

## 指定難病及び小児慢性特定疾病医療受給者証の記載変更に関するご案内

令和3年3月1日から

受給者証に記載されていない指定医療機関でも  
受給者証を使用できるようになります！

令和3年3月1日以降、受給者証に記載されていない病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション・介護医療院についても、「難病法に基づき指定された指定医療機関」または「児童福祉法に基づき指定された指定医療機関」であれば、受給者証を使用できるようになります（新受給者証の記載例は裏面をご覧ください）。

受給者証に記載されている病名、疾病名及び当該疾病に附随して発生する傷病に関連する医療のみが医療費助成の対象となります。

受給者証に記載されている病名、疾病に関連しない医療や保険診療外の医療等は助成対象とはなりませんので、ご注意ください。

- ◆ 受給者の方が受診された際には、窓口で受給者証と自己負担上限額管理票を確認し、受給者証に記載されている病名、疾病にかかる治療であることを確認したうえで公費を適用し、自己負担上限額管理票に記載してください。
- ◆ 三重県では、受給者証の有効期間終了日が「令和2年3月1日から令和3年2月28日までの方」について、有効期間を1年間自動延長する取扱いとしており、有効期間を延長した受給者証は発行しておりません。  
(ただし、令和2年5月1日から令和2年6月30日の間に新規認定された方は自動延長の対象ではありませんので有効期間についてご不明な点があれば、受給者証に記載の各保健所へお問い合わせください。)
- ◆ 旧表記の受給者証であっても、令和3年3月1日以降は指定医療機関であれば受給者証に記載がなくても公費適用していただけます。  
なお、令和3年10月の更新以降は、全面的に新受給者証へ移行します。
- ◆ 受給者が行う受給者証記載の指定医療機関の変更・追加等の変更申請も令和3年3月1日以降は不要となります。
- ◆ 受給者のみなさまには、令和3年2月中にご案内を送付し周知します。  
また、案内は三重県のホームページにも掲載します。

\* 本案内は、三重県の指定難病及び小児慢性特定疾病医療受給者証についての取扱いのご案内になります。各都道府県・政令指定都市によって異なる場合がありますので、三重県以外の取扱いにつきましては各自治体へお問い合わせください。

【難病】

特定医療費(指定難病)受給者証			
公費負担者番号	5 4 2 4 6 0 1 2		
受給者番号			
受診者	氏名	三重	
	生年月日		
	住所		
	保険者(※1)	津市	
被保険者証の記号及び番号(※2)	1234560	適用区分	イ
病名	慢性炎症性脱髄性多発神経炎/多発性運動ニューロパチー、ライソゾーム病、家族性高コレス...		
有効期間	令和元年10月1日 から 令和2年9月30日まで		
上記のとおり認定する。			
令和●年▲月◆日	三重県知事 鈴木 英敏		
保健所名	〇〇保健所		

この欄に記載する指定難病と当該指定難病に附随して発生する傷病に関連する医療が助成の対象です。

有効期間終了日が「令和2年3月1日から令和3年2月28日まで」の方は、自動延長されていますので、記載されている有効期間に1年加えた日まで有効です。  
\*ただし有効期間の初日が令和2年5月1日から6月30日までの新規認定の方は自動延長の対象ではありませんので、有効期間についてご不明な点があれば、受給者証に記載の各保健所へお問い合わせください。

指定医療機関	
名称	三重県立〇×病院
所在地	三重県〇〇市××
有効期間	令和元年10月1日 ~ 令和2年9月30日
名称	〇△クリニック
所在地	三重県◎◎郡**町●●
有効期間	令和元年10月1日 ~ 令和2年9月30日
名称	△□調剤薬局
所在地	三重県◆◆市〇△
有効期間	令和元年10月1日 ~ 令和2年9月30日
名称	□×訪問看護ステーション
所在地	三重県△△市□□
有効期間	令和元年10月1日 ~ 令和2年9月30日
名称	★◎介護医療院
所在地	三重県★★市◇◇
有効期間	令和元年10月1日 ~ 令和2年9月30日
名称	
所在地	
有効期間	

上記に記載のない医療機関でも難病法に基づき指定された指定医療機関であれば使用できます。

\*この受給者証に記載がない場合でも、難病法に基づき指定された指定医療機関であれば使用できます。  
\*病名欄に記載する指定難病及び当該指定難病に附随して発生する傷病に関連する医療が助成の対象です。

※1 後期高齢者医療広域連合を含む。 ※2 後期高齢者医療制度においては被保険者番号

【小慢】

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証			
公費負担者番号	5 2 2 4 8 0 1 0	受給者番号	
受診者	氏名	三重 一郎	性別 男
	生年月日		
	住所		
	氏名	父	
保護者住所	〇〇〇〇 101		
疾患群番号・疾病名	3 先天性横隔膜ヘルニア		
成長ホルモン治療	無	成長ホルモン治療は医療費助成の対象外です。	
保険者	津市		
被保険者証の記号・番号	1234560×	適用区分	ウ
自己負担上限月額	月額	500 円	階層区分 V
人工呼吸器等装着	該当・非該当	高額かつ長期	該当・非該当
重症患者認定	該当・非該当		
同一世帯内における指定難病患者又は医療費支給認定にかかる小児慢性特定疾病児童等	有・無		
有効期間	令和2年8月11日 ~ 令和3年7月31日		
上記のとおり認定します。			
令和●年▲月◆日	三重県知事 鈴木 英敏		
管轄保健所名	△△保健所		

この欄に記載する小児慢性特定疾病と当該小児慢性特定疾病に附随して発生する傷病に関連する医療が助成の対象です。

受診指定医療機関	
名称	三重県立〇×病院
所在地	三重県〇〇市××
有効期間	令和2年8月11日 ~ 令和3年7月31日
名称	〇△クリニック
所在地	三重県★★市◇◇
有効期間	令和2年8月12日 ~ 令和3年7月31日
名称	△□調剤薬局
所在地	三重県◎◎郡**町●●
有効期間	令和2年8月12日 ~ 令和3年7月31日
名称	□×訪問看護ステーション
所在地	三重県△△市□□
有効期間	令和2年8月12日 ~ 令和3年7月31日
名称	
所在地	
有効期間	

上記に記載のない医療機関でも児童福祉法に基づき指定された指定医療機関であれば使用できます。

\*この受給者証に記載がない場合でも、児童福祉法に基づき指定された指定医療機関であれば使用できます。  
\*疾患群番号・疾病名欄に記載する小児慢性特定疾病及び当該小児慢性特定疾病に附随して発生する傷病に関連する医療が助成の対象です。