者負担0円=6,000円
 法80 公①患者負担0円-公②患者負担0円=0円
 患者負担 0円

1月7日 B薬局 (総医療費700点)

保険 700点×7割=4,900円
 法54 700点×3割-公①患者負担0円=2,100円
 法80 公①患者負担0円-公②患者負担0円=0円
 患者負担 0円

1月8日 A病院 (総医療費3,000点)

保険 3,000点×7割=21,000円
 法54 3,000点×3割-公①患者負担0円=9,000円
 法80 公①患者負担0円-公②患者負担0円=0円
 患者負担 0円

1月8日 B薬局 (総医療費800点)

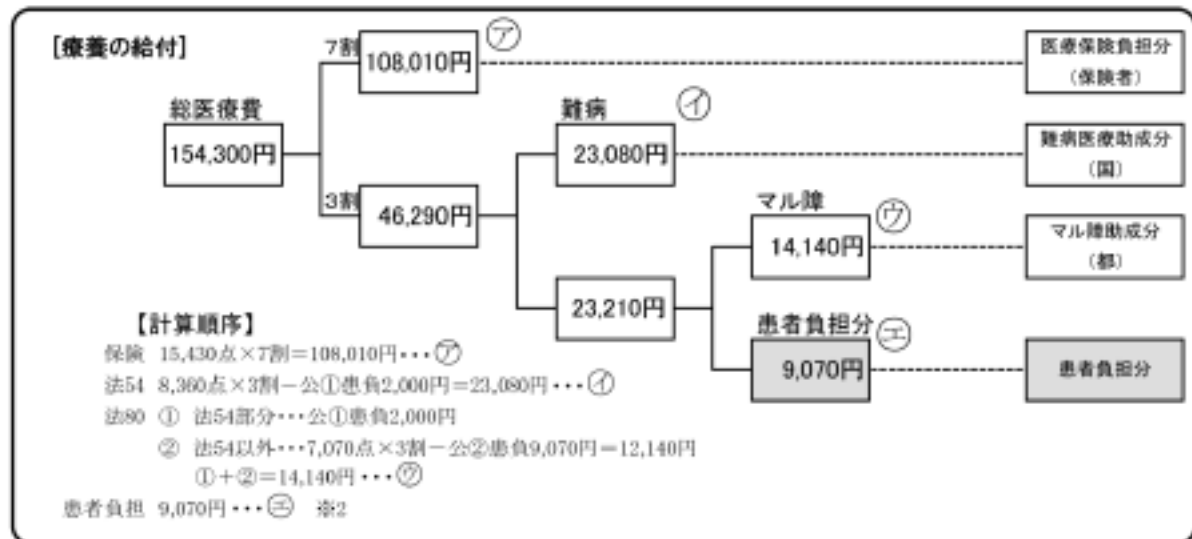
保険 800点×7割=5,600円
 法54 800点×3割-公①患者負担0円=2,400円
 法80 公①患者負担0円-公②患者負担0円=0円
 患者負担 0円

※実際の窓口徴収額の考え方については、297ページ「5雑病・小慢・マル降等の併用について」を参照願います。

事例6 難病医療「54」＋マル障「80」
 (70歳未満(患者負担3割)(住民税課税者)、限度額5千円(一般所得I))
 (総医療点数15,430点、難病医療「54」点数8,360点)

【Bクリニック】

診療報酬明細書(医科入院外)											
公費負担者番号①					公費負担者番号②					保険者番号	
5 4 1 3 6 0 1 5					8 0 1 3 6 * * *					1 医科 1 国 33 併 2 本外	
公費負担者番号③					公費負担者番号④					給付割合	
-					-					7	
氏名		特記事項			P291「2.自己負担限度額算定基準額一覧」 P293「3.公費負担限度額算定基準額一覧」参照			診療支払日数			
職務上の事由		28区ウ						保険 4 日 公費① 2 日 公費② 2 日			
療養の給付	保険	請求点	※決定点	一部負担金額 円		※1 国保では原則、公費①＋公費②が保険総点数となるよう分点数を記載 支払基金への請求では、公費②欄は15,430点を記載					
		15,430									
	公費①	8,360		2,000							
	公費②	※1 7,070		9,070							
		※高額療養費		円							



療養の給付内訳

医療保険負担分 (保険者)	108,010円	難病医療助成分 (国)	23,080円	マル障助成分 (都)	14,140円	患者負担分	9,070円
---------------	----------	-------------	---------	------------	---------	-------	--------

参考 事例6 自己負担上限額管理票 (法別番号54)

特定医療費 (指定難病)						
令和〇年1月自己負担限度額管理票						
受診者名	受給者番号					
						月額自己負担上限 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	自己負担の累計額(月額)	徴収印	
1月5日	A病院	15,000円	3,000円	3,000円	印	
1月6日	Bクリニック	63,000円	2,000円	5,000円	印	
1月7日	Bクリニック	20,600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					徴収印
1月8日	Bクリニック					印

1月6日 Bクリニック(総医療費 6,300点)

保険 6,300点×7割=44,100円…㉞

法54 6,300点×3割-公①患者負担2,000円=16,900円…㉞

法80 公①患者負担2,000円-公②患者負担2,000円=0円…㉞

患者負担 2,000円…㉞

1月7日 Bクリニック(総医療費 2,060点)

保険 2,060点×7割=14,420円…㉞

法54 2,060点×3割-公①患者負担0円=6,180円…㉞

法80 公①患者負担0円-公②患者負担0円=0円…㉞

患者負担 0円…㉞

1月8日 Bクリニック(総医療費 5,000点)

保険 5,000点×7割=35,000円…㉞

法54 対象外

法80 5,000点×3割-公②患者負担5,000円=10,000円…㉞

患者負担 5,000円…㉞

1月9日 Bクリニック(総医療費 2,070点)

保険 2,070点×7割=14,490円…㉞

法54 対象外

法80 2,070点×3割-公②患者負担2,070円=4,140円…㉞

患者負担 2,070円…㉞

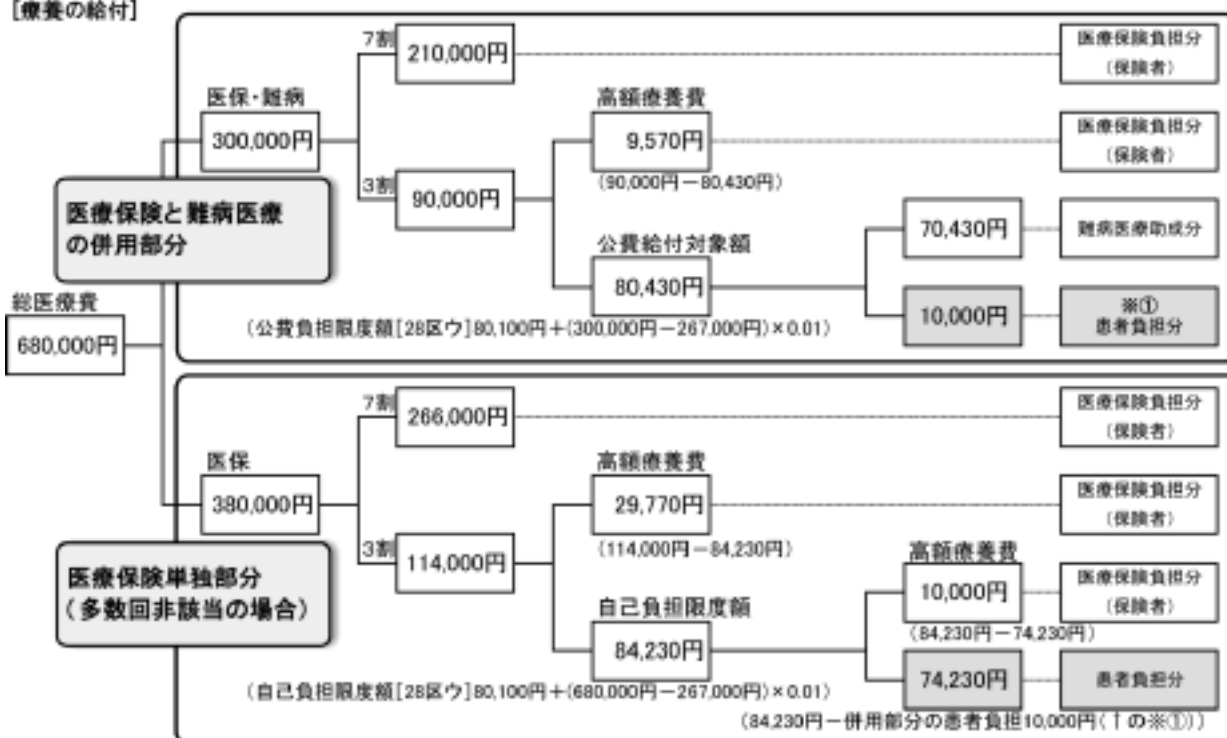
※2 実際の窓口費収額の考え方については、297ページ「5種病・小児・マル障等の併用について」を参照願います。

事例7 難病医療「54」(自己負担上限額1万円の場合) + 高額療養費
本人入院(標準報酬月額28万円～50万円)

診療報酬明細書(医科入院)										
公費負担者番号① 5 4 * * 6 0 1 *					公費受給者番号①					
公費負担者番号②					公費受給者番号②					
氏名		特記事項			保険			10日		
職歴上の事由		28区ウ			P291「2.自己負担限度額算定基準額一覽」 P293「3.公費負担限度額算定基準額一覽」 参照			公費① 10日		
								公費② 日		
※負担金額欄上部のカッコ書きは公費給付対象額を記載する										
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	※高額療養費	同	請求 円	※決定 円	標準負担額 円	
	公費①	68,000		(80,430)		食事・生活療養				
	公費②	30,000		154,660		保険				
					公費①					
					公費②					

※医療保険単独部分及び併用部分で高額療養費が発生する場合(合算対象)

【療養の給付】



療養の給付内訳

医療保険負担分 (保険者)	525,340円	難病医療助成分	70,430円	患者負担分	84,230円
※高額療養費再掲	49,340円				

※ 300,000円 × 0.3 - 80,430円 = 9,570円…①
 (680,000円 - 300,000円) × 0.3 + 患者負担10,000円 - 84,230円 = 38,770円…②
 ① + ② = 49,340円

※負担金額の記載については、245ページ「20公費負担医療の診療報酬上の留意事項(社保・国保)・(6)負担金額及び一部負担金額」を参照願います。

事例8 難病医療「54」(自己負担上限額5千円の場合) + 高額療養費
本人入院(標準報酬月額26万円以下)

診療報酬明細書(医科入院)

