

# 県単独指定難病の医療給付に係る支給認定（新規）申請の手引



埼玉県マスコット  
「コバトン&さいたまっち」

## 【目次】

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| 指定難病に係る医療給付制度・・・・・・・・・・  | 1～2頁     |
| 支給認定申請・・・・・・・・・・         | 3～4頁     |
| 支給認定申請に必要な書類・記入例・・・・・・・・ | 5～10頁    |
| 医療受給者証交付後の注意事項・・・・・・・・   | 11～12頁   |
| よくある質問・・・・・・・・・・         | 13～14頁   |
| 支給認定申請の受付窓口・・・・・・・・・・    | 15頁（裏表紙） |



※ この制度は「埼玉県特定疾患等医療給付事業」に基づくものです。  
県単独指定難病医療給付制度については、ホームページでも案内していますので御覧ください。

埼玉県 県単独指定難病



# 県単独指定難病に係る医療給付制度

埼玉県では、「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」といいます。）に基づき国が定める指定難病に係る医療給付を行うとともに、4 つの疾病を県単独の指定難病（以下「県単独指定難病」といいます。）に指定して医療給付を行っています。

令和 7 年 4 月 1 日時点で 3 4 8 疾病が難病法に基づく医療給付の対象となっています。

今後、県単独指定難病については、必要に応じて、国の制度改正に合わせて取扱いを見直すことがありますので、御承知おきください。

なお、県単独指定難病に係る医療給付制度の現時点における取扱いは、当面、以下のとおりとします。

## 県単独指定難病と医療給付の内容

埼玉県では県単独指定難病として次の 4 つを指定しています。支給認定にあたっては、疾病ごとに定める認定基準を満たすか否かの審査を行います。

1. 橋本病
2. 特発性好酸球増多症候群（好酸球性消化管疾患、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症及び好酸球性副鼻腔炎を除く。（注））
3. 原発性骨髄線維症
4. 溶血性貧血（自己免疫性溶血性貧血及び発作性夜間ヘモグロビン尿症を除く。（注））

（注）「好酸球性消化管疾患、好酸球性多発血管炎性肉芽腫症及び好酸球性副鼻腔炎」と「自己免疫性溶血性貧血及び発作性夜間ヘモグロビン尿症」は、難病法に係る指定難病として国の指定を受けています。  
医療給付を受けるには難病法に基づく支給認定申請が必要です。

## 医療給付の内容（詳細は11頁を参照）

医療給付は、難病法に基づく指定医療機関又は埼玉県特定疾患等医療給付事業に基づく委託契約医療機関（以下「指定医療機関等」といいます。）で行われた医療等に限られます。

受給者は、受診等をした複数の指定医療機関等における自己負担額（窓口での支払額）を全て合算し、自己負担上限月額を限度として負担することになります。（申請時に御提出いただく書類をもとに自己負担上限月額を算定します。）

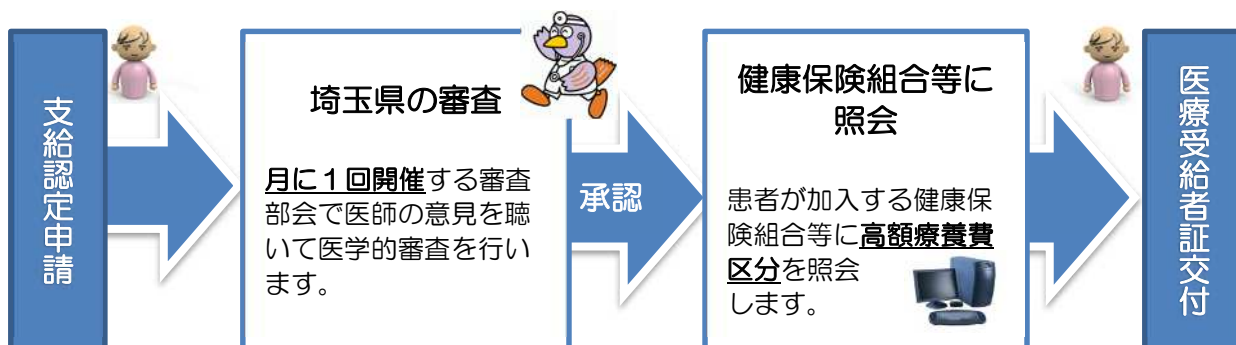
なお、複数の指定医療機関等における自己負担額を管理するために、医療受給者証の交付時に自己負担上限月額管理票を併せて送付します。

## 医療給付の対象者・医療受給者証有効期間

埼玉県に申請を行い、支給認定を受けて医療受給者証の交付を受けた方（以下「受給者」といいます。）が医療給付の対象になります。（3～4頁参照）

### 支給認定申請から医療受給者証交付までの概要

健康保険組合等への照会等の事務処理を行うため、**医療受給者証の交付までには3か月程度かかります。**また、審査の結果、不認定となる場合があります。不認定になった場合は、認定基準を満たさないと判断された理由を記載した通知を送付します。



### 医療受給者証有効期間（医療給付が受けられる期間）

申請をする時期によって異なりますが、支給認定を受けた場合、**埼玉県が申請を受付した日から9月30日（注）までが有効期間になります。**

| 埼玉県が支給認定申請を受付した日 | 有効期間の終期         |
|------------------|-----------------|
| 1月1日 から 6月30日まで  | 申請した年の 9月30日まで  |
| 7月1日 から 12月31日まで | 申請した翌年の 9月30日まで |

