


特定医療費（指定難病）受給者証の更新手続きの御案内

現在お持ちの受給者証は、令和8年9月30日で有効期間が終了します。更新申請を行わないと、令和8年10月1日以降に医療費助成を受けることができません。

1 更新申請書類の提出期限

令和8年7月3日（金）

2 提出書類・持ち物

提出までの手順	自己点検チェック	提出書類等	備考
① 臨床調査個人票の作成依頼 ↓	<input type="checkbox"/>	臨床調査個人票（診断書）	※診断書は同封していません！※ お早めに医療機関に作成を依頼してください。 診断書は、医療機関に厚生労働省のホームページからダウンロード等により、御用意いただくようお願いをしております。
② 申請書の記入 ↓	<input type="checkbox"/>	特定医療費（指定難病）支給認定申請書【ピンク色】	申請書記載例 を参考に加筆、訂正をお願いします。
③ 提出書類の用意 ↓	<input type="checkbox"/>	健康保険の資格情報が確認できる資料の コピー	下記のうち、 いずれか1点のコピー の提出をお願いします。 A：「資格確認書※」（有効期限内のもの） B：「資格情報のお知らせ※」 C：マイナポータルアプリからダウンロードした「資格情報」  マイナポータルからのダウンロードや印刷方法については、左記QRコードより御確認ください。 ※加入している保険者から交付されるもので、 <u>従来の健康保険証と同様の情報が記載されています。</u> ・マイナ保険証では窓口で健康保険情報の即時確認ができないため、紙面での提出に御協力をお願いします。 ・患者本人が加入している健康保険によって、提出していただく対象者が異なります。 （2ページ【4健康保険種別の提出範囲】参照）
	<input type="checkbox"/>	負担上限月額管理票【緑色】等の コピー	申請月以前の 12か月間 が対象です。 提出範囲例 申請月が令和8年6月の場合 → <u>令和7年7月～令和8年6月</u> が対象 ・対象期間の中で受診月の負担上限月額管理票等を提出してください。 （2ページ【5負担上限月額管理票等の対象期間】参照）
↓	<input type="checkbox"/>	特定医療費（指定難病）受給者証【水色】	・郵送申請時は コピー を同封してください。
④ 窓口または郵送で申請	<input type="checkbox"/>	その他該当する場合のみ必要な書類	・詳細は 2ページ【3該当する場合のみ提出が必要な書類】 を御確認ください。 ・申請窓口または郵送先は、 4ページ を御参照ください。

3 該当する場合のみ提出が必要な書類

	提出が必要な場合	提出書類
□	<ul style="list-style-type: none"> ・同一健康保険内の <u>全ての方の市民税課税額が0円</u> (被用者保険の場合は被保険者と患者本人) かつ <u>患者本人(患者本人が18歳未満の場 合は保護者全て)の公的年金収入と 合計所得金額の合計が 82万6,500円以下</u> である場合 ※別紙申請書記載例(裏) 8 参照	<ul style="list-style-type: none"> ・令和7年1月から令和7年12月までの 障害年金や特別児童扶養手当等の支給額が 確認できる書類 例① 日本年金機構から郵送された「年金額改定通知書」と「年金振込通知書」のコピー (令和6年6月頃及び令和7年6月頃に 郵送されたものの 両方が必要です 。6月以外 の時期に郵送される場合もあります。) 例② 振込みを受けている 通帳等(表紙と該当期間の 部分)のコピー (年金以外の部分は黒塗可)

※上記以外の書類の提出をお願いすることがあります。

4 健康保険種別の提出範囲

保険者名(称)	患者本人の健康保険種別	提出が必要な 健康保険の資格情報が 確認できる資料のコピー
<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇市、〇〇町 等 ・〇〇国民健康保険組合 	国民健康保険 国民健康保険組合	患者と同じ健康保険に加入している方 全員分
<ul style="list-style-type: none"> ・〇〇後期高齢者医療広域 連合 	後期高齢者医療	
<ul style="list-style-type: none"> ・全国健康保険協会〇〇支部 ・〇〇健康保険組合 ・〇〇共済組合 など 	被用者 保険 被保険者(本人)の場合 被扶養者(家族)の場合	患者 本人分 のみ

※同一健康保険に加入している方のうち、「指定難病」または「小児慢性特定疾病医療」の受給者がいる場合、その方の「健康保険の資格情報が確認できる資料のコピー」および「受給者証のコピー」(他自治体発行の場合)の提出が必要となります。

5 負担上限月額管理票等の対象期間

申請月	対象期間(12ヵ月間)
5月	令和7年(2025年)6月 ～ 令和8年(2026年)5月
6月	令和7年(2025年)7月 ～ 令和8年(2026年)6月
7月	令和7年(2025年)8月 ～ 令和8年(2026年)7月
8月	令和7年(2025年)9月 ～ 令和8年(2026年)8月
9月	令和7年(2025年)10月 ～ 令和8年(2026年)9月