公費負担者番号①	5 4 * * 6 0 1 *	公費受給者番号①	
公費負担者番号②		公費受給者番号②	

保険者番号

1医科	1社	22件	1本人
0 6	* * *	* * *	* * *

氏名

特記事項

29区工

P291「2.自己負担限度額算定基準額一覧」
P293「3.公費負担限度額算定基準額一覧」参照

診療日数

保険	10日
公費①	10日
公費②	

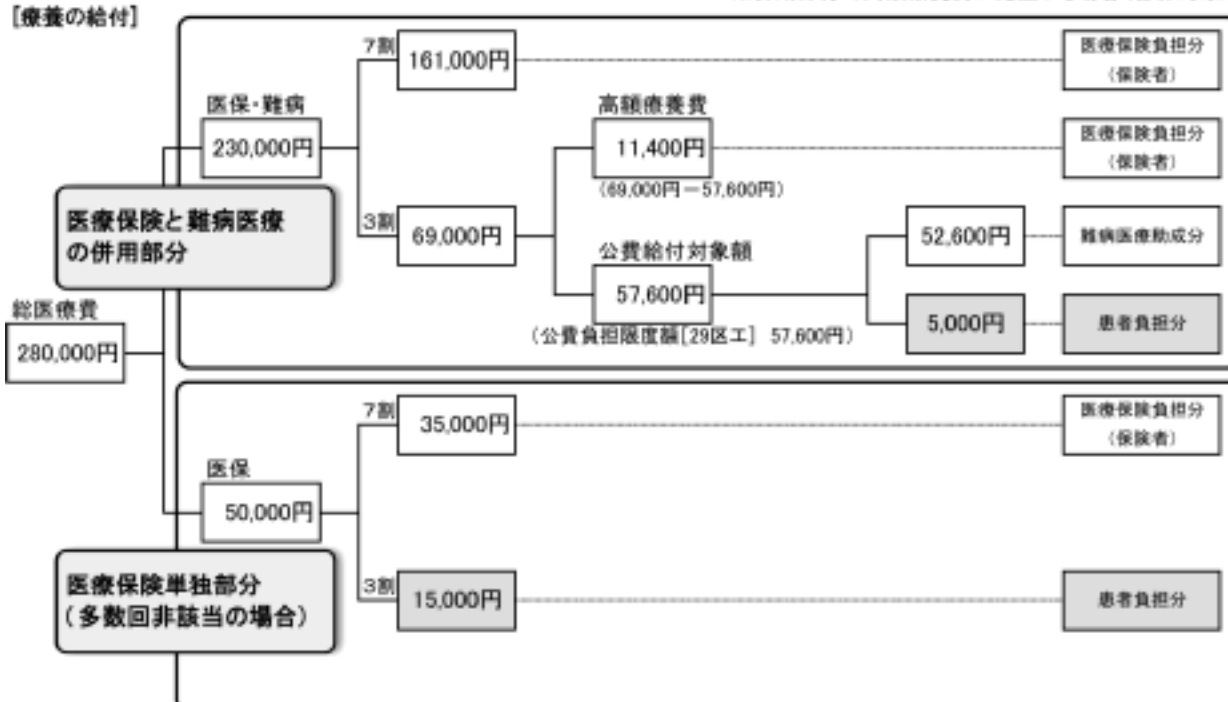
※負担金額欄上部のカッコ書きは公費給付対象額を記載する

療養の給付	請求点		非決定点		負担金額 円	
	請求点	非決定点	請求点	非決定点	請求点	非決定点
保険	28,000				(57,600)	
公費①	23,000				72,600	
公費②					5,000	

食事・生活療養費	請求点		非決定点		標準負担額 円	
	請求点	非決定点	請求点	非決定点	請求点	非決定点
保険	30				19,200	
公費①	0				0	
公費②						

※併用部分で高額療養費が発生する場合(合算対象外)

【療養の給付】



【食事・生活療養費】

(※食事・生活療養標準負担額一覧 参照)



療養の給付内訳

医療保険負担分 (保険者)	207,400円	難病医療助成分	52,600円	患者負担分	20,000円
※高額療養費再掲	11,400円				

※ 230,000円 × 0.3 - 57,600円 = 11,400円

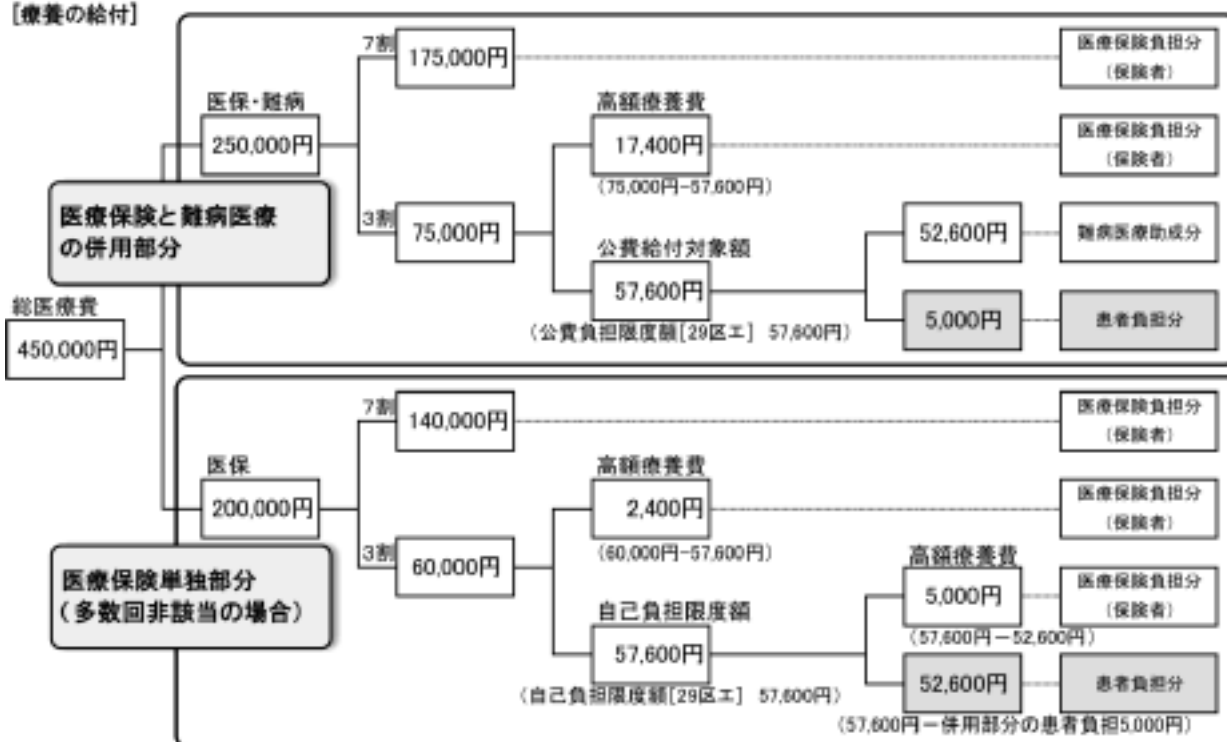
※負担金額の記載については、245ページ「29.公費負担医療の診療報酬上の留意事項(社保・国保)・(6)負担金額及び一部負担金額」を参照願います。

事例9 難病医療「54」（自己負担上限額5千円の場合）＋高額療養費
本人入院（標準報酬月額26万円以下）

診療報酬明細書（医科入院）														
公費負担者番号① 5 4 * * 6 0 1 *						公費受給者番号①								
公費負担者番号②						公費受給者番号②								
氏名						特記事項								
職務上の事由						29区工								
						P291「2.自己負担限度額算定基準額一覧」 P292「3.公費負担限度額算定基準額一覧」参照								
保険者番号			1医科			1社			22件			1本人		
0 6 * * * * *														
請求期日			10日			10日			10日					
公費①														
公費②														
※負担金額欄上部のカッコ書きは公費給付対象額を記載する														
療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円	食事・生活療養費	保険	回数	請求 円	※決定円	標準負担額 円				
	公費①	45,000		(57,600)		30	19,200		7,800					
	公費②	25,000		110,200		0	0		0					

※区保単独部分及び併用部分で高額療養費が発生する場合（合算対象）

【療養の給付】



【食事・生活療養費】

（※食事・生活療養標準負担額一覧 参照）



療養の給付内訳

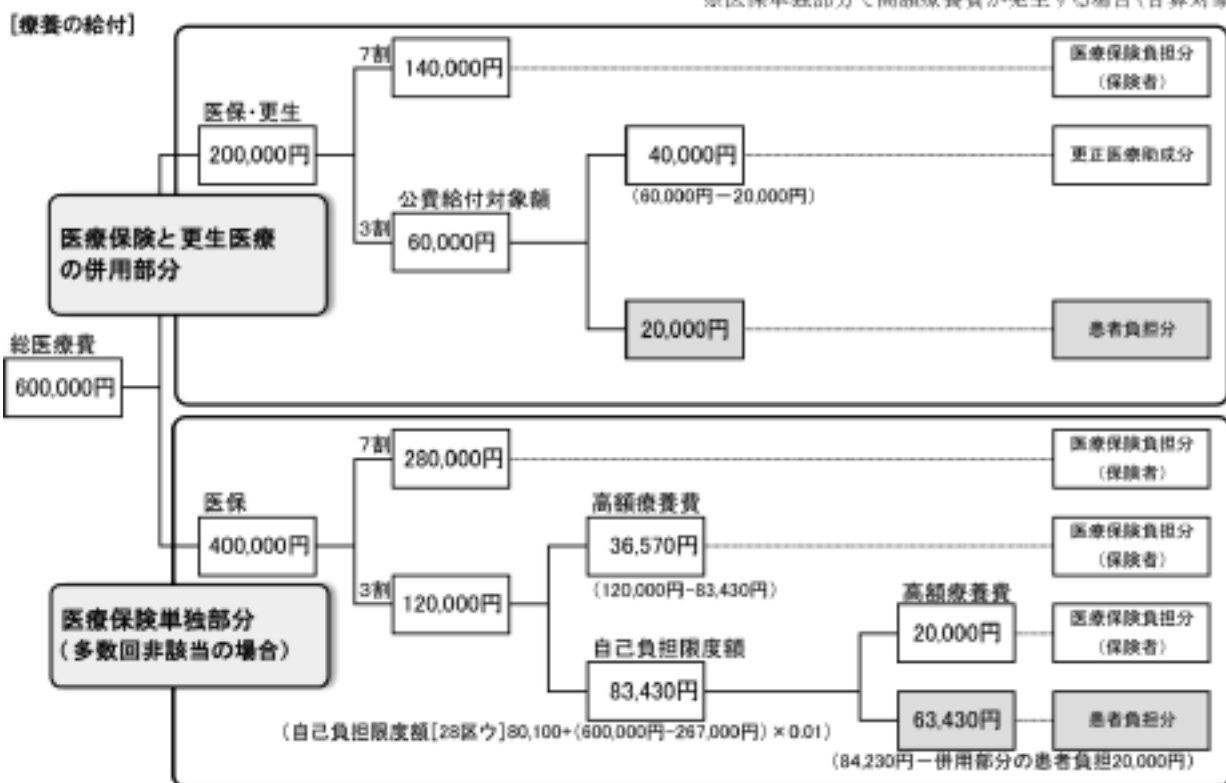
医療保険負担分（保険者）	339,800円	難病医療助成分	52,600円	患者負担分	57,600円
※高額療養費再掲	24,800円				
※ 250,000円 × 0.3 - 57,600円 = 17,400円・・・① (450,000円 - 250,000円) × 0.3 + 患者負担5,000円 - 57,600円 = 7,400円・・・② ① + ② = 24,800円					