（注）有効期間満了後も継続して医療給付を希望される方は継続申請手続きが必要になります。（受給者の方には、毎年6月頃にお知らせを送付します。）

### 留意していただきたい事項

申請を行っても、審査の結果、承認できない場合があります。また、承認をする場合でも申請を受付してから医療受給者証の交付まで少なくとも3月程度かかります。

現在、高額な医療費をお支払いされている場合には、

- ・ **加入されている健康保険組合等に高額療養費に係る限度額適用認定申請を行い、**
  - ・ **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 の交付**
- を受けることをお勧めします。

この制度を利用すると、御家族の所得状況に応じて医療機関窓口における支払の上限額が設定されますので、高額な医療費の一時的な負担を軽減することができます。

手続の詳細は、加入されている健康保険組合等にお問合せください。

県単指定難病医療給付制度については、ホームページでも案内していますので御覧ください。

（特定疾患等医療給付制度）

埼玉県 県単指定難病



# 支給認定申請

## 支給認定申請ができる方・申請の受付窓口

【支給認定申請ができる方】 ⇒必要な書類については5～6頁を御覧ください。

次の要件全てに該当する場合に申請を行うことができます。ただし、他の法令の規定により、県単独指定難病に係る医療給付を受けている方は原則として対象になりません。

なお、患者が18歳未満の場合は保護者が申請者になります。

- ・ 県単独指定難病にり患している
- ・ 埼玉県内に住所がある
- ・ 国民健康保険など何らかの公的な健康保険に加入している

【受付窓口】 住所地を管轄する保健所（裏表紙参照）

【受付時間】 平日午前8時30分～午後5時15分

※ 支給認定申請をされる際は、提出前に住所地を管轄する保健所で、必要書類に不足がないかご相談いただくことをお勧めしております。

## 自己負担上限月額の算定

自己負担上限月額は、支給認定基準世帯員等（患者と同じ健康保険に加入している方等）の市町村民税（所得割額）に応じて次頁の表のように算定します。

### 算 定 方 法

患者が加入する健康保険の種類などに基づいて次のような算定を行います。

| ●算定対象の方のうち、いずれかの方又は全員が市町村民税が課税されている場合<br>(均等割のみ課税されている場合も含まれます。)               |                                                     |                                                                              |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                | 患者が加入している健康保険                                       | 算定方法                                                                         |
| ア                                                                              | 国民健康保険<br>後期高齢者医療広域連合<br>国民健康保険組合                   | <u>患者及び患者と同じ健康保険に加入している方全員の市町村民税（所得割額）を合計して次頁の表に適用</u>                       |
|                                                                                | ※ 患者が18歳未満で保護者が後期高齢者医療広域連合に加入している場合は、保護者も算定対象になります。 |                                                                              |
| イ                                                                              | ア以外の被用者保険                                           | <u>被保険者の市町村民税（所得割額）を次頁の表に適用</u><br>※被保険者の非課税で患者が課税の場合は患者の市町村民税（所得割額）を次頁の表に適用 |
| ●算定対象の方全員が市町村民税が非課税の場合                                                         |                                                     |                                                                              |
| <u>申請者（患者又は保護者）の収入（注）を次頁の表に適用</u>                                              |                                                     |                                                                              |
| (注) 市町村民税非課税証明書に記載されている「 <u>合計所得額と公的年金等収入額</u> 」及び <u>遺族年金、障害年金などの年額を合計した額</u> |                                                     |                                                                              |

- その他  
人工呼吸器等装着者（次頁の注3）は別の算定を行います。

## 自己負担上限月額表（難病法の原則と同じ）

| 階層区分   | 階層区分の基準          |                       | 患者負担割合：2割（注1）            |                |                   |
|--------|------------------|-----------------------|--------------------------|----------------|-------------------|
|        |                  |                       | 自己負担上限月額（外来＋入院＋薬代＋介護給付費） |                |                   |
|        |                  |                       | 一般                       | 高額かつ長期<br>（注2） | 人工呼吸器等<br>装着者（注3） |
| 低所得Ⅰ   | 市町村民税<br>非課税（世帯） | 本人収入　～80 万円           | 2,500 円                  | 2,500 円        | 1000 円            |
| 低所得Ⅱ   |                  | 本人収入　80 万円超           | 5,000 円                  | 5,000 円        |                   |
| 一般所得Ⅰ  | 市町村民税<br>所得割額    | 7.1 万円未満              | 10,000 円                 | 5,000 円        |                   |
| 一般所得Ⅱ  | 市町村民税<br>所得割額    | 7.1 万円以上<br>25.1 万円未満 | 20,000 円                 | 10,000 円       |                   |
| 上位所得   | 市町村民税<br>所得割額    | 25.1 万円以上             | 30,000 円                 | 20,000 円       |                   |
| 入院時の食費 |                  |                       | （全額自己負担）                 |                |                   |

（注1） 患者の負担割合は原則として2割（健康保険の自己負担割合が1割の方は1割のまま）です。

（注2） 高額かつ長期は、支給認定後において、月ごとの県単独指定難病に係る医療費総額※が5万円を超える月が申請前12月以内に6回以上ある場合に適用されます。

※ 医療費・介護サービス費の10割分（11頁の例を参照）をいいます（支給認定を受けた県単独指定難病に係る特定医療に限る）。なお、療養費の還付対象（12頁）になる医療費総額も含まれます。

（注3） 人工呼吸器等装着者は、人工呼吸器等装着者に係る証明書（医師による記載が必要）の記載が、次の要件を満たす方に適用されます。

### <県単独指定難病に起因して人工呼吸器を装着している場合の要件>

次の①～④の項目全てに該当すること。

- ① 人工呼吸器装着の有無 …「1. あり」に該当
- ② 施行状況…「3. 一日中施行」に該当
- ③ 離脱の見込み…「2. なし」に該当
- ④ 生活状況…いずれも「部分介助」又は「全介助」に該当

