

重要

申請にあたり、必ずお読みください

【宮城県】

## 令和5年度 特定医療費（指定難病） 医療受給者証更新手続きの御案内

あなたの特定医療費（指定難病）医療受給者証は、令和5年9月30日で有効期間が終了します。

引き続き交付を希望される場合は、更新手続き（申請書類の提出）が必要です。

### 更新申請受付期間

① 郵送申請の場合 … 令和5年7月14日（金）消印分まで

② 会場申請の場合 … 令和5年7月31日（月）受付分まで

※ 提出方法の詳細は、別冊2の「保健所別の申請方法」を確認してください。

※ 更新手続きについては、可能な限り郵送申請に御協力ください。

※ ①または②の期間経過後も、令和5年9月29日までは随時申請を受け付けています。

### 受給者証の発行時期（審査で承認された場合）

①または②の日付までに申請書類を提出した場合 … 令和5年9月末

①または②の日付以降、令和5年9月29日（金）までに申請書類を提出した場合 … 令和5年11月末以降

#### 【御注意ください】

①または②の日付までに提出された場合でも、次の場合は、受給者証の発行が令和5年11月末以降になります。

- 申請書類に不備があるとき
- 臨床調査個人票の内容について医療機関への確認が必要になったとき

# 目 次

冊子	ページ	見出し名
本冊	P.3	1 更新申請の手続きと審査
	P.5	2 必要書類
	P.6	(1) 患者が『被用者保険』に加入している場合
	P.7	(2) 患者が『後期高齢者医療保険』に加入している場合
	P.8	(3) 患者が『国民健康保険』に加入している場合
	P.9	(4) 患者が『国民健康保険組合』に加入している場合
	P.10	(5) 患者が『生活保護受給者』の場合
	P.11	3 申請書等の書き方
	P.14	4 軽症者特例の審査
	P.15	5 人工呼吸器等装着者の特例
	P.16	6 高額かつ長期の特例
	P.17	7 世帯按分の特例
	P.18	8 通院介護費用交付事業のお知らせ
	P.18	9 よくある問合せ等について
	P.19	10 令和5年度の市町村民税額等がわかる証明書の名称等
P.20	各種申請書の記載例	
別冊1	必要書類チェックシート・各種申請書様式集	
別冊2	保健所別の申請方法について	

# 1 更新申請の手続きと審査

## (1) 更新申請の手続き

特定医療費（指定難病）医療受給者証は、1年ごとに更新が必要です（宮城県では、10月1日を基準に更新を行います。）。

この封筒の中身を確認し、次のとおり手続きをしてください。

### ① 臨床調査個人票の準備

現在認定されている疾病の臨床調査個人票（様式）を同封していますので、お早めに主治医（難病指定医）に記載を依頼してください。

### ② 更新申請書と添付書類の準備

5ページの説明をお読みいただき、6ページ～10ページのうち、該当する保険証種別のページを確認しながら、必要書類を御準備ください。

### ③ 申請書類一式の提出

- ・ お住まいの地域を管轄する保健所に提出してください。（郵送で提出する場合は、書類を折らずにお送りください。）
- ・ 提出方法と申請受付期間の詳細については、別冊2の「保健所別の申請方法」を確認してください。

## (2) 更新申請の審査

提出された臨床調査個人票と申請書類一式で、次の2つの審査を行います。

### ① 臨床調査個人票等の審査について

受給者証の更新条件を満たしているか、次の1または2により審査します。

1 臨床調査個人票の重症度（症状の程度）が、国の定める基準を満たしているか。

満たす

満たさない

2 更新申請月を含めて過去12か月以内に、認定されている指定難病に関する医療費総額（10割）が合計33,331円以上となる月が3回以上あるか（軽症者特例）。

※2の審査には、自己負担上限月額管理票のコピー等の提出が必要  
満たす

満たさない

○ 認定

× 不認定

② 申請書類の審査について

提出された申請書や市町村民税額がわかる証明書、自己負担上限月額管理票のコピー等に基づき、自己負担上限月額や「高額かつ長期」等の軽減申請について審査します。そのため、今年度の課税額や軽減申請の有無によっては、前回と自己負担上限月額が変わることがあります。

【参考】

各階層区分における自己負担上限月額は、次のとおりです。

階層区分	自己負担上限月額		
	一般	高額かつ長期	人工呼吸器等
上位所得(D)	30,000円	20,000円	1,000円
一般所得Ⅱ(C2)	20,000円	10,000円	
一般所得Ⅰ(C1)	10,000円	5,000円	
低所得Ⅱ(B2)	5,000円	5,000円	
低所得Ⅰ(B1)	2,500円	2,500円	
生活保護(A)	0円		

※ 階層区分が「低所得Ⅱ(B2)」、「低所得Ⅰ(B1)」、「生活保護(A)」の方については、高額かつ長期の要件に該当する場合でも、自己負担上限月額は変わりません。

世帯按分に該当する場合、申請することで自己負担上限月額がさらに減額される場合があります（詳細については、17ページを確認してください。）。

現在、軽減申請が承認されている場合は、受給者証の自己負担上限月額の後ろに、次のとおり印字されています。今回の更新申請時の参考に、御確認ください。

- ・ 「高額かつ長期」に該当 … 「高」
- ・ 「人工呼吸器等」に該当 … 「呼」
- ・ 「世帯按分」に該当 … 「按」



【受給者証への表示例】

特定医療費（指定難病）医療受給者証		(ピンク色)
受診者住所・氏名	公費負担者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇
〇〇市〇〇〇〇〇	受給者番号	〇〇〇〇〇〇〇
〇〇 〇〇	保険者	〇〇〇〇
生年月日 〇〇年〇〇月〇〇日	性別	〇
自己負担上限額 月額〇〇〇〇〇円 (〇〇:★)	「高額かつ長期」等の軽減申請が承認された場合は、★の箇所に「高」「呼」「按」と表示	
疾病名 〇〇		

## 2 必要書類

- 患者が加入している保険証の種類によって、手続きに必要な書類が異なります。患者が加入している保険証種別のページを確認して、書類を御準備ください。
- 各書類のコピーは全てA4サイズ用紙に片面コピーして提出してください（元のサイズに合わせた切り取りは不要です。）。

P.6	(1) 患者が『被用者保険』に加入している場合
P.7	(2) 患者が『後期高齢者医療保険』に加入している場合
P.8	(3) 患者が『国民健康保険』に加入している場合
P.9	(4) 患者が『国民健康保険組合』に加入している場合
P.10	(5) 患者が『生活保護受給者』の場合

- 申請書の記載例や必要書類の補足は、11ページ以降の「3 申請書等の書き方」や14ページから17ページまでの各特例ページ、20ページ以降の記載例で説明していますので、あわせて確認してください。

### 【参考1】保険証に変更がある場合

- 「現在の保険証」と「現在の受給者証に記載されている保険証情報」が異なる場合、更新申請書2(1)で「あり」に○をし、「変更後の保険証情報」の記入欄に新しい保険証の情報を記入することで、更新と同時に保険変更の手続きを行うことができます。
- 更新後の受給者証とは別に、保険変更の内容を書き換えた令和5年9月30日までの受給者証の発行を希望する場合は、更新申請書2(2)で「はい」に○をしてください。
- この保険変更の内容を書き換えた令和5年9月30日までの受給者証の再発行時期は、令和5年10月末以降となりますので、直近で受診予定があるなど、保険変更の内容を書き換えた受給者証をお急ぎで医療機関に提示する必要がある場合は、下記①、②のいずれかの方法で提出いただければ、受付時にあわせてお手持ちの受給者証を窓口で修正します。
  - ① 更新申請とは別に、保健所窓口で随時受付している『保険変更届出』を提出する。
  - ② 更新申請書を『会場申請』で提出する（※会場申請を実施する保健所に限る。）。

