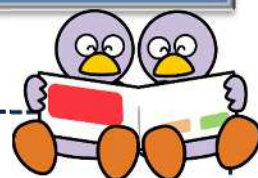


指定難病の医療給付に係る 支給認定(転入)申請の手引

転入申請を希望される方は、本書をお読みいただいた上で申請してください。



埼玉県マスコット「コバトン」

目次

指定難病医療給付に係る転入申請について-----	1
留意していただきたい事項	1
転入申請に必要な書類・記入例 -----	2
転入申請に必要な書類一覧（原則原本の提出をお願いいたします）	2
支給認定申請書の記入例	4
証明書類の注意事項.....	6
必要書類の添付省略可否のフローチャート.....	9
収入状況申告書について	10
個人番号（マイナンバー）について	11
自己負担上限月額額の算定-----	14
申請手続き中（医療受給者証交付前）の注意事項 -----	16
申請手続き中に変更が生じた場合	16
医療受給者証交付前に生じた医療費の請求.....	17
医療受給者証交付後の注意事項 -----	18
受給者証交付後に変更事項等が生じた場合	18
よくある質問・参考 -----	19
よくある質問.....	19
災害時における避難行動要支援者の避難行動支援について	19
障害福祉サービス等について	20
ヘルプマークについて.....	20
埼玉県思いやり駐車場制度（パーキング・パーミット制度）について.....	20
支給認定申請等の受付窓口一覧 -----	21

※ この制度は「難病の患者に対する医療等に関する法律（難病法）」に基づくものです。

参 考

埼玉県難病相談支援センター

埼玉県では2か所に難病相談支援センターを設けています（申請手続等は各保健所にお問合せください。）。

●医療に関する相談など

難病相談支援員が、難病の患者さんやご家族の相談に応じています。

（月～金（祝日を除く）：10:00～16:00、相談料無料）

TEL) 048-768-3351

埼玉県難病相談支援センター 🔍



●生活相談・就労相談など

ピアサポーター（難病患者やその家族など）が患者会の紹介、日常生活の相談やピアカウンセリング等を行っています。

（月～金（祝日を除く）：10:00～16:00、相談料無料）

TEL) 048-834-6674

埼玉県 障難協 🔍



難病法に基づく指定医療機関について

難病法に基づく指定医療機関とは、都道府県知事又は指定都市の市長が医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所等）の申請に基づき指定したものです。

指定医療機関は各都道府県又は指定都市のホームページに掲載されていますのでそちらをご確認いただくか、医療機関に直接お問合せください。

（埼玉県の指定医療機関について）

埼玉県 難病指定医療機関 🔍



指定難病登録者証について

指定難病登録者証とは、障害福祉サービスの受給申請時やハローワーク等の利用時に「指定難病の患者であること」を確認できるものです。

指定難病登録者証は原則、マイナンバー情報連携により交付します。マイナンバーカードを取得していない等によりマイナンバー連携が困難であり、紙での発行を希望する場合は、申請書の記載欄に記入してください。

指定難病医療給付に係る転入申請について

他の都道府県又は指定都市で指定難病医療給付の認定を受けている方が、埼玉県（さいたま市を除く）への転入（住民票の異動を行った）後に、引き続き医療給付を希望される場合、別途、住所地を管轄する保健所（21頁参照）で指定難病医療給付に係る転入申請を行っていただく必要があります。

※ さいたま市にお住まいの方については、さいたま市が医療給付に係る事務を管轄しています。必要書類が異なりますので、申請等のお手続については、さいたま市保健所にお問合せください（21頁参照）。

留意していただきたい事項

- ・ 転入申請は、転出元自治体が発行した指定難病医療受給者証の有効期間終期までに行っていただく必要があります。転出元自治体の受給者証の有効期間終期を過ぎてしまった後に申請される場合、新規申請扱いとなり、必要書類が異なります（詳細については、指定難病の医療給付に係る支給認定（新規）申請の手引を参照してください）。そのため、申請時期には十分注意してください。

埼玉県 難病 新規申請 🔍



- ・ 申請後は、転入元の受給者証を使用せず、速やかに転出元自治体に返還してください（返還手続については、転出元自治体にご確認ください）。
- ・ 申請から受給者証の交付まで概ね1～2か月ほどかかります。申請日から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に支払っていただくことになります。この期間における医療費のうち公費で負担すべき額については、受給者証交付後に埼玉県に請求することができます。手続には領収書の原本（再発行は無効）が必要となりますので必ず保管をお願いします。

詳細については17～18頁をご覧ください。

- ・ 交付される受給者証の有効期間の始期は保健所が転入申請を受け付けた日になります。
※ 有効期間の終期は、申請日、転出元自治体の有効期間等によって異なります（詳細は各保健所の窓口にお問合せください）。
- ・ 転出元自治体の受給者証の有効期間によっては、埼玉県での転入手続の際に別途、継続申請が必要な場合があります（詳細は各保健所の窓口にお問合せください）。
- ・ 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、ご覧ください。

埼玉県 難病対策 🔍



埼玉県マスコット「コバトン」

転入申請に必要な書類・記入例

転入申請に必要な書類一覧 (原則原本の提出をお願いいたします)

1～2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。
 ※ 控えが必要な場合はご自身でコピーを取ってください。

全員提出が必要な書類 (マイナンバー情報照会による一部省略可)・・・1～5

- | | |
|---|-----------|
| 1 指定難病の医療給付に係る支給認定申請書 | ☞ 4頁～6頁 |
| 2 個人番号記載票及び本人確認書類 | ☞ 11頁～13頁 |
| <ul style="list-style-type: none"> 個人番号記載票は、必ず申請者(患者又は保護者)分の本人確認書類(番号確認+身元確認)と併せてご提出ください。個人番号記載票に記入が必要な方は患者本人のみとは限りません。詳細は11頁～13頁をご確認ください。 | |
| 3 転出元自治体が発行した指定難病医療受給者証のコピー | |
| 4 <u>世帯全員の記載がある住民票※1</u> (申請日から1年以内に発行されたもの) | |
| <ul style="list-style-type: none"> 加入している健康保険の種類によっては添付を省略することができる場合があります。詳細は7頁をご確認ください。 | |

5 健康保険に関する書類 (生活保護受給者・境界層該当者で健康保険未加入の場合は提出不要)

- 患者の加入している健康保険が確認できる書類のコピー等 (7頁参照) をご提出ください。
- 申請日時点で有効なものに限ります
 - 個人番号を用いた情報照会により患者の加入している健康保険が確認できる書類のコピー等の添付を省略することができます。詳細は7・9項をご確認ください。
 - 患者が加入している健康保険によって、下記の表の書類が必要となりますのでご確認ください。

患者が加入している健康保険	区分ごとの対象者と提出書類
国民健康保険 (市町村交付)	上記以外必要な書類はなし。 ※ 自己負担上限月額が変わる場合は、 <u>次頁「6」も必ずご確認ください。</u>
後期高齢者医療広域連合	
国民健康保険組合 土建国保、建設国保、医師国保、 歯科医師国保、薬剤師国保、税理士国保など	①患者及び②患者と同じ健康保険に加入している方全員の 市町村・県民税課税 (非課税) 証明書※2
上記以外の健康保険 全国健康保険協会、健康保険組合、 共済組合などの被用者保険	【被保険者が市町村民税非課税の場合に提出する書類】 被保険者の市町村・県民税課税 (非課税) 証明書

