

2022年10月1日から 指定難病の医療受給者証の 指定医療機関の追加・削除申請は不要です

浜松市が発行する特定医療費（指定難病）受給者証の注意事項に、各都道府県または政令指定都市の指定する医療機関（難病法に基づき指定された医療機関）であれば、医療費助成の対象となる旨を追記しました。

そのため、指定医療機関であれば、新たに利用する指定医療機関（※1）として事前の申請をしなくても、助成対象として受診できるようになります。

（※1）医療機関が「難病法に基づく指定医療機関の指定」を受けているかどうかは、各都道府県・指定都市のHPにおいてご確認ください。

注 意 事 項

- 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限度とする自己負担上限額まで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。
- 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生する傷病に関する医療に限られています。
- 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。
- 氏名、居住地、加入している医療保険に変更があったときは、浜松市長にその旨を届け出て下さい。
- 治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに浜松市長に返還して下さい。
- この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、浜松市長に再交付の申請を行って下さい。
- この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行って下さい。
- 各都道府県または政令指定都市の指定する医療機関（難病法に基づき指定された指定医療機関）であれば、医療費助成の対象となります。**

指定医療機関に対するお願い

- この証は、指定医療機関の医療費負担上限月額管理票を必ず確認してください。また、標記の疾病に関する治療の自己負担額等を、支払いの都度、自己負担額管理票に証明してください。
- 指定難病の対象療養に係る医療費の自己負担上限額については、入院療養に限り多額療養費が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認の上で診療をお願いします。

備 考

ここに記載してあります

特定医療費（指定難病）受給者証				
公費負担者番号				
特定医療費受給者番号				
受 診 者	フリガナ	生年月日		
	氏名	平成12年1月1日		
	居住地	〇〇市〇〇区〇〇町		
	保険者			
	被保険者証の記号及び番号	適用区分		
	疾 病 名	球脊髄性筋萎縮症		
保 護 者 (受診者が18歳未満の場合記入)	居住地			
	フリガナ 氏名		受診者からみた 続 続	
負 担	自己負担上限額	月 額	0 円	
		入院時食費	全額自己負担	
	人工呼吸器等装置	非該当	高額かつ長期	非該当
	軽症高額該当	非該当	医療費按分	無
	有 効 期 間			
上記のとおり認定する。				
浜 松 市 長				

※ 裏面を御確認ください。