### <県単独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の要件>

※ ペースメーカーではありません。

体外式補助人工心臓の装着の有無…「1. あり」に該当すること。

（注4） 令和7年中に、低所得Ⅰの階層区分の基準変更の予定あり。

## 支給認定後の自己負担上限月額の変更

次のような場合は自己負担上限月額が変わる可能性があります。自己負担上限月額の変更は、原則として変更手続を行った月の翌月初日（変更手続を行った日が月の初日である場合はその日）から適用になりますので御注意ください。

- 上記の高額かつ長期、人工呼吸器等装着者に該当することになった場合
- 患者が被用者保険に加入しており、被保険者に変更があった場合
- 患者が被用者保険以外の健康保険に加入しており、市町村民税が課税されている支給認定基準世帯員等の変更があった場合

## 難病法に基づく医療給付との違い

県単独指定難病に係る医療給付は、難病法に基づく医療給付と次の①～④が大きく異なりますので御注意ください。

- ① 医療給付の対象者、対象となる疾病が異なる。
- ② 支給認定申請において軽症者特例（軽症高額該当基準）の適用がない。
- ③ 自己負担上限月額の算定において、医療費算定対象世帯員に係る世帯按分を行わない。
- ④ 県外医療機関の受診や介護保険に基づくサービスなどは療養費払いになる。（12頁参照）

## 支給認定申請に必要な書類・記入例

全員が提出する書類と該当者のみが提出する書類がありますので、良く御確認ください。  
申請書の様式は各保健所で配布しているほか、県ホームページからダウンロードできます。

### 必ず提出が必要な書類・・・①～⑥

※①、②及び④は県ホームページからダウンロードできます。

① 県単独指定難病の医療給付に係る支給認定申請書 9～10頁  
※申請書の下「特例事項」欄のうち、「人工呼吸器、体外式補助人工心臓を常時装着」に該当する場合は、【該当する方のみ提出する書類】が必要になります。  
※県単独指定難病に起因して人工呼吸器等を装着している場合に限られますので、御注意ください。必要となる要件については、4頁注3を御覧ください。

② 医師が作成した臨床調査個人票（診断書）  
※診断書の内容が認定基準に合致しない場合や、記載不備等がある場合は、医療給付の認定をすることができません。そのため、作成を依頼する際は、要件等について医師に御確認ください。  
※診断書作成に係る文書料は医療給付の対象となりません。

③ 加入している健康保険が確認できる書類のコピー等 6頁  
※患者以外にコピーが必要な場合がございます。詳細は次頁をご確認ください。  
※申請日時点で有効なものに限ります。

④ 保険者に対する高額療養費に係る所得区分照会に関する同意書  
(県HPからダウンロードした場合は2部)

⑤ 世帯全員の記載がある住民票（申請日から1年以内に発行されたもの）

⑥ 市町村・県民税課税（非課税）証明書（原本） 6頁～8頁  
・（市町村民税非課税の場合）患者の障害基礎年金その他年金、給付金等の振込通知書等のコピー  
※必要な課税証明書は、患者本人のみとは限りませんので、必ず次頁をご確認ください。

