

# H15年10月1日改正

15 健サ医第438号

平成15年7月15日

契約医療機関  
各 契約保険・薬局 殿  
契約訪問看護ステーション

東京都健康局長  
平井 健一  
(公印省略)

## 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則等 の一部改正に伴う協議等について

東京都の医療費助成事業の実施につきましては、日ごろから多大なる御協力を頂き深くお礼申し上げます。

東京都では、国の特定疾患治療研究事業の対象疾病に、都単独指定疾病を追加して東京都難病医療費等助成制度を実施しているところです。今般、国が平成15年10月から特定疾患治療研究事業について制度を一部改正することとしたため、東京都難病医療費等助成制度についても、下記のとおり、国制度に整合させて関係規則等の一部改正を行うことといたしました。

つきましては、今回の規則改正内容について、既に契約していただいております医療費助成の支払に関する契約に基づき、協議いたします。

なお、この規則改正内容について、異議ある旨の御連絡がない場合は、御了承を頂いたものとして取り扱わせていただきますので、よろしくお願いいたします。

### 記

#### 1 改正する規則等

- (1) 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則(以下「規則」という。)
- (2) 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則実施細目

#### 2 改正内容

##### (1) 対象疾患の追加

- ア 国指定対象疾病の追加(規則別表第1第1類)  
「大脳皮質基底核変性症」及び「線条体黒質変性症」を追加  
「進行性核上性麻痺」が都単独指定疾病から国指定対象疾病に移行
- イ 都単独指定疾病の追加(規則別表第1第2類)  
「特発性肥大型心筋症(拡張相)」を追加

##### ウ 疾病名の変更

国は、上記アの疾病追加を、既存の疾病に組み込む等の疾病名を整理統合を行ったことから、規則別表で規定する一部の疾病名の変更を行います。このほか「汎発性強皮症」を「強皮症」に変更します。詳細は「別紙2」を御参照ください。

##### (2) 患者一部負担限度額の見直し

従来、入院・入院外の患者一部負担限度額は、定額の設定でしたが、国の制度改正に併せ、都単独指定疾病も含め、所得税額等に応じた段階的な負担限度額を設定とします。詳細は、「別紙3」を御参照ください。

なお、保険薬局での調剤、訪問看護ステーション等における訪問看護及び重症患者については、現行と同様に患者窓口負担額は生じません。

(3) 軽快者の認定及び特定疾患登録者証の交付

軽快者とは、国が軽快者の基準を導入した疾病に係る難病認定患者で、治療の結果症状が改善し、経過観察等一定の通院管理の下で、著しい制限を受けることなく就労等を含む日常生活を営むことができると判断された方です。「軽快者」に認定された方には、医療券に替えて新たに「特定疾患登録者証」(様式は「別紙6」参照)が交付され、医療費受給の対象とはなりません。引き続き治療研究事業の対象者となります(軽快者の基準を導入した疾病は、「別紙2」を御参照ください)。

なお、軽快者が再び病状が悪化した場合、医療費助成に係る申請は、おおむね1月以内に行うこととなりますが、その際、再び症状が悪化したと医師が確認した日にさかのぼり医療費助成が受けられることとなります。

(4) 他の道府県からの転入手続き方法の変更(国指定対象疾病に限る。)

都道府県をまたがる住所の変更があった場合、従来は転入先の都道府県で、新規申請手続きが必要でしたが、手続きの簡素化等を図るため、転入先の都道府県で所定の手続きを行うことにより、前住所地で認定された内容(対象疾病、自己負担限度額、有効期限)について転入日から引き続き医療費助成が受けられることとなりました。

3 適用年月日

平成15年10月1日から

4 難病患者の制度改正後の留意点等

- (1) 今回の改正により、重症以外の難病患者の窓口負担額は上記2の(2)となりますので、窓口徴収に際しては、次の点に御留意願います。

ア 患者負担金額について

患者負担金額は、新医療券(「別紙5」参照)の表面に記載されております「外来」「入院」別の金額を必ず御確認の上、窓口負担額を徴収してください。なお、医療券の公費負担者番号は変更ありませんが、徴収額は個人ごとに異なりますので御留意ください。

イ 外来における窓口負担限度額の徴収方法の変更

(現行) 1日、1,000円を限度額とし、徴収回数は月2回までとする

(改正後) 患者ごとに新医療券の月額限度額に達するまでは、1日当たり及び月の受診回数に関係なく徴収する

- \* 入院の月額限度額は患者によって異なりますが、徴収方法に変更はありません。現行どおり、医療費相当額で自己負担限度額に達しない場合は、次に食事標準負担額からその残額を徴収してください。

(外来事例)

