

千医 第 238 号
平成 27 年 3 月 6 日

各 地区医師会長 様

千葉県医師会
会長 田畑陽一郎
(公印省略)

小児慢性特定疾病医療費に係る自己負担上限額管理票等の記載方法について

児童福祉法の一部を改正する法律(平成26年法律第47号)に基づき、平成27年1月1日より小児慢性特定疾病の患者の対する新たな医療費助成制度が開始され、これに伴う指定医療機関における診療報酬請求書等の記載方法等の事務取扱いについては、平成27年1月9日付/千医第7号によりご連絡申し上げたところであります。

今般、上記に併せて、厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課より、自己負担上限管理票等の記載方法について、別添のとおり通知が発出されましたのでご連絡申し上げます。

つきましては、貴会におかれましても本件についてご了知のうえ、貴管下関係会員に対する周知方についてよろしくお願い申し上げます。

担当:地域保健課 八木



(別紙)

**小児慢性特定疾病医療費に係る
自己負担上限額管理票等の
記載方法等について（指定医療機関用）**

厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課

目 次

第1 小児慢性特定疾病医療支援の制度の概要について.....	1
第2 指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い	2
第3 生活保護受給者等の取扱いについて	4
第4 診療報酬請求について	5
(1)「療養の給付」欄について	
(2)「食事療養」欄について	
第5 管理票の記載について	8

第1 小児慢性特定疾病医療支援の制度の概要について

児童福祉法（昭和22年法律第164号。以下「児童福祉法」という。）に基づく新たな医療費（小児慢性特定疾病医療費）助成制度の概要は以下のとおりである。

（1）小児慢性特定疾病

児童又は児童以外の満20歳に満たない者（以下「児童等」という。）が当該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し、及びその生命に危険が及ぶおそれがあるものであって、療養のために多額の費用を要するものとして厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定める疾病をいう。

（2）小児慢性特定疾病医療支援

都道府県知事、指定都市市長又は中核市市長（以下「都道府県知事等」という。）が指定する医療機関（「指定小児慢性特定疾病医療機関」という。）に通い、又は入院する小児慢性特定疾病にかかっている児童等であって、当該疾病の状態が当該小児慢性特定疾病ごとに厚生労働大臣が社会保障審議会の意見を聴いて定める程度であるものに対し行われる医療をいう。

（3）自己負担割合

医療保険の患者負担割合が3割の者については、負担割合が2割に軽減される。

（4）自己負担上限月額

- ・所得（市町村民税（所得割）の課税の額）や治療状況に応じて負担上限月額が設定されている。
- ・入院・入院外の区別を設定せず、また、複数の指定医療機関（薬局、訪問看護ステーション等を含む。）で支払われた自己負担をすべて合算した上で自己負担上限月額を適用する。

（注）病院、診療所における受療以外に、薬局での保険調剤、医療保険における訪問看護ステーションが行う訪問看護が含まれる。

【児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病の自己負担上限額】

単位（円）

階層区分	実施機関番号800番台（原則）			実施機関番号700番台（※）		
	一 般	高額かつ長期重症患者	人工呼吸器等装着者	一 般	重症患者	人工呼吸器等装着者
生活保護等	0	0	0	0	0	0
低所得Ⅰ	1,250	1,250	500	1,250	1,250	500
低所得Ⅱ	2,500	2,500		2,500		
一般所得Ⅰ	5,000	2,500		2,500	2,500	
一般所得Ⅱ	10,000	5,000		5,000		
上位所得	15,000	10,000		10,000		
入院時の食費	食事療養標準負担額の1／2を自己負担			食事療養標準負担額 自己負担なし		

注1) (※)は、平成26年12月31日まで小児慢性特定疾患治療研究事業（以下「旧制度」という。）を利用して
していた者（以下「既認定者」という。）の自己負担上限月額であり、平成29年12月31日までの経過措
置（（6）参照）である。