### 該当者のみ提出が必要な書類・・・⑦～⑧

※⑦～⑧は、県ホームページからダウンロードできます。

⑦ （県単独指定難病用）人工呼吸器等装着者に係る証明書  
・人工呼吸器等装着者として申請する場合は医師に記載を依頼してください。

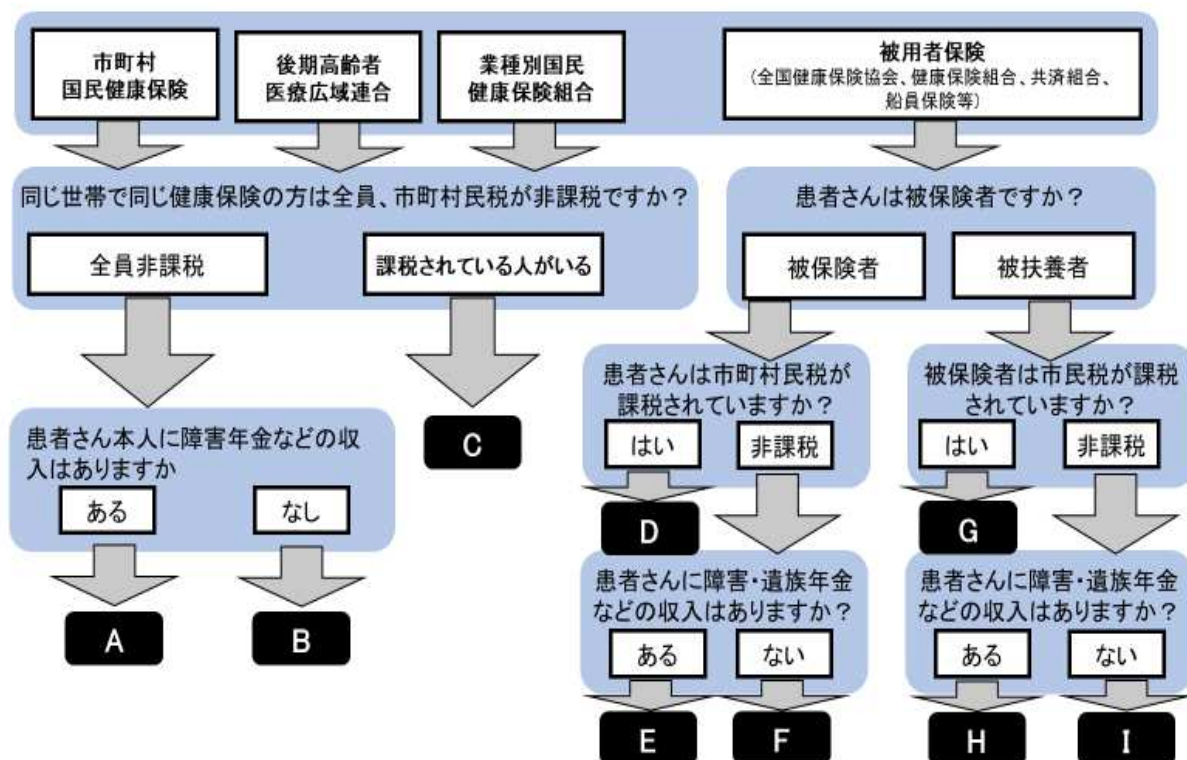
⑧ 収入状況申告書

### \* 加入している健康保険が確認できる書類のコピー等

- 保険者名、記号番号、患者名、資格取得年月日、被保険者名（被用者保険の場合のみ）が確認できる次のいずれかをご提出ください。
  1. 「健康保険証」の写し（有効期限内に限る。期限がない場合も令和7年12月2日以降は不可）
  2. 「資格確認書」の写し
  3. 「資格情報のお知らせ」の写し（被用者保険の場合、被保険者本人・家族の別が確認できないため不可）
  4. マイナポータル上の資格情報画面のスクリーンショット（画面を印刷したものでも可）
- ※ マイナポータルの資格情報画面を申請時に窓口で見せることで、上記1～4の代わりにできます。
- ※ 加入している健康保険が確認できる書類の提出が必要な方（6頁参照）全員分を提出する必要があります。

## 患者さんはどの健康保険に加入していますか？

前頁③と⑥について、患者さんがご加入の健康保険により提出していただく書類が異なります。



| 健康保険書類 |                 | 課税（非課税）証明書及び年金等の収入がわかる証明                                                                                                             |   |
|--------|-----------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| A      | 同じ世帯の方<br>全員分   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同じ健康保険の方全員分の課税（非課税）証明書</li> <li>・ 患者さんの年金等の収入額がわかる振込通知書等及び収入状況申告書(※)</li> </ul>             | A |
| B      |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同じ健康保険の方全員分の課税（非課税）証明書</li> <li>・ 患者さんの収入状況申告書 (※)</li> </ul>                               | B |
| C      |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 同じ健康保険の方全員分の課税（非課税）証明書</li> </ul>                                                           | C |
| D      | 患者さん分<br>(被保険者) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者さんの課税（非課税）証明書</li> </ul>                                                                  | D |
| E      |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者さんの課税（非課税）証明書</li> <li>・ 患者さんの年金等の収入額がわかる振込通知書等及び収入状況申告書(※)</li> </ul>                    | E |
| F      |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者さんの課税（非課税）証明書</li> <li>・ 患者さんの収入状況申告書 (※)</li> </ul>                                      | F |
| G      | 患者さん分<br>(被扶養者) | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被保険者の課税（非課税）証明書</li> </ul>                                                                  | G |
| H      |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被保険者及び患者さん(被扶養者)の課税（非課税）証明書</li> <li>・ 患者さん(被扶養者)の年金等の収入額がわかる振込通知書等及び収入状況申告書 (※)</li> </ul> | H |
| I      |                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 被保険者及び患者さん(被扶養者)の課税（非課税）証明書</li> <li>・ 患者さん(被扶養者)の収入状況申告書 (※)</li> </ul>                    | I |

※ 収入状況申告書については、次頁をご確認ください。

前頁において収入状況申告書の提出に該当された方は以下の書類を記入してください。

## 市町村民税非課税（世帯）の方は必ず提出してください。

### 市町村民税非課税者に係る収入状況申告書（記入例）

次のとおり、収入状況に係る事項を申告します。

申請者※氏名

1 下表のうち、申請者が受給している年金等について、該当するものにチェック ☒ してください。

| <input checked="" type="checkbox"/>                                                                                                     | 年金・手当金等<br>(令和〇年 1 月～令和〇年 1 2 月の期間内で受給していたもの) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                | ① 遺族年金                                        |
| 該当者はいずれかに <input checked="" type="checkbox"/><br><input type="checkbox"/> 1 級 <input type="checkbox"/> 2 級 <input type="checkbox"/> 3 級 | ② 障害年金                                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                | ③ 寡婦年金                                        |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                | ④ 特別児童扶養手当                                    |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                | ⑤ 特別障害者手当                                     |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                | ⑥ 障害児福祉手当（福祉手当）                               |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                | ⑦ 労災等による障害補償給付・障害給付                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                | ⑧ ①～⑦のいずれにも該当しない                              |

保健所への申請日が、  
1 月 1 日から 6 月 3 0 日まで  
…前々年分のもの  
7 月 1 日から 1 2 月 3 1 日まで  
…前年分のもの

①～⑦のいずれにも  
該当しない場合に  
は、必ず⑧にチェック  
を付けてください。

### 2 提出する書類(①～⑦にチェックした方のみ)

受給額が確認できる書類を提出してください。

例) 遺族年金等の振込通知書（コピー）、振込額がわかる通帳のコピー等

下記に承諾 ☒ した場合、上記書類の提出は不要です。

☐ 自己負担上限月額が低所得Ⅱ（5, 0 0 0 円）  
を承諾し、上記書類を提出しません。

①～⑦にチェックが付いた  
方で、受給額を確認するこ  
とができる書類の提出が  
ない場合には、低所得Ⅱ  
となります。

(参考)

- ・公的年金収入等と①～⑦の合計が80万円以下の場合の自己負担上限月額 ⇒ 低所得Ⅰ(上限月額 2,500 円)
- ・公的年金収入等と①～⑦の合計が80万円を超える場合の自己負担上限月額
- ①～⑦の受給額が確認できる書類の提出がない場合の自己負担上限月額