※負担金額の記載については、245ページ「20公費負担医療の診療報酬上の留意事項（社保・国保）・(6)負担金額及び一部負担金額」を参照願います。

事例10 更生医療:障害者総合支援法「15」(自己負担上限額2万円の場合) + 高額療養費
本人入院(標準報酬月額28万~50万円)

診療報酬明細書(医科入院)										
公費負担者番号① 1 5 * * * * *					公費受給者番号①					
公費負担者番号②					公費受給者番号②					
氏名		特記事項			P291「2.自己負担限度額算定基準額一覧」			P292「3.公費負担限度額算定基準額一覧」参照		
職上の事由		28区ウ						保険 10日		
								公費① 10日		
								公費② 日		
※負担金額欄上部のカッコ書きは公費給付対象額を記載する										
療養の給付		請求点			決定点			負担金額 円		
保険		60,000						(60,000)		
公費①		20,000						123,430		
公費②								20,000		
								食事・生活療養		
								公費①		
								公費②		

※医保単独部分で高額療養費が発生する場合(合算対象)



療養の給付内訳

医療保険負担分 (保険者)	476,570円	更正医療助成分	40,000円	患者負担分	83,430円
※高額療養費再掲	56,570円				

※ (600,000円-200,000円) × 0.3 + 患者負担20,000円 - 83,430円 = 56,570円

※負担金額の記載については、245ページ「20公費負担医療の診療報酬上の留意事項(社保・国保)・(6)負担金額及び一部負担金額」を参照願います。

事例11 更生医療:障害者総合支援法「15」(自己負担額なしの場合)+高額療養費
本人入院(低所得者)

医療報酬明細書(医科入院)

公費負担者番号①	1 5 * * * * *	公費受給者番号①	
公費負担者番号②		公費受給者番号②	

保険者番号

1医科	1社	22併	1本人
0 6	**	**	**

氏名

特記事項

30区才

P29「2.自己負担限度額算定基準額一覧」
P29「3.公費負担限度額算定基準額一覧」参照

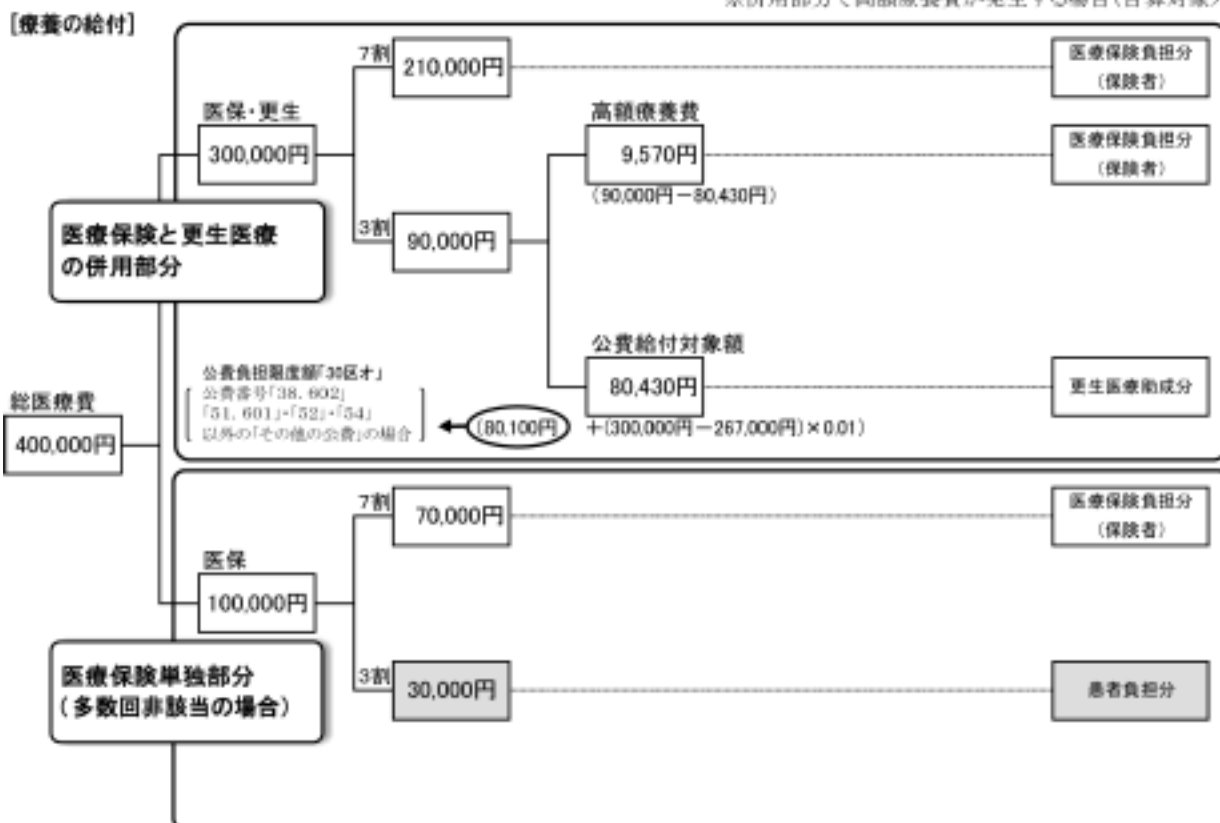
診療上の事由

保険 10日
公費① 10日
公費② 日

※負担金額上部のカッコ書きは公費給付対象額を記載する

療養の給付	保険	請求点		負担金額 円		※高額療養費		円	
		請求点	療決定点	(80,430)		回	請求 円	療決定 円	標準負担額 円
公費①		40,000		110,430					
公費②		30,000		0					

※併用部分で高額療養費が発生する場合(合算対象外)



療養の給付内訳

医療保険負担分(保険者)	289,570円
*高額療養費再掲	9,570円

※ 300,000円 × 0.3 - 80,430円 = 9,570円

更正医療助成分	80,430円
---------	---------

患者負担分	30,000円
-------	---------

※負担金額の記載については、245ページ「20公費負担医療の診療報酬上の留意事項(社保・国保)・(6)負担金額及び一部負担金額」を参照願います。

事例12 更生医療:障害者総合支援法「15」(自己負担額なしの場合) + 高額療養費
本人入院(低所得者)

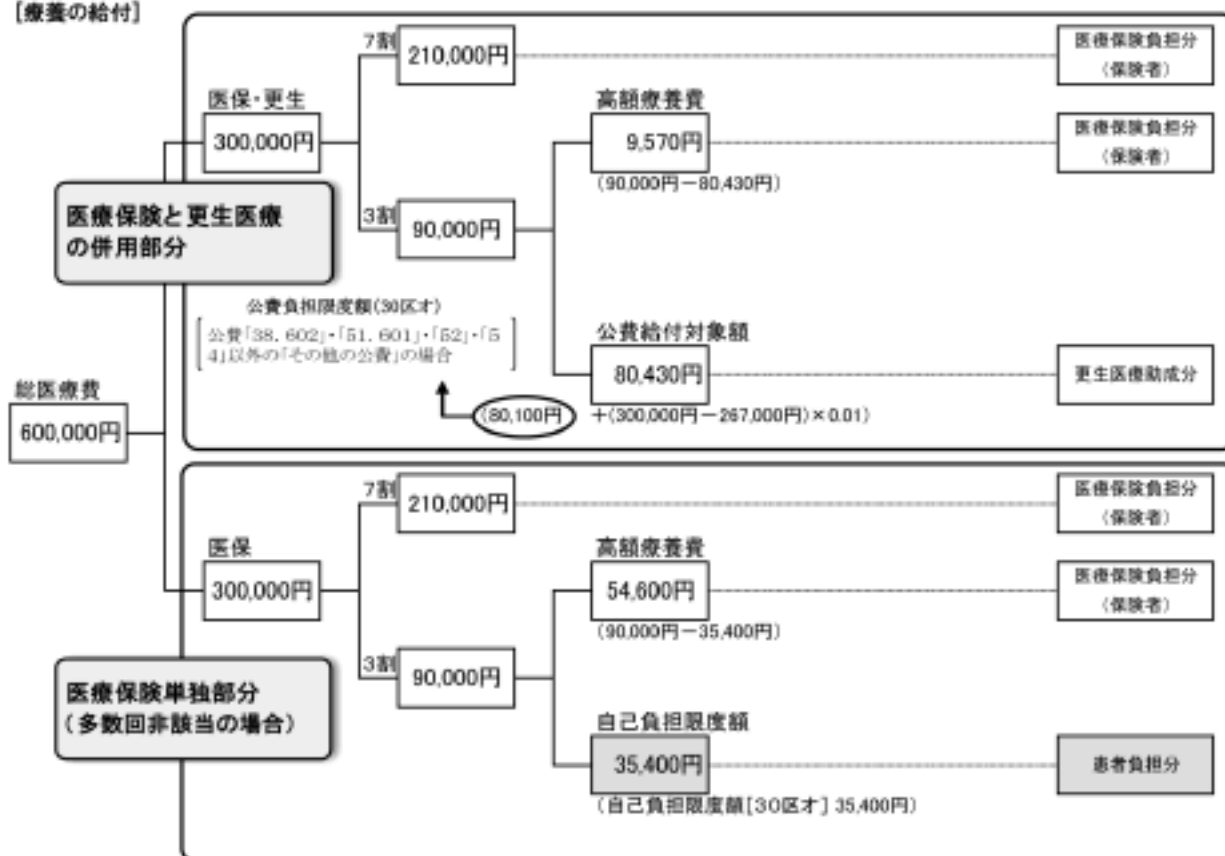
診療報酬明細書(医科入院)											
公費負担者番号①	1	5	*	*	*	*	*	*	*	公費受給者番号①	
公費負担者番号②										公費受給者番号②	
氏名							特記事項	P291「2.自己負担限度額算定基準額一覽」 P293「3.公費負担限度額算定基準額一覽」 参照			
職務上の事由							30区才				
保険者番号	1	医科	1	社	22	併	1	本入			
	0	6	*	*	*	*	*	*			
診療日数	10	日	公費①		10	日	公費②				

※負担金額欄上部のカッコ書きは公費給付対象額を記載する

療養の給付	保険	請求点	単決定点	負担金額 円	食事・生活療養	保険	請求 円	単決定 円	標準負担額 円
		60,000		(80,430)					
公費①		30,000		115,830					
公費②				0					

※医保単独部分及び併用部分で高額療養費が発生する場合(合算対象外)

【療養の給付】



療養の給付内訳

医療保険負担分(保険者)	484,170円	難病医療助成分	80,430円	患者負担分	35,400円
※高額療養費再掲	64,170円				

$\text{※ } 300,000円 \times 0.3 - 80,430円 = 9,570円 \dots \text{①}$
 $(600,000円 - 300,000円) \times 0.3 - 35,400円 = 54,600円 \dots \text{②}$
 $\text{①} + \text{②} = 64,170円$