※1 個人番号カード (マイナンバーカード) や通知カードをお持ちでない場合は、必ず個人番号 (マイナンバー) 入りのものをご用意ください。

※2 義務教育修了前の子で証明書記載の扶養人数に含まれている方は省略可能です。

該当者のみ提出が必要な書類・・・6～10

6 自己負担上限月額に関する書類

個人番号を用いた情報照会により添付を省略することができます。詳細は7～9頁をご確認ください。

(1) 支給認定基準世帯員等の変更に伴い自己負担上限月額が変わる場合

患者が加入している健康保険	区分ごとの対象者と提出書類
国民健康保険（市町村交付）	①患者及び②患者と同じ健康保険に加入している方全員※1の ・加入している健康保険が確認できる書類のコピー等 ・市町村・県民税課税（非課税）証明書※2 【上記①②が市町村民税非課税の場合に追加で提出する書類】 申請者（患者又は保護者）の ・市町村・県民税課税（非課税）証明書（①②と重複する場合は不要）及び「市町村民税非課税者に係る収入状況申告書」※3 ・遺族年金、障害年金等の振込通知書等のコピー
後期高齢者医療広域連合	
国民健康保険組合 土建国保、建設国保、医師国保、 歯科医師国保、薬剤師国保、税理 士国保など	被保険者の市町村・県民税課税（非課税）証明書 【被保険者が市町村民税非課税の場合に提出する書類】 申請者（患者又は保護者）の ・市町村・県民税課税（非課税）証明書（被保険者と同一人の場合は不要）及び「市町村民税非課税者に係る収入状況申告書」 ※3 ・遺族年金、障害年金等の振込通知書等のコピー
上記以外の健康保険 全国健康保険協会、健康保険組 合、共済組合などの被用者保険	

※1 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、保護者の書類も提出。

※2 義務教育修了前の子で証明書記載の扶養人数に含まれている方は省略可能です。

※3 「市町村民税非課税者に係る収入状況申告書」については10頁を参照ください。

(2) その他以下の場合により自己負担上限月額が変わる場合

ア 本県転入時に必要な課税証明について ※ 必要年度等については6頁の注意事項をご確認ください。	転出元自治体が発行した指定難病医療受給者証が、転入申請日において必要とする年度の前年度分の市町村民税・県民税課税（非課税）証明書に基づき認定されている場合には、必要年度分の市町村・県民税課税（非課税）証明書もご提出ください。
イ 新たに高額かつ長期に該当する者として申請する場合 ※ 詳細は15頁をご覧ください。	転出元自治体の自己負担上限月額管理票の該当ページのコピー等（少なくとも6月分）
ウ 新たに人工呼吸器等装着者として申請する場合 ※ 必要な要件は15頁をご覧ください。	人工呼吸器等に係る欄の記載がある臨床調査個人票（難病指定医又は協力難病指定医が作成したもの）
エ 患者が小児慢性特定疾病の受給者（申請中を含む）、又は患者と同じ健康保険に加入している方が指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者（申請中を含む）の場合 ※ 14頁「●その他」の（注）も参照	その方の「指定難病又は小児慢性特定疾病にかかる医療受給者証」のコピーなど

7 生活保護受給者、境界層該当者であることを証明する書類

福祉事務所で発行される生活保護受給証明書、境界層該当者であることを証明する書類

※ 生活保護受給者、境界層該当者の方が健康保険に加入している場合は、前頁5も必要です。

8 マイナンバー（個人番号）による添付書類の省略に関する調書

個人番号を用いた情報照会により書類添付の省略を希望する場合に記載してください。

9 [限度額適用認定証]又は「限度額適用・標準負担額認定証」のコピー

※ 加入健康保険組合から発行されるものです。転入時に加入保険を被用者保険に変更し、被保険者の市町村民税が非課税の場合、患者本人が上記の認定証をお持ちであればあわせてご提出ください。

10 高額療養費の審査に必要な情報の取得に関する同意書

※ 転入時に加入保険が共済組合（公務員等が加入する共済組合（私学共済を除く））に変わり、被保険者の市町村民税が非課税の場合、あわせてご提出ください。

※ マイナンバーの情報照会により、加入している健康保険が確認できる書類のコピー等の提出を省略希望の方でも、上記同意書は必ずご提出ください。

- 婚姻等により転出元自治体が発行した指定難病医療受給者証と氏名等が異なる場合には、変更後の氏名等が確認できる書類をご提出ください。（運転免許証のコピーなど）

支給認定申請書の記入例

指定難病の医療給付に係る支給認定申請書及び指定難病登録者証交付申請書
(指定難病の医療給付に係る支給認定については該当するものに必ずチェック)

支給認定申請書 | 頁目

新規 更新 転入

令和 年 月 日

(宛先) 埼玉県知事
個人情報等に係る同意事項(裏面)に同意した上で、
下記のとおり支給認定を受けたいので申請します。

申請者名 (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
--------------------------------	-------	------------	---

1-1 患者に関する事項 ※現に支給認定を受けている場合は、申請者欄に記入

公費負担者番号※	5	4	1	1
居住地	〒000-0000 埼玉県〇〇市△△町1-2-3			
フリガナ	サイタマ ハナコ			明治 大正 昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 平成 令和
氏名	埼玉 花子	生年月日	20年4月1日	
電話番号	① ×××(×××) ××× ② ()			
加入健康保険	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 (後期高齢者 医療被保険者 の場合は被保 険者番号)	■■ 12345 00
	保険者名称	〇〇市(国民健康保険)		

※原則として、申請者は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。
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。

氏名に外字が含まれる場合、受給者証の氏名表記は類似文字またはカタカナ表記での対応とさせていただきます。

※携帯電話番号など日中連絡がつく番号を記入。

1-2 保護者に関する事項 (患者が18歳未満であり、保護者が申請する場合のみ記入)

居住地	〒 埼玉県	※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。	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合、チェックしていた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		
電話番号	① ×××(×××) ××× ② ()		

1-3 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)

居住地	〒	※申請者の居住地と、書類の送付先が異なる場合のみ記入。	患者との続柄	
フリガナ				
氏名				
電話番号	① ()	② ()		

2 指定難病に関する事項

病名 (複数ある場合は全て記入)	1	潰瘍性大腸炎	「特例事項」に該当する場合、別途、事実関係を確認できる書類を提出する必要があります。 例) 軽症者特例に <input checked="" type="checkbox"/> ⇒ 医療費申告書及び領収書等
	2		
特例事項 (該当する場合のみチェック)	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器等を使用している。		<input checked="" type="checkbox"/> 軽症者特例に該当する。
	<input type="checkbox"/> 高額難病治療継続者である。		
受診を希望する指定医療機関※	名称	記載不要(各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関で受診できます。)	
	所在地		

※受給者証には「各都道府県又は政令指定都市の指定する医療機関」と記載されます。

裏面も必ずご確認ください。

支給認定申請書 2 頁目

3 支給認定基準世帯員（患者と同じ健康保険に加入する方）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太枠内に記入してください。
- ・指定難病・小児慢性の支給認定状況欄には、指定難病もに該当する場合、又は支給認定の申請中である場合のみ