[51136026] (本人負担あり) 診療日数3日 保険点数1,400点 改正後:B階層

	保険点数 (一部負担相当額)	現 行 患者窓口負担額 (1回1,000円×2回)	改正後 患者窓口負担額 (B階層2,250円)
1日目	300点 (900円)	900円	900円
2日目	300点 (900円)	900円	900円
3日目	800点 (2,400円)	0円	450円
合 計	1,400点 (4,200円)	1,800円	2,250円
	都医療費助成額	2,400円	1,950円

ウ 償還払いに係る請求書様式について

◎医療費助成の認定患者が医療券を提示できなかった場合等で患者が医療費等を支払った場合、患者からの支給申請に基づき◎医療費助成分を都が償還払います。今般、

制度改正に対応するため、申請様式に患者負担限度額を記入する欄を新たに設けます。医療機関等で、新様式で療養証明を行う際、患者負担相当額欄には、医療券(該当月に有効なもの)に記載された患者一部負担限度額に応じて徴収すべき金額をご記入ください。なお、改正様式は、別紙7を御参照ください。

(2) 東京都負担医療費請求書様式の変更

他道府県の医療機関に受診した場合の都単独公費番号の患者に係る請求等は、併用レセプト(保険分と公費分を併せて1枚のレセプトに記入)による請求ができないため、当該医療費助成額を請求内容の区分に応じた東京都負担医療費請求書様式で東京都国民健康保険団体連合会又は東京都所管課へ御提出いただいております。今般、健康保険法等の改正等があり、様式を下表のとおり変更することとします。なお、適用の範囲(下表区分欄)及び医療費助成の請求先(請求用紙の提出先)には変更がありません。

東京都負担医療費請求書(●10名連記式)の種類別の適用月日及び用紙の配布方法

1 都内医療機関等での請求関係

	区 分	新様式 サイズ・色	新様式の適 用年月	新様式の配布先(所管課) *連絡頂ければ郵送します
1	社保と●「87」公費の併用	別紙9 A4・ グリーン	平成15年 10月診療 分から	東京都健康局医療サービス部 医療サービス課医療給付係 TEL 03-5320-4454
2	他道府県の国保と●「82」 「85」「87」公費の併用	別紙10 A4・ グリーン		
3	更生医療「15」公費と●「51」公費 又は育成医療「16」公費と●「52」 公費の併用 等			

2 都外医療機関等での請求関係

	区 分	新様式 サイズ・色	新様式の適 用年月	新様式の配布先(所管課) *連絡頂ければ郵送します
4	●「82」「85」「87」公費	別紙10 A4・ グリーン	平成15年 10月診療 分から	東京都健康局医療サービス部 医療サービス課医療給付係 TEL 03-5320-4454
	*●「41」公費と●「51」 「82」「85」公費の場合			
5	社保・老人と精神通院「21」公 費対象者の「93」*公費 *「93133007」のみ	別紙11 A4・ ブルー	平成16年 2月診療分 から	東京都健康局医療サービス部 精神保健福祉課生活支援係 TEL 03-5320-4464

- ・ 医療費のうち保険分は、レセプトで連合会又は支払基金へ請求願います。
- ・ ●医療費助成額分は、新様式に御記入の上、上表区分1の「社保と87公費併用」分は都国保連合会へ。上表2~5の区分は、各所管課へ直接請求ください。

(3) 臨床調査個人票の記入について

今回の制度改正により、更新申請時の提出書類のうち国疾病(ただし、スモンを除く。)の対象の方は、臨床調査個人票の提出が3年に1回から更新ごと毎回必要となります。

今回は、平成15年4月更新時に臨床調査個人票を提出した方の一部及び対象疾病がスモンの方を除き、国疾病の方全員が申請時に提出することとなります。このため、従来の更新時期に比べ、短期間に多くの件数の臨床調査個人票のご記入依頼が医療機関に集中することが予想されます。誠にお手数をおかけいたしますが、特段のご配慮をよろしく願います。

(参 考)

- 別紙1 東京都難病患者等に係る医療費助成等に関する規則の主な改正概要
- 別紙2 東京都難病医療費助成対象疾病一覧表
- 別紙3 患者一部負担限度額の見直しについて
- 別紙4 ㊦医療券の種類別新旧対照表(難病関係)
- 別紙5 新医療券の様式「㊦医療券(本人負担あり)」
- 別紙6 特定疾患登録者証の様式
- 別紙7 ㊦医療費支給申請書兼口座振替依頼書(難病・一般用)・㊦介護給付費支給申請書兼口座振替依頼書
- 別紙8 ㊦東京都負担医療費請求書の新旧対照表(都内医療機関の請求関係)
- 別紙9 ㊦東京都負担医療費請求書の様式(社保用)(妊娠中毒症用):都内医療機関用
- 別紙10 ㊦東京都負担医療費請求書の様式:都内医療機関、都外医療機関共通用
- 別紙11 ㊦東京都負担医療費請求書(精神)の様式:都外医療機関用
- 参 考 ㊦医療券・患者票種類別一覧(平成15年10月1日施行)

