

(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）

厚生労働省健康局難病対策課

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	4
	(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、中核市市長又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市長（特別区長を含む。）（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月額】

単位（円）

階層区分	一般	高額かつ長期重症患者	人工呼吸器等装着者
生活保護等	0	0	0
低所得Ⅰ	1,250	1,250	500
低所得Ⅱ	2,500	2,500	
一般所得Ⅰ	5,000	2,500	
一般所得Ⅱ	10,000	5,000	
上位所得	15,000	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		

注1）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2）生活保護（医療保険各法の被保険者及び被扶養者を除く。）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

- ・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月以内に既に6月以上ある者が該当する。

○「重症患者」とは

- ・「小児慢性特定疾病重症患者認定基準」に該当する者。

○「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、中核市又は児童福祉法第59条の4第1項の政令で定める市（特別区を含む。）（以下「都道府県等」という。）による認定を受けた者。

(5) 入院時の食費等

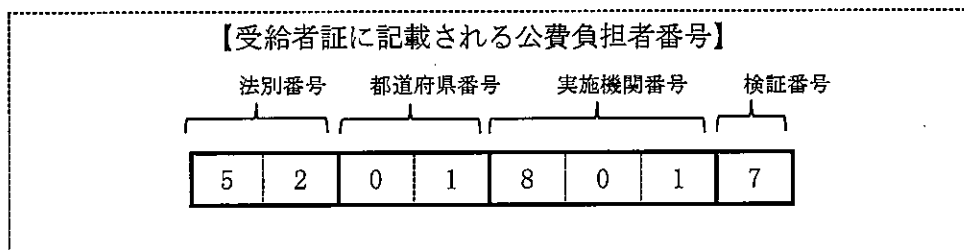
- ・入院時食事療養費に係る食事療養標準負担額の1/2については、患者負担とする。
ただし、生活保護受給者等及び血友病患者については、自己負担0円とする。

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800番台を付し、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700番台を付する。

ただし、生活保護受給世帯であって、医療保険各法の被保険者及び被扶養者は800番台を付することとする。



(3) 受給者証の自己負担上限月額の記事欄には、所得等に応じて設定された月の自己負担上限月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割が自己負担上限月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) 同一世帯内に複数の難病の特定医療費受給者又は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。ただし、800番台が付されている受給者証を所持している者であっても、生活保護受給者の場合には食事療養標準負担額の患者負担は0円となるので留意すること。

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的全額(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、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) 自己負担の累積額が自己負担上限月額に達した際には、所定欄に日付、指定医療機関名、確認印を押印することとなる。累積額が自己負担上限月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、自己負担上限月額に達した後も5万円を超えるまで管理票に記載し、徴収印欄に記載内容を確認する印として押印すること。

(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上限月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、保険者からの連絡の遅れ等により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) 実施機関番号700番台が付されている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。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疾病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月額が「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。

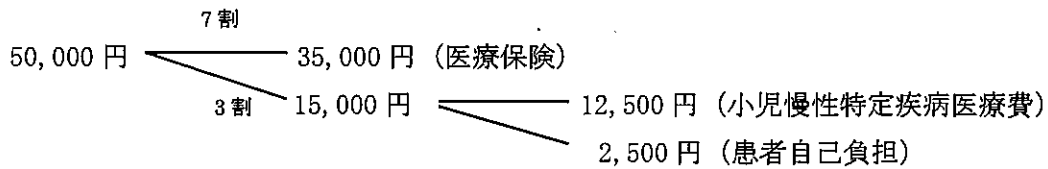
(1) 「療養の給付」欄について

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			
	険	5,000					
	公費①	点	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



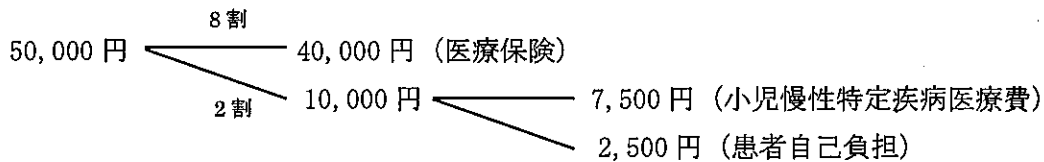
【療養の給付の請求】

- ・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			
	険	5,000					
	公費①	点	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



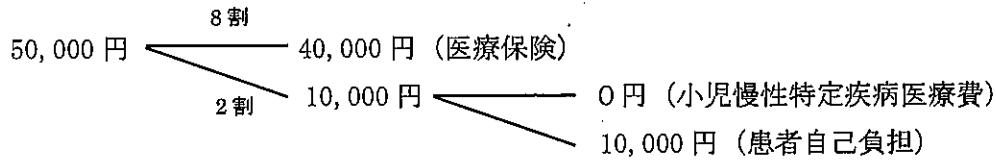
【療養の給付の請求】

- ・医療保険
50,000円×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	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】

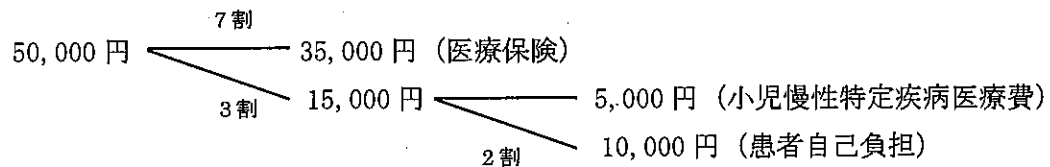
- ・医療保険
50,000円×8割=40,000円
- ・小児慢性特定疾病医療費
50,000円×2割-10,000円※（公費①）=0円
- ・患者自己負担額
10,000円