※負担金額の記載については、245ページ「26公費負担医療の診療報酬上の留意事項(社保・国保)・(6)負担金額及び一部負担金額」を参照願います。

事例13

障・親・乳【一部負担なし】及び子・青【通院負担なし】で受診した場合

- ① マル障の自己負担なし
- ② 総点数 2,002点 の場合

(保険+マル障) ⇒ 併用レセプト(2併)で審査支払機関へ

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県 府番号		医療機関コード		1 ①社・国 医科		3 後期 4 通病		1 単組 2 併 3 3併		②本外 4 六外 6 家外		8 高外 9 高外7			
令和○年○月分 第○ 13										00,000,0		保険者 番号		* * * * *		* * * * *		* * * * *		* * * * *		10 9 8 7 ()			
公費負担 番号①										8 0 1 3 7 * * *		公費負担 番号②		1 2 3 4 5 6 9											
氏名										〇〇 〇〇		性別		①男 ②女		年齢		1 0 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100		東京都		〇〇病院			
病名										(1) 〇〇〇		診療 日数		(3) 〇〇年 〇月 〇日		転 入		中止		診療 日数		4 日			
保険 診療 の 公費 ① ②										2,002		一部負担金額													

事例14

障・親【一部負担あり】で受診した場合

- ① マル障の自己負担あり
- ② 総点数 2,002点 の場合

(保険+マル障) ⇒ 併用レセプト(2併)で審査支払機関へ

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県 県番号		医療機関コード		00,0000,0															
										令和○年○月分		第○ 13		1 社・国 2 公費		3 後期 4 退職		1 単組 2 併 3 3併		2 本外 4 六外 6 家外 8 高外 9 高外7									
										公費負担者番号①		8 0 1 3 6 * * *		公費負担者番号②		1 2 3 4 5 6 9		保険者 番号		* * * * * * * *		被保険者証・被保険者 不届等の記号・番号							
										氏名		○○ ○○		性別		(男) 2女 1男 2大 (男) 4平 5合 ○○・○・○生		最長上の事由		1 職務上、2 下勤務3月以内 3 通勤災害		保険区 療養所の所在地及び 名称		東京都 ○○病院					
										病名		(1) ○○○		(2) 年月日		(3) ○○年○月○日		転		市中		死亡		中止		診療 日数		4 日	
										請求 点数		2,002		一部負担金額		2,002		※ 1円単位で記載 (窓口徴収額は10円未満四捨五入)											
										公費①		式		点		点		点		点		点		点					
										公費②		式		点		点		点		点		点							

事例15

子・青【通院負担有（200円）】で受診した場合 ①

- ① マル子の自己負担あり
- ② 総点数 2,002点 診療実日数 4日
- ③ 1日の自己負担額がいずれの日も200円以上 の場合

(保険+マル子) ⇒ 併用レセプト(2併)で審査支払機関へ

診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府 県番号	医療機関コード	00,0000,0											
		令和〇年〇月分	期番 13												
				1 ① 社・国 医科		3 後期 4 通病		1 単給 2 併 3 3併		2 本外 4 六外 ② 家外		8 高外一 0 高外7 10 9 日			
公費負担者番号①		8	8	1	3	1	*	*	*	公費負担者番号②			1 2 3 4 5 6 9		
公費負担者番号②		8	8	1	3	4	*	*	*	公費負担者番号①					
公費負担者番号①															
公費負担者番号②															
氏名		〇〇〇〇			特記事項			保険区 療養院 の所在 地及び 名称					東京都 〇〇病院		
職上の事由		1 職務上 2 下勤務3月以内 3 通勤災害													
傷	(1) 〇〇〇	(3) 〇〇年〇月〇日		転	治中	死亡	中止	診療 実日数	4 日						
病	(2)	(2) 年 月 日						診療 実日数	日						
名	(3)	(3) 年 月 日						診療 実日数	日						
診療報酬		2,002		一部負担金額		800		※ 200円 × 4回 = 800円							
公費①															
公費②															

事例15

子・青【通院負担有（200円）】で受診した場合 ②

- ① マル子の自己負担あり
- ② 総点数 2,002点 診療実日数 4日
- ③ 1日の自己負担額うち、いずれかの日が200円未満（1～3日目 200円、4日目 198円） の場合

（保険+マル子）⇒ 併用レセプト（2併）で審査支払機関へ

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県 東京都		国民健康保険 第13号		00,0000,0		1 国・国 2 公費 3 後期 4 退職 5 労災 6 労災 7 労災 8 労災 9 労災 10 労災 11 労災 12 労災 13 労災 14 労災 15 労災 16 労災 17 労災 18 労災 19 労災 20 労災																																												
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;">公費負担者番号(1)</td> <td style="width: 5%;">8</td> <td style="width: 5%;">8</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">3</td> <td style="width: 5%;">1</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> <td style="width: 5%;">*</td> </tr> <tr> <td>公費負担者番号(2)</td> <td>8</td> <td>8</td> <td>1</td> <td>3</td> <td>4</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> <td>*</td> </tr> </table>										公費負担者番号(1)	8	8	1	3	1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	公費負担者番号(2)	8	8	1	3	4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	診療日数 1 2 3 4 5 6 9		診療報酬 00,0000,0		診療実日数 4		診療日数 4		診療実日数 4	
公費負担者番号(1)	8	8	1	3	1	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																																									
公費負担者番号(2)	8	8	1	3	4	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*	*																																								
氏名 ○○ ○○ 性別 (男) 年齢 (4) 生 ○○・○・○ 生										保険者 東京都 〇〇病院		診療日数 4		診療実日数 4																																														
傷 (1) ○○○ 病 (2) 年 月 日 名 (3) 年 月 日										診療日数 4		診療実日数 4																																																
総点数 2,002										自己負担額 798		自己負担額 798		自己負担額 798																																														

※ 200円×3回+198円=798円

※ 1円単位で記載 (窓口徴収額は10円未満四捨五入)

事例16

自立支援医療と $\textcircled{1}$ ・ $\textcircled{2}$ ・ $\textcircled{3}$ 【一部負担なし】又は $\textcircled{4}$ ・ $\textcircled{5}$ 【通院負担なし】の併用で点点数のある場合

- ① マル障の自己負担なし
- ② 総点数 2,000点
 - ・自立支援医療 360点(2日)
 - ・マル障 1,640点(4日) の場合

都内国民健康保険加入者 (都後期高齢者医療加入者) (保険+自立支援+マル障) ⇒ 併用レセプト(3併)で都国保連合会へ

診療報酬明細書 (医科入院外) 都道府県 東京都 国民健康保険コード 00,0000,0 令和〇年〇月分 第13 1 ① 社・国 3 後期 1 単独 ② 本外 ④ 高外-1
 医科 2 公費 4 通院 ③ 併 4 六外 ⑤ 高外-7
 保険番号 1 3 * * * * 10 9 8
 番号 7 1 1
 被保険者証-診療者番号等の記号・番号 12-34 5678

公費負担者番号①	2	1	1	3	6	0	1	5	公費負担区別の交付番号①	1	1	1	1	1	1	1
公費負担者番号②	8	0	1	3	7	*	*	*	公費負担区別の交付番号②	1	2	3	4	5	6	9

氏名 ○ ○ ○ ○ 特記事項 保険医 東京都 ○ ○ 病院
 性別 ④ 2女 1男 2大 ⑤ 4平 5全 ○ ○ ・ ○ ・ ○ 生
 継続上の事由 1 継続上 2 1割後3月以内 3 通勤災害

病名 (1)	○○○	日数	4日
(2)		日数	2日
(3)		日数	4日

保険の公費①	2,000	※ 公費②のみ適用した点数を記載 (原則、公費①+公費②=保険総点数となるように記載)	360
公費②	360		
公費③	1,640		

社会保険加入者 (保険+自立支援+マル障) ⇒ 併用レセプト(3併)で都支払基金へ

診療報酬明細書 (医科入院外) 都道府県 東京都 国民健康保険コード 00,0000,0 令和〇年〇月分 第13 1 ① 社・国 3 後期 1 単独 ② 本外 ④ 高外-1
 医科 2 公費 4 通院 ③ 併 4 六外 ⑤ 高外-7
 保険番号 0 6 1 3 * * * * 10 9 8
 番号 7 1 1
 被保険者証-診療者番号等の記号・番号 12・345

公費負担者番号①	2	1	1	3	6	0	1	5	公費負担区別の交付番号①	1	1	1	1	1	1	1
公費負担者番号②	8	0	1	3	7	*	*	*	公費負担区別の交付番号②	1	2	3	4	5	6	9

氏名 ○ ○ ○ ○ 特記事項 保険医 東京都 ○ ○ 病院
 性別 ④ 2女 1男 2大 ⑤ 4平 5全 ○ ○ ・ ○ ・ ○ 生
 継続上の事由 1 継続上 2 1割後3月以内 3 通勤災害

病名 (1)	○○○	日数	4日
(2)		日数	2日
(3)		日数	4日

保険の公費①	2,000	※ 公費②対象の全点数 (=保険総点数) を記載	360
公費②	360		
公費③	2,000		

事例17 自立支援医療と 障 ・ 親 【一部負担あり】 の併用で分点数のある場合

- ① マル障の自己負担あり
- ② 総点数 2,000点
 - ・ 自立支援医療 360点 (2日)
 - ・ マル障 1,640点 (4日) の場合

都内国民健康保険加入者 (保険+自立支援+マル障) ⇒ 併用レセプト (3併) で都国保連合会へ

診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府県 東京都	医療機関コード	1 院・国 1 院・国 2 公費 3 後援 4 遊園	3 甲類 2 2併 5 1併	4 本外 4 六外 6 家外	5 高外一 0 高外7
令和○年○月分 再診 13		00,0000.0		10 9 8 7 ()			
公費負担 患者番号 ①	2 1 1 3 6 0 1 5	公費負担 患者番号 ②	8 0 1 3 6 * * *	1 1 1 1 1 1 1	12-34 5678		
氏名 ○○ ○○		東京都 ○○病院					
年齢 (1) ○○○		(1) ○○年○月○日		4日			
(2) ○○○		(2) 年 月 日		2日			
(3) ○○○		(3) 年 月 日		4日			
公費① 20費①	2,000	公費② 20費②	360	1,640	2,000	※ マル障の患者負担額 (1割) を記載 (公費①併用部分は受診ごとの公費①自 己負担額を限度)	
※ 公費②のみ適用した点数を記載 (原則、公費①+公費②=保険総 点数となるように記載)		360					

社会保険加入者 (保険+自立支援+マル障) ⇒ 併用レセプト (3併) で都支払基金へ

診療報酬明細書 (医科入院外)		都道府県 東京都	医療機関コード	1 院・国 1 院・国 2 公費 3 後援 4 遊園	3 甲類 2 2併 5 1併	4 本外 4 六外 6 家外	5 高外一 0 高外7
令和○年○月分 再診 13		00,0000.0		10 9 8 7 ()			
公費負担 患者番号 ①	2 1 1 3 6 0 1 5	公費負担 患者番号 ②	8 0 1 3 6 * * *	1 1 1 1 1 1 1	12・345		
氏名 ○○ ○○		東京都 ○○病院					
年齢 (1) ○○○		(1) ○○年○月○日		4日			
(2) ○○○		(2) 年 月 日		2日			
(3) ○○○		(3) 年 月 日		4日			
公費① 20費①	2,000	公費② 20費②	360	2,000	2,000	※ マル障の患者負担額 (1割) を記載 (公費①併用部分は受診ごとの公費①自 己負担額を限度)	
※ 公費②対象の全点数 (=保険総点数) を記載		360					