- 別添1 東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則  
東京都難病患者等に係る医療費等の助成に関する規則実施細目

(問い合わせ先)

東京都健康局医療サービス部医療サービス課医療調整係  
東京都健康局医療サービス部疾病対策課疾病対策係

電話番号 03-5320-4453  
電話番号 03-5320-4471

東京都難病患者等に係る医療費助成等に関する規則の主な改正概要

1 対象疾患等の追加及び変更

国要綱の改正に伴う対象疾患の追加及び都単独疾患の追加等により、別表第1の第1類及び第2類を次のように改正します。

	現 行	改 正 後
第1類	汎発性強皮症、皮膚筋炎・多発性筋炎	強皮症・皮膚筋炎及び多発性筋炎
	パーキンソン病	パーキンソン病関連疾患（ <u>進行性核上性麻痺</u> 、 <u>大脳皮質基底核変性症</u> 、パーキンソン病）
	シャイ・ドレーガー症候群	多系統萎縮症（ <u>線条体黒質変性症</u> 、オリブ橋小脳萎縮症（*）、シャイ・ドレーガー症候群）
第2類	進行性核上性麻痺	削除
		特発性肥大型心筋症（ <u>拡張相</u> ）

(注) オリブ橋小脳萎縮症（\*）は、脊髄小脳変性症からの組換え


2 患者一部負担額の見直し

- (1) 重症以外の難病患者の自己負担限度額は、患者の主たる生計中心者の所得税額等により7階層区分に区分されます。さらに、患者が生計中心者の場合は2分の1、世帯で二人以上の難病患者の方がいる場合、二人目以降の方の自己負担額は、10分の1となります。  
(参考資料 難病医療（患者負担番号51136026）の患者負担額一覧 参照)
- (2) 外来の一部負担金は、回数等の限度制限が廃止され、月額限度額に達するまでか、一部負担金かどちらか低いほうまで、徴収することになります。
- (3) 患者負担額を適正に算定するため、難病医療費助成申請書の添付書類に市町村民税非課税証明又は所得金額を証明する書類を追加します。

3 軽快者の設定及び特定疾患登録者証の交付等

- (1) 軽快者については、医療券に替えて新たに特定疾患登録者証を交付します。  
この証での医療費助成は受けられません。  
軽快者の症状が再び悪化し、医療費助成対象となると認められた場合の医療費助成開始日は、医師が病状悪化を確認した日までさかのぼります。

4 他の道府県からの転入手続き方法の変更

- (1) 転出前の道府県で交付されていた特定疾患医療受給者証の写し等を転入先に提出することにより、添付書類を一部省略し臨床調査個人票による認定審査を経ることなく、継続して医療券の交付を受けることが可能となります。
  - (2) 転入者の医療費助成期間は、東京都に住所を有することとなった日から、転入前に交付されていた特定疾患医療受給者証の有効期限の終期までとします。
- (注)「特定疾患医療受給者証」：難病医療費助成対象者の医療受給に関する証のこと。  
(都では、この証を「医療券」として対象患者に交付しています。)

別紙 2

## 東京都難病医療費等助成対象疾病一覧表

(15.10.1改正)

国	疾病名
01	多発性硬化症
02	多発性硬化症
03	多発性硬化症
04	多発性硬化症
05	スモソン
06	多発性硬化症
07	多発性硬化症
08	筋萎縮性側索硬化症
09	多発性硬化症
10	多発性硬化症
11	多発性硬化症
12	多発性硬化症
13	多発性硬化症
14	多発性硬化症
15	多発性硬化症
16	脊髄小脳変性症
17	多発性硬化症
18	劇症肝炎
19	多発性硬化症
20.58	パーキンソン病関連疾患(進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病)
21	アミロイドーシス(原発性アミロイド症)
22	後縦靭帯骨化症
23	ハンチントン病
24	ミヤギ病(ウイルス動脈精閉塞症)
25	多発性硬化症
26	特発性拡張型心筋症
27	多系統萎縮症(線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群)
28	表皮水疱症(接合部型及び栄養障害型)
29	多発性硬化症
30	広範脊柱管狭窄症
31	原発性胆汁性肝硬変
32	重症急性脾炎
33	多発性硬化症
34	多発性硬化症
35	原発性免疫不全症候群
36	特発性間質性肺炎
37	網膜色素変性症
38	プリオン病
39	原発性肺高血圧症
40	神経線維腫症
41	亜急性硬化性全脳炎
42	多発性硬化症
43	特発性慢性肺血栓塞栓症(肺高血圧型)
44	ライソソーム病(ファブリー病含む)
45	多発性硬化症