患者本人が小児慢性特定疾病の受給者（申請中を含む）である場合、必要事項を記入してください。（14頁「●その他」も参照）

フリガナ 氏名	生年月日	患者との続柄	指定難病・小児慢性の 支給認定状況 (○を付けた場合は右欄も記入)	受給者番号 (申請中の場合は 「申請中」と記入)
患者本人		本人	小児慢性	●●●●△△△
サイタマ タロウ 埼玉 太郎	明・大・昭・平・令 45 年 4 月 15 日	父	指定難病・小児慢性	「申請中」の場合は、 受給者番号は記入不要
サイタマ アヤコ 埼玉 彩子	明・大・昭・平・令 50 年 6 月 30 日	母	指定難病・小児慢性	●●●●●●●●
サイタマ イチロウ 埼玉 一郎	明・大・昭・平・令 18 年 9 月 9 日	兄	指定難病・小児慢性	
	明・大・昭・平・令 年 月 日			

太枠内には、患者と同じ健康保険に加入する方全員記入してください。
※申請者本人と異なる健康保険加入者は原則記載不要です。

(注) 太枠内の方（被用者保険の場合は被保険者のみ）の市町村民税（所得割）額が自己負担上限月額が最高額（30,000円）になることを申請者が承諾する場合は、課税証明書等の添付を省略することができます。

自己負担上限月額が最高額（30,000円）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。 申請者氏名 _____

4 指定難病医療給付の開始時期に関する事項 ※新規で申請される方のみ記入

医療費助成の開始日として希望する年月日

年 月

上記で希望する日が申請日から1か月以上前となること（希望する日が申請日から1か月以上前となること）

①臨床調査個人票の受領に時間を要したため

②症状の悪化等により、申請書類の準備や提出が遅れたため

③大規模災害に被災したこと等により、申請が遅れたため

④その他

(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。

※ 申請日からの遡りの期間は、臨床調査個人票に記載されている診断年月日までとし、原則として1か月以内とします。ただし、診断年月日から1か月以内に申請を行わなかったことについてやむを得ない理由があるときは最長3か月まで延長できます。

5 指定難病登録者証に係る事項

指定難病登録者証について、

申請する 申請しない 申請済（発行自治体名 〇〇県）

指定難病登録者証の紙での発行について、

マイナンバー連携が困難なため、紙での発行を希望する（マイナンバー連携が困難な理由： _____）

※障害福祉サービス等の公的サービス利用時に、当該サービスを提供する公的機関が、マイナンバーを用いたサービスにより登録者情報を確認することがあります。

6 個人情報等に係る同意事項

本申請（申請書、診断書その他の添付書類）に基づく個人情報及び調査結果等を

1. 他の都道府県又は指定都市に転居する場合に転居先の都道府県又は指定都市に転居先を通知する目的に使用すること
2. 国、埼玉県及び埼玉県内の市町村が難病対策に関する目的に使用すること
3. 国、地方公共団体、保険者等の関係機関に医療給付に関する事項の照会を請求すること

※ 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する目的以外に使用しません。

すでに登録者証をお持ちの方は、こちらに発行自治体名を記入してください。

支給認定申請書 3頁目

7 臨床調査個人票の研究利用に関する事項（臨床調査個人票を併せて提出する場合はチェックをしてください。）

私は、指定難病の医療費助成の申請（登録者証の申請）に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることについて、厚生労働大臣に対して

同意する 同意しない

※詳細については、別紙「臨床調査個人票の研究利用に関するご説明」を参照してください。

○下記のアンケートに御協力ください。該当する項目にチェックをつけてください。なお、回答は任意です。

（回答いただいたアンケートの

臨床調査個人票の研究利用に関するご説明

埼玉県 臨床調査個人票 同意書

①療養の状況	主な通院・入院先医療機関:
②医療機器等の使用状況	<input type="checkbox"/> 使用していない <input type="checkbox"/> 人工呼吸器※1 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()
③身体等の状況	障害手帳【身体】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[級] 【療育】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[等級:] 【精神】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有[級] 介護保険 <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 要介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5)
④サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> その他()
⑤講演会等の案内※2	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない

※1 人工呼吸器には、常時着用する場合だけでなく、一時的に使用する場合も含まれます。

※2 保健所から必要に応じ、難病に関する講演会等（オンライン含む）のご案内を行って

支給認定申請書の記入例は以上となります。

証明書類の注意事項

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 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 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 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

● 証明書の名称は自治体により異なることがあります。収入・所得金額、各種控除額、市町村・県民税額（所得割、均等割）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、本人収入を確認する場合があるため、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ご確認ください。

● 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、この頁及び2頁を市町村窓口に掲示してください。

※ 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を取得できる場合があります。

* 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. 「資格確認書」の写し
 2. 「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）
 3. マイナポータル上の資格情報画面をプリントアウトしたもの

※ 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1～3の代わりにできます。

※ 支給認定世帯員等の変更に伴い自己負担上限月額が変わる場合、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（3頁参照）全員分を提出する必要があります。

* マイナンバーを用いた情報照会により、添付を省略できる書類について

患者が加入する健康保険の種類により、下表のとおり添付書類を省略できます。希望される場合には別紙「マイナンバー（個人番号）による書類省略に関する調書」（次頁参照）に記入した上で、その他申請書類と併せてご提出ください。

	患者が加入している健康保険	添付を省略できる書類
ア	国民健康保険（市町村国保） 後期高齢者医療広域連合	① 加入している健康保険が確認できる書類のコピー ② 市町村・県民税課税（非課税）証明書
イ	被用者保険（ <u>全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等</u> ）	① 住民票 ② 加入している健康保険が確認できる書類のコピー ③ 市町村・県民税課税（非課税）証明書
ウ	国民健康保険組合	① 加入している健康保険が確認できる書類のコピー ② 市町村・県民税課税（非課税）証明書
エ	生活保護受給	① 住民票 ② 生活保護受給証明書

※ 加入している健康保険が「ア 国民健康保険（市町村国保）・後期高齢者医療広域連合」、「ウ 国民健康保険組合」の方は、マイナンバーを提出した場合でも住民票の提出をお願いします。

※ マイナンバー照会を希望される場合でも、状況によっては情報が取得できないことがあるため、後日、書類の提出を求める場合がありますのでご了承ください。（例：保険者に個人番号を提供していない場合、住民税の申告義務があるものの申告をしていない場合 等）

※ マイナンバー照会で健康保険確認書類の添付を省略する場合でも、転入申請時に加入保険が国家公務員又は地方公務員等共済組合に変わり、被保険者の市町村民税が非課税の場合は、高額療養費の審査に関する事務に係る同意書の提出が必要です

※ 市町村・県民税課税（非課税）証明書を省略する場合であっても、支給認定基準世帯員全員が市町村民税非課税に該当する方は収入状況申告書を提出していただく必要があります。詳細については10頁をご確認ください。