注2) 同一世帯内に難病の特定医療費受給者及び小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童
等がいる場合、又は複数の小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童がいる場合は、当
該世帯内の対象患者を勘案して自己負担上限月額の按分が行われるため、上記とは異なる自己負担上限月額
が医療受給者証（以下「受給者証」という。）に記載される場合がある。

注3) 血友病患者については自己負担月額及び食事療養標準負担額は0円である。

注4) 生活保護等については、実施機関番号700番台の実施機関番号を付する。（第2（2）参照）

○「高額かつ長期」とは

- ・実施機関番号800番台の所得区分のうち「一般所得Ⅰ」、「一般所得Ⅱ」、「上位所得」
の受診者であって、医療費総額が5万円を超えた月数が申請を行った月以前の12か月以内に
既に6か月以上ある者が該当する。

○「重症患者」とは

- ・旧制度における重症患者に該当する者が該当する。

○「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者として、支給認定を受けた小児慢性特定疾病により、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者に該
当する旨の都道府県、指定都市又は中核市（以下「都道府県等」という。）による認定を受
けた者が該当する。

（5）入院時の食費等

- ・入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額の1/2については、患者負担とする。
ただし、生活保護受給者等及び血友病患者については、自己負担0円とする。

（6）経過措置（平成27年1月1日から平成29年12月31日まで）

- ・受診者が既認定者の場合、自己負担上限月額が軽減される。
・入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額の自己負担は0円となる。

第2 指定医療機関窓口での自己負担徴収等に係る取扱い

（1）小児慢性特定疾病医療費の受給者に対しては、都道府県等から受給者証が発行される。

（2）受給者証の公費負担者番号の法別番号は「52」、実施機関番号は700番台と800番台の2
種類に分かれており、実施機関番号700番台が付されている受給者証を所持している者について
は、平成29年12月31日までの経過措置の適用を受ける。

ただし、入院時食事療養費の自己負担が0円となる「生活保護受給世帯」、「血友病患者」等につ
いては全て700番台を付することとする。

【受給者証に記載される公費負担者番号】							
法別番号		都道府県番号		実施機関番号		検証番号	
5	2	0	1	8	0	1	7

- (3) 受給者証の自己負担上限月額に記載欄には、所得等に応じて設定された月の自己負担上限額が記載されている。
- (4) 小児慢性特定疾病医療費においては、支給認定の際に都道府県等から患者に対して受給者証に加えて自己負担上限額管理票（以下「管理票」という。）が発行されることから、当該患者が指定医療機関を受診する際に管理票を受給者証と併せて指定医療機関の窓口へ提出する。
- (5) 児童福祉法に基づく小児慢性特定疾病医療費の制度は、医療保険の医療費の患者負担割合が3割負担の者について2割負担に軽減する制度であり、所得に応じて月額の自己負担上限月額が設定されているが、医療費の2割が自己負担上限額を超えない場合は、医療費の2割分を徴収することとなる。
- (6) 同一世帯内に難病の特定医療費受給者及び小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等又は複数の小児慢性特定疾病医療費支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等がいる場合、世帯内の対象患者数を勘案して自己負担上限月額を按分することから、該当する者については、上記第1の(4)に記載している自己負担上限月額とは異なる額が受給者証に記載されている。
- (7) 複数の指定医療機関を受診した場合、同一月内に患者が負担した自己負担額を入院・入院外を問わずすべて合算し、自己負担上限月額を適用する。
- (8) 入院時の食事療養標準負担額を徴収した場合、患者負担額は管理票には記載しないこと。また、実施機関番号800番台が付されている受給者証が提示された場合、食事療養標準負担額はその2分の1の額（1円単位）を徴収することとなる。
- なお、実施機関番号700番台が付されている受給者証が提示された場合の食事療養標準負担額の患者負担は0円となる。

【実施機関番号「800」番台が付されている受給者証が提示された場合の窓口徴収額】	
例1)	一般所得 $260円 \times 1 / 2 \times 5食 = 650円$
例2)	低所得 $210円 \times 1 / 2 \times 5食 = 525円$
注) レセプトには食事療養標準負担額の全額（2分の1にする前の金額）を1円単位で記載する。	