【注意事項】 証明書類は支給認定申請を行う時期によって必要年度、必要年が異なります。

| 証明書類の種類                             | 申請する時期                                              |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 市町村・県民税課税（非課税）証明書※                  | 4月1日から6月30日まで…前年度分の証明書<br>7月1日から3月31日まで…申請する年度分の証明書 |
| 公的年金等源泉徴収票<br>遺族年金、障害年金等の振込通知書等のコピー | 1月1日から 6月30日まで…前々年分のもの<br>7月1日から12月31日まで…前年分のもの     |

#### 市町村・県民税課税（非課税）証明書

- ・ 「収入・所得金額、各種控除額、市町村・県民税額（所得割、均等割）等の全てが明記されている証明書」を取得してください。
  - ※ ご本人が非課税の場合、本人収入を確認させていただく場合があるため、必ず数字入りのものをお取りいただきますようお願いいたします。（文言のみのものは不可）
  - ・ 市町村窓口では発行手数料がかかります。（申請者の負担になります。）
  - ・ 市町村によって証明書の交付開始時期が異なります。証明書を取得される際には、事前にお住まいの市町村に御確認ください。
  - ・ 市町村の証明書には複数の種類があります。必要な書類がどれかわかりづらい場合はこのページ及び前頁を市町村窓口に提示してください。
- ※個人番号（マイナンバー）カードをお持ちの方は、コンビニ等でも証明書の取得が可能です。

#### 申請手続中（受給者証交付前）に変更があった場合

次の①～④の変更が生じた場合は、「県単独指定難病の医療給付に係る事項の変更届出書」（様式第8号の2）に次の書類を添付の上、速やかに申請を行った保健所に次の書類を御提出ください。

|   |                                                                                                                                                                          |
|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① | <b>加入する健康保険が変更になったとき</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 保険者に対する高額療養費に係る所得区分照会に関する同意書</li> <li>・ 新たに加入した健康保険が確認できる書類の写し</li> <li>・ 自己負担上限月額の算定に必要な書類</li> </ul> |
| ② | <b>氏名が変更になったとき</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 変更前後の氏名が確認できる書類（戸籍抄本、運転免許証などのコピー）</li> </ul>                                                                 |
| ③ | <b>県内で転居したとき</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 転居先及び世帯員が確認できる書類（世帯全員の住民票）</li> </ul>                                                                          |
| ※ | 県外へ転居したときは速やかに申請を行った保健所に御連絡ください。                                                                                                                                         |
| ④ | <b>自己負担上限月額に係る事項が変更になったとき</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「人工呼吸器等装着者」に該当することになった場合</li> <li>・ 人工呼吸器等装着者に係る証明書（医師による記載が必要）※要件等は4頁を御覧ください。</li> </ul>         |

## 【記入例】 県単独指定難病の医療給付に係る支給認定申請書

(宛先) 埼玉県知事

年 月 日

【申請者：患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）の記名】

個人情報等に係る同意事項（裏面）に同意したうえで、支給認定を申請します。

|                            |       |        |   |
|----------------------------|-------|--------|---|
| 申請者名<br>(患者が18歳未満の場合は保護者名) | 埼玉 太郎 | 患者との続柄 | 父 |
|----------------------------|-------|--------|---|

## ◎患者に関する事項

|                       |                                                                                             |                |                                  |          |
|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------------------|----------|
| 公費負担者番号               | 原則として、申請者になれるのは①患者本人 ②保護者（患者本人が18歳未満の場合の親権者など）に限られます。<br>なお、申請書の提出のみであれば、提出する方はどなたでもかまいません。 |                |                                  |          |
| 住 所                   | 〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1                                                                  |                |                                  |          |
| フリガナ                  | サイタマ ハナコ                                                                                    | 生年月日           | 明治 大正 昭和 平成 令和                   |          |
| 氏 名                   | 埼玉 花子                                                                                       | 生年月日           | 20 年 4 月 1 日                     |          |
| 日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可） | ××× (×××) ××××                                                                              |                |                                  |          |
| 健康保険                  | フリガナ                                                                                        | サイタマ ハナコ       | 患者との続柄                           | 本人       |
|                       | 被保険者氏名                                                                                      | 埼玉 花子          | 記号・番号<br>(後期高齢者医療広域連合の場合は被保険者番号) | ■■ 12345 |
|                       | 保険者名                                                                                        | さいたま市 (国民健康保険) |                                  |          |

## ◎保護者に関する事項（保護者が申請する場合のみ記入）

|          |                                                  |                                                                                 |   |
|----------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------|---|
| 住 所      | 〒                                                | <input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同居した場合、チェックしていた<br>だければ「居住地」の記載を省略できます。 |   |
| フリガナ     | サイタマ タロウ                                         | 患者との続柄                                                                          | 父 |
| 氏 名      | 埼玉 太郎                                            | 患者との続柄                                                                          | 父 |
| 日中連絡がとれる | 「保護者に関する事項」は、保護者（患者本人が18歳未満の場合の親権者など）が申請する場合のみ記入 |                                                                                 |   |

## ◎送付先に関する事項（申請者の居住地以外に医療受給者証等の書類送付を希望する場合のみ記入）

|                       |                          |        |   |
|-----------------------|--------------------------|--------|---|
| 住 所                   | 〒30-8518 さいたま市浦和区高砂3-1-4 |        |   |
| フリガナ                  | サイタマ アヤコ                 | 患者との続柄 | 母 |
| 氏 名                   | 埼玉 彩子                    | 患者との続柄 | 母 |
| 日中連絡がとれる連絡先（携帯電話番号も可） | ××× (×××) ××××           |        |   |