※ 住民税の申告義務があるものの申告をしていない場合、マイナンバーで課税情報を取得することができないため、後日、書類の提出を求める場合があります。

※ 境界層該当者であることを証明する書類、中国残留邦人等の支援給付を証明する書類を省略することはできません。

※ 認定後、保険変更等を行った場合、追加で書類を求める場合があります。



マイナンバーの情報連携により書類の添付を省略した場合、必要書類を添付して申請する場合より受給者証の交付までに時間がかかりますのでご了承ください。

※マイナンバーによる添付書類の省略を希望される場合ご提出ください。

記入例

マイナンバー（個人番号）による添付書類の省略に関する調書
 （マイナンバーによる添付書類の省略を希望する方のみご記入ください）

令和 年 月 日

受給者番号	○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○	難病医療給付申請に係る添付書類について、 マイナンバーによる添付書類の省略を希望 します。
申請者名 （患者が18歳未満 の場合は保護者名）	彩の国 二郎	
患 者	フリガナ	さいのくに じろう
	氏 名	彩の国 二郎
	省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 住民票 <input type="checkbox"/> 生活保護受給証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類
	課税市町村	○ ○ 市

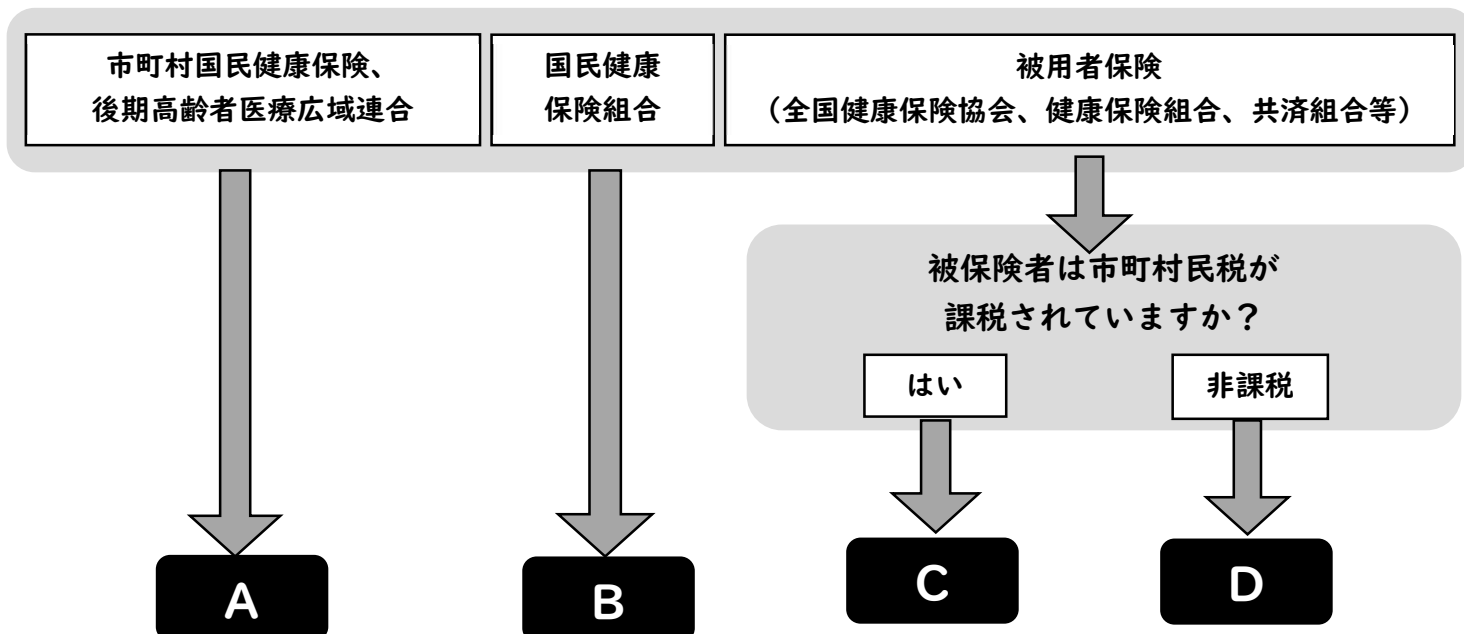
※個人番号を利用して省略を希望する書類の情報を取得することに関する同意です。同意がない場合は添付書類が必要になります。

支給認定基準世帯員	一人目	フリガナ	さいのくに はなこ
		氏 名	彩の国 花子
		省略を希望する書類	<input checked="" type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input checked="" type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類
		課税市町村	○ ○ 市
	二人目	フリガナ	
		氏 名	
		省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類
		課税市町村	
	三人目	フリガナ	
		氏 名	
		省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類
		課税市町村	
	四人目	フリガナ	
		氏 名	
		省略を希望する書類	<input type="checkbox"/> 課税・非課税証明書 <input type="checkbox"/> 保険情報がわかる書類
		課税市町村	

必要書類の添付省略可否のフローチャート

2～3頁5、6及び7について、患者さんがご加入の健康保険により添付を省略することができる書類が異なります。

患者さんはどの健康保険に加入していますか？



○：省略可 ×：省略不可

	住民票	健康保険書類	課税証明書
A	×	○	○
B	×	○	○
C	○	○	○
D	○	○	○

※マイナンバーによる添付書類の省略を希望する場合は、「マイナンバー（個人番号）による書類省略に関する調書」（8頁参照）を記載の上、提出してください。

収入状況申告書について

3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。
提出がない場合は低所得Ⅱとなります。

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

※申請書の申請者氏名欄に記名された方（患者又は保護者）を記載してください。

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。

	年金・手当金等 (令和〇年1月～令和〇年12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 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のいずれにも該当せず、そのほかの収入もない

保健所への申請日が、
1月1日から 6月30日まで
…前々年分のもの
7月1日から12月31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（5,000円）
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80.9万円※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80.9万円※を超える場合の自己負担上限月額 } 低所得Ⅱ(上限月額5,000円)
- 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
- ※ 令和8年度課税(非課税)証明を御提出の場合は、82.65万円になる予定です。

個人番号（マイナンバー）について

行政手続における特定の個人を識別するための番号の利用等に関する法律（いわゆる番号法）の規定により、難病法に基づく事務においても、個人番号（マイナンバー）を利用することが可能となりました。

○利用目的

ご提供いただいた個人番号（マイナンバー）は、適切な安全管理のもと、番号法に限定的に定められた範囲内でのみ利用します。

利 用 目 的
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律（平成二十六年法律第五十号）第五条第一項の特定医療費の支給に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第六条第一項の支給認定の申請の受理、その申請に係る事実についての審査又はその申請に対する応答に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律による医療受給者証に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第十条第二項の支給認定の変更に関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第十一条第一項の支給認定の取消しに関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律第三十七条の資料の提供等の求めに関する事務
・ 難病の患者に対する医療等に関する法律施行規則（平成二十六年厚生労働省令第百二十一号）第十三条第一項の申請内容の変更の届出の受理、その届出に係る事実についての審査又はその届出に対する応答に関する事務

また、番号法の規定に基づき、関係機関との間で専用のネットワークシステムを用いて、情報のやり取り（情報連携）を行います。なお、情報連携に関する記録は、これに関わる各主体により記録・保存されます。

DV・虐待等の被害を受けて避難されている方については、その所在地につながる情報（所在の都道府県名又は市町村名）を秘匿することが可能ですので、希望される方は、申請・届出に際してその旨を窓口にお申出ください。なお、お申出いただいた情報は、マイナンバー制度において上記情報を秘匿する措置をとるためにのみ使用します。