都	単	疾病名
740,741,742		進行性筋ジストロフィー
743,744,745,746,747		脊髄性筋萎縮症
76		ウィルソン病
77		悪性高血圧
79		慢性炎症性脱髄性多発神経炎
80		骨髄線維症
81		ネフローゼ症候群
83		母斑症
84		シェーグレン症候群
85		多発性囊胞腎
860,861,862		特発性門脈圧亢進症
863,864,865		原発性硬化性胆管炎
866,867		肝内結石症
87		ミオトニー症候群
880,881,882		特発性好酸球増多症候群
883,884,885,886,887		肺臓-性肉芽腫性血管炎
89		強直性脊椎炎
90		進行性核上性麻痺
91		びまん性汎細気管支炎
92		ミトコンドリア脳筋症
93		遺伝性(本態性)ニコチン
95		遺伝性QT延長症候群
96		先天性ミオパチー
97		網膜脈絡膜萎縮症
98		自己免疫性肝炎
68,60,61,62,70,72,73		慢性肝炎【経過措置】(14.10.1~17.9.30)
69,66,65,67,71		肝硬変・肝臓【経過措置】(14.10.1~17.9.30)
78,63,64,82		人工透析を必要とする腎不全
94		特発性肥大型心筋症(拡張相)

汎発性強皮症→強皮症に疾病名変更

オリブ橋小脳萎縮症を移行

国疾病に移行

大脳皮質基底核変性症を追加し、疾病名をパーキンソン病関連疾患に

線条体黒質変性症を追加し、疾病名を多系統萎縮症に

都単疾病追加

軽快者(公費医療助成の対象外)を新たに導入

※ 印は軽快者の基準の導入疾病

## 患者一部負担限度額の見直しについて

他の難治性疾患や障害者医療との公平性の観点も踏まえ、これまでの一律定額自己負担を見直し、低所得者へ配慮など、所得と治療状況に応じた段階的な自己負担限度額とする。

(現行)

### 自己負担額限度額

	限 度 額
入院	医療機関ごとに月額 14,000円
外来	〃 2,000円 (ただし、1日1,000円を限度に月2回まで)

- \* 自己負担額は一律定額
- \* 重症患者(スモン、プリオン病、劇症肝炎、重症急性膵炎及び重症認定患者)は自己負担なし



(改正後)

### 一部負担額の限度額表(月額)

(単位:円)

階 層 区 分		対象者の一部負担額の月額限度額		
		生計中心者が患者本人以外の場合		生計中心者が患者本人の場合
		入院	外 来	
A	生計中心者の市町村民税が非課税の場合	0	0	0
B	生計中心者の前年の所得税が非課税の場合	4,500	2,250	重症患者が生計中心者であるときは、左欄により算出した額の1/2に該当する額をもって自己負担限度額とする。
C	生計中心者の前年の所得税課税年額が10,000円以下の場合	6,900	3,450	
D	生計中心者の前年の所得税課税年額が10,001円以上30,000円以下の場合	8,500	4,250	
E	生計中心者の前年の所得税課税年額が30,001円以上80,000円以下の場合	11,000	5,500	
F	生計中心者の前年の所得税課税年額が80,001円以上140,000円以下の場合	18,700	9,350	
G	生計中心者の前年の所得税課税年額が140,001円以上の場合	23,100	11,550	

- \* 生計中心者の課税年額(住民税・所得税)によって、A~Gの自己負担限度額となる。
- \* 重症患者(スモン、プリオン病、劇症肝炎、重症急性膵炎及び重症認定患者)は引き続き自己負担なし。

別紙 4

都医療券の種類別新旧対照表 (難病関係)