### 【参考2】市町村民税の課税・非課税を確認する方法

- 各市町村によって様式が異なりますが、多くの場合、例のように県民税と並んで記載されています。
- 市町村民税の「所得割」と「均等割」のどちらかでも1円以上の場合は「課税」、どちらも「0円」の場合は「非課税」となります。

(例)

	市(町村)民税	県民税
所得割	72,000円	68,000円
均等割	3,500円	2,700円

## (1) 患者が『被用者保険』に加入している場合

例) 全国健康保険協会〇〇支部、船員保険、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合など

### 1 提出が必要な書類 (「注意事項」欄も必ずお読みください。)

チェック	書類名	注意事項
<input type="checkbox"/>	(1) 必要書類チェックシート	準備した書類を確認後、一緒に提出してください。
<input type="checkbox"/>	(2) 支給認定申請書(更新用)	20ページの記載例を参考に記入してください。
<input type="checkbox"/>	(3) 世帯調書	(4)の対象者について、記入してください。
<input type="checkbox"/>	(4) 保険証のコピー	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が被保険者の場合 … 患者分のみ</li> <li>患者が被扶養者の場合 … 患者と被保険者の分</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	(5) 患者の世帯全員が記載された住民票(住民票謄本) ※ 世帯全員の続柄及びマイナンバーが記載されているもの	マイナンバーの記載がない住民票を提出する場合は、追加でマイナンバー証明書類の提出が必要になります。
<input type="checkbox"/>	(6) 令和5年度の市町村民税額がわかる証明書(合計所得金額等の記載があるもの) ※ 証明書の名称は、19ページ参照。	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が被保険者の場合 … 患者分のみ</li> <li>患者が被扶養者の場合 … 患者と被保険者の分</li> </ul> ※ 被保険者が課税の場合、被扶養者分は提出不要です。 ※ 対象者のうち、16歳未満の方は提出不要です。
<input type="checkbox"/>	(7) 非課税収入申告書と、該当する給付金等の令和4年1月～12月分の収入額の証拠書類(公的機関発行書類のコピー)	<ul style="list-style-type: none"> <li>12ページの「提出が必要な場合」に該当しないときは、提出は不要です。</li> <li>給付金等の収入額の証拠書類に、通帳のコピーは使用できません。紛失した場合は支給元にお問い合わせください。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	(8) 自己負担上限月額管理票のコピー ※ 11ページ、14ページ、16ページ参照。	令和4年8月～令和5年7月分までのうち、「医療費総額(10割分)」欄の合計額が ① 33,331円以上の月が3か月分(軽症者特例) ② 50,001円以上の月が6か月分(高額かつ長期)ありましたら、添付してください。
<input type="checkbox"/>	(9) 現在の指定難病受給者証のコピー	宮城県知事印が押されている左側のページを、A4サイズの用紙にコピーしてください。
<input type="checkbox"/>	(10) 臨床調査個人票	文書料等がかかる場合がありますが、これは保険給付の対象とはなりませんので、全額自己負担となります。

### 2 該当する場合のみ、必要な書類

チェック	【該当例】と必要書類	備考
<input type="checkbox"/>	【世帯按分に該当する場合】 ・ 対象者の受給者証のコピー	対象者とは、「保険証の記号番号が同じ」で、指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証を持っている方です。
<input type="checkbox"/>	【会場で代理申請する場合】 ・ 代理人の顔写真付き本人確認書類いずれか1点(または代理人の公的証明書類2点)	顔写真付き本人確認書類の例： マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等
<input type="checkbox"/>	【マイナンバーの記載がない住民票を提出する場合】 ・ (4)の対象者全員分のマイナンバーカードのコピー	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が18歳未満の場合は、保護者の分のマイナンバーカードのコピーも必要です。</li> <li>マイナンバー通知カードは、記載されている住所、氏名が現在と変更がない場合のみ使用できます。</li> <li>個人番号通知書は確認書類として使用できません。</li> </ul>

**(2) 患者が『後期高齢者医療保険』に加入している場合**  
**例) 宮城県後期高齢者医療広域連合**

**1 提出が必要な書類 (「注意事項」欄も必ずお読みください。)**

チェック	書類名	注意事項
<input type="checkbox"/>	(1) 必要書類チェックシート	準備した書類を確認後、一緒に提出してください。
<input type="checkbox"/>	(2) 支給認定申請書(更新用)	20ページの記載例を参考に記入してください。
<input type="checkbox"/>	(3) 世帯調書	(4)の対象者について、記入してください。
<input type="checkbox"/>	(4) 保険証のコピー	患者分のほか、同じ住民票上で後期高齢者被保険者証をお持ちの方全員の分
<input type="checkbox"/>	(5) 患者の世帯全員が記載された住民票(住民票謄本) ※ 世帯全員の続柄及びマイナンバーが記載されているもの	マイナンバーの記載がない住民票を提出する場合は、マイナンバー証明書類の提出が必要になります。
<input type="checkbox"/>	(6) 令和5年度の市町村民税額がわかる証明書(合計所得金額等の記載があるもの) ※ 証明書の名称は、19ページ参照。	(4)の対象者全員の分
<input type="checkbox"/>	(7) 非課税収入申告書と、該当する給付金等の令和4年1月～12月分の収入額の証拠書類(公的機関発行書類のコピー)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 12ページの「提出が必要な場合」に該当しないときは、提出は不要です。</li> <li>・ 給付金等の収入額の証拠書類に、通帳のコピーは使用できません。紛失した場合は支給元にお問い合わせください。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	(8) 自己負担上限月額管理票のコピー ※ 11ページ、14ページ、16ページ参照。	令和4年8月～令和5年7月分までのうち、「医療費総額(10割分)」欄の合計額が ① 33,331円以上の月が3か月分(軽症者特例) ② 50,001円以上の月が6か月分(高額かつ長期)ありましたら、添付してください。
<input type="checkbox"/>	(9) 現在の指定難病受給者証のコピー	宮城県知事印が押されている左側のページを、A4サイズ用の紙にコピーしてください。
<input type="checkbox"/>	(10) 臨床調査個人票	文書料等がかかる場合がありますが、これは保険給付の対象とはなりませんので、全額自己負担となります。

**2 該当する場合のみ、必要な書類**

チェック	【該当例】と必要書類	備考
<input type="checkbox"/>	【世帯按分に該当する場合】 ・ 対象者の受給者証のコピー	対象者とは、「患者と住民票上で同じ世帯」かつ「同じ後期高齢者医療保険に加入している方」で、指定難病の受給者証を持っている方です。
<input type="checkbox"/>	【会場で代理申請する場合】 ・ 代理人の顔写真付き本人確認書類いずれか1点(または代理人の公的証明書類2点)	顔写真付き本人確認書類の例： マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等
<input type="checkbox"/>	【マイナンバーの記載がない住民票を提出する場合】 ・ (4)の対象者全員分のマイナンバーカードのコピー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ マイナンバー通知カードは、記載されている住所、氏名が現在と変更がない場合のみ使用できます。</li> <li>・ 個人番号通知書は確認書類として使用できません。</li> </ul>

