

特定医療費（指定難病）、小児慢性特定疾病
 における指定医療機関等の皆様

このご案内に関する問合せ先
 札幌市保健所健康企画課難病医療係
 TEL: 011-622-5153 (直通)

札幌市医療費助成事業（重度心身障がい者・ひとり親・子ども）に係る レセプト併用化に伴う指定難病等の自己負担上限額管理票の記載について

このたび併用レセプトでの請求が可能となった札幌市重度心身障がい者・ひとり親・子ども医療費助成（以下、「医療費助成」という。）と、指定難病等（下表の対象公費）の受給者証を複数提示された場合に、指定難病等の自己負担上限額管理票（以下、「管理票」という。）の記載にあたり、下記の注意が必要となります。

指定難病等の 対象公費 (法別番号：実施機関)	1 <u>特定医療費（指定難病）</u> （54：札幌市） 2 <u>小児慢性特定疾病医療</u> （52：札幌市） 3 <u>特定疾患治療研究事業</u> （51・83：北海道） 4 <u>肝炎治療特別促進事業</u> （38・83：北海道）
注意事項	管理票には、医療費助成適用後の実際の負担額ではなく、 <u>指定難病等を適用した時点の自己負担額を記載</u> します（下例参照）。

例1 同一病院の受診例（1日目に上限額到達）

<条件等>

- ・「特定医療費（指定難病）（上限額5,000円）」と「重度心身障がい者医療費助成（小学1年生以下）」の併用
- ・1月に同医療機関へ2回受診（1日目が初診）した記載例

診療日	医療費総額	一部負担（指定難病）	一部負担（重度医療）
1日目	30,000円	5,000円	580円
2日目	30,000円	0円	0円

<上限額管理票の記載>

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	
6/4	◎◎◎病院	30,000円	30,000円	5,000円	5,000円	印
6/15	◎◎◎病院*	30,000円	60,000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
6/4	◎◎◎病院	印

窓口での実際の
患者自己負担額

※管理票には、自己負担上限額に達した後も、医療費総額が50,000円を超えるまで記載します。

<誤った記載例> 上例で、誤って1日目に重度医療助成後の金額を記載してしまった場合

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	
6/4	◎◎◎病院	30,000円	30,000円	580円	580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

自己負担上限額に達していないように見えるため、次に別の病院にかかった場合に、不要な自己負担額が発生してしまうおそれがあります。

例2 病院と薬局の受診例（1日目に上限額到達）

<条件等>

- ・例1と同条件の受給者証の所持者
- ・1月にA病院とB薬局に下記のように受診した場合の記載例（1日目のA病院は初診）

診療日	医療費総額	一部負担（指定難病）	一部負担（重度医療）	実際の自己負担額
1日目（A病院）	30,000円	5,000円	580円	580円
2日目（B薬局）	30,000円	0円	0円	0円
3日目（A病院）	30,000円	0円	0円	0円

<上限額管理票の記載>

例1同様、管理票には、
指定難病分の金額を記載

1日目に上限額に達しているので、
B薬局での自己負担額は0円

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	
6/4	A病院	30,000円	30,000円	5,000円	5,000円	印
6/5	B薬局*	30,000円	60,000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
6/4	A病院	印

※管理票には、自己負担上限額に達した後も、医療費総額が50,000円を超えるまで記載します。

例3 複数病院の受診例（1日目は医療費助成の自己負担額が低く、2日目は小児慢性特定疾病医療の自己負担額が低い場合）

<条件等>

- ・「小児慢性特定疾病医療受給者証（上限額5,000円）」と「子ども医療受給者証（小学1年生以下）」の併用
- ・1月に複数医療機関に下記のように受診した場合の記載例（1日目のA病院及びB病院は初診）

診療日	医療費総額	一部負担（指定難病）	一部負担（子ども医療）	実際の自己負担額
1日目（A病院）	24,000円	4,800円	580円	580円
2日目（B病院）	24,000円	200円	580円	200円
3日目（A病院）	24,000円	0円	0円	0円

<上限額管理票の記載>

例1同様、管理票には、
指定難病分の金額を記載

窓口での実際の自己負担額は、
より低額となる制度を適用

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	
6/4	A病院	24,000円	24,000円	4,800円	4,800円	印
6/15	B病院	24,000円	48,000円	200円	5,000円	印
6/25	A病院*	24,000円	72,000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
6/15	B病院	印

※管理票には、自己負担上限額に達した後も、医療費総額が50,000円を超えるまで記載します。

<問合せ先>

札幌市保健福祉局保健所健康企画課難病医療係
札幌市中央区大通19丁目WEST19 2階
TEL 011-622-5153