- (9) 管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該患者より自己負担を徴収した際に日付、当該指定

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（月額）を記載し、自己負担額徴収欄に押印する。

なお、医療費総額については、小児慢性特定疾病医療に係る診療とそれ以外の診療とに分かれる場合、管理票には小児慢性特定疾病医療に係る医療費の総額のみを記載すること。

また、患者からの自己負担の徴収は、原則として、指定医療機関を受診した日に行うこととなることから、管理票への記載も当該受診をした日に行うこととなるが、訪問看護サービスにおいて、利用した日の翌月に利用料を請求する場合には、原則として利用した月の自己負担の累積額を確認したうえで、患者から徴収し、当該額を管理票に記載すること。

注）患者から徴収した額に 10 円未満の端数がある場合には、四捨五入した額を自己負担額の欄に記載すること。

- （10）自己負担の累積額（月額）が自己負担上限額に達した際には、所定欄に日付、医療機関名、確認印を押印することとなる。累積額が自己負担上限額を超えた管理票を所持している受給者からは当該月において自己負担を徴収しないこととなるが、医療費総額については「高額かつ長期」等の確認に使用するため、患者からの申し出があった場合など必要に応じて自己負担上限額に達した後も 5 万円まで管理票に記載すること。

- （11）小児慢性特定疾病医療に係る医療保険の給付については、通常の高額療養費に準じて、所得区分別の自己負担限度額が適用されるため、受給者証に記載されている高額療養費の所得区分をレセプトの特記事項の欄に記載することとなる。なお、記載する所得区分の略号は、「診療報酬請求等の記載要領等について」（昭和 51 年 8 月 7 日保険発第 82 号）に基づいて記載することとなる。

また、小児慢性特定疾病医療費適用の診療と小児慢性特定疾病医療費適用外の診療がある時に、高額療養費の限度額適用認定証を所持していなくても、小児慢性特定疾病の受給者証に記載された所得区分を元に、小児慢性特定疾病適用外の診療についても、高額療養費が現物給付になることに留意すること。

ただし、平成 27 年 12 月 31 日までは、都道府県等が保険者に対して行う照会等の結果を待たずに受給者証における医療保険の所得区分の記載欄を空欄とすることも認めているため、その場合の高額療養費の算定基準額については、 $80,100 \text{ 円} + (\text{医療費} - 267,000 \text{ 円}) \times 1\%$ として取り扱うこととし、空欄の場合の小児慢性特定疾病適用外の診療についての高額療養費については、償還払いとなることに留意すること。

第 3 生活保護受給者等の取扱い

- （1）生活保護受給者が小児慢性特定疾病医療費の支給を受ける場合、療養の給付と食事療養が全て小児慢性特定疾病医療の対象となるものである場合には、これらに係る費用は小児慢性特定疾病医療費として 10 割給付されるので、小児慢性特定疾病医療費単独の請求とする。小児慢性特定疾病医療の対象外の医療を含む場合には、小児慢性特定疾病医療費に係る公費欄には小児慢性特定疾病医療費の給付対象となる点数（金額）を記載し、生活保護に係る公費欄には小児慢性特定

医療費の対象とならない点数（金額）を記載すること。

- (2) また、生活保護移行防止措置により自己負担上限額が「0円」と記されている受給者証を所持している者のうち、食事療養標準負担額分が小児慢性特定疾病医療費において全額支給ではなく、1/2支給となる場合があることに留意すること。

