



平成30年4月より

## 特定医療費（指定難病）受給者証と自己負担上限額管理票が 札幌市発行のものに切り替わります

“特定医療費（指定難病）受給者証”や“自己負担上限額管理票”は、現在、北海道が発行しておりますが、平成30年4月より事務が移管され、札幌市民分については、札幌市が発行することとなります。

対象の方々へ、平成30年3月中に新しい受給者証を交付（ご自宅等へ送付）いたしますので、4月以降の受診時に、当該受給者証をご確認くださいようお願いいたします。

### 特定医療費（指定難病）受給者証について

#### ■受給者証のイメージ

特定医療費（指定難病）受給者証									
公費負担番号									
受給者番号									
受診者	住所								
	氏名								
	生年月日							性別	
	保険者名								
	記号・番号							適用区分	
疾病名									
保護者	氏名							続柄	
	住所								
指定医療機関	難病法に基づき指定された指定医療機関								
自己負担上限額	月額	〇〇〇〇	円	区分					
人工呼吸器等装着	-	高額かつ長期	-	軽症高額該当	-	世帯内接分	-		
有効期間									
上記のとおり認定します。									
平成30年 4月 1日								札幌市長 秋元 克広	電子公印
発行日:平成 年 月 日									

#### ■受給者証の変更内容

- ① 公費負担者番号が下表のように変更
- ② 紙色が“クリーム色”になります（現在は白）
- ③ サイズが一回り大きくなります（B7→A6）
- ④ 複数疾病者の受給者証を統合（全疾病名を1枚に）
- ⑤ 受給者証の格納ケース（難病手帳：紺色）を配布

#### ＜使用する受給者証と公費負担者番号＞

実施機関	診療月	医療保険 <small>（生活保護で医療保険併用の場合を含む）</small>	生活保護 <small>（医療保険なし）</small>
北海道	H30.3 まで	54016019	54016027
札幌市	H30.4 以降	<u>54017017</u>	<u>54018015</u>

**公費負担者番号が変わります**ので、  
ご注意ください。

### 自己負担上限額管理票について

#### ■管理票（冊子）のイメージ



#### ■管理票の変更内容

- ① 過去1年分を一元管理できるよう冊子化
- ② 受給者・医療機関の方向けのご案内等を掲載
- ③ “災害に対する備え”を掲載

記載方法や注意事項については、裏面をご参照ください。

# 自己負担上限額管理票の記載方法等について

## ■自己負担上限額管理票の記載に係る主な注意事項

- 自己負担上限額が設定されている方については、上限額の管理が必要なため、受診の際は管理票に、日付、指定医療機関名、総医療費（今回額と累積額）、自己負担額（今回額と累積額）を記載し、確認印を押印してください。
- 自己負担上限額が0円の方は、自己負担額の記載は不要です（記載例②）。
- 受給者証に記載されている疾病に係る医療費のみを記載してください。
- 総医療費には、点数・単位等ではなく、総額を記載してください。介護保険分で総医療費が1円単位になる場合は、そのまま1円単位で記載してください。

## ■記載例

### ① 自己負担上限額が設定されている方の場合

平成●●年 1月分	受給者氏名	札幌 太郎	受給者番号	×××××××	自己負担上限額	5,000	円
※自己負担累積額が自己負担上限額に達した場合であっても、総医療費の合計が5万円に達するまでご記入願います。							
日付	指定医療機関名	総医療費(10割分)		自己負担額		確認印	
		今回額	累積額	今回額	累積額		
1/10	〇〇病院	10,000円	10,000円	2,000円	2,000円	印	
1/10	△△薬局	8,000円	18,000円	1,600円	3,600円	印	
1/17	□□診療所	9,000円	27,000円	1,400円	5,000円	印	
1/24	〇〇病院	20,000円	47,000円			印	
1/24	△△薬局	8,000円	55,000円			印	
上記のとおり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
1/17	□□診療所						印

医療保険が1割負担の場合を除き、自己負担額は医療費総額の2割となります。

自己負担上限額に達した以降の受診については、自己負担額欄に斜線を記入してください。

総医療費の累積額が50,000円を超えるまで管理票を記入してください。

自己負担額の累積額（月額）が自己負担上限額に達した時の指定医療機関が記入・押印してください。

### ② 自己負担上限額が0円の方の場合

平成●●年 1月分	受給者氏名	札幌 太郎	受給者番号	×××××××	自己負担上限額	0	円
※自己負担累積額が自己負担上限額に達した場合であっても、総医療費の合計が5万円に達するまでご記入願います。							
日付	指定医療機関名	総医療費(10割分)		自己負担額		確認印	
		今回額	累積額	今回額	累積額		
1/10	〇〇病院	10,000円	10,000円			印	
1/10	△△薬局	8,000円	18,000円			印	
1/17	□□診療所	9,000円	27,000円			印	
1/24	〇〇病院	20,000円	47,000円			印	
1/24	△△薬局	8,000円	55,000円			印	
上記のとおり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

自己負担上限額が0円の方の場合は、自己負担額欄の記入は不要です。

総医療費の累積額が50,000円を超えるまで管理票を記入してください。

記載は不要です。

★受給者証・管理票の様式は、札幌市 HP に掲載しています

ホーム>健康・福祉・子育て>医療>

難病（指定難病・特定疾患）>指定医療機関

《お問い合わせ先》

〒060-0042

札幌市中央区大通西19丁目 WEST19ビル 2F

札幌市保健福祉局保健所健康企画課（難病担当）

TEL 011-622-5153 FAX 011-622-7223