各健康保険の保険者が行う限度額適用・標準負担額減額の認定を受けるためには、各保険者へ申請が必要ですが、難病患者においては、健康保険法等関係法令に基づき、実施機関（県）を経由して保険者へ申し出ることが可能とされています。

そのため、患者（患者が被扶養者の場合は被保険者）の健康保険が被用者保険で、市町村民税が非課税の場合、ご提供いただいた患者（患者が被扶養者の場合は被保険者分も併せて）の個人番号（マイナンバー）は、上記の利用目的に加え、各保険者に送付する連絡票の作成に際して、個人番号（マイナンバー）を記載するために利用することがあります（保険者から求められた場合に限る）。

○提出書類

支給認定申請に当たっては、「個人番号記載票」及び「本人確認書類（番号確認＋身元確認）」を併せて提出してください。

① 個人番号記載票 ⇒ 記入例は13頁参照

次の方の個人番号（マイナンバー）や氏名（フリガナ）、住所、生年月日等を記入し、提出してください（記入欄が足りない場合は複数枚使用）。

【個人番号記載票に記入が必要な方】（個人番号（マイナンバー）の提供が必要な方）

- ・ 患者
- ・ 保護者（患者が18歳未満で保護者が申請する場合、保護者欄に記入）
- ・ 支給認定基準世帯員（下表のとおり患者が加入している健康保険によって異なります。）

患者が加入している健康保険	記入が必要な方
国民健康保険（市町村交付） 後期高齢者医療広域連合 国民健康保険組合（土建国保や建設国保など）	患者と同じ健康保険に加入している 方全員
被用者保険（全国健康保険協会や企業の健康保険及び共済組合など）	患者と被保険者の方

② 本人確認書類（番号確認＋身元確認）

なりすまし等を防止するため、「①個人番号記載票」と併せて、必ず申請者（患者又は保護者）の方の本人確認書類（「個人番号カード（マイナンバーカード）（両面）」又は「番号確認書類及び身元確認書類」）を提示又は提出してください。

番号確認書類	身元確認書類
【以下のうち、いずれか1点】	【以下のうち、いずれか1点】
<ul style="list-style-type: none">● 通知カード 令和2年5月25日以降は、氏名、住所等の記載事項に変更がない場合又は正しく変更手続がとられている場合に限り、利用可能です。● 個人番号(マイナンバー)入り住民票*	<ul style="list-style-type: none">● 運転免許証 ● パスポート● 障害者手帳 ● 在留カード● 写真付き学生証/身分証明書/社員証など
※ 個人番号通知書は番号確認書類になりません。	上記が困難な場合
	【以下のうち、いずれか2点】
	<ul style="list-style-type: none">● 資格確認書 ● 介護保険証● 住民票* (番号確認書類と併用不可)● 基礎年金番号通知書 ● (特別) 児童扶養手当証書● 写真なし学生証/身分証明書/社員証など

*住民票は世帯員全員の記載があるものをご用意ください。



本人確認書類は、窓口にお越しいただく場合は原本を提示、郵送による場合はそのコピーを提出してください。

※ 郵送による場合は、原本は提出しないでください。書類に記載された氏名、住所、生年月日のほか、顔写真や発行機関の印影などを含め、記載事項が鮮明に読み取れるようにコピーしてください。





○注意事項

- ・本人確認書類は、申請者（患者又は保護者）分のみ必要となります。
 - ※ 本人確認書類は、支給認定申請に当たってご提出いただく他の書類（2～3頁）と重複して差し支えありません。
 - ※ 代理人が申請する場合は、代理人の代理権の確認書類・身元確認書類とご本人（患者又は保護者）分の番号確認書類（コピー可）が必要となります。
- ・ご家族などが書類を提出するためだけに窓口にお越しいただく場合は、申請者（患者又は保護者）分の本人確認書類（コピー）のみが必要となります。
- ・申請者以外の方の個人番号等は、申請者の方が適切に本人確認を行った上、個人番号記載票に誤りのないよう記入してください。
- ・番号確認書類と身元確認書類は併用できません。ただし、個人番号カード（マイナンバーカード）は、1枚で本人確認が可能です。
 - 例）番号確認書類として住民票等を使用した場合は、身元確認書類として併用不可
- ・通知カードは身元確認書類としてはお取り扱いできません。
- ・身元確認書類は、番号確認書類に記載された(i)氏名、(ii)生年月日又は住所が記載されているものに限りです。
- ・書類に有効期間が設定されている場合は申請日時点において有効であるものに限りです。
- ・提出書類に本手続に必要なない方や提供する必要がない方の個人番号(マイナンバー)が記載されているときは、その方の個人番号部分を復元できない程度にマスキング等をしてください。なお、マスキング等がされていない場合は、職員が責任をもってマスキング等をさせていただきます。



書類に不備不足等がある場合は、追加で書類を求めることや内容についてお問合せさせていただきます。

【参考】

<p>▼ 個人番号カード（マイナンバーカード）</p> <ul style="list-style-type: none"> 両面を提示又は提出してください。 有効期間内のものに限ります。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>(表)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(裏)</p> </div> </div>	<p>▼ 通知カード</p> <ul style="list-style-type: none"> 裏面に変更事項の記載がある場合は、裏面も提示又は提出してください。 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;">  <p>(表)</p> </div> <div style="text-align: center;">  <p>(裏)</p> </div> </div>
---	--

個人番号カード（マイナンバーカード）や通知カードに関しては、お住まいの市区町村までお問合せください。

○個人番号記載票

【記入例】個人番号記載票

① 患者 (要支援者)	フリガナ	サイタマ ハナコ						生年月日	
	氏名	埼玉 花子							
	住所	〒000-000 〇〇市△△町1-2-3							
	個人番号 (マイナンバー)	1	2	3	4	5	6	7	
② 保護者 (患者が18歳未満の場合のみ記入)	フリガナ	サイタマ タロウ						生年月日	
	氏名	埼玉 太郎							
	住所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただく場合があります。							
	個人番号 (マイナンバー)	2	3	4	5	6	7	8	
③ 受給者番号									
支給認定基準世帯員 (患者と同じ健康保険に加入し)	④ 一人目	フリガナ	サイタマ アヤコ						生年月日
		氏名	埼玉 彩子						
		住所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただく場合があります。						
		個人番号 (マイナンバー)	3	4	5	6	7	8	9
	二人目	フリガナ	サイタマ イチロウ						生年月日
		氏名	埼玉 一郎						
		住所	<input checked="" type="checkbox"/> ←患者と同住所の場合は、こちらにチェックしていただく場合があります。						
		個人番号 (マイナンバー)	4	5	6	7	8	9	1
	フリガナ							生年月日	
	氏名								

① 患者欄

- 患者の個人番号（マイナンバー）と氏名（フリガナ）、住所、生年月日を記入してください。
- 転入申請時は必ず記入してください。

② 保護者欄

- 患者が18歳未満で、保護者が申請する場合は、この欄に保護者の個人番号（マイナンバー）と氏名（フリガナ）、住所、生年月日を記入してください。
- 患者と同住所の場合は、住所欄にすることで記入を省略できます。

