



健疾発0314第2号
平成23年3月14日

各 都道府県衛生主管部(局)長 殿

厚生労働省健康局疾病対策課長



特定疾患治療研究事業の実務上の取扱いについて

標記については、平成13年3月29日健疾発第22号「特定疾患治療研究事業の実務上の取扱いについて」の別紙「特定疾患治療研究事業の実務上の取扱い」により行われているところであるが、今般、その一部を別紙新旧対照表のとおり改正し、平成23年10月1日から適用することとしたので御了知の上、円滑に運用されるようお願いする。

別紙

特定疾患治療研究事業の実務上の取扱いについて 新旧対照表 (案)

新	旧
<p>別紙</p> <p>最終一部改正 平成23年3月 平成13年3月29日健康発 22号 第 号</p> <p>特定疾患治療研究事業の実務上の取り扱い</p> <p>1～9 (略)</p>	<p>別紙</p> <p>最終一部改正 平成21年12月28日健康1228発第1号 平成13年3月29日健康発 22号</p> <p>特定疾患治療研究事業の実務上の取り扱い</p> <p>1～9 (略)</p>

特定疾患治療研究事業の実務上の取扱いについて 新旧対照表

新

旧

(別紙様式例1~4)(略)

(別紙様式例5)

(表面)(略)

(別紙様式例1~4)(略)

(別紙様式例5)

(表面)

<div style="text-align: center;"> <table border="1"> <tr> <td colspan="10">特定疾患医療受給者証</td> </tr> <tr> <td colspan="10">一帯自己負担 有・無</td> </tr> </table> </div>										特定疾患医療受給者証										一帯自己負担 有・無									
特定疾患医療受給者証																													
一帯自己負担 有・無																													
公費負担番号																													
公費負担医療受給者番号																													
居住地																													
氏名																													
生年月日	明昭	年	月	日生	男・女																								
病名																													
保険者(種)																													
医療機関(種)																													
適用区分																													
受療所在地																													
療養名称																													
診療科目																													
所在地																													
名称																													
診療科目																													
有効期間	平成	年	月	日																									
月額自己負担限度額	平成	年	月	日																									
	外	来			円																								
	入	院			円																								
都道府県知事名及び印																													
交付年月日	平成	年	月	日																									

(備考) 日本工業規格JIS 7番 (91×128)

※ 後掲医師若医級広域連合を含む
 ※※ 後掲医師若医級御医においては被保険者番号

(表面) 一部自己負担を生じないもの

特定疾患治療研究事業

(目的)

厚生労働科学研究難病性疾患克服研究事業（臨床調査研究分册）の対称疾患のうち、診断基準が一定確立し、かつ、難治度及び重症度が高く、さらに、患者数が比較的少ない疾患について公費負担により受療を促進することによって、その原因を究明し、もって治療方法の開発等に資することを目的としています。

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保険診療を受けた場合、その自己負担を支払う必要はありません。
- 2 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患及び当該疾患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。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは、〇〇日以内に、〇〇〇知事にその旨を届け出て下さい。
また、都道府県外へ転出する場において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出して下さい。
- 5 治療、死亡等で受給者の資格がなくなつたときは、この証を速やかに〇〇〇知事に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、〇〇〇知事にその旨を届け出て下さい。
- 7 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、必ず有効期限内に所定の手続きを行って下さい。
- 8 その他特定疾患の医療の受給に関する問い合わせは、下記に連絡して下さい。

連絡先

〇〇〇都道府県〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)
又は〇〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

契約医療機関に対するお願い

特定疾患治療研究事業の対象疾患に係る高額療養費の自己負担限度額については、入院療養に限り多数回適用となる場合があります。契約医療機関におきましては、当該事業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申請について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

(裏面) 一部自己負担を生じないもの

特定疾患治療研究事業

(目的)

厚生労働科学研究難病性疾患克服研究事業（臨床調査研究分册）の対称疾患のうち、診断基準が一定確立し、かつ、難治度及び重症度が高く、さらに、患者数が比較的少ない疾患について公費負担により受療を促進することによって、その原因を究明し、もって治療方法の開発等に資することを目的としています。