現  
行

改  
正  
後

<p>「51136018」自己負担なし</p> <p>色:もも色</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">(都) 医療券 (15)</p> <p style="text-align: center;">(本人負担なし)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>負担者番号</td> <td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>6</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">対象者</td> <td>住所</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>病名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>有効期間</td> <td colspan="7">平成15年4月1日から 平成15年9月30日まで</td> </tr> <tr> <td>助成内容</td> <td colspan="7">上記認定疾病について医療機関各施設、本人負担額等を適用し、その自己負担額を助成する。</td> </tr> <tr> <td>認定条件</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">上記のとおり決定します。</p> <p style="text-align: center;">東京都知事 <span style="float: right;">印</span></p> </div>	負担者番号	5	1	1	3	6	0	1	8	受給者番号								X	対象者	住所								氏名								生年月日								病名								有効期間	平成15年4月1日から 平成15年9月30日まで							助成内容	上記認定疾病について医療機関各施設、本人負担額等を適用し、その自己負担額を助成する。							認定条件								<p>「51136026」自己負担あり</p> <p>色:みず色</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">(都) 医療券 (15)</p> <p style="text-align: center;">(本人負担あり)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>負担者番号</td> <td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>6</td><td>0</td><td>2</td><td>6</td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">対象者</td> <td>住所</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>病名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>有効期間</td> <td colspan="7">平成15年4月1日から 平成15年9月30日まで</td> </tr> <tr> <td>助成内容</td> <td colspan="7">上記認定疾病について医療機関各施設、本人負担額等を適用し、その自己負担額の一部を助成する。</td> </tr> <tr> <td>認定条件</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">上記のとおり決定します。</p> <p style="text-align: center;">東京都知事 <span style="float: right;">印</span></p> </div>	負担者番号	5	1	1	3	6	0	2	6	受給者番号								X	対象者	住所								氏名								生年月日								病名								有効期間	平成15年4月1日から 平成15年9月30日まで							助成内容	上記認定疾病について医療機関各施設、本人負担額等を適用し、その自己負担額の一部を助成する。							認定条件							
負担者番号	5	1	1	3	6	0	1	8																																																																																																																																															
受給者番号								X																																																																																																																																															
対象者	住所																																																																																																																																																						
	氏名																																																																																																																																																						
	生年月日																																																																																																																																																						
病名																																																																																																																																																							
有効期間	平成15年4月1日から 平成15年9月30日まで																																																																																																																																																						
助成内容	上記認定疾病について医療機関各施設、本人負担額等を適用し、その自己負担額を助成する。																																																																																																																																																						
認定条件																																																																																																																																																							
負担者番号	5	1	1	3	6	0	2	6																																																																																																																																															
受給者番号								X																																																																																																																																															
対象者	住所																																																																																																																																																						
	氏名																																																																																																																																																						
	生年月日																																																																																																																																																						
病名																																																																																																																																																							
有効期間	平成15年4月1日から 平成15年9月30日まで																																																																																																																																																						
助成内容	上記認定疾病について医療機関各施設、本人負担額等を適用し、その自己負担額の一部を助成する。																																																																																																																																																						
認定条件																																																																																																																																																							

対象者	重症患者	対象者	左欄以外の疾病患者
自己負担	なし	自己負担	入院 医療機関ごとに月額 14,000 円 外来等 医療機関ごとに1回 1,000 円を限度として月に2回まで

<p>色:もも色</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">(都) 医療券</p> <p style="text-align: center;">(本人負担なし)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>負担者番号</td> <td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>6</td><td>0</td><td>1</td><td>8</td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">対象者</td> <td>住所</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>病名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>有効期間</td> <td colspan="7">平成15年10月1日から 平成16年9月30日まで</td> </tr> <tr> <td>助成内容</td> <td colspan="7">上記認定疾病について医療機関各施設、本人負担額等を適用し、その自己負担額を助成する。</td> </tr> <tr> <td>認定条件</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">上記のとおり決定します。</p> <p style="text-align: center;">東京都知事 <span style="float: right;">印</span></p> </div> <td style="width:50%; text-align: center; vertical-align: top;"> <p>色:みず色</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">(都) 医療券</p> <p style="text-align: center;">(本人負担あり)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>負担者番号</td> <td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>6</td><td>0</td><td>2</td><td>6</td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">対象者</td> <td>住所</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>病名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>有効期間</td> <td colspan="7">平成15年10月1日から 平成16年9月30日まで</td> </tr> <tr> <td>月額自己負担限度額(1回医療機関ごと)</td> <td>外来</td> <td>×××××円</td> <td>入院</td> <td>×××××円</td> <td colspan="4">                 適用での負担額及び助成額については、東京都医療券区分に応じた自己負担限度額を記入する             </td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">上記のとおり決定します。</p> <p style="text-align: center;">東京都知事 <span style="float: right;">印</span></p> </div> </td>	負担者番号	5	1	1	3	6	0	1	8	受給者番号								X	対象者	住所								氏名								生年月日								病名								有効期間	平成15年10月1日から 平成16年9月30日まで							助成内容	上記認定疾病について医療機関各施設、本人負担額等を適用し、その自己負担額を助成する。							認定条件								<p>色:みず色</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center;">(都) 医療券</p> <p style="text-align: center;">(本人負担あり)</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td>負担者番号</td> <td>5</td><td>1</td><td>1</td><td>3</td><td>6</td><td>0</td><td>2</td><td>6</td> </tr> <tr> <td>受給者番号</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td>X</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">対象者</td> <td>住所</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>生年月日</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>病名</td> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>有効期間</td> <td colspan="7">平成15年10月1日から 平成16年9月30日まで</td> </tr> <tr> <td>月額自己負担限度額(1回医療機関ごと)</td> <td>外来</td> <td>×××××円</td> <td>入院</td> <td>×××××円</td> <td colspan="4">                 適用での負担額及び助成額については、東京都医療券区分に応じた自己負担限度額を記入する             </td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td colspan="7"></td> </tr> </table> <p style="text-align: center;">上記のとおり決定します。</p> <p style="text-align: center;">東京都知事 <span style="float: right;">印</span></p> </div>	負担者番号	5	1	1	3	6	0	2	6	受給者番号								X	対象者	住所								氏名								生年月日								病名								有効期間	平成15年10月1日から 平成16年9月30日まで							月額自己負担限度額(1回医療機関ごと)	外来	×××××円	入院	×××××円	適用での負担額及び助成額については、東京都医療券区分に応じた自己負担限度額を記入する				その他							
負担者番号	5	1	1	3	6	0	1	8																																																																																																																																																
受給者番号								X																																																																																																																																																
対象者	住所																																																																																																																																																							
	氏名																																																																																																																																																							
	生年月日																																																																																																																																																							
病名																																																																																																																																																								
有効期間	平成15年10月1日から 平成16年9月30日まで																																																																																																																																																							
助成内容	上記認定疾病について医療機関各施設、本人負担額等を適用し、その自己負担額を助成する。																																																																																																																																																							
認定条件																																																																																																																																																								
負担者番号	5	1	1	3	6	0	2	6																																																																																																																																																
受給者番号								X																																																																																																																																																
対象者	住所																																																																																																																																																							
	氏名																																																																																																																																																							
	生年月日																																																																																																																																																							
病名																																																																																																																																																								
有効期間	平成15年10月1日から 平成16年9月30日まで																																																																																																																																																							
月額自己負担限度額(1回医療機関ごと)	外来	×××××円	入院	×××××円	適用での負担額及び助成額については、東京都医療券区分に応じた自己負担限度額を記入する																																																																																																																																																			
その他																																																																																																																																																								