③ 受給者番号欄

- 新規申請時は記入の必要はありません。
- ※ 支給認定後の手続で使用する際は、受給者証に記載してある受給者番号を記入してください。

④ 支給認定基準世帯員欄

- 患者が加入している健康保険に応じて、対象者の個人番号（マイナンバー）と氏名（フリガナ）、住所、生年月日を記入してください。
- 患者本人が被用者保険（被保険者）の場合は記入不要です。患者本人が被用者保険（被扶養者）の場合は、被保険者について一人目の欄に記入してください。患者本人が被用者保険以外の場合は、同じ健康保険の方全員について記入してください。
- 患者と同住所の場合は、住所欄にすることで記入を省略できます。
- 対象者が4人以上いる場合は、裏面を使用してください。

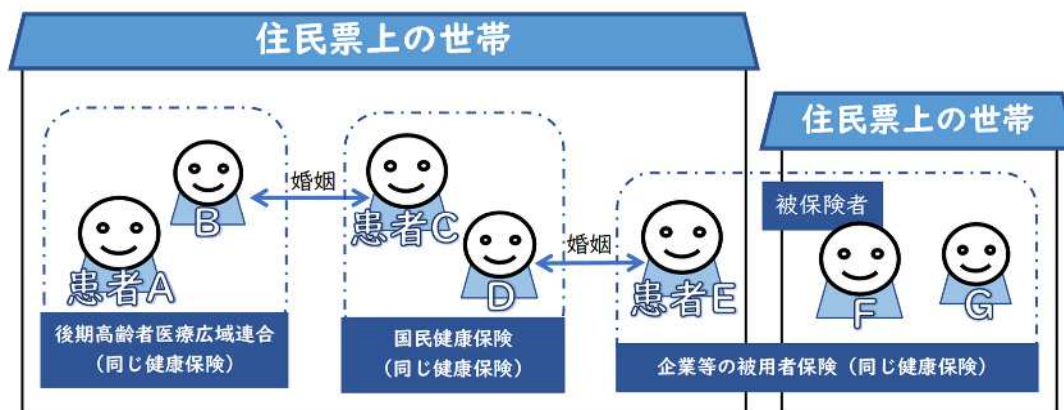
- 内容に誤りのないよう十分にご確認の上、記入・提出してください。特に、個人番号（マイナンバー）は4桁ずつ丁寧にご確認いただき、正確に記入してください。
- 必ず本人確認書類（番号確認＋身元確認）を併せて提示又は提出してください（11～12頁参照）。

自己負担上限月額額の算定

自己負担上限月額額は、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15頁の表のように算定します。

○支給認定基準世帯員等とは

いくつかの例外はありますが、基本的に患者と同じ健康保険に加入している方が、支給認定基準員等（市町村民税（所得割額）などを確認する対象）になります。下図の例では、



後期高齢者医療広域連合の場合：患者AとB

国民健康保険の場合：患者CとD

企業等の被用者保険の場合：被保険者Fと患者E（Fが非課税の場合）

が確認する対象（算定対象）になります。

○自己負担上限月額額の算定方法

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課税（均等割のみ課税の場合も含む）		
	患者が加入している健康保険	算定方法
ア	国民健康保険（市町村交付） 後期高齢者医療広域連合 国民健康保険組合	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15頁の表に適用
	※ 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の場合は、保護者も算定対象になります。	
イ	ア以外の被用者保険	被保険者の市町村民税（所得割額）を15頁の表に適用 ※被保険者が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15頁の表に適用
●算定対象の方全員が市町村民税非課税（所得割及び均等割ともに非課税）		
申請者（患者又は保護者）の収入（注）を15頁の表に適用		
（注）市町村民税非課税証明書に記載されている「合計所得額と公的年金等収入額」及び遺族年金、障害年金などの年額を合計した額		

●その他

「申請した指定難病とは別の疾病で小児慢性特定疾病の受給認定を受けている方」、または、「患者と同じ健康保険に加入している方が指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者に該当する場合は、自己負担上限月額額の按分を行いますので申請の際に申し出てください。

○自己負担上限月額表

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 （注2）	人工呼吸器等 装着者（注3）
生活保護	—		0円	0円	0円
低所得Ⅰ	市町村民税非課税（世帯）	本人収入～80.9万円 （注4）	2,500円	2,500円	1,000円
低所得Ⅱ		本人収入80.9万円超 （注4）	5,000円	5,000円	
一般所得Ⅰ	市町村民税所得割額	7.1万円未満	10,000円	5,000円	
一般所得Ⅱ	市町村民税所得割額	7.1万円以上 25.1万円未満	20,000円	10,000円	
上位所得	市町村民税所得割額	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） **患者負担割合は原則2割**（健康保険の自己負担割合が1割の方は1割のまま）。

（注2） **高額かつ長期**は、支給認定後、又は、過去1年以内に指定難病や小児慢性特定疾病の受給者証をお持ちだった方において、月ごとの指定難病に係る医療費総額*が5万円を超える月数が申請月含め12か月以内（有効期間内）に6か月（6回）以上ある場合に適用されます。

* 支給認定を受けた指定難病に係る医療費・介護サービス費（特定医療費）の10割分をいいます。なお、療養費の還付対象（17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、次の要件を満たす方に適用されます（臨床調査個人票の人工呼吸器等に係る欄の記載により判断しますので、難病指定医に記載を依頼してください。）。

*** 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。**

< 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 >	
<p>「人工呼吸器に関する事項」のうち、次の①～④の項目全てに該当すること。</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 	
< 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 >	
<p>* ペースメーカーではありません。</p> <p>いずれか に該当</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「体外式補助人工心臓に関する事項」の使用の有無…「1. あり」に該当 ・ 「治療その他」の補助循環の欄…「1. あり」及び「2. 体外式」に該当 	

（注4） 令和8年度課税（非課税）証明を御提出された方については、
低所得Ⅰ：～826,500円、低所得Ⅱ：826,500円超に変更予定です。

○支給認定後の自己負担上限月額の変更

加入する健康保険や世帯員の変更、所得の変動により、自己負担上限月額が変更になる場合があります。詳細は次頁をご覧ください。

申請手続き中(医療受給者証交付前)の注意事項

申請手続き中に変更が生じた場合

次の①～④の変更が生じた場合は、「支給認定の申請に係る事項の変更届出書」(様式第7号)に次の書類を添付の上、速やかに申請を行った保健所へご提出ください。

① 加入する健康保険が変更になったとき

- ・高額療養費の審査に必要な情報の取得に関する同意書(公務員等が加入する共済組合(私学共済を除く)に加入しており、被保険者の市町村民税が非課税の場合のみ提出)
 - ・新たに加した健康保険が確認できる書類のコピー等(3頁「6」参照)
 - ・自己負担上限月額算定に必要な書類(3頁6「(1)支給認定世帯員等の変更に伴い自己負担上限月額が変わる場合」参照)
- ※令和8年3月1日以降、加入した健康保険(保険者)の情報は受給者証に表示されませんが、変更のお手続きは必要になります。

※ 新たに個人番号(マイナンバー)の提供が必要な方がいる場合

- ・その方の個人番号等を個人番号記載票に記入の上、ご提出ください(10頁参照)。

② 氏名が変更になったとき

- ・変更前後の氏名が確認できる書類
(個人番号(マイナンバー)カード、戸籍抄本、運転免許証などのコピー)

③ 県内(さいたま市を除く)で転居したとき

- ・転居先及び世帯員が確認できる書類(世帯全員の住民票)

