

令和4年4月1日から、特定医療費(指定難病)受給者証に記載の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4年4月1日以降は、受給者証に記載のない医療機関・薬局・訪問看護ステーションでも、「難病法に基づく指定医療機関」であれば、受給者証を使用できます。

① 受給者証の指定医療機関名の記載を、下記のとおり変更します。

神戸市の指定医療機関

神戸市の指定医療機関のほか、「難病法」に基づく指定医療機関(病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション)で使用できます。

※ 現在の受給者証の有効期間の終了日までに、新たに受給者証を交付する理由(保険変更や再交付等)がない場合は、更新後に交付する受給者証から上記の記載になります。

② 指定医療機関かどうかの確認は、各医療機関が所在する都道府県または政令指定都市のホームページで確認できます。また、難病情報センターのホームページ「難病指定医療機関・難病指定医のご案内」に、全国の都道府県、政令指定都市の指定医療機関の掲載先アドレスのリンクが貼付されていますので、ご活用ください。

掲載アドレス：<https://www.nanbyou.or.jp/entry/5308>

③ 指定医療機関以外の医療機関では、医療費助成の対象にはなりません。

※ 指定医療機関であっても、受給者証に記載された病名に関係がない治療等は医療費助成の対象にはなりません。

④ 令和4年3月31日診療分までは、申請した指定医療機関での診療分のみを医療費助成の対象とします(新型コロナウイルス感染症の影響により、緊急の場合は、後日の申請でも可)。

⑤ 受給者証の取り扱いは、各都道府県・政令指定都市によって異なります。転居の際はご注意ください。

◆令和4年4月1日以降は、受給者証に記載する医療機関の追加等の変更申請は不要になります。

◆性別欄を削除します

現在の受給者証の有効期間の終了日までに、新たに受給者証を交付する理由(保険変更や再交付等)がない場合は、更新後に交付する受給者証から上記の記載になります。

問い合わせ先：住所地の区役所保健福祉課(難病の窓口)

【参考】 受給者証のイメージ

(旧)

《注意事項》	
1 この証を交付された方は、標記の疾病について、この証の表面に記載された金額を上限とする自己負担額を医療機関に対して支払うことで保険診療を受けることが可能となります。	
2 指定医療機関（薬局、訪問看護を含む）を受診された場合は、医療機関の窓口健康保険証の他、この証と、自己負担限度額管理票を必ず提示してください。	
3 健康保険で高額療養費が適用される場合は、高額療養費の自己負担額から表面に記載してある月の自己負担限度額を除いた額が公費負担の対象となります。	
4 本事業の対象となる医療は、医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。（保険給付の対象とならないもの、療養費は公費負担の対象外です）	
5 氏名、居住地、加入している健康保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、すみやかに、居住地の区あんしんすこやか係に変更の手続きをしてください。 なお、変更の手続きは、現在お持ちの有効期間内の受給者証に対してのみ有効となります。	
6 緊急その他やむを得ない場合は、本医療受給者証に名称が記載されている指定医療機関以外の指定医療機関での診療等も特定医療費の対象となります。	
7 受給者証を破損または紛失したときは、すみやかに居住地の区あんしんすこやか係へ再交付の手続きをしてください。	
8 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに神戸市長に返還して下さい。（窓口は居住地の区あんしんすこやか係）	
9 市外に転出する場合は、本証の写しを転出先の都道府県知事（政令市の場合は市長）へ提出してください。 神戸市 保健所（難病担当）	
備考	

特定医療費（指定難病）受給者証			
公費負担番号	54287016	受給者番号	
受診者	フリガナ		
	氏名		性別
	生年月日		
	住所		
保護者	フリガナ		
	氏名		
	住所		
保険者名			
被保険者証記号番号		適用区分	
疾病名			
自己負担上限月額	10,000円	階層区分	IV
人工呼吸器等装着	—	軽症高額該当	—
高額かつ長期	—	世帯内受給者	無
有効期間	令和3年11月1日 から 令和4年10月31日		
交付年月日	神戸市長		



(新)

神戸市の指定医療機関	
指定医療機関名	神戸市の指定医療機関のほか、「難病法」に基づく指定医療機関（病院・診療所・薬局・訪問看護ステーション）で使用できます。 【注意事項】助成の対象は、指定医療機関で行われる医療受給者証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限られます。（保険給付の対象とならないもの、療養費は公費負担の対象外です）

<指定医療機関...お願い>

指定難病の...類につい

ては、...ま

す。...療

養に...有

無に...

裏面の指定医療機関欄を削除。
表面に
「神戸市の指定医療機関」
神戸市の指定医療機関のほか、
「難病法」に基づく指定医療機関
(病院・診療所・薬局・訪問看護ス
テーション)で使用できます。
と記載。

特定医療費（指定難病）受給者証			
公費負担番号	54123456	受給者番号	1234567
受給者	フリガナ	コウベ ハナコ	
	氏名	神戸 花子	
	生年月日	昭和●年●月●日	
	住所	神戸市中央区加納町6-5-1	
保護者	フリガナ		
	氏名	続柄	
	住所		
保険者名		神戸市（国民健康保険）	
被保険者証記号番号		適用区分	
疾病名			
自己負担上限月額	円	階層区分	
人工呼吸器等装着		軽症高額該当	
高額かつ長期		世帯内受給者	
有効期間	令和3年11月1日から令和4年10月31日		
交付年月日	令和3年11月1日		
神戸市長			印