事例18 小児慢性疾病と 子・青【通院負担有(200円)】の併用で点数のない場合(1)

(小児慢性疾病一部負担金) - (マル子一部負担金) ⇒ 差額をマル子で助成

※ 小慢の一部負担金が発生した受診に限り、その額を限度としてマル子一部負担金を徴収

- ① 総点数 5,450点
- ② 小児慢性疾病一部負担金限度額 5,000円(外来)
- ③ 診療実日数 5日 の場合

(保険+小児慢性+マル子) ⇒ 併用レセプト(3併)で審査支払機関へ

診療報酬明細書 (医科入院外)												都道府県番号		医療機関コード		1 0 社・国 3 後期 1 甲種 2 本外 0 海外一 医科 2 公費 4 退職 2 2 併 4 六外 0 海外7						
令和○年○月分 第○ 13												00,000,0		10 9 8 7 1 1								
公費負担者番号(①) 5 2 1 3 8 * * *												公費負担医療の受給者番号①		1 1 1 1 1 1 1								
公費負担者番号(②) 8 8 1 3 1 * * *												公費負担医療の受給者番号②		1 2 3 4 5 6 9								
氏名 ○ ○ ○ ○												特記事項		東京都 ○ ○ 病院								
職歴上の事由 1 職歴上、2 下転後3月以内 3 通勤災害																						
傷病名 (1) ○ ○ ○												(1) ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日		転院		死亡		中止		5 日		
(2)												(2) 年 月 日								日		
(3)												(3) 年 月 日								日		
診療報酬 5,450												一部負担金額		5,000								
公費負担(①)												点		500								
公費負担(②)												点		500								

※ 200円×2回+100円×1回
小慢が上限に達した後は200円を徴収しないので200円の徴収回数は実日数より少ない場合がある。

※【参考資料】297ページ「医療・小児・マル子等の併用について」を参照願います。

事例19 小児慢性疾病と 子・青【通院負担有(200円)】の併用で分点数のない場合 (2)

(小児慢性疾病一部負担金) - (マル子一部負担金) ⇒ 差額をマル子で助成

※ 小慢の一部負担金が発生した受診に限り、その額を限度としてマル子一部負担金を徴収

- ① 総点数 5,450点
- ② 小児慢性疾病一部負担金限度額 5,000円 (外来)
- ③ 診療実日数 5日 の場合

(保険+小児慢性+マル子) ⇒ 併用レセプト(3併)で審査支払機関へ

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県番号	医療機関コード	診療種別								
令和〇年〇月分 第〇〇 頁										00,0000,0	1 北・国 医科	3 後期	1 単独 2 2併	2 本外 4 六外	8 高外一 0 高外7	10 9 8			7 ()	
公費負担 患者番号 ①	5	2	1	3	8	*	*	*	*	公費負担 医療の受 付番号①	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
公費負担 患者番号 ②	8	8	1	3	1	*	*	*	*	公費負担 医療の受 付番号②	1	2	3	4	5	6	9			
氏名	〇〇〇〇										特記事項	東京都 〇〇病院								
性別	男 (子)										年齢	〇〇年〇月〇日								
病名	(1) 〇〇〇										診療日数	5日								
病名	(2)										診療日数	日								
病名	(3)										診療日数	日								
保険 診療 の 公 費 ①	5,450										一部負担金額	5,000								
公 費 ②											一部負担金額	1,000								

※ 200円×5回=1,000円
小慢が上限に達した後は200円を徴収しないので200円の徴収回数は実日数より少ない場合がある。

※【参考資料】297ページ「5 療病・小慢・マル障等の併用について」を参照願います。

事例20 小児慢性疾病(一部負担金あり)と子・青【通院負担有(200円)】の併用で分点数のある場合

小児慢性疾病対象疾病分：(小児慢性疾病一部負担金) - (マル子一部負担金) ⇒ 差額をマル子で助成

小児慢性疾病対象外疾病分：(医療保険の自己負担額(3割)) - (マル子一部負担金) ⇒ 差額をマル子で助成

- ① 総点数 6,000点 ⇒ 小児慢性疾病対象疾病分 4,000点
小児慢性疾病対象外疾病分 2,000点
- ② 小児慢性疾病一部負担金限度額 5,000円(外来)
- ③ 診療実日数 9日(小児慢性疾病対象5日、マル子9日) の場合

都内国民健康保険加入者 (保険+小児慢性+マル子) ⇒ 併用レセプト(3併)で都国保連合会へ

診療報酬明細書 (医療入院外)		都道府県 東京都	医療機関コード 00,0000,0	1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
令和〇年〇月分 第〇〇 頁 第 13 頁		1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
公費負担者番号①	5 2 1 3 8 * * *	公費負担者番号②	1 1 1 1 1 1 1	1 3 * * * *
公費負担者番号③	8 8 1 3 1 * * *	公費負担者番号④	1 2 3 4 5 6 9	12-34 5678
公費負担者番号⑤	8 8 1 3 4 * * *	公費負担者番号⑥	1 2 3 4 5 6 9	
氏名	〇〇〇	住所	東京都 〇〇病院	
生年月日	〇〇年〇月〇日	診療日	(1) 〇〇年〇月〇日	9日
			(2) 年 月 日	5日
			(3) 年 月 日	9日
保険料	6,000	公費②のみ適用した点数を記載 (原則、公費①+公費②=保険総 点数となるように記載)	5,000	※ 200円×9回=1,800円 小児対象の5日分については、小児が上限 に達した後は200円を徴収しないので 200円の徴収回数は実日数より少ない場合 がある(小児等との併用の説明資料参 照)。
公費①	4,000			
公費②	2,000		1,800	

社会保険加入者 (保険+小児慢性+マル子) ⇒ 併用レセプト(3併)で都支払基金へ

診療報酬明細書 (医療入院外)		都道府県 東京都	医療機関コード 00,0000,0	1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
令和〇年〇月分 第〇〇 頁 第 13 頁		1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺	1 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺
公費負担者番号①	5 2 1 3 8 * * *	公費負担者番号②	1 1 1 1 1 1 1	0 6 1 3 * * * *
公費負担者番号③	8 8 1 3 1 * * *	公費負担者番号④	1 2 3 4 5 6 9	12・345
公費負担者番号⑤	8 8 1 3 4 * * *	公費負担者番号⑥	1 2 3 4 5 6 9	
氏名	〇〇〇	住所	東京都 〇〇病院	
生年月日	〇〇年〇月〇日	診療日	(1) 〇〇年〇月〇日	9日
			(2) 年 月 日	5日
			(3) 年 月 日	9日
保険料	6,000	※ 公費②対象の全点数 (=保険総点数)を記載	5,000	※ 200円×9回=1,800円 小児対象の5日分については、小児が上限 に達した後は200円を徴収しないので 200円の徴収回数は実日数より少ない場合 がある(小児等との併用の説明資料参 照)。
公費①	4,000			
公費②	6,000		1,800	

※【参考資料】207ページ「診療報酬-小児・マル子等の併用について」を参照ください。

22

事例21 小児慢性疾病（一部負担金なし）と子・青【通院負担有（200円）】の併用で分点数のある場合

小児慢性疾病対象疾病分：一部負担金なし ⇒ マル子一部負担金なし

小児慢性疾病対象外疾病分：（医療保険の自己負担額（3割））－（マル子一部負担金）⇒ 差額をマル子で助成

- ① 総点数 6,000点 ⇒ 小児慢性疾病対象疾病分 4,000点
小児慢性疾病対象外疾病分（分点数分） 2,000点
- ② 小児慢性疾病一部負担金（他院で上限に達している場合） 0円（外未）
- ③ 診療実日数 9日（小児慢性疾病対象5日、マル子9日） の場合

都内国民健康保険加入者（保険＋小児慢性＋マル子）⇒ 併用レセプト（3併）で都国保連合会へ

診療報酬明細書（医科入院外）

令和〇年〇月分 第 13 回 00,0000,0

保険者番号：1 3 * * * * 10 9 本
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号：12-34 5678

氏名：〇〇〇〇 東京都 〇〇病院
〒〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

診療日数：(1) 〇〇〇 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
9日 5日 9日

保険料	6,000	※ 公費②のみ適用した点数を記載 (原則、公費①+公費②=保険総 点数となるように記載)	0	※ 200円×4割=800円 小児対象の5日分については、小児の一部負担金がない場合、マル子の一部負担金は発生しない。
公費①	4,000			
公費②	2,000		800	

社会保険加入者（保険＋小児慢性＋マル子）⇒ 併用レセプト（3併）で都支払基金へ

診療報酬明細書（医科入院外）

令和〇年〇月分 第 13 回 00,0000,0

保険者番号：0 6 1 3 * * * * 10 9 本
被保険者証・被保険者手帳等の記号・番号：12・345

氏名：〇〇〇〇 東京都 〇〇病院
〒〇〇〇〇 〇〇〇 〇〇〇

診療日数：(1) 〇〇〇 (2) 年 月 日 (3) 年 月 日
9日 5日 9日

保険料	6,000	※ 公費②対象の全点数 (=保険総点数)を記載	0	※ 200円×4割=800円 小児対象の5日分については、小児の一部負担金がない場合、マル子の一部負担金は発生しない。
公費①	4,000			
公費②	6,000		800	

※1参考資料297ページ「医療費・小児・マル子等の併用について」を参照願います。



事例22

特定疾病療養受療証（自己負担2万円）と(都)と(障)【一部負担なし】の併用

- ① マル障の自己負担なし
- ② 総点数 40,000点
- ③ 特定疾病療養受療証の自己負担限度額（長） 20,000円
- ④ マル都の助成額 10,000円 の場合

(保険+マル都+マル障) ⇒ 併用レセプト（3併）で審査支払機関へ

診療報酬明細書		都道府県		医療機関コード		1 ① 社・国		3 後期		1 単組		② 本外		8 高外	
(国科入院外)		区市町村		診療機関コード		医科		2 公費		4 透視		2 2 併		4 六外	
令和〇年〇月分		第 13		00,000,0		診療者									
公費負担者番号①	8 2 1 3 8 0 0 9	公費負担者番号②	1 1 1 1 1 1 1	診療者番号	* * * * *	診療者種別	* * * * *	診療者種別	* * * * *	診療者種別	* * * * *	診療者種別	* * * * *	診療者種別	* * * * *
公費負担者番号②	8 0 1 3 7 * * *	公費負担者番号③	1 2 3 4 5 6 9	被保険者証・被保険者番号等の記号・番号											
氏名	〇〇 〇〇	性別	④ 2女 1男 2大 ⑤ 4中 5小 〇〇・〇・〇生	年齢	16長2	保険区	東京都	診療機関の所在地及び名称	〇〇病院						
傷病名	(1) 〇〇〇	傷病名	(2) 〇〇〇	傷病名	(3) 〇〇〇	診療日	〇〇年〇月〇日	診療時間	〇時	診療内容	〇	診療内容	〇	診療内容	〇
保険料	40,000	自己負担額	10,000												