※ 他の都道府県または指定都市(さいたま市等)へ転出、死亡、治癒したとき

- ・速やかに申請を行った保健所にご連絡ください。

④ 個人番号(マイナンバー)が変更になったとき

- ・変更後の個人番号等を記載した個人番号記載票及び本人確認書類(申請者の個人番号(マイナンバー)が変更する場合)

また、下の⑤の変更が生じた場合には、「支給認定に係る事項の変更申請書」(様式第2号)に次の書類を添付の上、申請を行った保健所へご提出ください。

⑤ 自己負担上限月額に係る事項が変更になったとき

- 「人工呼吸器等装着者」に該当することになった場合
 - ・人工呼吸器等に係る欄の記載がある臨床調査個人票(難病指定医又は協力難病指定医が作成したもの) ※ 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る。
- 「高額かつ長期」に該当することになった場合(前頁の注2参照)
 - ・自己負担上限月額管理票の該当ページのコピー等(少なくとも6月分*)
 - * 申請月含め12か月以内かつ医療受給者証が有効である(又は有効であった)期間に限ります。
- 生活保護の受給を開始した場合
 - ・生活保護受給証明書
- 患者が新たに小児慢性特定疾病に係る支給認定を受けた、又は患者と同じ健康保険に加入する方が新たに指定難病又は小児慢性特定疾病に係る支給認定を受けた場合
 - ・その方の指定難病又は小児慢性特定疾病にかかる医療受給者証のコピー
 - ※ 14頁「●その他」も参照
- 支給認定基準世帯員に変更が発生し、自己負担上限月額に変更が生じる場合
 - ・変更内容により必要な書類が異なります。管轄の保健所へご相談ください。

医療受給者証交付前に生じた医療費の請求

転入申請を行ってから医療受給者証が交付されるまで、概ね1～2か月ほどかかります。

このため、医療受給者証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、保険診療を受けた際の自己負担分をいったん指定医療機関にお支払いいただくことになります。

この期間における医療費のうち公費で負担すべき額については、医療受給者証交付後、住所地を管轄する保健所を通じて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、申請から支払いまでに少なくとも4か月程度かかります。（申請が混み合っている場合は4か月以上かかる場合もございますので、予めご了承ください。）

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

○【全員共通】医療費の請求に必要な書類

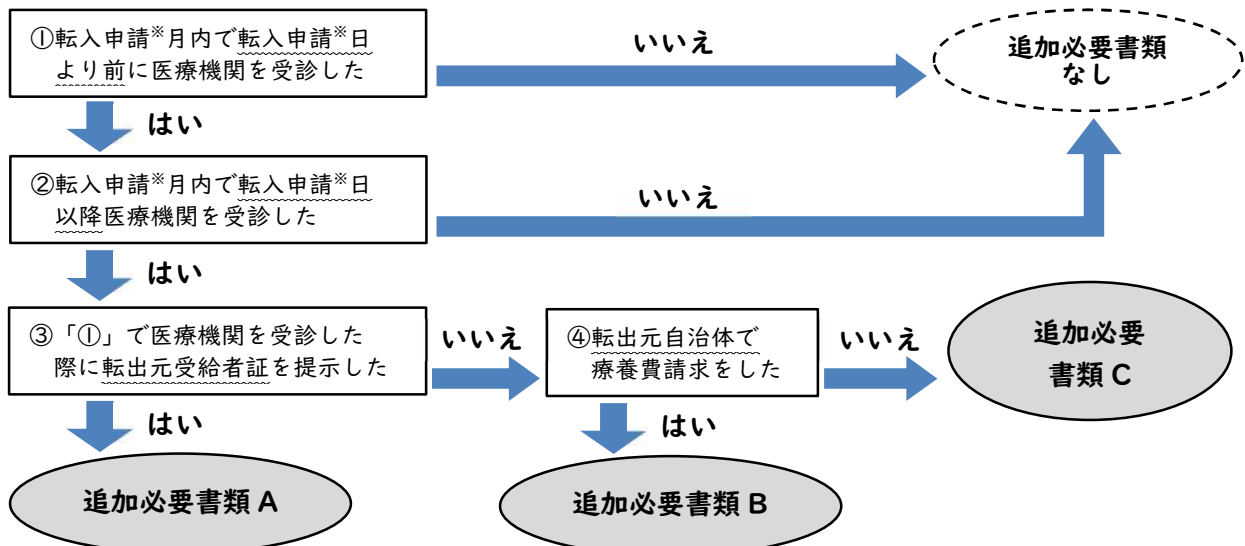
医療費の請求に必要な書類	
①	指定難病に係る「療養費支給申請書」
②	指定医療機関が作成した「療養証明書」
3	受診した指定医療機関が発行した領収書（ <u>原本のみ有効 再発行無効・コピー不可</u> ） ※ 領収書に保険点数等の内訳がない場合は、診療明細書や調剤明細書も提出してください。 ※ 紛失等により領収書の原本が添付できない場合、その分の医療費は請求できません。 ※ 請求書兼領収書等受領後、実際の支払いが銀行振込等の場合には、当該請求書兼領収書に加えて当該振込み時の控え（原本）が必要です。
4	指定難病医療受給者証のコピー
5	振込口座及び名義（ヨミガナ）が確認できるもの（ <u>通帳表紙裏の見開き部分のコピー又はカードのコピー</u> ）
6	保険者・市町村等から支給された医療費（高額療養費など）が確認できるもの（通知のコピーなど）

（注1）①,②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）⑥は、当該書類がない場合は不要です。

○【該当者のみ】医療費の請求に必要な書類

転入申請前後における医療機関の受診状況等により、全員共通の必要書類に加えて、下表の書類が必要となる場合があります。次頁の表を参照の上、追加必要書類の有無を必ず確認し、該当する場合には、次頁の各区分に応じて追加で必要となる書類を提出してください。



※ ここでいう「転入申請」とは、指定難病医療給付制度に係る転入申請を指しています。

区分	【該当者のみ】医療費の請求に必要な書類
追加 必要書類A	転出元自治体が発行した指定難病医療受給者証のコピー
	転入後に埼玉県が発行した指定難病医療受給者証（初回交付分）のコピー※1
	転出元自治体の自己負担上限月額管理票の該当部分（転入申請月）のコピー
追加 必要書類B	転出元自治体が発行した指定難病医療受給者証のコピー
	転入後に埼玉県が発行した指定難病医療受給者証（初回交付分）のコピー※1
	転出元自治体が発行した療養費支給決定通知書のコピー ※当該書類がない場合は提出不要です。
	転入申請月初日～転入申請日の前日に受診した指定医療機関が発行した ・領収書のコピー※2 ・療養証明書のコピー } ※3
追加 必要書類C	転出元自治体が発行した指定難病医療受給者証のコピー
	転入後に埼玉県が発行した指定難病医療受給者証（初回交付分）のコピー※1
	転入申請月初日～転入申請日の前日に受診した指定医療機関が発行した ・領収書のコピー※2 ・療養証明書のコピー

※1 受給者証の余白部分に「転入」と表示されています（17頁の表「4 埼玉県が発行した指定難病医療受給者証のコピー」と重複する場合があります。）。

※2 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**も提出してください。また、入院等により領収書に記載されている診療期間が、転入申請日より前と後双方の期間を含む場合、**原本**が必要となります。