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保険診療を受けた場合、その自己負担を支払う必要はありません。
- 2 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患及び当該疾患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。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口へ提出して下さい。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは、〇〇日以内に、〇〇〇知事にその旨を届け出て下さい。
また、都道府県外へ転出する場において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出して下さい。
- 5 治療、死亡等で受給者の資格がなくなつたときは、この証を速やかに〇〇〇知事に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、〇〇〇知事にその旨を届け出て下さい。
- 7 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、必ず有効期限内に所定の手続きを行って下さい。
- 8 その他特定疾患の医療の受給に関する問い合わせは、下記に連絡して下さい。

連絡先

〇〇〇都道府県〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)
又は〇〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

(裏面) 一部自己負担を生じるもの

特定感染症治療研究事業

(目的)

厚生労働科学研究事業(臨床調査研究分野)の特定感染症のうち、診断基準が一応確立し、かつ、難治度及び重症度が高く、さらに、患者数が比較的少ない疾患について公費負担により受療を促進することによって、その原因を究明し、もって治療方法の開発等に資することを目的としています。

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保険診療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を医療機関に申し出て支払うこととなります。ただし、院外処方による薬局での保険調剤、訪問看護及び介護予防訪問看護については、一部負担はありません。
- 2 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患及び当該疾患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。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に出して下さい。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは、〇〇日以内に、〇〇〇〇知事事その旨を届け出て下さい。
- また、都道府県外へ転出する場において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出して下さい。
- 5 治療、死亡等で受給者の資格がなくなるときは、この証を速やかに〇〇〇〇知事に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、〇〇〇〇知事にその旨を届け出て下さい。
- 7 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、必ず有効期限内に所定の手続きを行って下さい。

連絡先
 〇〇〇都道府県〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)
 又は〇〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

契約医療機関に対するお願い

特定感染症治療研究事業の特定感染症に係る診療報酬の自己負担限度額については、入院診療に限り多額回診が適用となる場合があります。契約医療機関におきましては、当該事業における入院診療について、個人取扱い、医療機関取扱いで多数回診等の適用の有無について確認の上で診療報酬の請求をお願いします。

(裏面) 一部自己負担を生じるもの

特定感染症治療研究事業

(目的)

厚生労働科学研究事業(臨床調査研究分野)の特定感染症のうち、診断基準が一応確立し、かつ、難治度及び重症度が高く、さらに、患者数が比較的少ない疾患について公費負担により受療を促進することによって、その原因を究明し、もって治療方法の開発等に資することを目的としています。

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保険診療を受けた場合、この証の表面に記載された金額を限度とする患者一部負担額を医療機関に申し出て支払うこととなります。ただし、院外処方による薬局での保険調剤、訪問看護及び介護予防訪問看護については、一部負担はありません。
- 2 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患及び当該疾患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。
- 3 保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証、組合員証に添えて、この証を必ず窓口に出して下さい。
- 4 氏名、居住地、加入している医療保険又は医療機関に変更があったときは、〇〇日以内に、〇〇〇〇知事事その旨を届け出て下さい。
- また、都道府県外へ転出する場において、転出後も本証の交付を受けたい場合は、転出日の属する月の翌月の末日までに本証の写しを転出先の都道府県知事に提出して下さい。
- 5 治療、死亡等で受給者の資格がなくなるときは、この証を速やかに〇〇〇〇知事に返還して下さい。
- 6 この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、〇〇〇〇知事にその旨を届け出て下さい。
- 7 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、必ず有効期限内に所定の手続きを行って下さい。

連絡先
 〇〇〇都道府県〇〇部〇〇課〇〇係 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)
 又は〇〇〇保健所 (TEL 〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇)

特定感染症療養研究事業の業務上の取扱いについて 新旧対照表

新

旧

(別添様式例6) (略)
(別添1)～(別添2) (略)

(別添様式例6) (略)
(別添1)～(別添2) (略)