事例23

特定疾病療養受療証（自己負担2万円）と 都 と 障 【一部負担あり】の併用

- ① マル障の自己負担あり
- ② 総点数 8,000点
- ③ 特定疾病療養受療証の自己負担限度額（長） 20,000円
- ④ マル都の助成額 10,000円 の場合

※ マル都適用後の自己負担額 ≤ マル障自己負担額（総点数×1割）の場合は、マル障の助成額は発生しない（総点数が、5,001点～9,999点の場合に、マル障の助成額が発生）

（保険+マル都+マル障）⇒ 併用レセプト（3併）で審査支払機関へ

診療報酬明細書 (医科入院外)										都道府県 番号	医療機関コード	1 ① 社・国 医科	3 後期 2 併 4 退職	1 単組 2 2 併 3 併	② 本外 4 六外 6 家外	8 高外一 0 高外7					
令和〇年〇月分 第 13 頁										00,000,0											
公費負担 番号 ①	8	2	1	3	8	0	0	9	公費負担 番号 ②	1	1	1	1	1	1	1					
公費負担 番号 ②	8	0	1	3	6	*	*	*	公費負担 番号 ③	1	2	3	4	5	6	9					
氏名 ○ ○ ○ ○										特記事項 16長2		保険医 療機関 の所在 地及び 名称 東京都 ○○病院									
職歴上の事由 1 職歴上 2 下船後3月以内 3 通勤災害										診療日 (1) ○○○		(3) ○○年○月○日	転	治	中	死	亡	中	止	診 療 日 数	4 日
診療 名										(2) 年 月 日	(3) 年 月 日										
保 険 の 公 費 ①	8,000										一部負担金額										
給 付 公 費 ②											補償 ①(1)免除・支払額		10,000								
給 付 公 費 ③											中 高年齢者費 円		給付公費負担点数	給付公費負担点数	給付公費負担点数	給付公費負担点数	給付公費負担点数				
給 付 公 費 ④													8,000								

事例24 自立支援医療受給者証（精神通院医療）+93負担者番号で他院にて上限に達している場合

- ① 総点数 15,000点
- ② 自立支援医療 精神通院医療（患者の自己負担上限額5000円）
※ただし、他院にて上限に達している
- ③ 93負担者番号 の場合

都内国民健康保険加入者
(都後期高齢者医療加入者)

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和〇年〇月分 明細 13 00,000,0

1 ① 社・国 3 後期 1 早診 ② 本外 6 高外一
医科 2 公費 4 通院 3.3 倍 4 六外 0 高外7

公費負担者番号 ① 2 1 1 3 6 0 1 5 公費負担者番号② 9 3 1 3 * * * * *

93負担者番号で助成対象がない場合、記載不要です

氏名 ○ ○ ○ ○ 東京都 ○ ○ 病院

傷 (1) ○ ○ ○ ○ (1) ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日 転 合 併 死 亡 中 止 傷 病 傷 亡 日 数

15,000 15,000 0

国保連合会への請求は、93の受給対象者で93への請求額が他医療機関等での受診等で限度額を超えていて0円のときは93を記入せず2者併用での請求をお願いいたします。

社会保険加入者

診療報酬明細書 (医科入院外)

令和〇年〇月分 明細 13 00,000,0

1 ① 社・国 3 後期 1 早診 ② 本外 6 高外一
医科 2 公費 4 通院 3.3 倍 4 六外 0 高外7

公費負担者番号 ① 2 1 1 3 6 0 1 5 公費負担者番号② 9 3 1 3 * * * * *

氏名 ○ ○ ○ ○ 東京都 ○ ○ 病院

傷 (1) ○ ○ ○ ○ (1) ○ ○ 年 ○ 月 ○ 日 転 合 併 死 亡 中 止 傷 病 傷 亡 日 数

15,000 15,000 0

社保支払基金への請求は、保険者で被保険者および被扶養者の公費受給状況を把握しているため、93を記入した3者併用で、自立支援に係る一部負担金額を0と記入していただき請求をお願いします。

1. 診療報酬明細書「特記事項」欄の記載と内容（抜粋）

コード	略号	内 容
02	長	以下のいずれかに該当する場合 ① 高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第1号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。） ② 後期高齢者医療特定疾病療養受療証を提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、高齢者医療確保法施行令第15条第6項に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が後期高齢者医療特定疾病療養受療証の提示又は後期高齢者医療特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同項に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
16	長2	高額長期疾病に係る特定疾病療養受療証を提出又は特定疾病療養受療証情報を提供した患者の負担額が、健康保険法施行令第42条第9項第2号に規定する金額を超えた場合（ただし、患者が特定疾病療養受療証の提出又は特定疾病療養受療証情報の提供を行った際に、既に同号に規定する金額を超えて受領している場合であって、現物給付化することが困難な場合を除く。）
21	高半	月の初日以外の日により75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより被用者保険の被保険者でなくなった者の被扶養者であった者又は月の初日以外の日により75歳に到達し後期高齢者医療の被保険者となったことにより国民健康保険組合の組合員でなくなった者の世帯に属する組合員以外の被保険者であった者（いずれも市町村国保に加入することになる。）であって、当該後期高齢者医療の被保険者が75歳に到達した月に療養を受けた者（以下「自己負担限度額特例対象被扶養者等」という。）の場合
26	区ア	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ア））が提示又は限度額適用認定証情報が提出された場合 ② 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得901万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある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。）に基づく医療受給者証（以下「特定医療費受給者証」という。特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。） 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得690万円以上）の世帯」の高齢受給者証若しくは後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（3割））の提示のみ又は高齢受給者証情報若しくは後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ② 「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（VI）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「31」に該当する場合を除く。）
27	区イ	70歳未満で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額53万円～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（イ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合 ② 「標準報酬月額53万円～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（イ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。） 70歳以上で以下のいずれかに該当する場合 ① 「標準報酬月額53万円～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得380万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並みⅡ又は現役Ⅱ））が提示又は限度額適

コード	略号	内 容
		<p>用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 53 万円～79 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 380 万円以上）の世帯」の適用区分（V）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「32」に該当する場合を除く。）</p>
28	区ウ	<p>70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 28 万円～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（ウ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 28 万円～50 万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円超～600 万円以下）の世帯」の適用区分（ウ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。）</p> <p>70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 28 万円～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（現役並み I 又は現役 I））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 28 万円～50 万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得 145 万円以上）の世帯」の適用区分（IV）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合（特記事項「33」に該当する場合を除く。）</p>
29	区エ	<p>70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の限度額適用認定証（適用区分が（エ））が提示又は限度額適用認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 210 万円以下）の世帯」の適用区分（エ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）</p> <p>70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあつては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の高齢受給者証（一部負担金の割合（2 割））の提示のみ又は高齢受給者証情報の提供のみの場合</p> <p>② 「標準報酬月額 26 万円以下（国民健康保険にあつては、課税所得 145 万円未満）の世帯」の適用区分（III）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「34」に該当する場合を除く。）</p>
30	区オ	<p>70 歳未満で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（オ））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「35」に該当する場合を除く。）</p> <p>70 歳以上で以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 「低所得者の世帯」の限度額適用認定証若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証（適用区分が（I 又は II））が提示又は限度額適用認定証情報若しくは限度額適用・標準負担額減額認定証情報が提供された場合</p> <p>② 「低所得者の世帯」の適用区分（I 又は II）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合</p>
31	多ア	<p>以下のいずれかに該当する場合</p> <p>① 70 歳未満で「標準報酬月額 83 万円以上（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得 901 万円超）の世帯」の適用区分（ア）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であつて、難病法による特定医療、特定疾患治療研究事業、小児慢性特定疾病医療支援又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業に係る公費負担医療（入院に限る。）の自院における高額療養費の支給が直近 12 か月間において 4 月目以上である場合（以下「特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合」という。ただし、肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業については、特記事項「34」及び同「35」に限る。）</p>

コード	略号	内 容
		② 70歳以上で「標準報酬月額83万円以上（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得690万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅵ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
32	多イ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額53万円～79万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得600万円超～901万円以下）の世帯」の適用区分（Ⅰ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「標準報酬月額53万円～79万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得380万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅴ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
33	多ウ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額28万円～50万円（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円超～600万円以下）の世帯」の適用区分（Ⅱ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は小児慢性特定疾病医療受給者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「標準報酬月額28万円～50万円（国民健康保険及び後期高齢者医療にあつては、課税所得145万円以上）の世帯」の適用区分（Ⅳ）の記載のある特定医療費受給者証又は特定疾患医療受給者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
34	多エ	以下のいずれかに該当する場合 ① 70歳未満で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険及び退職者医療にあつては、旧ただし書き所得210万円以下）の世帯」の適用区分（Ⅶ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合 ② 70歳以上で「標準報酬月額26万円以下（国民健康保険にあつては、課税所得145万円未満）の世帯」の適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合（小児慢性特定疾病医療支援を除く。）
35	多オ	70歳未満で「低所得者の世帯」の適用区分（オ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証、小児慢性特定疾病医療受給者証又は肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であつて、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合
41	区カ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提示のみの場合 ② 課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円以上）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（2割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合（特記事項「43」に該当する場合を除く。）
42	区キ	後期高齢者医療で以下のいずれかに該当する場合 ① 課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））の提示のみ又は後期高齢者医療被保険者証情報の提供のみの場合 ② 課税所得28万円未満（「低所得者の世帯」を除く。）若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満（後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満）の後期高齢者医療被保険者証（一部負担金の割合（1割））かつ適用区分（Ⅲ）の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業

コード	略号	内 容
		参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合(特記事項「44」に該当する場合を除く。)
43	多力	後期高齢者医療で課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円以上(後期高齢者2人以上の世帯の場合は320万円以上)の後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(2割))かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く。)
44	多キ	後期高齢者医療で課税所得28万円未満(「低所得者の世帯」を除く。)若しくは課税所得28万円以上145万円未満で年金収入とその他の合計所得金額が単身世帯で200万円未満(後期高齢者が2人以上の世帯の場合は320万円未満)の後期高齢者医療被保険者証(一部負担金の割合(1割))かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示又は後期高齢者医療被保険者証情報が提供かつ適用区分(Ⅲ)の記載のある特定医療費受給者証、特定疾患医療受給者証若しくは肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業参加者証が提示された場合であって、特定疾病給付対象療養高額療養費多数回該当の場合(小児慢性特定疾病医療支援を除く。)