### (3) 患者が『国民健康保険』に加入している場合

例) 〇〇市(町・村)国民健康保険

#### 1 提出が必要な書類 (「注意事項」欄も必ずお読みください。)

チェック	書類名	注意事項
<input type="checkbox"/>	(1) 必要書類チェックシート	準備した書類を確認後、一緒に提出してください。
<input type="checkbox"/>	(2) 支給認定申請書(更新用)	20ページの記載例を参考に記入してください。
<input type="checkbox"/>	(3) 世帯調書	(4)の対象者について、記入してください。
<input type="checkbox"/>	(4) 保険証のコピー	患者と同じ記号番号の方全員の分
<input type="checkbox"/>	(5) 患者の世帯全員が記載された住民票(住民票謄本) ※ 世帯全員の続柄及びマイナンバーが記載されているもの	マイナンバーの記載がない住民票を提出する場合は、マイナンバー証明書類の提出が必要になります。
<input type="checkbox"/>	(6) 令和5年度の市町村民税額がわかる証明書(合計所得金額等の記載があるもの) ※ 証明書の名称は、19ページ参照。	(4)の対象者全員の分 ※ 対象者のうち、16歳未満の方は提出不要です。 ※ 患者が国民健康保険加入者で、保護者が後期高齢者医療制度に加入している場合、その保護者分の証明書も必要です。
<input type="checkbox"/>	(7) 非課税収入申告書と、該当する給付金等の令和4年1月～12月分の収入額の証拠書類(公的機関発行書類のコピー)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 12ページの「提出が必要な場合」に該当しないときは、省略可能です。</li> <li>・ 給付金等の収入額の証拠書類に、通帳のコピーは使用できません。紛失した場合は支給元にお問い合わせください。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	(8) 自己負担上限月額管理票のコピー ※ 11ページ、14ページ、16ページ参照。	令和4年8月～令和5年7月分までのうち、「医療費総額(10割分)」欄の合計額が ① 33,331円以上の月が3か月分(軽症者特例) ② 50,001円以上の月が6か月分(高額かつ長期)ありましたら、添付してください。
<input type="checkbox"/>	(9) 現在の指定難病受給者証のコピー	宮城県知事印が押されている左側のページを、A4サイズの用紙にコピーしてください。
<input type="checkbox"/>	(10) 臨床調査個人票	文書料等がかかる場合がありますが、これは保険給付の対象とはなりませんので、全額自己負担となります。

#### 2 該当する場合のみ、必要な書類

チェック	【該当例】と必要書類	備考
<input type="checkbox"/>	【世帯按分に該当する場合】 ・ 対象者の受給者証のコピー	対象者とは、「保険証の記号番号が同じ」で、指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証を持っている方です。
<input type="checkbox"/>	【会場で代理申請する場合】 ・ 代理人の顔写真付き本人確認書類いずれか1点(または代理人の公的証明書類2点)	顔写真付き本人確認書類の例： マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等
<input type="checkbox"/>	【マイナンバーの記載がない住民票を提出する場合】 ・ (4)の対象者全員分のマイナンバーカードのコピー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者が18歳未満の場合は、保護者の分のマイナンバーカードのコピーも必要です。</li> <li>・ マイナンバー通知カードは、記載されている住所、氏名が現在と変更がない場合のみ使用できます。</li> <li>・ 個人番号通知書は確認書類として使用できません。</li> </ul>



#### (4) 患者が『国民健康保険組合』に加入している場合

例) 宮城県医師国民健康保険組合、全国土木建築国民健康保険組合、建設連合国民健康保険組合、宮城県建設業国民健康保険組合など

### 1 提出が必要な書類 (「注意事項」欄も必ずお読みください。)

チェック	書類名	注意事項
<input type="checkbox"/>	(1) 必要書類チェックシート	準備した書類を確認後、一緒に提出してください。
<input type="checkbox"/>	(2) 支給認定申請書(更新用)	20ページの記載例を参考に記入してください。
<input type="checkbox"/>	(3) 世帯調書	(4)の対象者について、記入してください。
<input type="checkbox"/>	(4) 保険証のコピー	患者と同じ記号番号の方全員の分
<input type="checkbox"/>	(5) 患者の世帯全員が記載された住民票(住民票謄本) ※ 世帯全員の続柄及びマイナンバーが記載されているもの	マイナンバーの記載がない住民票を提出する場合は、マイナンバー証明書類の提出が必要になります。
<input type="checkbox"/>	(6) 令和5年度の市町村民税額がわかる証明書(合計所得金額等の記載があるもの) ※ 証明書の名称は、19ページ参照。	(4)の対象者全員の分 ※ 対象者のうち、16歳未満の方は提出不要です。 ※ 患者が国民健康保険組合加入者で、保護者が後期高齢者医療制度に加入している場合、その保護者分の証明書も必要です。
<input type="checkbox"/>	(7) 非課税収入申告書と、該当する給付金等の令和4年1月~12月分の収入額の証拠書類(公的機関発行書類のコピー)	<ul style="list-style-type: none"> <li>12ページの「提出が必要な場合」に該当しないときは、省略可能です。</li> <li>給付金等の収入額の証拠書類に、通帳のコピーは使用できません。紛失した場合は支給元にお問い合わせください。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	(8) 自己負担上限月額管理票のコピー ※ 11ページ、14ページ、16ページ参照。	令和4年8月~令和5年7月分までのうち、「医療費総額(10割分)」欄の合計額が ① 33,331円以上の月が3か月分(軽症者特例) ② 50,001円以上の月が6か月分(高額かつ長期)ありましたら、添付してください。
<input type="checkbox"/>	(9) 現在の指定難病受給者証のコピー	宮城県知事印が押されている左側のページを、A4サイズ用の紙にコピーしてください。
<input type="checkbox"/>	(10) 臨床調査個人票	文書料等がかかる場合がありますが、これは保険給付の対象とはなりませんので、全額自己負担となります。

### 2 該当する場合のみ、必要な書類

チェック	【該当例】と必要書類	備考
<input type="checkbox"/>	【宮城県建設業国民健康保険組合の場合】 ・ 無収入申告書	患者と同じ記号番号の保険証を持つ16歳未満の方がいる場合のみ
<input type="checkbox"/>	【世帯按分に該当する場合】 ・ 対象者の受給者証のコピー	対象者とは、「保険証の記号番号が同じ」で、指定難病または小児慢性特定疾病の受給者証を持っている方です。
<input type="checkbox"/>	【会場で代理申請する場合】 ・ 代理人の顔写真付き本人確認書類いずれか1点(または代理人の公的証明書類2点)	顔写真付き本人確認書類の例: マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等
<input type="checkbox"/>	【マイナンバーの記載がない住民票を提出する場合】 ・ (4)の対象者全員分のマイナンバーカードのコピー	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が18歳未満の場合は、保護者の分のマイナンバーカードのコピーも必要です。</li> <li>マイナンバー通知カードは、記載されている住所、氏名が現在と変更がない場合のみ使用できます。</li> <li>個人番号通知書は確認書類として使用できません。</li> </ul>