第4 診療報酬請求について

この記載方法で示している事例のほか、診療報酬の請求にあたっては「診療報酬請求等の記載要領等について」（昭和51年8月7日保険発第82号）に基づいて記載すること。

(1) 「療養の給付」欄について

小児慢性特定疾病医療費に係る公費欄の負担金額（自己負担額）については必ず記載すること。

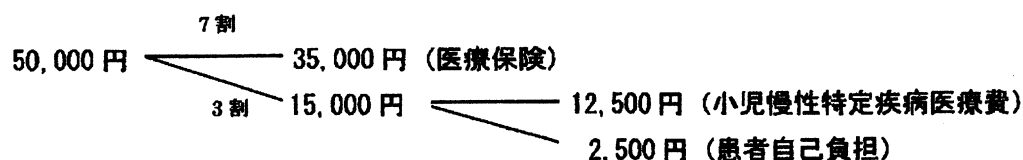
【事例1】

○15歳の一般の健康保険の加入者（3割）入院外の場合

○入院外医療費 5,000点

○小児慢性特定疾病医療費（低所得者Ⅱ；負担上限月額2,500円）

療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円			
	公費①	5,000点		円 2,500			
	公費②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000円×7割＝35,000円
- ・小児慢性特定疾病医療費
50,000円×3割－2,500円（公費①）＝12,500円
- ・患者自己負担額
2,500円

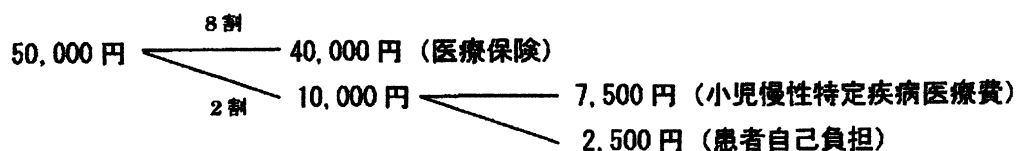
【事例2】

○6歳の一般の健康保険の加入者（2割）入院外の場合

○入院外医療費 5,000点

○小児慢性特定疾病医療費（低所得者Ⅱ；負担上限月額2,500円）

療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円			
	公費①	5,000点					
	公費②			円 2,500	※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



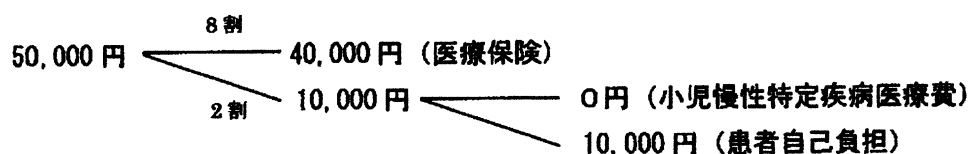
【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000 円 × 8割 = 40,000 円
- ・小児慢性特定疾病医療費
50,000 円 × 2割 - 2,500 円 (公費①) = 7,500 円
- ・患者自己負担額
2,500 円

【事例 3】

- 6 歳の一般の健康保険の加入者 (2 割) 入院外の場合
- 入院外医療費 5,000 点
- 小児慢性特定疾病医療費 (上位所得 ; 負担上限月額 15,000 円)

療養の給付	保険	請求点	※決定点	負担金額 円			
	公費①	5,000点		円 10,000			
	公費②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000 円 × 8割 = 40,000 円
- ・小児慢性特定疾病医療費
50,000 円 × 2割 - 10,000 円※ (公費①) = 0 円
- ・患者自己負担額
10,000 円

※医療保険 2 割の自己負担額が小児慢性特定疾病に係る自己負担上限月額を下回っているため、全額自己負担となり小児慢性特定疾病の公費支出は 0 円となる。

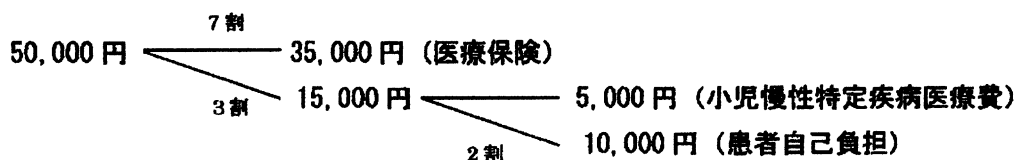
【事例 4】

○15 歳の一般の健康保険の加入者（3 割）入院外の場合

○入院外医療費 5,000 点

○小児慢性特定疾病医療費（上位所得；負担上限月額 15,000 円）

療養の給付	保	請求 点	※決定 点	負担金額 円			
	険	5,000					
	公費①	点	点	円 10,000			
	公費②				※高額療養費 円	※公費負担点数 点	※公費負担点数 点