## ◎県単独指定難病に関する事項（複数疾患の支給認定を受けている場合は①以外の病名を②、④に記入）

|                  |                                                                                                                            |        |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|
| 病名               | ①橋本病 ← 申請する病名を記入                                                                                                           | ③<br>④ |
|                  | ②                                                                                                                          |        |
| 特例事項<br>(該当項目に✓) | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器、体外式補助人工心臓（ペースメーカーではありません。）を常時装着 (注)<br><input type="checkbox"/> 高額難病治療継続者である。（継続認定された方のみ対象） |        |
| 受診を希望する医療機関      |                                                                                                                            |        |

「特例事項」に該当する者として申請する場合は、別途、医師や医療機関による証明書等が必要です。  
詳細は保健所窓口にてお問合せください。

(注) 所定様式の証明書を添付してください。証明された事項が認定基準に適合するか審査をします。

(裏面)

◎支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入している方）等に関する事項

- ・患者と同じ健康保険に加入する方全員を記入してください。

他の家族が加入するさいたま市（国民健康保険）とは異なるため記入不要。

| 氏名    | 患者との続柄 | 生年月日<br>(元号に○をつけて記入)        | 氏名      |    |                             |
|-------|--------|-----------------------------|---------|----|-----------------------------|
| 埼玉 太郎 | 父      | 明 大 昭 平 令<br>45 年 4 月 15 日  | 埼玉 太郎兵衛 | 祖父 | 明 大 昭 平 令<br>13 年 12 月 31 日 |
| 埼玉 彩子 | 母      | 明 大 昭 平 令<br>50 年 6 月 30 日  |         |    |                             |
| 埼玉 一郎 | 兄      | 明 大 昭 平 令<br>15 年 9 月 9 日   |         |    |                             |
| 埼玉 次郎 | 弟      | 明 大 昭 平 令<br>23 年 11 月 25 日 |         |    |                             |

- 「支給認定基準世帯員欄」は、患者と同じ健康保険に加入する方を全員記入してください。
- 枠内に記載する方に対して課税される市町村民税（所得割額）をもとに自己負担上限月額算定の算定を行います。

(注) 太枠内の方に課税されている年間の市町村民税所得割額の合計が 251,000 円以上であり、自己負担上限月額が最高額になることを承諾する場合は、課税証明書等の添付を省略することができます。承諾する場合は、以下に御記名ください。

自己負担上限月額が最高額になることを承諾し、市町村民税所得割額等を証明する書類は提出しません。

申請者名：

※条件に該当する方のみ、課税証明書の添付を省略することができます。

(注)をよく読んだ上で、自己負担上限月額が最高額(30,000円)になることを承諾される場合のみご記名ください。  
なお、該当しない方については、記入不要です。

◎個人情報等に係る同意事項（申請前に必ずご確認ください。）

私は、本申請（申請書、臨床調査個人票等の添付書類）に基づく調査結果等及び個人情報を、

1. 治療研究基礎資料として厚生労働省及び埼玉県に提供すること。
  2. 国、埼玉県及び埼玉県内の市町村が難病対策に関わる目的に使用すること。
  3. 国、地方自治体、保険者等の関係機関に医療給付に関わる事項の照会を行い、回答を得ること。
- に同意した上で、指定難病の医療給付を受けたいので、別紙関係書類を添えて申請します。

※ 本申請により得られた個人情報等は、上記同意事項及び支給認定に関わる目的以外に使用する事はありません。

## 医療受給者証交付後の注意事項

県単独指定難病に係る医療給付を受けることができるのは指定医療機関等に限ります。

【要注意】県外医療機関の受診や介護保険に基づくサービスなどは療養費払いになります。

指定医療機関等で受診等をされる場合は、健康保険証に加え、県単独指定難病医療受給者証と自己負担上限月額管理票を窓口に提示して支給認定された疾病の診療等を受けてください。

窓口で支払う金額は、支給認定された疾病の医療給付の対象に係る自己負担分のうち、月単位で自己負担上限額までとなります。（複数の指定医療機関等を利用する場合は合算します。）

### 患者の窓口支払額(自己負担額) の例

例) 承認された疾病の治療のために、複数の指定医療機関等を利用した。

- 自己負担割合：2割（健康保険の自己負担割合が3割の方は1割分を別途公費で負担）
- 自己負担上限月額：10,000円
- 保険者や市町村からの付加金なし

| 日付    | 指定医療機関      | 医療費・介護サービス費<br>(10割) | 自己負担割合<br>(2割) | 患者の窓口支払額<br>(自己負担額) | 医療給付額<br>(公費負担額) |
|-------|-------------|----------------------|----------------|---------------------|------------------|
| 〇月10日 | A病院         | 28,500円              | 5,700円         | 5,700円              | 0円               |
| 〇月10日 | B薬局         | 11,250円              | 2,250円         | 2,250円              | 0円               |
| 〇月15日 | C訪問看護ステーション | 15,000円              | 3,000円         | 2,050円              | 950円             |
| 〇月25日 | A病院         | 28,500円              | 5,700円         | 0円                  | 5,700円           |
| 〇月26日 | B薬局         | 11,250円              | 2,250円         | 0円                  | 2,250円           |

※月ごとに管理するため翌月は自己負担額が発生します。

| 日付   | 指定医療機関 | 医療費・介護サービス費<br>(10割) | 自己負担割合<br>(2割) | 患者の窓口支払額<br>(自己負担額) | 医療給付額<br>(公費負担額) |
|------|--------|----------------------|----------------|---------------------|------------------|
| △月8日 | A病院    | 28,500円              | 5,700円         | 5,700円              | 0円               |