## (5) 患者が『生活保護受給者』の場合

### 1 提出が必要な書類（「注意事項」欄も必ずお読みください。）

チェック	書類名	注意事項
<input type="checkbox"/>	(1) 必要書類チェックシート	準備した書類を確認後、一緒に提出してください。
<input type="checkbox"/>	(2) 支給認定申請書（更新用）	20ページの記載例を参考に記入してください。
<input type="checkbox"/>	(3) 世帯調書	患者について、記載してください。
<input type="checkbox"/>	(4) 患者の世帯全員が記載された住民票（住民票謄本） ※ 世帯全員の続柄及びマイナンバーが記載されているもの	マイナンバーの記載がない住民票を提出する場合は、マイナンバー証明書類の提出が必要になります。
<input type="checkbox"/>	(5) 生活保護受給証のコピー	
<input type="checkbox"/>	(6) 自己負担上限月額管理票のコピー ※ 11ページ、14ページ、16ページ参照。	令和4年8月～令和5年7月分までのうち、「医療費総額（10割分）」欄の合計額が ① 33,331円以上の月が3か月分（軽症者特例） ② 50,001円以上の月が6か月分（高額かつ長期）ありましたら、添付してください。
<input type="checkbox"/>	(7) 現在の指定難病受給者証のコピー	宮城県知事印が押されている左側のページを、A4サイズの用紙にコピーしてください。
<input type="checkbox"/>	(8) 臨床調査個人票	文書料等がかかる場合がありますが、これは保険給付の対象とはなりませんので、全額自己負担となります。

### 2 該当する場合のみ、必要な書類

チェック	【該当例】と必要書類	備考
<input type="checkbox"/>	【被用者保険に加入している場合】 ・ 令和5年度の市町村民税額がわかる証明書 ※ 証明書の名称は、19ページ参照。	<ul style="list-style-type: none"> <li>被用者保険とは、全国健康保険協会〇〇支部、船員保険、〇〇健康保険組合、〇〇共済組合などです。</li> <li>被保険者が非課税の場合のみ、被保険者分が必要です。</li> <li>該当する場合は、生活保護担当に御相談ください。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	【国民健康保険組合に加入している場合】 ・ 令和5年度の市町村民税額がわかる証明書 ※ 証明書の名称は、19ページ参照。	<ul style="list-style-type: none"> <li>国民健康保険組合とは、宮城県〇〇国民健康保険組合などです。</li> <li>加入組合員全員分の証明書が必要です。 ※ 16歳未満の方の分に限り、提出不要です。</li> <li>※ 患者が「宮城県建設業国民健康保険組合」に加入しており、患者と同じ記号番号の保険証を持つ16歳未満の方がいる場合のみ「無収入証明書」も提出してください。</li> <li>該当する場合は、生活保護担当に御相談ください。</li> </ul>
<input type="checkbox"/>	【会場で代理申請する場合】 ・ 代理人の顔写真付き本人確認書類いずれか1点（または代理人の公的証明書類2点）	顔写真付き本人確認書類の例： マイナンバーカード、運転免許証、パスポート等
<input type="checkbox"/>	【マイナンバーが省略された住民票の場合】 ・ 患者のマイナンバーカードのコピー	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者が18歳未満の場合は保護者分のマイナンバーカードのコピーも必要です。</li> <li>マイナンバー通知カードは、記載されている住所・氏名が現在と変更がない場合のみ使用できます。</li> <li>個人番号通知書は確認書類として使用できません。</li> </ul>

### 3 申請書等の書き方

#### (1) 更新申請書 別冊1 - ②

- 20ページの記載例を参考に、太枠内及び「あり(はい)」か「なし(いいえ)」を全て記載してください。
- 「軽症者特例申請」及び「軽減申請」の詳細については、14ページ以降に記載しております。該当する場合は、忘れずに必要書類を添付してください。
- 「軽症者特例申請」や「軽減申請」は、自動更新されません。更新のたびに申請が必要となります。
- 「軽減申請」は、後日、変更申請として手続きすることもできます。ただし、認定となった際の適用開始日は、保健所での申請受理日の翌月1日からとなります。

※ 「軽症者特例」と「高額かつ長期」は、同じ月の分を使用できます。

#### 【例】自己負担上限月額管理票の添付について

管理票の月	管理票の「総医療費」欄の合計額	軽症者特例の該当	高額かつ長期の該当
令和4年8月	29,000円	×	×
令和4年9月	35,000円	○	×
令和4年10月	60,800円	○	○
令和4年11月	通院等なし(記載なし)	×	×
令和4年12月	55,000円	○	○
令和5年1月	30,100円	×	×
令和5年2月	56,800円	○	○
令和5年3月	80,000円	○	○
令和5年4月	126,000円	○	○
令和5年5月	34,000円	○	×
令和5年6月	通院等なし(記載なし)	×	×
令和5年7月	78,200円	○	○

この場合、

- ① 令和4年10月
- ② 令和4年12月
- ③ 令和5年2月
- ④ 令和5年3月
- ⑤ 令和5年4月
- ⑥ 令和5年7月

の6か月分を添付することで、

「軽症者特例」  
(33,331円以上3回)  
「高額かつ長期」  
(50,001円以上6回)  
のどちらも申請できます。

※ オンライン診療を受けた等により、自己負担上限月額管理票に未記載の医療費がある場合は、診療を受けた医療機関に相談し、追記を依頼してください。

#### (2) 世帯調書 別冊1 - ③、④

保険証のコピーが必要な方について、太枠内に記載してください。

### (3) 非課税収入申告書 **別冊1 - ⑤**

- 「令和5年度の市町村民税額がわかる証明書（合計所得金額等の記載があるもの）」について、次の①、②の両方に該当する場合は、必ず提出してください。

#### 提出が必要な場合（①、②の両方に該当）

- ① 「市町村民税」欄について、提出対象者全員が非課税（0円）  
かつ
- ② 患者（患者が18歳未満の場合は、保護者）の「公的年金等収入額」欄と「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」の合計額が80万円以下

※ 「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」に「給与所得」がある場合「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」から10万円（「給与所得」の額が10万円未満のときは、その額）を差し引いた額になります。

#### 【確認】 A、Bのどちらかに該当する場合は、提出は不要です！

- A 提出対象者の「市町村民税」欄に課税（1円以上）の方がいる場合  
B 提出対象者全員の「市町村民税」欄が非課税だが、患者（患者が18歳未満の場合は、保護者）の「公的年金等収入額」欄と「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」の合計額が80万1円以上の場合

- 「提出が必要な場合」に該当するときは、次のページの【参考】に記載している給付金等について、受給しているか確認し、次のとおり記載してください。

#### ■【参考】欄に記載されている給付金等を受給している場合

- ① 「厚生労働省令に定める給付金等による非課税収入（受けているものを〇で囲んでください。）」欄の「有」と、対象の給付金等に〇をしてください。
- ② 「収入額」欄に、令和4年1月～令和4年12月の間に受給した給付金等の合計受給額を記載してください。  
※ 受給した月は、「振込や支給を受けた月日が属する月」で考えます。  
(例) 1～2月分を3月に銀行振込で受給した場合、この給付金等は3月分として考えます。
- ③ 令和4年1月～令和4年12月の受給額が分かる公的機関が発行した証拠書類（年金振込通知書など）のコピーを添付してください（※通帳のコピーは使用できません。）。

#### ○ 公的機関が発行した証拠書類を紛失した場合

- ・ 国民年金や厚生年金については、最寄りの年金事務所で「支払記録照会」、「受給権者支払記録回答票」等の年金受給額が分かる書類の交付を受けてください。必要書類は最寄りの年金事務所にお問い合わせください。
- ・ 共済年金等については、年金等支給元にお問い合わせください。
- ・ 障害給付、特別児童扶養手当等については、手当等の支給元にお問い合わせください。

公的機関が発行した証明書類のコピーが添付できない場合、審査が保留になってしまいます。  
公的機関が発行した証明書類のコピーの全部または一部を添付せずに申請をする場合は、非課税収入申告書の下部の「低所得Ⅱ（B2）認定同意欄」で必ず同意してください。