【療養の給付の請求】

・医療保険

50,000 円 × 7 割 = 35,000 円

・小児慢性特定疾病医療費

50,000 円 × 3 割 - 10,000 円 ※（公費①） = 5,000 円

・患者自己負担額

10,000 円

※医療保険 2 割の自己負担額が小児慢性特定疾病に係る自己負担上限月額を下回っているため、自己負担額は 2 割の 10,000 円となり、残り 5,000 円については公費負担となる。

（2）「食事療養」欄について

食事療養標準負担額については、実施機関番号 800 番台の受給者証を所持している者について、食事療養標準負担額の 2 分の 1 を公費で負担することから、請求レセプト上は公費負担①の標準負担額の欄に食事療養標準負担額の全額を記載する。

なお、平成 29 年 12 月 31 日までの経過措置に係る者については、全額公費負担となることから記載方法については上記同様とする。

実施機関番号 800 番台の適用者の場合

○入院医療費 20,000 点

○小児慢性特定疾病医療費（一般所得者 I；負担上限月額 5,000 円）

○入院日数 15 日（入院日の食事：夜のみ、退院日の食事：朝のみ）

○一般の健康保険加入者（3 割）

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	請求 円	※決定 円	(標準負担額) 円
		20,000					41	26,240		10,660
	公費①	点	点	5,000 円		公費①	41	26,240 円	円	10,660 円
	公費②	点	点	円		公費②	回	円	円	円

実施機関番号 800 番台の者は標準負担額の 1/2 を公費で負担することになるが、レセプト上は標準負担額の金額を記載する。
 なお、実施機関番号 700 番台の者については全額公費負担のため記載方法は同様である。

①療養の給付

200,000 円 $\xrightarrow{7割}$ 140,000 円 (医療保険)
 $\xrightarrow{3割}$ 60,000 円 $\xrightarrow{\quad}$ 55,000 円 (小児慢性特定疾病医療費)
 $\xrightarrow{\quad}$ 5,000 円 (患者自己負担)

②入院時食事療養費

26,240 円 $\xrightarrow{\quad}$ 26,240 円 - 10,660 円 = 15,580 円 (医療保険)
 $\xrightarrow{\quad}$ 10,660 円 $\xrightarrow{\quad}$ 5,330 円 (小児慢性特定疾病医療費)
 $\xrightarrow{\quad}$ 5,330 円 (患者自己負担)

【療養の給付の請求】

①療養の給付

- ・医療保険
200,000 円 $\times$ 7 割 = 140,000 円
- ・小児慢性特定疾病医療費
200,000 円 $\times$ 3 割 - 5,000 円 (公費①) = 55,000 円
- ・患者自己負担額
5,000 円

②入院時食事療養費

- ・医療保険
26,240 円 - 10,660 円 = 15,580 円
- ・小児慢性特定疾病医療費
10,660 円 $\times$ 1/2 = 5,330 円
- ・患者自己負担額
5,330 円

第5 管理票の記載について

【記載例】

15 歳の一般の健康保険の加入者 (3 割) 入院外の場合

○自己負担上限額：一般所得 I (5,000 円)

○一般の健康保険加入者 (窓口負担 3 割 $\rightarrow$ 2 割)

ア 1 月 5 日 ○○○病院 (総医療費 1,500 点)

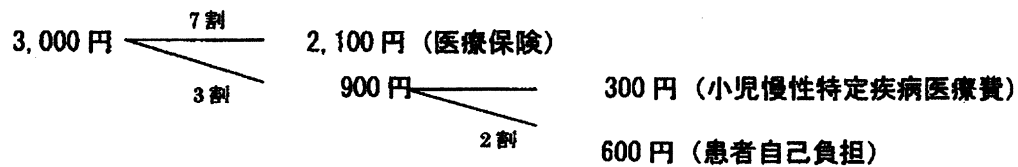
医療費の 2 割が自己負担上限額 5,000 円を下回っているため、患者からは 2 割分を徴収する。