自己負担上限月額（10,000円）に達したため、その月はこの後の患者の自己負担なし。

### 医療給付の対象

医療給付の対象となるのは次のア・イです。なお、保険者や市町村から支給される医療費（付加給付・高額療養費など）分は、算定から除きます。

#### ア 保険診療による自己負担分

#### イ 介護保険法の規定による次のサービスの自己負担分

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、  
介護医療院サービス

次の費用は、医療給付の対象にはなりませんので御注意ください。

- × 受給者証に記載された病名以外の病気やけがによる医療費
- × 入院時の食事療養標準負担額又は生活療養標準負担額
- × 健康保険が適用されない医療費（保険診療外の治療・調剤、入院時の差額ベッド代など）
- × 介護保険での訪問介護の費用
- × 臨床調査個人票、療養証明書等の文書料
- × 治療用器具
- × はり、灸、あんま、マッサージの費用
- × 医療機関までの交通費、移送費
- × 後発医薬品（ジェネリック医薬品）がある場合で先発医薬品を希望される場合に発生する特別の料金

## 医療受給者証交付前及び県外医療機関の受診等により生じた医療費の請求

支給認定申請を行ってから医療受給者証が交付されるまで、少なくとも3月程度はかかります。

このため、医療受給者証の有効期間の始期※から医療受給者証が交付されるまでの期間は保険診療等を受けた際の自己負担分をいったん指定医療機関等に支払っていただくことになります。

また、県外医療機関の受診や介護保険に基づくサービスなどは、窓口で医療費をいったんお支払いいただく必要があります。

上記のような医療費のうち公費で負担すべき額については、後日、埼玉県に請求することができます。請求を行う際は、住所地を管轄する保健所へ下表の書類を提出してください。

なお、同一月に複数の指定医療機関等を利用した場合には合算する必要がありますので、必ず毎月にまとめて請求をしてください。

※ 医療受給者証の有効期間の始期は、保健所が支給認定申請を受け付けた日になります。

|   | 医療費の請求に必要な書類                                                                                  |
|---|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| ① | 県単独指定難病に係る療養費支給申請書                                                                            |
| ② | 指定医療機関等が作成した、 <u>県単独指定難病</u> に係る療養証明書                                                         |
| 3 | 受診した指定医療機関が発行した領収書（ <u>原本のみ有効</u> ※再発行無効・コピー不可）<br>※ 領収書に保険点数等の内訳がない場合は、診療明細書や調剤明細書を提出してください。 |
| 4 | 県単独指定難病医療受給者証のコピー                                                                             |
| 5 | 加入している健康保険が確認できる書類のコピー等                                                                       |
| 6 | 振込口座及び名義が確認できるもの（通帳のコピー又はカードのコピー）                                                             |
| 7 | 保険者・市町村が支給した医療費（付加給付・高額療養費など）が確認できるもの（通知のコピーなど）                                               |
| 8 | 市町村からの介護保険に係る高額介護（介護予防）サービス費が確認できるもの（通知のコピーなど）                                                |

（注1）①②の様式は各保健所で配布しているほか、埼玉県ホームページからもダウンロードできます。

（注2）7, 8は、当該書類が無い場合は提出不要です。なお、高額療養費等の支給対象となる場合は、原則として保険者等へ高額療養費等の請求後、上記書類を保健所へ提出してください。

## 変更事項等が生じた場合

### ● 治癒・死亡・県外への転出等

住所地を管轄する保健所へ連絡し医療受給者証を保健所に返納してください。

※ 県外へ転出した場合には受給資格を喪失しますので御注意ください。

### ● 支給認定申請内容に変更が生じた場合

次のような変更が生じた場合は、住所地を管轄する保健所で変更手続きを行ってください。変更手続きについては埼玉県ホームページを御覧いただくか、保健所担当者にお問合せください。

- ① 加入する健康保険が変更になったとき
- ② 住所、氏名が変更になったとき
- ③ 自己負担上限月額に係る事項が変更になったとき（3～4頁参照） など

### Q 支給認定に必要な書類はどこでもらえますか

各保健所で配布しているほか、埼玉県疾病対策課のホームページからもダウンロードすることができます。（埼玉県疾病対策課ホームページの「特定疾患等医療給付制度」をご覧ください。）

### Q いつから助成を受けることができますか

支給認定を受けた場合には、保健所で申請書を受け付けた日からとなります。

### Q 郵送で県単独難病の医療費助成の申請をしてもよいですか

郵送による申請も可能です。その場合も、申請先は住所地を所轄する保健所になります。書類の不足や事故等の防止のため、あらかじめ保健所にご相談いただくことをおすすめします。また、保健所に相談後郵送申請をする際には、簡易書留郵便やレターパックプラス（赤）等の郵便記録が残るものを使用してください。なお、申請日は保健所が申請書類を収受した日となります。

### Q 受給者証の有効期限はありますか。いつまでですか

申請をする時期によって異なります。支給認定を受けた場合、埼玉県が支給認定申請を受付した日が1月1日から6月30日までの場合は、申請した年の9月30日までとなります。7月1日から12月31日までの場合は申請した翌年の9月30日までとなります。

### Q 申請書を提出してから受給者証が届くまで、どのくらいかかりますか

提出書類が不備なく、適切に受理されてから、3か月程度かかります。

なお、支給申請が認定となった場合、申請日から受給者証が交付されるまでにかかった医療費については、療養費として払い戻しが可能です。手続には領収書の原本（再発行の場合はお支払いできません。）が必要となりますので、必ず保管をお願いします。