■【参考】欄に記載されている給付金等を受給していない場合

①「厚生労働省令に定める給付金等による非課税収入（受けているものを○で囲んでください。）」欄の「無」に○をしてください。

【参考】提出の対象となる非課税収入の一覧

この一覧表に掲載されている年金等を受給していない場合は、公的機関が発行した証明書類のコピーは不要です。

例)「児童手当(0歳から15歳到達日以後の最初の3月31日までの間にある児童に給付される手当)」、「住民税非課税世帯への臨時特別給付金(新型コロナウイルス感染症に関する給付等)」は、「非課税収入申告書」の申告対象にはなりません。

区分	給付に関する法令	非課税収入申告の対象となる給付の名称	非課税収入申告書の番号
障害年金、遺族年金、寡婦年金、関係	国民年金法	障害基礎年金	①
		遺族基礎年金	②
		寡婦年金	③
		法改正前の障害年金	④
	厚生年金保険法	障害厚生年金	⑤
		障害手当金	⑥
		遺族厚生年金	⑦
		法改正前の障害年金	④
	船員保険法	障害年金	④
		障害手当金	⑥
		法改正前の障害年金	④
	国家公務員共済組合法	障害共済年金	⑨
		障害一時金	⑧
		遺族共済年金	⑩
		法改正前の障害年金	④
	地方公務員等共済組合法	障害共済年金	⑨
		障害一時金	⑧
		遺族共済年金	⑩
		法改正前の障害年金	④
	私立学校教職員共済法	障害共済年金	⑨
障害一時金		⑧	
遺族共済年金		⑩	
法改正前の障害年金		④	
厚生年金保険制度及び農林漁業団体職員共済組合制度の統合を図るための農林漁業団体職員共済組合法等を廃止する等の法律附則第十六条第四項に規定する移行農林共済年金及び同条第六項に規定する移行農林年金	障害共済年金	⑨	
	障害年金	④	
特定障害者に対する特定障害給付金の支給に関する法律	特別障害給付金	⑫	
労働災害補償関係	労働者災害補償保険法	障害補償給付	⑬
		障害給付	⑬
	国家公務員災害補償法	障害補償	⑭
地方公務員災害補償法	障害補償	⑭	
	障害を支給事由とする補償	⑭	
児童等の障害手当関係	特別児童扶養手当等の支給に関する法律	特別児童扶養手当	⑮
		障害児福祉手当	⑯
		特別障害者手当	⑰
		福祉手当	⑱

## 4 軽症者特例の審査

### (1) 「軽症者特例」とは

指定難病の病状の程度（重症度）が国で定める基準を満たさない方で、かつ、医療費の要件を満たす方を、申請により医療費助成の対象とする特例です。

### (2) 対象者

次の2つをいずれも満たす場合です。

- ① 臨床調査個人票の審査の結果、重症度が国で定める基準に満たない方
- ② 更新申請を行う月を含めた過去12か月のうち、指定難病に係る医療費総額（10割分）が33,331円以上かかった月が、3回以上ある方

### (3) 「軽症者特例」該当の確認方法

- ① 対象期間分の自己負担上限月額管理票を御用意ください。
  - ② 「更新申請を行う月を含めた過去12か月分」の範囲を確認します。
- ※ 7月までに提出する更新申請については、令和4年8月～令和5年7月分を確認してください。  
8月以降に提出する場合は、下図が右にずれていきます。

該当例	令和4年（2022年）	令和5年（2023年）	
	7	8 9 10 11 12 1 2 3 4 5 6 7	8月
	X	X X X O O X X X X X O X	

○…指定難病に係る医療費総額が33,331円（10割）以上の月  
X…指定難病に係る医療費総額が33,330円（10割）を超えない月

- ③ 医療費総額（10割分）欄の金額を合計します。

No	受診日	医療機関の名称	医療費総額 （10割分）	自己負担額	累積自己 負担額
1	1月5日	〇〇クリニック	30,000円	6,000円	6,000円
2	1月12日	△△薬局	15,000円	3,000円	9,000円

この場合、1か月の合計が45,000円であり33,331円以上あるため、1回と数えます

- ④ 対象期間のうち、③の合計額が33,331円以上かかった月が、3回以上あるか確認してください。該当する場合は軽症者特例の申請ができます。

### (4) 提出書類

該当する月の自己負担上限月額管理票のコピー（3回分）を提出してください。

また、申請書の「3 軽症者特例、軽減申請の確認」の該当欄に○を記入してください。

## 5 人工呼吸器等装着者の特例

### (1) 「人工呼吸器等装着者」とは

人工呼吸器（在宅酸素療法は除きます）等を装着している場合で、臨床調査個人票の「人工呼吸器に関する事項」等の記載が国で定める認定基準を満たしている場合、申請により自己負担上限月額を軽減する特例です。

### (2) 対象者

- ① 指定難病に起因して人工呼吸器（在宅酸素療法は除きます）を装着している場合
- ② 指定難病に起因して体外式補助人工心臓を装着している場合

### (3) 国で定める認定基準

#### ○ 人工呼吸器装着者

「人工呼吸器に関する事項」の①～⑤の全てを満たすこと。

- |          |                                                    |
|----------|----------------------------------------------------|
| ① 使用の有無  | ： 「1.あり」                                           |
| ② 離脱の見込み | ： 「2.なし」                                           |
| ③ 種類     | ： 「1.気管切開孔を介した人工呼吸器」または<br>「2.鼻マスク又は顔マスクを介した人工呼吸器」 |
| ④ 施行状況   | ： 「3.一日中施行」                                        |
| ⑤ 生活状況   | ： 全ての項目において「部分介助」又は「全介助」                           |

#### ○ 体外式補助人工心臓装着者

以下の①または②を満たすこと。

- |                           |                   |
|---------------------------|-------------------|
| ① 「体外式補助人工心臓に関する事項」の使用の有無 | ： 「1.あり」          |
| ② 「治療その他」の補助循環の欄          | ： 「1.あり」かつ「2.体外式」 |

### (4) 人工呼吸器等装着者に該当した場合の自己負担上限月額の軽減 階層区分にかかわらず、自己負担上限月額が1,000円で認定されます。

### (5) 提出書類

該当について主治医（難病指定医）と相談の上、該当する場合は、「人工呼吸器に関する事項」等の該当する項目を記載した臨床調査個人票を提出してください。

また、申請書の「3 軽症者特例、軽減申請の確認」の該当欄に○を記入してください。

## 6 高額かつ長期の特例

### (1) 「高額かつ長期」とは

指定難病医療受給者として認定されている方で、自己負担上限月額が一般所得Ⅰ(C1)・一般所得Ⅱ(C2)・上位所得(D)のいずれかで認定され、かつ、国で定める認定基準に該当する場合、申請により自己負担上限月額を軽減する特例です。

### (2) 対象者及び国で定める認定基準

更新申請を行う月を含めた過去12か月のうち、指定難病に係る医療費総額(10割分)が50,001円以上の月が6回以上ある場合

※ この特例申請は、小児慢性医療受給者として認定されていた方等を除き、原則受給者証の新規申請から6か月(申請をした月を含む)を経過しないと申請することができません。

例) 新規認定が令和5年3月中の方 → 令和5年7月31日(5か月目)まではこの特例に該当しない。

### (3) 高額かつ長期に該当した場合の自己負担上限月額の軽減

階層区分	一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
一般所得Ⅰ	10,000円	5,000円	1,000円
一般所得Ⅱ	20,000円	10,000円	
上位所得	30,000円	20,000円	

・低所得Ⅰ(B1)  
・低所得Ⅱ(B2)  
・生活保護(A)  
・人工呼吸器等装着者(呼)  
で認定される場合は、この特例が認定されても金額に変更はありません。