※郵送の場合、申請書の受理日が申請月となります。

6 自己負担上限月額

令和8年度市町村民税の課税状況を基準として階層区分を判定いたします。

階層区分	階層区分の基準		一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者	
生活保護	—		0円	0円	0円	
低所得Ⅰ	市町村民税 非課税(世帯)	本人年収	～82万6,500円	2,500円	2,500円	
低所得Ⅱ			82万6,500円超	5,000円	5,000円	
一般所得Ⅰ	市町村民税 課税(世帯)	所得割額	7万1千円未満	10,000円	1,000円	
一般所得Ⅱ			7万1千円以上 25万1千円未満	20,000円		10,000円
上位所得			25万1千円以上	30,000円		20,000円
入院時の食費			全額自己負担 (※生活保護は自己負担なし)			

※市町村民税が均等割のみ課税されている場合も市町村民税課税となります。

※低所得Ⅰと判定されるのは、市町村民税額(所得割及び均等割)が0円かつ患者本人の収入が82万6,500円以下の場合であり、収入を確認する書類を提出する必要があります。⇒2ページ3参照

※令和7年中(2025年中)に収入がない方、老齢年金を受給していない方等は、税務担当課で**市町村民税の申告**等をお願いします。市町村民税課税状況の確認範囲の内、**課税状況を確認できない人がいた場合、負担上限月額は上位所得(3万円)となります。**(「平成22年4月2日以降に生まれた方」は除く。)

7 軽症高額該当、高額かつ長期の申請について

	内容	基準	必要書類
軽症高額該当	「重症度分類」を満たしていても、「軽症高額該当の基準」を満たしていれば、 <u>引き続き医療費助成を受けることができます。</u>	申請した月以前の <u>12か月間</u> に指定難病に係る医療費総額(10割)が <u>33,330円を超える月</u> が、 <u>3か月以上</u> ある場合	下記①～③のいずれか ①負担上限月額管理票(緑色) ②特定医療費(指定難病)医療費証明書(第2号様式) ③領収書
高額かつ長期	「高額かつ長期の基準」を満たしていれば、 <u>毎月の医療費の負担を軽減することができます。</u>	申請した月以前の <u>12か月間</u> に指定難病に係る医療費総額(10割)が <u>50,000円を超える月</u> が、 <u>6か月以上</u> ある場合	下記①～③のいずれか ①負担上限月額管理票(緑色) ②特定医療費(指定難病)医療費証明書(第2号様式) ③領収書 ※「難病」と表記があるものに限る

8 注意事項

- 全ての更新申請書類が揃っていないと申請を受理できません。
- 提出書類の確認には、状況に応じて時間がかかる場合があります。時間に余裕を持って健康づくりセンターの窓口へお越しください。
- 9月30日までは更新申請は可能ですが、それ以降は「新規申請」となります。
- 審査の結果、認定基準を満たさないとして、認定されない場合があります。
- 新しい受給者証の交付は9月18日頃から順次行う予定です。

9 申請窓口（開庁時間 月曜～金曜 8:30～17:15 土日祝を除く）

提出場所		所在地
中央 健康づくりセンター	中央区役所 2階	中央区元城町103-2
	東行政センター2階	中央区流通元町20-3
	西行政センター2階	中央区雄踏一丁目31-1
	南行政センター2階	中央区江之島町600-1
浜名 健康づくりセンター	浜名区役所 1階	浜名区貴布祢3000
	細江健康センター	浜名区細江町気賀305 ※現在工事中により、仮設の建物での受付のため、待機スペースが限られております。御迷惑をお掛けしますが、御理解の程よろしくお願ひいたします。
天竜 健康づくりセンター	天竜保健福祉センター	天竜区二俣町二俣530-18 ※天竜区春野町、佐久間町、水窪町にお住まいの方は、春野支所（保健指導室）、佐久間保健センター、水窪保健福祉センターでも受付可能です。お手数ですが、 御来所の際は事前連絡をお願いいたします。 【春野支所（保健指導室）】 TEL:053-983-0006 【佐久間保健センター】 TEL:053-966-0005 【水窪保健福祉センター】 TEL:053-982-0004

10 郵送時の確認事項

郵送で申請をされる場合は、下記の事項を御確認ください。

<input type="checkbox"/>	申請書の記入事項は全て記入した。（裏面まで）*別紙「申請書記載例」参照
<input type="checkbox"/>	申請書には日中に連絡のとれる電話番号を記入した。
<input type="checkbox"/>	受給者証は <u>コピー</u> である。 ※健康保険の変更、高額かつ長期へ切替の申請をする場合は、原本を同封してください。
<input type="checkbox"/>	負担上限月額管理票は <u>コピー</u> である。
<input type="checkbox"/>	1ページに記載のある 2. 提出書類・持ち物 は全て同封した。

※郵送の場合、申請書等の受理日が受付日となります。

11 問合せ・郵送先

浜松市健康増進課 難病支援グループ TEL:053-453-6116

点線枠で切り取り、封筒に貼って御利用ください。
※必ず切手を貼ってください。
 切手の額面に御注意ください。
50g 迄 110円（定形郵便物）、100g 迄 180円になります。
簡易書留は 350円追加になります。
 ※簡易書留など確実に送達される方法をお勧めします。

432-8550
 浜松市中央区鴨江二丁目 11-2
 浜松市健康増進課
 特定医療費更新申請担当 行