対象者	重症患者 生計中心者が市町村住民税非課税の場合	対象者	左欄以外の疾病患者
自己負担	なし	自己負担	医療機関ごとに医療券の表面に記載されている月額自己負担限度額



東京都医療券

(本人負担有り)

負担者番号	5	1	3	6	0	2	6
受給者番号							X
対象							
住所							
氏名							
生年月日							
病名							
有効期間	年	月	日から	年	月	日まで	
月額自己負担限度額(医療機関ごと)	外来	円		入院	円		薬局での保険調剤及び訪問看護については、裏面参照
その他							

上記のとおり決定します。

東京都知事 印

大さ

縦 137ミリメートル  
横 89ミリメートル

注意事項

- 認定された病気で治療等を受けるときは、必ずこの医療券に保険証(老人保健法)医療受給者証(老)、高齢受給者証又は(高)医療証の交付を受けている方は、保険証とともに(老)、高齢受給者証又は(高)医療証を添えて医療機関等(病院、診療所、保険薬局、訪問看護ステーション又は指定介護療養型医療施設)に提示してください。この場合、医療券の裏面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を医療機関等に支払うこととなります。
- 医療券の裏面に記載されている認定疾病について医療保険各法、老人保健法等を適用し、その自己負担相当額の一部から月額自己負担限度額を差し引いた額(院外処方による薬局での保険調剤及び訪問看護については患者一部負担はありません。)を助成します。
- なお、この医療券で助成対象となる介護保険法による介護給付サービスは、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅介護支援指導及び介護療養施設サービスの4種類です。
- 東京都と契約していない医療機関等では、この医療券は使えません。保険を適用した自己負担額が上記限度額を超える場合は、医療費支給申請の手続きをしてください。
- 次の場合は、この医療券を保険所等に持参し、変更などの手続きをしてください。
  - 氏名や住所を変更したとき(住民票の写しが必要です。)
  - 保険証の種類や記号・番号が変わったとき。
  - (老)、高齢受給者証又は(高)医療証から(老)又は高齢受給者証への移行になったとき(なお、(高)医療証から(老)又は高齢受給者証への移行や受給資格がなくなったりも手続きが必要です。)
- 次の場合は、理由を添えてこの医療券を保険所等へお返しください。
  - 有効期間が満了したとき。
  - 都外へ転出されたとき。
  - 生活保護などの医療給付を受けられるようになったとき。
  - 治癒、死亡などにより、この医療券を使用しなくなったとき。
- この医療券を破損し、汚し、又は紛失したときは、保険所等で再交付の手続きをしてください。
- 有効期間満了後も引き続き医療費助成を受けようとする方は、有効期間満了の2か月前までに保険所等で更新の手続きをしてください。
- 問い合わせ先：東京都健康局医療サービス部疾病対策課  
電話番号 03-5320-4472