2. 自己負担限度額算定基準額一覧

70歳未満の方の上限額

適用区分		コード	略号	ひと月の上限額	
70歳未満	所得区分 年収約1,160万円～ 健保：標準報酬月額83万円以上 国保：旧ただし書き所得901万円超	26	区ア	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% [1～3回]	
		31	多ア	140,100円 [多数回]	
	年収約770万円～約1,160万円 健保：標準報酬月額53万～79万円 国保：旧ただし書き所得600万～901万円	27	区イ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% [1～3回]	
		32	多イ	93,000円 [多数回]	
	年収約370万円～約770万円 健保：標準報酬月額28万～50万円 国保：旧ただし書き所得210万～600万円	28	区ウ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% [1～3回]	
		33	多ウ	44,400円 [多数回]	
	～年収約370万円 健保：標準報酬月額26万円以下 国保：旧ただし書き所得210万円以下	29	区エ	57,600円	
		34	多エ	44,400円 [多数回]	
	住民税非課税者	30	区オ	35,400円	
		35	多オ	24,600円 [多数回]	
限度額適用認定証等の提示なし		現物給付化の対象外			

70歳以上から75歳未満の方の上限額（令和4年10月診療分から）

適用区分	コード	略号	外来+入院 ひと月の上限額		
			外来		
現役並み	現役並み所得者Ⅲ (3割負担) (年収約1,160万円～) 標準報酬月額83万円以上 課税所得690万円以上	26	区ア	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% [1～3回] (※1)	
		31	多ア	140,100円 [多数回]	
	現役並み所得者Ⅱ (3割負担) (年収約770万円～1,160万円) 標準報酬月額53万～79万円 課税所得380万円以上	27	区イ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% [1～3回] (※2)	
		32	多イ	93,000円 [多数回]	
	現役並み所得者Ⅰ (3割負担) (年収約370万円～770万円) 標準報酬月額28万～50万円 課税所得145万円以上	28	区ウ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% [1～3回] (※3)	
		33	多ウ	44,400円 [多数回]	
一般	一般所得者 (2割負担) (年収約156万円～370万円) 標準報酬月額26万円以下 課税所得145万円未満等	29	区エ	18,000円 (※4) 【年間上限 144,000円】	57,600円 [1～3回]
		34	多エ		44,400円 [多数回]
低所得者	Ⅱ住民税非課税世帯 (2割負担)	30	区オ	8,000円 (※4)	24,600円
	Ⅰ住民税非課税世帯 (2割負担)	30	区オ	8,000円 (※4)	15,000円

特記事項が「21 高半」又は高齢受給者で75歳誕生日の場合、限度額の計算は1/2となる。

(※1)・・・1/2の限度額の計算は、〔126,300円 + (医療費 - 421,000円) × 1%〕となります。

(※2)・・・1/2の限度額の計算は、〔83,700円 + (医療費 - 279,000円) × 1%〕となります。

(※3)・・・1/2の限度額の計算は、〔40,050円 + (医療費 - 133,500円) × 1%〕となります。

(※4)・・・限度額は1/2となります。

75歳以上の方の上限額（令和4年10月診療分から）

適用区分	コード	略号	外来+入院 ひと月の上限額		
			外来		
現役並み	現役並み所得者Ⅲ（3割負担） （年収約1,160万円～） 標準報酬月額83万円以上 課税所得690万円以上	26	区ア	252,600円 + (医療費 - 842,000円) × 1% [1～3回] (※1)	
		31	多ア	140,100円 [多数回]	
	現役並み所得者Ⅱ（3割負担） （年収約770万円～1,160万円） 標準報酬月額53万～79万円 課税所得380万円以上	27	区イ	167,400円 + (医療費 - 558,000円) × 1% [1～3回] (※2)	
		32	多イ	93,000円 [多数回]	
	現役並み所得者Ⅰ（3割負担） （年収約370万円～770万円） 標準報酬月額28万～50万円 課税所得145万円以上	28	区ウ	80,100円 + (医療費 - 267,000円) × 1% [1～3回] (※3)	
		33	多ウ	44,400円 [多数回]	
一般	一般所得者Ⅱ（2割負担） （Ⅱ課税所得28万円以上）	41	区カ	6,000円 + (医療費 - 30,000円) × 10% または18,000円のいずれか低い方 (※4) (注) 【年間上限 144,000円】	57,600円 [1～3回]
		43	多カ	—	44,400円 [多数回]
	一般所得者Ⅰ（1割負担） （Ⅰ課税所得28万円未満）	42	区キ	18,000円 (※4) 【年間上限 144,000円】	57,600円 [1～3回]
		44	多キ	—	44,400円 [多数回]
低所得者	Ⅱ住民税非課税世帯（1割負担）	30	区オ	8,000円 (※4)	24,600円
	Ⅰ住民税非課税世帯（1割負担）	30	区オ	8,000円 (※4)	15,000円

特記事項が「21 高半」又は高齢受給者で75歳誕生日の場合、限度額の計算は1/2となる。

(※1)・・・1/2の限度額の計算は、〔126,300円 + (医療費 - 421,000円) × 1%〕となります。

(※2)・・・1/2の限度額の計算は、〔83,700円 + (医療費 - 279,000円) × 1%〕となります。

(※3)・・・1/2の限度額の計算は、〔40,050円 + (医療費 - 133,500円) × 1%〕となります。

(※4)・・・限度額は1/2となります。

(注) 令和4年10月1日から75歳以上で一定以上の所得がある方は医療費の自己負担割合が2割になりました。2割負担となる方には、令和4年10月1日から令和7年9月30日までの間、1か月の外来医療の自己負担割合の引き上げに伴う負担増を3,000円に抑える配慮措置があります。

(留意事項)

- ※ 多数回該当（過去12か月の間に4回以上高額療養費を支給されることとなる場合には4回目の支給より該当となる。）
 - ・若人については、入院と外来で区別せずにその月のカウントは1回となります。
 - ・前期高齢者及び後期高齢者の現役並み所得者については、外来はカウントしません。
- ※ 前期高齢者及び後期高齢者の自己負担限度額
 - ・前期高齢者については、保険者の異動があった場合は保険者ごとに自己負担限度額を算定します。
 - ・後期高齢者については、保険者の異動があった場合は異動前と異動後で通算して自己負担限度額を算定します。

3. 公費負担限度額算定基準額一覧

公費・所得区分等		コード	略号	公費負担限度額	
70 歳 未 満	標準報酬月額 83 万円以上 (難病等受給者証 [ア])	26	区ア	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1%	
		31	多ア	多数回 140,100 円 (※1 入院のみ)	
	標準報酬月額 53 万~79 万円 (難病等受給者証 [イ])	27	区イ	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1%	
		32	多イ	多数回 93,000 円 (※1 入院のみ)	
	標準報酬月額 28 万~50 万円 (難病等受給者証 [ウ])	28	区ウ	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1%	
		33	多ウ	多数回 44,400 円 (※1 入院のみ)	
	標準報酬月額 26 万円以下 (難病等受給者証 [エ])	29	区エ	57,600 円	
		34	多エ	多数回 44,400 円 (※1 入院のみ)	
	低所得者 (住民税非課税) (難病等受給者証 [オ])	30	区オ	35,400 円	
		35	多オ	多数回 24,600 円 (※1 入院のみ)	
	難病受給者証 [空白]				80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1%
	その他の公費 (社保)・国公費 (国保) (※2)				80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1%
	生活保護 (12)・中国残留 (25)				35,400 円
	(長)				10,000 円
(長2)				20,000 円	

(※1 入院のみ)・・・多数回に該当する場合、特記 31 多ア、32 多イ、33 多ウ、34 多エ、35 多オとなる。

なお、法別 38.602 の多数回に該当する場合は特記 34 多エ又は 35 多オとなる。

(※2)・・・国保の (都・障・親・乳・子・青) については、「2. 自己負担限度額算定基準額一覧」に準じる。

		公費・所得区分等	コード	略号	公費負担限度額			
高齢受給者 (70歳～74歳)	公費 51.601 54 38.602	現役並み	Ⅲ課税所得 690 万円以上 (難病等受給者証 [Ⅵ]) (3割負担)	26	区ア	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1%		
				31	多ア	多数回 140,100 円 (※1 入院のみ)		
			Ⅱ課税所得 380 万円以上 (難病等受給者証 [Ⅴ]) (3割負担)	27	区イ	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1%		
				32	多イ	多数回 93,000 円 (※1 入院のみ)		
			Ⅰ課税所得 145 万円以上 (難病等受給者証 [Ⅳ]) (3割負担)	28	区ウ	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1%		
				33	多ウ	多数回 44,400 円 (※1 入院のみ)		
	一般	課税所得 145 万円未満 (難病等受給者証 [Ⅲ]) (2割負担)	29	区エ	入院	57,600 円	外来	18,000 円
			34	多エ	入院	多数回 44,400 円	外来	—
	低所得者	Ⅱ住民税非課税世帯 (難病等受給者証 [Ⅱ]) (2割負担)	30	区オ	入院	24,600 円	外来	8,000 円
		Ⅰ住民税非課税世帯 (難病等受給者証 [Ⅰ]) (2割負担)	30	区オ	入院	15,000 円	外来	8,000 円
	その他の公費 (社保)・国公費 (国保) (※2)				入院	57,600 円	外来	18,000 円
	生活保護 (12)・中国残留 (25)				入院	15,000 円	外来	8,000 円
	(長)				10,000 円			

(※1 入院のみ)・・・多数回に該当する場合は、特記 31 多ア、32 多イ、33 多ウ、34 多エとなる。
なお、法別 38.602 の多数回に該当する場合は特記 34 多エとなる。

(※2)・・・国保の(都・障・親)については、「2. 自己負担限度額算定基準額一覧」に準じる。

		公費・所得区分等	コード	略号	公費負担限度額				
後期高齢者 (75歳以上)	公費 法別 51 54 38.602	現役並み	Ⅲ課税所得 690 万円以上 (難病等受給者証 [Ⅵ]) (3割負担)	26	区ア	252,600 円 + (医療費 - 842,000 円) × 1%			
				31	多ア	多数回 140,100 円 (※1 入院のみ)			
			Ⅱ課税所得 380 万円以上 (難病等受給者証 [Ⅴ]) (3割負担)	27	区イ	167,400 円 + (医療費 - 558,000 円) × 1%			
				32	多イ	多数回 93,000 円 (※1 入院のみ)			
			Ⅰ課税所得 145 万円以上 (難病等受給者証 [Ⅳ]) (3割負担)	28	区ウ	80,100 円 + (医療費 - 267,000 円) × 1%			
				33	多ウ	多数回 44,400 円 (※1 入院のみ)			
		一般	Ⅱ課税所得 28 万円以上 (難病等受給者証 [Ⅲ]) (2割負担)	41	区カ	入院	57,600 円	外来	18,000 円
				43	多カ	入院	多数回 44,400 円	外来	—
			Ⅰ課税所得 28 万円未満 (難病等受給者証 [Ⅲ]) (1割負担)	42	区キ	入院	57,600 円	外来	18,000 円
			44	多キ	入院	多数回 44,400 円	外来	—	
	低所得者	Ⅱ住民税非課税世帯 (難病等受給者証 [Ⅱ]) (1割負担)	30	区オ	入院	24,600 円	外来	8,000 円	
		Ⅰ住民税非課税世帯 (難病等受給者証 [Ⅰ]) (1割負担)	30	区オ	入院	15,000 円	外来	8,000 円	
	その他の公費・国公費 (※2)				入院	57,600 円	外来	18,000 円	
	生活保護 (12)・中国残留 (25)				入院	15,000 円	外来	8,000 円	
	(長)				10,000 円				