### Q 黄色い手帳（自己負担上限月額管理票）はどのように使用するのですか

県単独指定難病による医療を受けるときに、県単独指定難病受給者証と一緒に指定医療機関の窓口でご提示ください。指定医療機関で必要事項が記入されます。

## Q 自己負担上限月額管理票をなくしてしまったのですが、どうすればいいですか

保健所へ連絡し、再発行の手続きをお願いします。県・市保健所の連絡先については、15頁（裏表紙）をご覧ください。

## Q 受給者証はどここの医療機関でも使用することができますか？

県単独指定難病に係る医療給付を受けることができるのは指定医療機関等に限りです。

【要注意】県外医療機関の受診や介護保険に基づくサービスなどは療養費払いになります。

## ヘルプマークについて

内部障害や難病の方など、外見から分からなくても援助や配慮を必要としている方々が、周囲の方に配慮を必要としていることを知らせることで援助を得やすくなるよう、**市町村の窓口**で「ヘルプマーク」を配布しています。詳しくはホームページでご確認ください。



埼玉県 ヘルプマーク 



<支給認定申請等の受付窓口（埼玉県保健所）> 開庁時間 平日8：30～17：15まで

| 保健所名   | 電話番号         | 郵便番号     | 所在地           | アクセス                   | 管轄する市町村                                     |
|--------|--------------|----------|---------------|------------------------|---------------------------------------------|
| 南部保健所  | 048(262)6111 | 333-0842 | 川口市前川1-11-1   | 蕨駅東口から<br>徒歩25分        | 蕨市、戸田市                                      |
| 朝霞保健所  | 048(461)0468 | 351-0016 | 朝霞市青葉台1-10-5  | 朝霞駅南口から<br>徒歩15分       | 朝霞市、志木市、和光市、<br>新座市、富士見市、ふじみ<br>野市、三芳町      |
| 春日部保健所 | 048(737)2133 | 344-0038 | 春日部市大沼1-76    | 春日部駅西口からバ<br>ス 地方庁舎前下車 | 春日部市、松伏町                                    |
| 草加保健所  | 048(925)1551 | 340-0035 | 草加市西町425-2    | 草加駅西口から<br>徒歩10分       | 草加市、八潮市、三郷市、<br>吉川市                         |
| 鴻巣保健所  | 048(541)0249 | 365-0039 | 鴻巣市東4-5-10    | 鴻巣駅東口から<br>徒歩15分       | 鴻巣市、上尾市、桶川市、<br>北本市、伊奈町                     |
| 東松山保健所 | 0493(22)0280 | 355-0037 | 東松山市若松町2-6-45 | 東松山駅東口から<br>徒歩20分      | 東松山市、滑川町、嵐山町、<br>小川町、川島町、吉見町、<br>ときがわ町、東秩父村 |
| 坂戸保健所  | 049(283)7815 | 350-0212 | 坂戸市石井2327-1   | 北坂戸駅から<br>徒歩20分        | 坂戸市、鶴ヶ島市、毛呂山<br>町、越生町、鳩山町                   |
| 狭山保健所  | 04(2941)6557 | 350-1324 | 狭山市稲荷山2-16-1  | 稲荷山公園駅から<br>徒歩7分       | 所沢市、飯能市、狭山市、<br>入間市、日高市                     |
| 加須保健所  | 0480(61)1216 | 347-0031 | 加須市南町5-15     | 加須駅南口から<br>徒歩8分        | 行田市、加須市、羽生市                                 |
| 幸手保健所  | 0480(42)1101 | 340-0115 | 幸手市中1-16-4    | 幸手駅から<br>徒歩3分          | 久喜市、蓮田市、幸手市、<br>白岡市、宮代町、杉戸町                 |
| 熊谷保健所  | 048(578)4548 | 360-0031 | 熊谷市末広3-9-1    | 熊谷駅北口から<br>徒歩15分       | 熊谷市、深谷市、寄居町                                 |
| 本庄保健所  | 0495(22)6481 | 367-0047 | 本庄市前原1-8-12   | 本庄駅南口から<br>徒歩15分       | 本庄市、美里町、神川町、<br>上里町                         |
| 秩父保健所  | 0494(22)3824 | 368-0025 | 秩父市桜木町8-18    | 秩父駅から<br>徒歩10分         | 秩父市、横瀬町、皆野町、<br>長瀬町、小鹿野町                    |

<市保健所等（各市を管轄しています。）> 開庁時間 平日8：30～17：15まで

|                                                 |                                                      |  |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------|--|
| さいたま市保健所（各区の保健センターでも受付をしています。）                  |                                                      |  |
| 電話番号；048(840)2219<br>〒338-0013 さいたま市中央区鈴谷7-5-12 | 与野本町駅 又は 南与野駅から 徒歩15分                                |  |
| 川越市保健所(総合保健センター)                                |                                                      |  |
| 電話番号；049(229)4124<br>〒350-1104 川越市小ヶ谷817-1      | 西川越駅から 徒歩12分                                         |  |
| 川口市保健所                                          |                                                      |  |
| 電話番号；048(423)6708<br>〒338-0842 川口市前川1-11-1      | 蕨駅東口から 徒歩25分                                         |  |
| 越谷市保健所                                          |                                                      |  |
| 電話番号；048(973)7531<br>〒343-0023 越谷市東越谷10-31      | 越谷駅東口 又は 南越谷駅北口からバス 越谷市立病院前下車<br>南越谷駅南口からバス 越谷市立病院下車 |  |
| 所沢市役所（新規申請受付のみ。その他の手続は狭山保健所で受付しています。）           |                                                      |  |
| 保健医療課 電話番号；04(2998)9385<br>〒359-8501 所沢市並木1-1   | 航空公園駅東口から 徒歩3分                                       |  |

<難病指定医、指定医療機関等の問合せ> 開庁時間 平日8：30～17：15まで

|                   |                                                       |
|-------------------|-------------------------------------------------------|
| 埼玉県保健医療部<br>疾病対策課 | 電話番号；048(830)3491<br>〒330-9301 さいたま市浦和区高砂3-15-1（埼玉県庁） |
|-------------------|-------------------------------------------------------|

（令和7年5月発行）