※3 転出元自治体に当該書類を提出済みの場合は、その旨を窓口に伝えてください。

医療受給者証交付後の注意事項

受給者証交付後に変更事項等が生じた場合

○治癒・死亡・他の都道府県や指定都市への転出等

住所地を管轄する保健所へ連絡し指定難病医療受給者証を保健所に返納してください。

なお、他の都道府県や指定都市へ転出した場合には、転入先の都道府県又は指定都市で速やかに手続きをとることにより、引き続き医療給付が受けられます。

○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ご覧ください。

- 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（15頁参照）**

（注）自己負担上限月額の変更は原則として変更手続きを行った月の翌月初日（変更手続き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。

「人工呼吸器等装着者」や「高額かつ長期」に該当することになった場合などでも変更手続きを行わないと自己負担上限月額は変更されません。

※ 申請内容の変更に伴い、**個人番号（マイナンバー）**の提供が必要な方（11頁参照）に変更が生じた場合は、**個人番号記載票**に必要な事項をご記入の上、併せて提出してください。

よくある質問・参考

よくある質問

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「指定難病医療給付制度申請の手続き」及び「申請書様式一覧」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、申請先は住所地を管轄する保健所になります。

郵送により申請される際は、書類の不足や事故等のトラブル防止のため、必ず簡易書留やレターパックプラス（赤）での郵送をお願いします。なお、申請日は保健所が申請書類を收受した日となります。投函日ではないのでご注意ください。

Q 埼玉県に転入の手続きを行った後に、転出元自治体の受給者証を使用することはできますか

本県でお手続きを行った後においては、転出元自治体の受給者証を使用することはできません。そのため、転入の申請日から本県の受給者証が到達する日までにかかった医療費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。詳しくは17～18頁を参照してください。

Q 転入申請を行いました、埼玉県での有効期限がすぐに到来しそうです。どうすればよいですか。

本県転入時点で有効期限満了が概ね3か月未満の方については、転入時と同時で継続申請を行うことができます（有効期間を延長することができます。）。その際には、転入申請時に臨床調査個人票等（転出元自治体で既に継続申請済みであれば、更新後の受給者証）が必要となります。

災害時における避難行動要支援者の避難行動支援について

お住まいの市町村では、「災害対策基本法」に基づき、自ら避難することが困難で特に支援が必要な方が災害時に迅速かつ適切な避難が行えるよう支援するため、「避難行動要支援者名簿」を作成しています。

災害対策基本法の規定に基づき、市町村から埼玉県に対して難病患者に係る情報提供の求めが生じた場合は、改正個人情報保護法における「法令に基づく場合」等に該当するものとして市町村に情報提供を行います。

避難行動要支援者名簿等の避難行動支援の詳細については、お住まいの市町村にお問合せください。

※ 改正個人情報保護法における「法令に基づく場合」は本人の同意がなくても、患者様が迅速かつ適切な避難が行うことができるようにするため、お住まいの市町村に情報提供を行います。

障害福祉サービス等について

障害者総合支援法に定める障害者の対象に、難病患者等が加わり、障害者手帳の有無にかかわらず、所定の手続きを経た上で市町村において必要と認められた場合、障害福祉サービス等を利用することができます。

対象者

- ・障害者総合支援法第4条第1項の政令で定める対象疾病にり患されている方

※ 障害者総合支援法対象疾病と、指定難病の疾病名が異なる場合がありますが、国の指定難病は、全て障害者総合支援法対象疾病に含まれます。

対象疾病にり患していることの確認について

・障害福祉サービス等の申請時には、申請者の疾病が障害者総合支援法対象疾病に該当するか、診断書などで確認することとされています。この確認については、指定難病医療給付制度における受給者証や登録者証等でも確認することが可能です。

・また、指定難病医療給付制度の支給認定申請の結果、不認定通知書が交付され、当該通知書に、指定難病の診断基準は満たすものの、病状の程度が一定の基準（重症度基準）を満たしていないために不認定となった旨が記載されている場合は、当該通知書を障害福祉窓口等で提示することで、障害者総合支援法の対象疾病にり患している旨の証明となります。

お問い合わせ先

・障害福祉サービス等の内容や手続方法等については、**お住まいの市町村の障害福祉担当課**へご相談ください。

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。

詳しくは埼玉県ホームページでご確認ください。

埼玉県 ヘルプマーク 🔍



埼玉県思いやり駐車場制度（パーキング・パーミット制度）について

歩行が困難な方や移動の際に配慮が必要な方が車のルームミラーなどに利用証を掲示して該当の駐車区画に駐車することによって、対象者の利用であることがわかりやすくなり、安心して外出できるようにする制度です。指定難病医療受給者証をお持ちの方は利用証の交付を受けることができます。利用証の申請は**市町村の窓口**となります。

詳しくは埼玉県ホームページでご確認ください。

埼玉県 思いやり駐車場 🔍



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

お住まいの市町村	管轄保健所	電話番号	郵便番号	所在地	アクセス
蕨市、戸田市	南部保健所	048(262)6111	333-0842	川口市前川 1-11-1	蕨駅東口から 徒歩25分
朝霞市、志木市、和光市、新座市、 富士見市、ふじみ野市、三芳町	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 徒歩15分
春日部市、松伏町	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ス 地方庁舎前下車
草加市、八潮市、三郷市、吉川市	草加保健所	048(925)1551	340-0035	草加市西町 425-2	草加駅西口から 徒歩10分
鴻巣市、上尾市、桶川市、北本市、 伊奈町	鴻巣保健所	048(541)0249	365-0039	鴻巣市東 4-5-10	鴻巣駅東口から 徒歩15分
東松山市、滑川町、嵐山町、小川町、 川島町、吉見町、ときがわ町、 東秩父村	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 徒歩20分
坂戸市、鶴ヶ島市、毛呂山町、 越生町、鳩山町	坂戸保健所	049(283)7815	350-0212	坂戸市石井 2327-1	北坂戸駅から 徒歩20分
所沢市、飯能市、狭山市、入間市、 日高市	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 徒歩7分
行田市、加須市、羽生市	加須保健所	0480(61)1216	347-0031	加須市南町 5-15	加須駅南口から 徒歩8分
久喜市、蓮田市、幸手市、白岡市、 宮代町、杉戸町	幸手保健所	0480(42)1101	340-0115	幸手市中 1-16-4	幸手駅から 徒歩3分
熊谷市、深谷市、寄居町	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 徒歩15分
本庄市、美里町、神川町、上里町	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 徒歩15分
秩父市、横瀬町、皆野町、長瀨町、 小鹿野町	秩父保健所	0494(22)3824	368-0025	秩父市桜木 町8-18	秩父駅から 徒歩10分

<市保健所等（各市を管轄しています。）> 開庁時間（各市で異なるため、詳細は各市保健所にお問い合わせください）

川越市保健所(総合保健センター)	
電話番号：049(229)4124 〒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 開庁時間 平日 8:30～17:15	
電話番号：048(423)6708 〒333-0842 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 〒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 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 〒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

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

※ さいたま市にお住まいの方は、さいたま市保健所が各種申請等の受付窓口となります。

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。) 開庁時間 平日 8:30～17:15	
電話番号：048(840)2219 〒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

(令和8年4月発行)