(※1 入院のみ)・・・多数回に該当する場合は、特記 31 多ア、32 多イ、33 多ウ、43 多カ、44 多キとなる。
なお、法別 38.602 の多数回に該当する場合は特記 43 多カ又は 44 多キとなる。

(※2)・・・(都・障・親)については、「2. 自己負担限度額算定基準額一覧」に準じる。

4. 食事・生活療養標準負担額一覧

(1) 食事療養標準負担額（1日3食を限度）

対象者の分類		1食につき
一般所得者 (低所得者Ⅱ・Ⅰ以外 の者)	一般	460円
	小児慢性特定疾病児童、指定難病医療患者	260円
	経過措置該当者 (平成28年4月1日において精神病床への入院期間が既に1年超の患者)	
低所得者Ⅱ (注1)	70歳未満の低所得者、70歳以上の低所得Ⅱ	210円
	70歳未満の低所得者、70歳以上の低所得Ⅱであり、直近1年間の入院日数が91日以上の場合	160円
低所得者Ⅰ (注2)	70歳以上の低所得Ⅰ	100円

注1：市町村民税の非課税者・免除者である被保険者とその被扶養者。健康保険法施行令第42条第1項第5号、同条第3項第5号又は同条第4項第5号に掲げる者に該当していることにつき保険者の認定を受けている者をいう。

注2：総所得金額等にかかる各種所得がない被保険者・被扶養者。健康保険法施行令第42条第3項第6号又は同条第4項第6号に掲げる者に該当していることにつき保険者の認定を受けている者をいう。

(2) 生活療養標準負担額（1食あたりの食費と1日あたりの居住費）

対象者の分類			食費 (1食につき)	居住費 (1日につき)	
医療区分Ⅰ (注1)	一般所得者 (低所得Ⅱ・Ⅰ以外)	入院時生活療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関	460円	370円	
		入院時生活療養（Ⅱ）を算定する保険医療機関	420円	370円	
	70歳未満の低所得者、70歳以上の低所得Ⅱ（注3）		210円	370円	
	70歳以上の低所得Ⅰ（注4）		130円	370円	
	老齢福祉年金受給者（後期高齢者医療制度のみ）・境界層該当者（注5）		100円	0円	
医療区分Ⅱ・Ⅲ (注2)	①指定難病患者	一般所得者 (低所得Ⅱ・Ⅰ以外)	入院時生活療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関	460円	370円
			入院時生活療養（Ⅱ）を算定する保険医療機関	420円	370円
		指定難病医療患者	260円	0円	
	②症状が重篤または常時、若しくは集中的な医学的処置、手術等の治療が必要な者	70歳未満の低所得者、70歳以上の低所得者Ⅱ (注3)	直近1年間の入院期間が90日以内	210円	370円
			直近1年間の入院期間が90日以内（指定難病医療患者）	210円	0円
			直近1年間の入院期間が90日超	160円	370円
			直近1年間の入院期間が90日超（指定難病医療患者）	160円	0円
			70歳以上の低所得Ⅰ（注4）	100円	370円
70歳以上の低所得Ⅰ（注4）（指定難病医療患者）		100円	0円		
老齢福祉年金受給者（後期高齢者医療制度のみ）・境界層該当者（注5）		100円	0円		

注1：医療区分Ⅱ・Ⅲに該当しない者。

注2：健康保険法施行規則第62条の3第4号の規定による「症状の程度が重篤な者又は常時の若しくは集中的な医学的処置、手術その他の治療を要する者として厚生労働大臣が定める者（入院医療の必要性の高い患者）」及び難病医療患者。

注3：市町村民税の非課税者・免除者である被保険者とその被扶養者。健康保険法施行令第42条第1項第5号、同条第3項第5号又は同条第4項第5号に掲げる者に該当していることにつき保険者の認定を受けている者をいう。

注4：総所得金額等にかかる各種所得がない被保険者・被扶養者。健康保険法施行令第42条第3項第6号又は同条第4項第6号に掲げる者に該当していることにつき保険者の認定を受けている者をいう。

※ 一般所得者以外の低所得の方は、「認定証」を医療機関に提示する必要があります。「認定証」はあらかじめ患者が保険者に申請して交付をうけます。「認定証」の提示がない場合は、通常の負担額の支払いとなりますが事前に申請すれば、差額（負担軽減分）を保険者からうけることができます。

注5：本来適用されるべき所得区分の負担上限額を適用すれば生活保護を必要とするが、より低い所得区分の負担上限額を適用すれば生活保護を必要としない状態となる者。

5. 難病・小慢・マル障・マル親等の併用について

難病医療費助成(難病助成[国疾病・都疾病])・小児慢性疾患医療費助成(小慢)と

④心身障害者医療費助成制度(マル障) 法別番号 80

⑤ひとり親家庭等医療費助成制度(マル親) 法別番号 81

(令和5年7月更新 東京都福祉局生活福祉部医療助成課)

難病助成・小慢(第1公費)との併用におけるマル障・マル親(第2公費)の助成方法は次のとおりとなります。

一部負担金の徴収方法(難病助成・小慢とマル障課税者 80136***・マル親課税者 81136***)

難病助成・小慢で一部負担額が発生する場合に、マル障・マル親が助成し、総点数の1割(ただし、当該受診の難病助成・小慢上限まで)が窓口での自己負担となります。

受診ごと難病助成・小慢の一部負担額まで1割を徴収し、難病助成・小慢の一部負担額が発生しない場合は徴収しません(累計での徴収はしません)。

■医療保険一部負担3割、難病助成・小慢上限額5,000円、マル障・マル親一部負担1割の場合

難病助成・小慢の一部負担額をマル障・マル親が助成(総点数の1割(当該受診の難病・小慢上限まで)は自己負担)

診療	総点数	医療保険		難病助成・小慢		マル障課税・マル親課税		
		保険給付	一部負担	助成	一部負担	助成	一部負担	考え方
1日目	2,200点	15,400円	6,600円	2,200円	4,400円	2,200円	2,200円	1割負担
2日目	1,000点	7,000円	3,000円	2,400円	600円	0円	600円	1割のうち難病上限まで
3日目	2,000点	14,000円	6,000円	6,000円	0円	0円	0円	
4日目	5,000点	35,000円	15,000円	15,000円	0円	0円	0円	
合計	10,200点	71,400円	30,600円	25,600円	5,000円	2,200円	2,800円	

難病助成・小慢自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

上記の件の詳細につきましては、下記ホームページをご参照ください。
 東京都福祉局トップ⇒分野からのご案内「生活の福祉」⇒医療助成
<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/index.html>
【担当】 東京都福祉局生活福祉部医療助成課
 電話(マル障担当) 03-5320-4571 (マル親担当) 03-5320-4282

**小慢等（自己負担上限月額のある公費負担医療）と㊦義務教育就学児医療費助成（法別 88）
及び㊧高校生等医療費助成（法別 89）との併用における
一部負担金（通院時 1 回 2 0 0 円）の徴収方法**

（令和 5 年 7 月更新 東京都福祉局生活福祉部医療助成課）

自己負担上限月額のある公費： 小児慢性特定疾病医療費助成：法別 52 難病医療費助成：法別 54, 83

自立支援医療：法別 16, 21 B 型・C 型ウイルス肝炎治療医療費助成：法別 38等と

㊦[マル子]義務教育就学児医療費助成通院負担有(200 円)88131***、88134***及び㊧[マル青]高校生等医療費助成通院負担有(200 円)89131***、89134***の併用における負担金徴収方法については次のとおりですので、よろしくお取り計らいの程お願いいたします。

（注）通院負担有(200 円)の医療証は市町村（一部を除く）で発行しています。

○マル子・マル青は、小慢等の一部負担金が発生した受診に限り、通院一部負担金を徴収する。ただし、その額は、当該受診ごとの小慢等の一部負担金までとする。

（例）小慢、自己負担上限額 5,000 円（一般所得 I）

診療	点数 (保険/52/88or89)	第 1 公費 小慢(52) 一部負担金	第 2 公費 マル子 (88131, 88134) マル青 (89131, 89134) 一部負担金	マル子(88131, 88134) マル青(89131, 89134) 一部負担金(通院 1 回 200 円)徴収方法
1 日目	1,200 点	2,400 円	200 円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(200 円徴収 2,200 円助成)
2 日目	1,250 点	2,500 円	200 円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(200 円徴収 2,300 円助成)
3 日目	2,000 点	100 円	100 円	当該受診の小慢一部負担金を限度にマル子・マル青負担金を徴収(100 円徴収・助成額なし)
4 日目	1,000 点	0 円	0 円	当該受診の小慢一部負担金が発生していないためマル子・マル青負担金・助成額なし
合 計	5,450 点	①5,000 円	②500 円	

自己負担上限額管理票にはこの金額を記載

実際の窓口徴収額

マル子・マル青助成＝①5,000 円－②500 円＝4,500 円（自己負担 500 円）

徴収事例・レセプト記載例等は東京都福祉局ホームページをご参照ください。

東京都福祉局トップ⇒分野からのご案内「生活の福祉」⇒医療助成

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/seikatsu/josei/index.html>

問合せ先：東京都福祉局生活福祉部医療助成課 電話 03-5320-4282

発行年月	改訂	備考
昭和47年3月	初版	
昭和59年1月	第2次改訂版	老健法の施行に伴う改正（昭和58年2月）
昭和60年10月	第3次改訂版	健保本人の一部負担金の改訂に伴う改正（昭和59年10月）
昭和63年10月	第4次改訂版	老健法の一部負担金の改訂に伴う改正（昭和62年1月）
平成元年12月	第5次改訂版	
平成4年1月	第6次改訂版	
平成6年4月	第7次改訂版	
平成7年10月	第8次改訂版	結核予防法及び精神保健福祉法の一部改正（平成7年7月）
平成13年10月	第9次改訂版	
平成15年10月	第10次改訂版	老人保健制度及び平成15年10月難病医療制度の改定（平成14年10月）
平成17年10月	第11次改訂版	
平成19年10月	第12次改訂版	
平成21年10月	第13次改訂版	中国残留邦人等の円滑な帰国の促進及び永住帰国後の自立の支援に関する法律の制定（平成20年4月）
平成23年10月	第14次改訂版	
平成25年10月	第15次改訂版	
平成27年11月	第16次改訂版	難病医療費助成制度の改正（平成27年1月）
平成29年11月	第17次改訂版	
令和元年9月	第18次改訂版	心身障害者医療費助成制度の改正 ひとり親家庭等医療費助成制度の改正 (令和元年8月)
令和4年2月 (令和3年度)	第19次改訂版	
令和5年11月	第20次改訂版	高校生等医療費助成制度の新設（令和5年4月）

公費負担医療の手引
令和5年11月（令和5年度）
第20次改訂版

発行 令和5年11月

公益社団法人 東京都医師会

東京都千代田区神田駿河台2-5
電話 03(3294)8821

無断転用・転載を禁じます