### (4) 「高額かつ長期」該当の確認方法

① 対象期間分の自己負担上限月額管理票を御用意ください。

② 「更新申請を行う月を含めた12か月分」の範囲を確認します。

※ 7月までに提出する更新申請については、令和4年8月～令和5年7月分を確認してください。8月以降に提出する場合は、下図が右にずれていきます。

該当例	令和4年(2022年)							令和5年(2023年)						
	7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8月
	X	X	X	X	O	O	O	X	O	X	O	X		

○…指定難病に係る医療費総額が50,001円(10割)以上の月

×…指定難病に係る医療費総額が50,000円(10割)を超えない月

③ 医療費総額(10割分)欄の金額を合計します。

令和5(2023)年1月分 特定医療費(指定難病)自己負担上限月額管理票

No	受診日	医療機関の名称	医療費総額(10割分)	自己負担額	累積自己負担額
1	1月5日	〇〇クリニック	30,000円	6,000円	6,000円
2	1月12日	△△薬局	30,000円	6,000円	12,000円

この場合、1か月の合計が60,000円であり50,001円以上あるため、1回と数えます

④ 対象期間のうち、③の合計額が50,001円以上かかった月が6回以上あるか確認してください。該当する場合は高額かつ長期の申請ができます。

### (5) 提出書類

証明書類として、該当月の自己負担上限月額管理票のコピー(6回分)を提出してください。また、申請書の「3 軽症者特例、軽減申請の確認」の該当欄に○を記入してください。



## 7 世帯按分の特例

### (1) 「世帯按分」とは

世帯内に指定難病及び小児慢性特定疾病の受給者証を持つ方が複数いる場合、申請により、それぞれの自己負担上限月額の割合に応じ、自己負担上限月額を軽減する特例です。

### (2) 対象者

次の①または②に該当する場合

- ① 患者と同じ医療保険に加入している方が指定難病や小児慢性特定疾病の受給者証をお持ちの場合。

保険証の種類ごとの詳細は、次のとおりです。

保険証の種類	対象者の条件
国民健康保険 国民健康保険組合	保険証の記号番号（枝番を除く）が同じ方
後期高齢者医療保険	住民票上の世帯が同じ方
被用者保険	保険証の記号番号（枝番を除く）が同じ方 ※ 被用者保険の場合、被保険者と被扶養者は対象となりますが、それぞれ被保険者として被用者保険に加入されている場合は記号番号が異なるため、按分の対象外となります。

- ② 患者が、指定難病の認定疾病以外で小児慢性特定疾病の認定を受けている場合。

### (3) 世帯按分に該当した場合の自己負担上限月額の軽減

按分対象者の自己負担上限月額（高額かつ長期などの他の軽減申請が認定されている場合、反映した後の金額）のうち、最も高額な上限月額を世帯の上限額として、対象者の自己負担上限月額を比率により軽減します。

#### 【例1】Aさん（指定難病・上限 10,000 円）とBさん（指定難病・上限 10,000 円）の場合

…対象者のなかで、最も高額な自己負担上限月額は 10,000 円（Ⅰ）  
対象者全員の自己負担上限月額の合計は、10,000 円 + 10,000 円 = 20,000 円（Ⅱ）  
そのため、Aさんは  $(Ⅰ) \times \text{上限 } 10,000 \text{ 円} / (Ⅱ) = 5,000 \text{ 円}$   
Bさんは  $(Ⅰ) \times \text{上限 } 10,000 \text{ 円} / (Ⅱ) = 5,000 \text{ 円}$   
よって、Aさん、Bさんいずれも自己負担上限月額が 5,000 円に軽減されます。

#### 【例2】Cさん（指定難病・上限 10,000 円）とDさん（小児慢性・上限 5,000 円）の場合

…対象者のなかで、最も高額な自己負担上限月額は 10,000 円（Ⅰ）  
対象者全員の自己負担上限月額の合計は、10,000 円 + 5,000 円 = 15,000 円（Ⅱ）  
そのため、Cさんは  $(Ⅰ) \times \text{上限 } 10,000 \text{ 円} / (Ⅱ) = 6,660 \text{ 円}$   
Dさんは  $(Ⅰ) \times \text{上限 } 5,000 \text{ 円} / (Ⅱ) = 3,330 \text{ 円}$  ※10円未満の端数は切り捨てます。  
よって、Cさんは 6,660 円、Dさんは 3,330 円に自己負担上限月額が軽減されます。

### (4) 提出書類

対象となる患者全員の受給者証のコピーを添付してください。また、申請書の「3 軽症者特例、軽減申請の確認」の該当欄に○を記入してください。

### (5) 留意事項

按分相手が審査保留や不承認になった場合、承認された方の分については、先に自己負担上限月額が按分されていない金額の受給者証を交付します（按分相手の認定が確認できた際に、改めて按分後の受給者証を交付します。）。

## 8 通院介護費用交付事業のお知らせ

- 指定難病等の認定を受けている20歳未満の方で通院に介護が必要と認められる要件を満たす方に、通院介護費用の助成を行っています。
- 制度を利用できる方は、「小児慢性・指定難病・特定疾患」のいずれかの医療費助成制度の受給者に認定されており、かつ、下記の①～③のうち、どれか1つ以上に該当する方です。

- ① 13歳未満の方
- ② 13歳以上20歳未満の方で、身体障害者手帳の1級または2級を所持している方
- ③ 13歳以上20歳未満の方で、通院に介護が必要である旨の医師意見が示された方

- 通院介護費用の認定は、「小児慢性・指定難病・特定疾患」の認定後に行いますので、「小児慢性・指定難病・特定疾患」の受給者証がお手元に届いてから1～2か月程度お待ちください。
  - 通院介護費用が認定された場合は、各保健所から「指定難病等治療通院介護費用受給者認定通知書」と「通院介護費用交付申請書（通院カレンダー）」を送付します。
  - その他手続きの詳細については、お住まいの住所を管轄する各保健所にお問い合わせください。
- ※ 既に制度を利用している方は、更新手続きが必要です。  
個別に保健所から更新の案内を送付しますので、御確認ください。

## 9 よくある問合せ等について

- 令和5年度の特定医療費（指定難病）医療受給者証等の更新手続きに関し、よくある問合せや更新申請書等の各書式を含む更新案内の内容を、疾病・感染症対策課のホームページに掲載しておりますので、あわせて御参照ください。

URL : <https://www.pref.miyagi.jp/soshiki/situkan/kousin.html>

令和5年度の特定医療費（指定難病）医療受給者証及び小児慢性特定疾病医療費医療受給者証の更新申請について

こちらのQRコードを読み取ることで、  
上記のホームページにアクセスできます。



# 10 令和5年度の市町村民税額等がわかる証明書の名称等

○ 居住地の市町村が発行する証明書の名称は、下表のとおりです。

○ 御提出いただく「令和5年度の市町村民税額がわかる証明書（合計所得金額等の記載があるもの）」は、次の5項目が確認できるものに限りです。

- ①市町村民税所得割額、 ②市町村民税均等割額、 ③合計所得金額、 ④公的年金等収入額、  
⑤公的年金に関する雑所得

○ 市町村の税務窓口で証明書を交付請求する時に、これらの項目が表示されたものが必要であることを申し出てから交付請求してください（特に非課税証明書については、御留意ください。）。

○ 本人以外が請求する際は、市町村によっては「委任状」が必要となる場合があります（御不明の場合は、この書類を市町村の税務窓口へ提示してください。）。

○ 「取得可能予定日」は4月上旬時点の情報です。新型コロナウイルス感染症の影響により確定申告の申告・納付期限が延長し、取得可能予定日が変更になる可能性がありますので、確定情報及び詳細は各市町村のホームページ等で御確認ください。