15,000 円 $\xrightarrow{7割}$ 10,500 円 (医療保険)
 $\xrightarrow{3割}$ 4,500 円 $\xrightarrow{\quad}$ 1,500 円 (小児慢性特定疾病医療費)
 $\xrightarrow{2割}$ 3,000 円 (患者自己負担)

小児慢性特定疾病医療費					
平成 27 年 1 月分自己負担上限額管理票					
受診者名	× × ○ ○		受給者番号	0 0 1 2 5 6 8	
			月額自己負担上限額 5, 0 0 0 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 (月額)	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	15, 000 円	3, 000 円	3, 000 円	㊦

イ 1 月 5 日 × × 薬局 (総医療費 300 点)

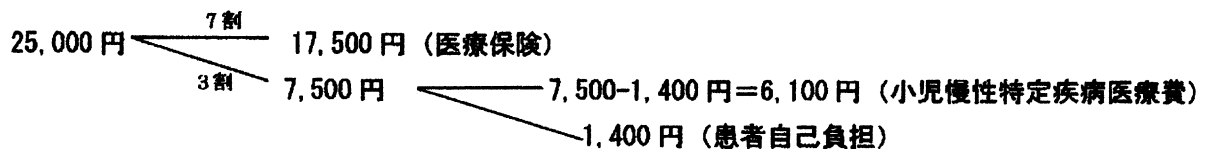
上記アと同様に患者からは 2 割分を徴収する。



小児慢性特定疾病医療費					
平成 2 7 年 1 月分自己負担上限額管理票					
受診者名	× × ○ ○		受給者番号	0 0 1 2 5 6 8	
			月額自己負担上限額 5, 0 0 0 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 (月額)	徴収印
1 月 5 日	○○○病院	15, 000 円	3, 000 円	3, 000 円	㊦
1 月 5 日	× × 薬局	3, 000 円	600 円	3, 600 円	㊦

ウ 1 月 20 日 △△病院 (総医療費 2, 500 点)

2 割分と自己負担上限額が同額のため、本来患者からは 5, 000 円を徴収するのだが、既に他の医療機関で 3, 600 円を徴収しているため、△△病院では 5, 000 円 - 3, 600 円 = 1, 400 円を徴収する。



小児慢性特定疾病医療費

平成27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 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	自己負担の累積額 (月額)	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	㊟
1月5日	××薬局	3,000円	600円	3,600円	㊟
1月20日	△△病院	25,000円	1,400円	5,000円	㊟

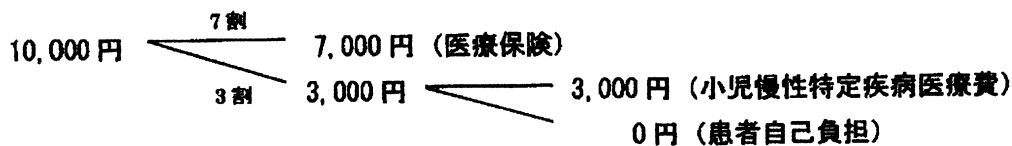
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	△△病院	㊟

自己負担上限額に達する際に自己負担を徴収した医療機関が記載する。

エ 1月20日 ▲▲薬局 (総医療費1,000点)

医療費総額が月に50,000円を超える月が12か月以内に既に6回以上ある場合には、小児慢性特定疾病医療費の自己負担額が下がる場合があることから、患者から申し出があった場合などには医療費総額を把握するため、負担上限額に達した後に指定医療機関を受診した場合は、医療費総額を記載する。



小児慢性特定疾病医療費

平成27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 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	自己負担の累積額 (月額)	徴収印
1月5日	○○○病院	15,000円	3,000円	3,000円	㊟
1月5日	××薬局	3,000円	600円	3,600円	㊟
1月20日	△△病院	25,000円	1,400円	5,000円	㊟
1月20日	▲▲薬局	10,000円			

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

患者から申し出があった場合などには、医療費総額のみ記載し、その他の欄は斜線を引く。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	△△病院	㊟