特定疾患登録者証

対象者	住所
氏名	
生年月日	
病名	

上記のとおり決定します。

東京都知事



留意事項

- 1 本証は、特定疾患治療研究事業における医療費の公費負担の対象となつた後、治療の結果、症状が改善し、経過観察等一定の通院管理の下で、著しい制限を受けることなく就労等を含む日常生活を営むことができると判断された方に対して、引き続き特定疾患の患者であることを証明し、今後、症状が悪化した際の申請手続の円滑化、簡略化を図るとともに、今後の当該研究の推進に資することを目的として交付されるものです。本証によって、医療費の公費負担を受けることはできません。
- 2 本証は、医療機関への受診、ホームヘルプサービス、日常生活用具給付等の福祉サービスの利用申請など、特定疾患の患者であることを伝える必要がある場合に活用することができます。
- 3 症状が悪化し、医師がその旨を確認した場合は、おおむね1か月以内に保健所で医療費助成の申請手続をしてください。審査の結果、医療費助成の対象と認定された場合には、症状の悪化が確認された日にかかっている医療費助成の対象となります。  
(裏面に続く。)

大きさ

[ 縦 137ミリメートル  
横 89ミリメートル ]

(裏)

- 4 氏名や住所に変更があったときは、本証を保健所等へ持参し、変更の手続きをしてください(住民票の写しが必要です。)
- 5 泊通、死亡等で登録者の資格がなくなつたときは、この証を速やかに保健所等へお返しください。
- 6 この証を破損し、汚し、又は紛失した場合は、保健所等で再交付の手続きをしてください。
- 7 問い合わせ先：東京都健康局医療サービス部疾病対策課  
電話番号 03-5320-4472

\*：特定疾患とは、国が行う特定疾患治療研究事業の対象となる疾患をいいます。



別紙 8

東京都負担医療費請求書の新旧対照表 (都内医療機関の請求関係)

現 行

用紙サイズ: B5

改 正 後

**A** 社保と⑧87の併用

用紙サイズ: A4

**B** 他道府県の国保と⑧82・85・87の併用  
更生医療15又は育成医療16と⑧の併用

用紙サイズ: A4

医療費助成(1~3の区分) 額の請求方法及び請求先 (平成15年10月診療分から)

区 分	保 険 分 等		⑧ 医 療 費 助 成 分	
	請 求 方 法	請 求 先	請 求 方 法	請 求 先
社保と⑧87の併用	単独レセプト (レセプトの特記事項欄に⑧を記載)	支払基金	上記「A」の10名連記様式 (妊娠中毒症用)	連 合 会
他道府県の国保と ⑧82・85・87の併用	単独レセプト	連 合 会		
更生医療15又は 育成医療16と⑧の併用	保険分と更生医療又は育成医療分を 併用レセプト	連 合 会 又 は 支 払 基 金	上記「B」の10名連記様式	東 京 都 健 康 局

**都** 東京都負担医療費請求書(社保用)  
(妊娠中毒症用)

医療機関コード	
---------	--

東京都知事 殿	診療年月	平成 年 月 分
下記のとおり請求します。		
平成 年 月 日	保険医療機関所在地	
医科	名称(電話)	
1	開設者	

内 訳

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 割合	入院 別 外来	診 療 日 数	請 求 額	公費分点数	備考
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	1
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	2
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	3
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	4
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	5
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	6
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	7
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	8
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	9
8 7 1 3			3割(3)	入(3)	日	円	点	10
999999999	合計			件		円	照会先	

請求書送付先  
郵便番号 160-0023  
東京都新宿区西新宿六丁目二四番一号  
西新宿三井ビルディング十四階  
東京都国民健康保険団体連合会

注 請求書は診療年月ごとに提出願います。  
請求額は請求額欄の上段に記入願います。

別紙 10

東京都負担医療費請求書

医療機関等  
コ ー ド

Medical institution code input fields

東京都知事 殿

診療・調剤年月

年 月 分

下記のとおり請求します。

年 月 日

医科 調剤  
1 4

医療機関等所在地  
名称(電話)  
開設者

印

-どちらかに〇して下さい。

内 訳

No.

Table with columns: 負担者番号, 受給者番号, 保険者番号, 患者氏名, 負担割合, 入院別, 診療日数, 請求額, 食事療養費標準負担額, 公費分点数, 備考. Includes a summary row at the bottom.