受付機関名	市町村名	住民税が「非」課税であることを証明する書類の名称	住民税が課税されていることを証明する書類の名称	取得可能予定日（参考）
仙南保健所	白石市	非課税証明書	課税証明書	6月15日以降
	角田市	非課税証明書	課税証明書	6月15日以降
	蔵王町	町民税・県民税非課税証明書	町民税・県民税課税証明書	6月15日以降
	七ヶ宿町	非課税証明書	住民税課税証明書	6月15日以降
	大河原町	町民税・県民税非課税証明書	町民税・県民税課税証明書	6月15日以降
	村田町	町・県民税非課税証明書	町・県民税課税証明書	6月中旬以降
	柴田町	非課税証明書	課税証明書	6月15日以降
	川崎町	所得・課税・扶養証明書	所得・課税・扶養証明書	6月15日以降
	丸森町	非課税証明書	所得課税証明書	6月15日以降
塩釜保健所	塩竈市	市県民税非課税証明書	市県民税課税証明書	6月中旬以降
	多賀城市	非課税（所得）証明書	課税（所得）証明書	6月中旬以降
	松島町	所得課税証明書	所得課税証明書	6月中旬以降
	七ヶ浜町	非課税証明書	課税証明書	6月中旬以降
	利府町	町県民税非課税証明書	町県民税課税（所得）証明書	6月中旬以降
塩釜保健所岩沼支所	名取市	所得・非課税証明書	所得・課税証明書	6月15日以降
	岩沼市	市・県民税非課税証明書	市・県民税課税証明書	6月中旬以降
	巨理町	非課税証明書	課税（所得）証明書	6月15日以降
	山元町	町・県民税所得課税証明書 ※非課税証明書は利用できません。	町・県民税所得課税証明書	6月15日以降
塩釜保健所黒川支所	富谷市	市・県民税非課税証明書	市・県民税課税証明書	6月15日以降
	大和町	非課税証明書	課税証明書	6月15日以降
	大郷町	町・県民税所得課税証明書	町・県民税所得課税証明書	6月15日以降
	大衡村	非課税証明書	課税証明書	6月9日以降
大崎保健所	大崎市	課税（住民税決定）証明書 ※非課税証明書は利用できません。	課税（住民税決定）証明書	6月中旬以降
	色麻町	非課税証明書	課税証明書	6月10日以降
	加美町	非課税証明書	課税証明書	6月15日以降
	涌谷町	非課税証明書	課税証明書	6月15日以降
	美里町	課税証明書	課税証明書	6月15日以降
大崎保健所栗原支所	栗原市	所得課税証明書	所得課税証明書	6月中旬以降
石巻保健所	石巻市	市民税・県民税非課税証明書	市民税・県民税課税証明書	6月10日以降
	東松島市	市・県民税非課税証明書	市・県民税課税証明書	6月15日以降
	女川町	課税証明書 ※非課税証明書は利用できません。	課税証明書	6月15日以降
石巻保健所登米支所	登米市	市・県民税非課税証明書	市・県民税課税証明書	6月15日以降
気仙沼保健所	気仙沼市	市民税・県民税所得・非課税証明書	市民税・県民税所得・課税証明書	6月15日以降
	南三陸町	課税証明書 ※非課税証明書は利用できません。	課税証明書	6月15日以降

更新

特定医療費（指定難病）支給認定申請

記載例

②

様式第2号

## 1 患者情報

		受給者番号	3	3	3	3	3	3	3
患者	フリガナ住所	〒986-0850	性別		(男) 女				
		イシノマキシアコムノ5チョウメ7バンチ	電話番号1 (日中連絡可能)						
		石巻市あゆみ野五丁目7番地	080-●●●●-●●●●						
	アミノアパート123ゴウシツ	電話番号2 (1以外に連絡可能)							
フリガナ氏名	あゆみ野アパート123号室	生年月日		年齢					
	ミヤギ タロウ	明・大(昭)・平・令		48					
	宮城 太郎	50年 5月 5日							

## 2 受給者証情報の変更

受給者証等を確認し、「あり(はい)」か「なし(いいえ)」を「○」で囲んでください。

(1) 保険証の情報に変更がありますか? → (あり)・なし

変更後の 保険証情報	保険者名	〇〇健康保険組合	保険者番号	1234567
	被保険者氏名	宮城 花子	記号・番号・枝番	宮54 98765 01

(2) ((1)保険証の情報に変更がある場合) 更新後の受給者証とは別に、保険変更の内容を書き換えた令和5年9月30日までの受給者証の発行を希望しますか? → (はい)・いいえ

※ お急ぎで現在の受給者証への保険情報変更(書換え)が必要な場合は、管轄保健所等の窓口で手続きをお願いします。

(3) 【患者が18歳未満の場合のみ】: 保護者の住所・氏名・電話番号に変更がありますか? → あり・なし

変更後の 保護者 の情報	住所	〒		
	フリガナ氏名	続柄	電話番号(日中連絡可能)	

(4) 患者住所以外のあて先に受給者証の送付を希望しますか? → (はい)・いいえ

患者住所 以外の 送付先	住所	〒980-0011		
	フリガナ氏名	続柄	電話番号(日中連絡可能)	
	仙台市青葉区上杉1-1-1	弟	090-●●●●-●●●●	
	ミヤギ シロウ			
	宮城 次郎			

## 3 軽症者特例、軽減申請の確認 詳しい説明は、14ページから17ページまでにあります。

※特例や軽減を継続して受けるためには、毎年申請が必要です。

該当する場合、書類を添付してください(「軽症者特例」と「高額かつ長期」は同じ月分を使用可)。添付書類の内容を審査し、要件に該当する場合は、受給者証に適用されます。

該当する場合  
○を御記入  
ください

保健所使用欄  
充足: 1  
未充足: 2

軽症者特例	この申請書を提出する月を含めて過去12か月以内に、自己負担上限月額管理票の「総医療費」欄の合計が33,331円以上の月が3回ある場合は、該当月のコピーを添付してください。	○	
軽減申請	人工呼吸器等装着者 「人工呼吸器等装着者」に該当する場合、主治医が「人工呼吸器に関する事項」等の該当する項目を記載した臨床調査個人票を提出してください。		/
	高額かつ長期 この申請書を提出する月を含めて過去12か月以内に、自己負担上限月額管理票の「総医療費」欄の合計が50,001円以上の月が6回ある場合は、該当月のコピーを添付してください。	○	
	世帯按分 同じ世帯かつ同じ医療保険の指定難病・小児慢性患者がいる場合は、対象患者の受給者証等の写しを添付してください。		/

#### 4 提出の臨床調査個人票

臨床調査個人票の最後のページから記入してください。

臨床調査個人票を作成した医療機関名	臨床調査個人票の記載年月日
東北大学病院	令和 5 年 5 月 1 日
	令和 年 月 日

#### 5 各種同意

**厚生労働大臣への同意欄**

**臨床調査個人票の研究同意** (同意内容の詳細は、別添の「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を御確認ください。)

私は、指定難病の研究を推進するため、提出した臨床調査個人票が指定難病に係る治療研究等及び政策を立案するための基礎資料として、利用されることに同意します。

厚生労働大臣 殿      患者 (又は保護者) 氏名 **宮城 太郎**

**宮城県知事への同意欄**

**病院への診断書内容の照会同意**

私は、提出した臨床調査個人票の記載内容に疑義が生じた場合は、宮城県が医療機関に直接内容を照会することに同意します。

同意します     同意しません

※同意を拒否した場合は、記載内容に疑義が生じた際には患者 (又は保護者) に対してから医療機関に対して回答書の作成を依頼していただくこととなります。

同意の有無は医療費助成の承認には影響しません。

**講演会等の情報提供同意**

私は、特定医療費 (指定難病) 支給認定申請書に記載した情報 (住所、氏名など) について、自己の疾患に関連する講演会等の案内を郵送するなど、その目的に必要な範囲内で宮城県が情報を利用することに同意します。