※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

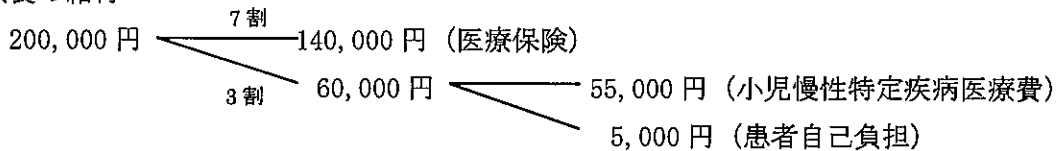
食事療養標準負担額については、実施機関番号800番台の受給者証を所持している者について、食事療養標準負担額の2分の1を公費で負担することから、請求レセプト上は公費負担①の標準負担額の欄に食事療養標準負担額の全額を記載する。

実施機関番号800番台の適用者の場合

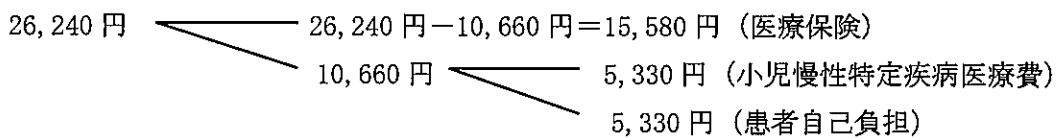
- 入院医療費 20,000点
- 小児慢性特定疾病医療費(一般所得者I; 負担上限月額5,000円)
- 入院日数15日(入院日の食事:夜のみ、退院日の食事:朝のみ)
- 一般の健康保険加入者(3割)

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
		点	点	円	円	円	円				円					
	医療	20,000							41		26,240				10,660	
	公費①					5,000	円		41		26,240			10,660	円	
	公費②						円								円	

①療養の給付



②入院時食事療養費



【療養の給付の請求】

①療養の給付

- ・医療保険
200,000円×7割=140,000円
- ・小児慢性特定疾病医療費
200,000円×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×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】

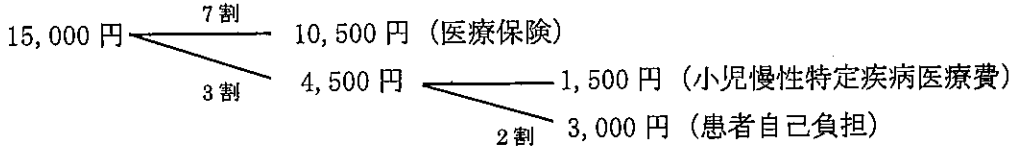
15歳の一般の健康保険の加入者（3割）入院外の場合

○自己負担上限月額；一般所得Ⅰ（5,000円）

○一般の健康保険加入者（窓口負担3割→2割）

ア 1月5日 ○○○病院（総医療費1,500点）

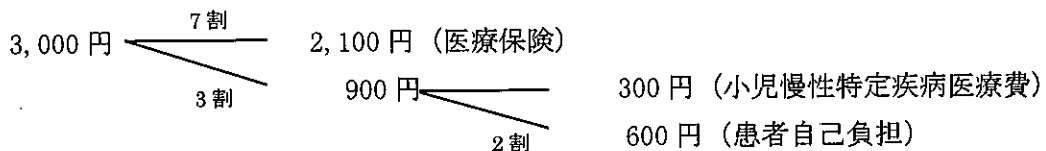
医療費の2割が自己負担上限月額5,000円を下回っているため、患者からは2割分を徴収する。



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	
			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	印

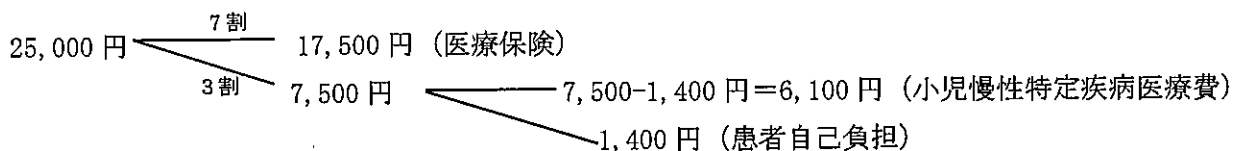
イ 1月5日 ××薬局（総医療費300点）

上記アと同様に患者からは2割分を徴収する。



ウ 1月20日 △△病院（総医療費2,500点）

2割分と自己負担上限月額が同額のため、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
------	-------	-------	---------

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	印
1月5日	××薬局	3,000円	600円	3,600円	印
1月20日	△△病院	25,000円	1,400円	5,000円	印

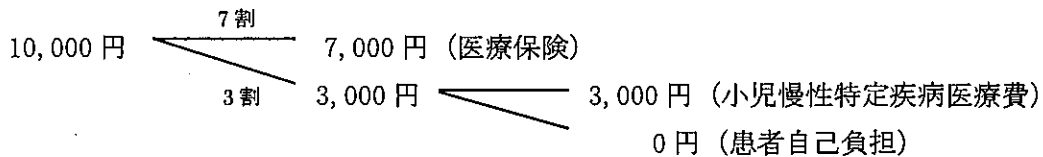
上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1月20日	△△病院	印

自己負担上限月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、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、医療費総額を記載し、徴収印欄に記載内容を確認する印として押印する。



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
------	-------	-------	---------

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	印
1月5日	××薬局	3,000円	600円	3,600円	印
1月20日	△△病院	25,000円	1,400円	5,000円	印
1月20日	▲▲薬局	10,000円			印

~~~~~  
上記のとおり自己負担上限額に達しました。

医療費総額のみ記載し、自己負担額及び自己負担の累積額 (月額) 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    | 印   |