請求書送付先

郵便番号

163

8001

東京都健康局医療サービス部医療サービス課

電話 03 (5320) 四四五四

(注) 1 入院時食事療養費標準負担額は、食 に記入してください。

2 請求書は、診療・調剤年月ごとに別用紙にしてください。

3 請求書に、レセプトの(写)を添付してください。

東京都負担医療費請求書(精神)

医療機関等

コ ー ド

東京都知事 殿

右記のとおり請求いたします。

年 月 日

診療・調剤年月 年 月 分 診療・調剤件数 件

診療・調剤費

医科 調剤 訪問  
1 4 6

いずれかに○してください。

医療機関等所在地  
名称(電話)  
開設者

印

内 訳

No.

負担者番号 受給者番号	保険者番号	患者氏名	負担 区分	入院 別 外来	診療 日数	請 求 額	公費分点数	備考
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 1
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 2
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 3
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 4
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 5
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 6
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 7
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 8
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 9
21136015 93133007				外(2)	日	円	点	老・社 10
99999999		合 計		件		円		

請求書送付先  
郵便番号  
163  
8001  
東京都健康局医療サービス部精神保健福祉課  
東京都新宿区西新宿二一八一  
電話 03 (5320) 四四六四

(注) 1 請求書は、診療年月ごとに別用紙にしてください。  
2 備考欄の保険種別(「老」:老人保健、「社」:健康保険)に○を付けてください。  
3 請求額は、「21」精神通院公費負担対象点数(公費分点数)の0.5割の金額を記入してください(1円未満は切り捨てる。)

【 ② 医療券及び患者票種類別一覽】

被交 付証	法別 番号 及び 負担 番号	疾 病 の 種 類	医療券の色	患者一部負担額	入院	外来 負担	訪問 看護	介護 保険 適用
51	51136026	難病医療 (重症認定、重症病、別経路区分A以外)	みず色	右記①参照	○	○	○	○
	51136018	難病医療 (重症認定、重症病、別経路区分A)	もも色	なし (入院時食事標準負担額を含むて助成)	○	○	○	○
	51137016	特殊医療 (先天性加齢関連因子疾患等)	もも色		○	○	○	○
52	52138017	小児慢性疾患 (個別型)	みどり色		○	○	○	×
	82131004	小児慢性疾患 (個別型)	クリーム色		○	○	○	×
82	82138009	特殊医療 (人工透析を必要とする腎不全)	クリーム色		○	○	×	×
	82134008	小児精神病	クリーム色	入院時食事標準負担額	○	○	○	×
	82134008	被爆者の子に列する医療	みどり色		○	○	○	×
85	82137001	大気汚染関連疾病	みどり色		○	○	○	×
	85136018	B型・C型ウイルス肝炎	ほだ色		○	×	×	×
87	85136042	B型・C型ウイルス肝炎	ライト グレー	右記②参照	○	×	×	×
	87136008	妊娠中等症等	クリーム色	入院時食事標準負担額	○	×	×	×
93	93137008	結核一般医療 (法別番号 10)	白地	なし	○	○	×	○
	93133007	精神通院医療 (法別番号 21)	白地		×	○	○	○

負担番号 82137008 (結核一般医療) は、被爆者法第 36 条第 1 項により指定医療機関に指定されている医療機関のみ取扱うことができます。

① 難病医療(患者負担番号51136026)の患者一部負担額一覽

階 層 区 分	右記以外の者		患者が生計中心者		対象患者別の一部自己負担の月額限度額	
	(7)		(7)×1/2		(7)×1/10	
	入院	外来	入院	外来	入院	外来
A	0	0	0	0	0	0
B	4,500	2,250	2,250	1,120	450	220
C	6,900	3,450	3,450	1,720	690	340
D	8,500	4,250	4,250	2,120	850	420
E	11,000	5,500	5,500	2,750	1,100	550
F	18,700	9,350	9,350	4,670	1,870	930
G	23,100	11,550	11,550	5,770	2,310	1,150

備考:1 (入院) 同一の医療機関(同一の医療機関における産科診療及び産科診療以外の診療は、それぞれの診療ごとに、別の医療機関とみなす。)又は同一の指定介護療養型医療施設ごとに、1か月に上記の表1入院の欄に定める(入院時食事標準額を含む)一部自己負担額を限度とする。  
2 (入院以外) 同一の医療機関又は同一の指定居宅サービス事業者ごとに、1か月につき上記の表1外来の欄に定める一部自己負担額を限度とする。ただし、薬局での保険薬剤又は訪問看護ステーションが行う訪問看護並びに介護保険適用の訪問看護では一部自己負担額は生じません。

② B型・C型ウイルス肝炎(負担番号85136042)の患者一部負担額

同一の医療機関ごとに1か月につき40,200円(老人保健法(一般所得)の一部負担金の限度額を適用)を限度とする額及び入院時食事標準負担額