

各 

病 院 ・ 診 療 所
薬 局
訪問看護ステーション

 御中

北海道保健福祉部健康安全局地域保健課

特定医療費（指定難病）受給者証及び特定疾患医療受給者証に係る自己負担  
上限額管理票の取扱いについて

平素より、本道の保健福祉行政の推進にあたりましては、格別のご協力を賜り厚くお礼申し上げます。

さて、本道におきましては、難病法に基づく医療費助成制度（以下、「難病」という。）のほか、北海道の独自事業である特定疾患治療研究事業（以下、「道単事業」という。）による助成を行っているところです。

今般、難病と道単事業それぞれの医療受給者証をお持ちの患者さま（以下、「併用者」という。）に係る自己負担上限額管理票（以下、「管理票」という。）の使用方法を次のように改めますので、併用者が受診等する際は、自己負担額を合算せず、難病及び道単事業それぞれの自己負担額を併用者から徴収していただきますようお願い致します。

記

1 新たな管理票の取り扱い

管理票を制度ごとに使用し、それぞれの管理票に、総医療費及び自己負担額を記載した上で、各制度に応じた自己負担額を窓口で支払うこととする。

そのため、制度ごとに自己負担上限額に達するまで窓口で負担することから、併用者に一時的な超過負担が生じる場合がある。

2 対応

上記1の超過負担については、併用者からの「償還払い申請」により、北海道から直接還付する。

3 運用開始時期

平成30年4月1日から

4 留意事項

本取り扱いは併用者に限り、**同一制度の受給者証を複数所持している受給者については従前どおり**の取り扱いとする。

# 受給者証併用者に係る新たな自己負担上限額管理票の取り扱い

平成30年4月1日から、特定医療費（指定難病）受給者と特定疾患医療受給者の両方をお持ちの方は、医療機関の窓口で自己負担上限額管理票の使用方法が、次のとおり変わります。それぞれの受給者証ごとに自己負担上限額管理票を記載してもらうほか、自己負担上限額以上に負担額を支払った場合は、別途、償還払い申請のお手続きが必要となります。ご理解とご協力をよろしくお願いいたします。

## 現行：患者1人につき、1枚使用（同一月）

特定医療費(指定難病)兼特定疾患治療研究事業 平成 30年 4月分 自己負担上限額管理票							
受診者名		受給者番号(※)		月額自己負担上限額			
北海 太郎		5454545		5,000 円			
		8383838					
※ 指定難病又は特定疾患の複数の受給者証をお持ちの方は、全ての疾患の受給者番号を記載してください。							
下記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。							
日付	指定(委託)医療機関名			確認印			
4月 15日	北海道病院			㊟			
(単位:円)							
日付	指定(委託)医療機関名	法別番号 ※いずれかに ○	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	備考
4月 2日	北海道病院	54・83	10,000	2,000	2,000		
4月 2日	北海道薬局	54・83	10,000	2,000	4,000		
4月 15日	北海道病院	54・83	10,000	1,000	5,000	㊟	

## 注 意 点

・使用方法の変更は、**特定医療費(指定難病)受給者証及び特定疾患医療受給者証の両方をお持ちの方のみ**が対象です。

・特定医療費（指定難病）受給者証を複数持っている方は、現行の使用方法から変更ありません。

これまでは、管理票を共通化していました。

## H30.4から：患者1人につき、医療費助成の種別ごとに1枚使用。（最大2枚）

特定医療費(指定難病)兼特定疾患治療研究事業 平成 30年 4月分 自己負担上限額管理票							
受診者名		受給者番号(※)		月額自己負担上限額			
北海 太郎		5454545		5,000 円			
※ 指定難病又は特定疾患の複数の受給者証をお持ちの方は、全ての疾患の受給者番号を記載してください。							
下記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。							
日付	指定(委託)医療機関名			確認印			
4月 4日	北海道病院			㊟			
(単位:円)							
日付	指定(委託)医療機関名	法別番号 ※いずれかに ○	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	備考
4月 4日	北海道病院	54・83	15,000	3,000	3,000	㊟	

特定医療費(指定難病)兼特定疾患治療研究事業 平成 30年 4月分 自己負担上限額管理票							
受診者名		受給者番号(※)		月額自己負担上限額			
北海 太郎		8383838		5,000 円			
※ 指定難病又は特定疾患の複数の受給者証をお持ちの方は、全ての疾患の受給者番号を記載してください。							
下記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。							
日付	指定(委託)医療機関名			確認印			
4月 15日	北海道病院			㊟			
(単位:円)							
日付	指定(委託)医療機関名	法別番号 ※いずれかに ○	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	備考
4月 15日	北海道病院	54・83	25,000	5,000	5,000	㊟	

・難病(法別番号54)及び特定疾患(法別番号83)それぞれの受給者証をお持ちの場合は、各医療費助成制度ごとに自己負担上限額管理票を使用してください。

・例のような場合、本来の患者さまの自己負担上限額は「5,000円」ですが、別々に自己負担上限額管理票を使用しているため「3,000円」の超過負担が発生しています。このような場合は、患者様から北海道知事あて「償還払い申請」をしていただくことで、北海道から直接還付いたします。