

子 号 外
平成21年6月5日

医療機関等各位

宮城県保健福祉部子ども家庭課長
(公 印 省 略)

特定疾患治療研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業にかかる高額療養費制度の見直しに伴う乳幼児医療費請求書(社保用)の記入方法の変更について(通知)

乳幼児医療助成制度の運用につきましては、日ごろ格別の御協力をいただき感謝申し上げます。

さて、健康保険法施行令等の一部改正により、平成21年5月1日以降、特定疾患治療研究事業及び小児慢性特定疾患治療研究事業(以下、「特定疾患治療研究事業等」といいます)の対象療養に係る自己負担額について、原則どおり患者の所得に応じた額として取り扱い、あわせて多数回該当の場合の自己負担限度額の軽減を行うことに伴い、特定疾患医療受給者及び小児慢性特定疾患医療受診券(以下「受給者証等」といいます)に適用区分が追加されます。

つきましては、乳幼児医療費助成事業に係る「乳幼児医療費請求書(社保用)」(以下「連記式請求書」といいます)の記入方法について、下記のと通りの取扱としますので、よろしく願います。

記

平成21年5月1日から

1 特定疾患治療研究事業等の受給者の場合の連記式請求書への記載について

連記式請求書の「公費番号」欄に「51(特定疾患)」「52(小児慢性特定疾患)」を記載するとともに、「マル長」欄を「特記事項」欄に読み替え、受給者証等の適用区分に従い、「17(上位所得者)」「18(一般)」「19(低所得者)」と記載してください。

例1: 小児慢性特定疾患に該当し、適用区分が「B」一般の場合

請求点数	乳幼児医療請求額	公費番号
食事保険請求額	食事標準負担額	マル長
		52
		18

「17」上位所得者
「18」一般
「19」低所得者

2 多数回該当の場合の連記式請求書への記載について

特定疾患治療研究事業等にかかる医療について、多数回該当の場合には、「マル長」欄を「特記事項」欄に読み替え、受給者証等の適用区分に従い、「22(多数上位所得者)」「23(多数一般)」「24(多数低所得者)」と記載してください。

多数回該当は平成21年8月以降となります。

例2: 小児慢性特定疾患の多数回該当で、適用区分が「A」上位所得者の場合

請求点数	乳幼児医療請求額	公費番号
食事保険請求額	食事標準負担額	マル長
		52
		22

「22」多数上位所得者
「23」多数一般
「24」多数低所得者

多数回該当とは: 特定疾患治療研究事業等にかかる公費負担医療(入院に限る)の自院における高額療養費の支給が直近12ヶ月間において4月日以上である場合をいいます。

3 適用区分が追記されるまでの取扱いについて

適用区分の記載された受給者証等について、平成21年9月までには全ての更新が終了する予定ですが、それまでの期間（5月～9月）は以下のような取扱いとしてください。

① 適用区分が記載されている場合

受給者証等の適用区分に応じた記載としてください。

② 適用区分が記載されていない場合

提示パターン	連記式請求書への記載
更新前の受給者証のみ	特記事項へは記載しない
更新前の受給者証（改正前の様式の余白などに適用区分の記載がある場合）	余白などに記載されている適用区分に応じた記載とする
更新前の受給者証＋限度額適用認定証	限度額適用認定証の適用区分に応じた記載とする

（参考）受給者証等の様式改正

特定疾患医療受給者証（現行）

特定疾患医療受給者証	
公費負担番号	
公費負担番号の受給者番号	
受給者	居住地 氏名 生年月日
病名	
受給者医療機関	所在地 名称 診療科目
有効期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日
月額自己負担限度額	外来 入院
都道府県知事名及び印	
交付年月日	



（改正案）

特定疾患医療受給者証	
公費負担番号	
公費負担番号の受給者番号	
受給者	居住地 氏名 生年月日
病名	
受給者医療機関	所在地 名称 診療科目
保険者	保険者に確認した所得区分を以下のとおり記載 A：上位所得者 B：一般 C：低所得者
有効期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日
月額自己負担限度額	外来 入院
都道府県知事名及び印	
交付年月日	

追加

小児慢性特定疾患医療受診券（現行）

小児慢性特定疾患医療受診券	
公費負担番号	
公費負担番号の受給者番号	
受給者	居住地 氏名 生年月日
疾患名	
受給者医療機関	所在地 名称 診療科目
有効期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日
月額自己負担限度額	外来 入院
都道府県知事名（市長名）及び印	
交付年月日	



（改正案）

小児慢性特定疾患医療受診券	
公費負担番号	
公費負担番号の受給者番号	
受給者	居住地 氏名 生年月日
疾患名	
受給者医療機関	所在地 名称 診療科目
保険者	保険者に確認した所得区分を以下のとおり記載 A：上位所得者 B：一般 C：低所得者
有効期間	平成 年 月 日 平成 年 月 日
月額自己負担限度額	外来 入院
都道府県知事名（市長名）及び印	
交付年月日	

追加