同意します     同意しません

#### 6 その他のお知らせ

**更新申請の対象となる疾病について**

○更新申請の対象となる疾病は、現在受給者証に記載されている疾病のみとなります。  
 ○別の疾病の受給者証を希望される場合は、更新とは別の申請手続きが必要となります。

**新たに通院等を始めた指定医療機関の記入について**

○「新たに通院等を始めた指定医療機関」について、更新申請書への御記入は不要です。  
 ○令和4年4月1日から、患者様に「新たに通院等を始めた指定医療機関」を個別に届出いただくなくても、難病法に基づき指定された指定医療機関において、お持ちの受給者証に記載された指定難病に関する診療等のために受給者証を御利用できます。

※以下記載不要です

**保健所使用欄**

個人票区分「更新」確認     ペーパー該当     HCNo     特記事項

受給者証と要確認     主疾病     副疾病1     副疾病2     副疾病3

【該当時チェック】

**変更区分チェック (該当の場合)**

患者住所・氏名  
 保護者住所・氏名  
 送付先住所・氏名  
 保険変更

**世帯按分**

世帯按分  
 単独かつ長期  
 人工

疾病に変更ありの場合、理由要確認

枝番統合  
 申請疾病減  
 疾病の追加  
 申請疾病変更

按分			
種類	受給者番号	氏名	判定 (○・×)
難・小			
難・小			

**添付書類チェック**

個人票    世帯調書    保険証写し    住民票    税証明  
 非課税収入証明書類    同意書    非課税収入申告書  
 無収入申告書    マイナンバー本人確認    保険照会同意書  
 按分受給者証写し    生保証明    管理票写し

世帯調書

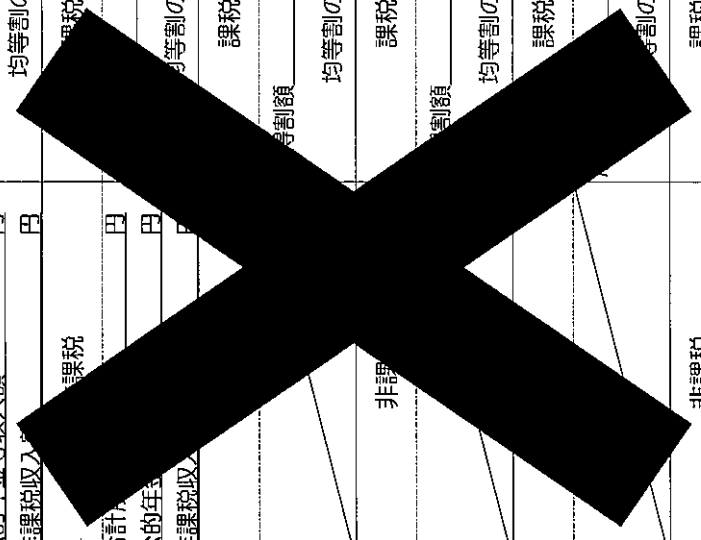
氏名 (フリガナ)	生年月日	指定難病 医療受給の有無等	小児慢性特定疾病 医療受給の有無等
			・有 ・無 ・申請中
患者本人	明・大・昭・平・令 50年5月5日		・有 ・無 ・申請中
保護者		保護者欄は、患者が18歳未満の場合のみ記入してください。	・有 ・無 ・申請中
※患者が18歳以上の場合は記載不要です。			
ミヤギ ハナコ			・有 ・無 ・申請中
宮城 花子			・有 ・無 ・申請中
ミヤギ カズヒコ			・有 ・無 ・申請中
宮城 和彦	明・大・昭・平・令 20年3月31日		・有 ・無 ・申請中
	明・大・昭・平・令 年 月 日		・有 ・無 ・申請中
	明・大・昭・平・令 年 月 日		・有 ・無 ・申請中

●保険証のコピーを提出する対象の方全員を記載してください。

基準世帯員は○  
基準世帯員以外は×

保健所記入欄

世帯員 区分	住民税の課税状況等 (非課税・課税のどちらかに○)	課税	
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
世帯員 区分	住民税の課税状況等 (非課税・課税のどちらかに○)	課税	
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
世帯員 区分	住民税の課税状況等 (非課税・課税のどちらかに○)	課税	
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
世帯員 区分	住民税の課税状況等 (非課税・課税のどちらかに○)	課税	
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
世帯員 区分	住民税の課税状況等 (非課税・課税のどちらかに○)	課税	
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ
	合計所得金額	所得割額	均等割のみ



記載例

階層判定

A B1 B2 (□B2同意) C1 C2 D (○)

この申告書は、(1)、(2)の両方に該当する場合に提出し  
 (1)「令和5年度の市町村民税額がわかる証明書」を提出した方全ての「市町村民税」が非課税  
 (2)患者（患者が18歳未満の場合は、保護者）の税収入（公的年金等収入額＋合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）※）の合計が80万円以下

※ 給与所得がある場合の「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」は、「合計所得金額（公的年金にかかる雑所得を除く）」から「10万円（給与所得の額が10万円未満の場合は、その額）」を差し引いた額となります。

様式第21号

非課税収入申告書

令和5年7月1日

宮城県知事 殿

住所 石巻市あゆみ野五丁目7番地  
 氏名 宮城 太郎

難病患者に対する医療等に関する法律の特定医療費自己負担上限月額算定にあたり、低所得区分に係る非課税収入は、次のとおり相違ありません。

- 受給者が18歳以上の場合は、本人の非課税収入
- 受給者が18歳未満の場合は、保護者（申請者）の非課税収入

厚生労働省令に定める給付金等による非課税収入（受けているものを○で囲んでください。）

いずれかを○  有  無	① 障害基礎年金	② 遺族基礎年金	収入額  令和4年1月～12月分 年額 <u>1,000,000</u> 円
	③ 寡婦年金	④ 障害年金	
	⑤ 障害厚生年金	⑥ 障害手当金	
	⑦ 遺族厚生年金	⑧ 障害一時金	
	⑨ 障害共済年金	⑩ 遺族共済年金	
	⑪ 特例年金給付のうち障害を支給事由とするもの		
	⑫ 特別障害給付金		
	⑬ 労災による障害補償給付・障害給付		
	⑭ 公災による障害補償給付等		
	⑮ 特別児童扶養手当	⑯ 障害児福祉手当	
⑰ 特別障害者手当	⑱ 福祉手当		

・ 上記で○を付けた収入の証拠となる公的機関発行書類（写）を添付してください。

【注意】公的機関発行書類（写）を紛失した場合は、支給元の各機関に御相談ください。

低所得Ⅱ（階層区分B2）認定同意欄



私は、市町村民税の非課税世帯ですが、自己負担限度額を判断するための公的機関発行の証拠書類の全部または一部を提出しませんので、左のチェック欄への記入をもって、自己負担限度額が「低所得Ⅱ（階層区分B2）基準額：5,000円」と認定されることに同意します。

公的機関の証拠書類のコピーの全部または一部を添付しない場合は、必ずチェック欄にチェックを入れてください。