

(公印省略)

16 健 第 9 5 5 号
平成16年6月24日

各郡市医師会会長

殿



福岡県保健福祉部健康対策課長

平成16年度特定疾患医療受給者の継続手続きについて（依頼）

本県の保健行政につきましては、日頃から御協力いただき感謝申し上げます。

標記のことについて、平成16年7月1日から各保健所・各保健センターにおいて受付を行うこととしています。

つきましては、臨床調査個人票の作成につきまして、医師にお手数をおかけすることになりますが、継続手続きの円滑な実施に御協力いただきますよう、貴会員に対し周知いただきますようよろしくお願いいたします。

問い合わせ先：

福岡県保健福祉部健康対策課
疾病対策係

TEL：092-643-3267

FAX：092-643-3271

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽

受 給 者 各 位

福岡県保健福祉部健康対策課長
(疾病対策係)

特定疾患医療受給者証の継続手続きについて
(現在、一般患者用受給者証をお持ちの方へ)

現在あなたに交付している標記受給者証の有効期間は、平成16年9月30日までとなっており、10月1日からの受給者証の交付を受けるためには、継続の手続きが必要です。

下記の点に御留意の上、お早めに必要な書類を提出してください。

治癒等により継続の必要がない場合は、受給者証を添えて、返納届を提出していただきますよう併せてお願いします。

また、特定疾患のために身体障害者手帳 1. 2 級相当の症状が 6 か月以上続くと見込まれる場合には、重症認定（自己負担なし）の申請をすることができますので、お早めに受付窓口（案内文別紙）まで御相談下さい。

なお、既に返納の手続を完了されているのかかわらず、このお知らせが届きました場合はご容赦下さいますようお願いいたします。（その場合、このお知らせは破棄していただきますよう、お願いいたします。）

記

1 継続手続きの内容

- (1) 継続手続きに必要な書類を各受付窓口提出してください。
- (2) 審査の結果は、平成 1 6 年 9 月中旬以降にお知らせします。継続が適当と認められた方に、平成 1 7 年 9 月 3 0 日まで有効の受給者証を送付します。(申請が遅くなりますと、その分審査も遅くなりますので、早めに申請してください。)
- (3) なお、審査のために追加書類の提出をお願いすることもあります。御了承下さい。

2 継続手続の受付窓口及び受付期間は案内文別紙を参照してください。

3 提出書類

- (1) 特定疾患医療受給者証
- (2) 医療保険証（原本）とそのコピー
- (3) 印鑑（認印でよい）
- (4) 世帯全員の住民票（続柄有、3ヶ月以内に取得したもの）
- (5) 生計中心者の所得税額に関する書類
- (6) 世帯調書（同封しています。）
- (7) 特定疾患医療受給者証継続申請書（同封しています。）
- (8) 臨床調査個人票（医師の意見書含む）（同封しています。）
- (9) 住所、氏名又は医療保険に変更のある人は変更届（同封しています。）

※太字の書類は役所、勤務先、病院等で取得又は記入してもらう必要があるもの

裏面に続きます



4 提出書類注意事項

- (1) 「福岡県特定疾患医療受給者証継続申請書」について
受給者番号については、特定疾患医療受給者証の「公費負担医療の受給者番号」を記入して下さい。(公費負担者番号 5 1 4 0 6 0 2 3 を記入しないこと。)
- (2) 臨床調査個人票が2種類入っている場合
臨床調査個人票については、認定を受けている疾患の様式をお送りしておりますが、一部の疾患については2種類同封しています。
主治医に御相談の上、該当する疾患の臨床調査個人票のみの提出をお願いいたします。
- (3) 生計中心者の所得税額に関する書類について
所得税額に関する書類については、生計中心者の方の分のみ提出してください。生計中心者の指定については審査を行ない、不足が生じた場合は、書類を追加で提出していただくこともありますのでご了承下さい。
なお、所得税額を確認できる書類の提出がない場合は、自己負担額はその最高限度額になりますので御注意下さい。

5 「生計中心者」とは

患者の生計を主として維持する方のことです。
医療保険の加入の状態、受給者の生活費の負担の状況等により判断し、申告してください。

生計中心者早見表1 国民健康保険以外(社会、共済保険等)に加入の場合

受給者の加入の状態	生計中心者
被保険者	本人
被保険者家族(扶養者)	家族(被保険者)

- ※
例1 子である受給者が就労しており、医療保険上被保険者「本人」である場合は、その世帯に子の収入を大きく上回る家族等がいても、受給者を生計中心者とする。
例2 受給者が、修学のため世帯を別にしている子である場合や、別居し遠隔地扶養されている老夫婦などである場合は、受給者を扶養している方を生計中心者とする。
例3 夫婦共に収入があるが、受給者が医療保険上配偶者の扶養になっている場合は、その配偶者を生計中心者とする。(配偶者が単身赴任等で別居している場合を含む)

生計中心者早見表2 国民健康保険に加入の場合

受給者の状態	生計中心者
基礎年金のみ受給	受給者が申告する者
基礎年金以外の年金も受給	本人
それ以外	受給者が申告する者

- ※
例1 受給者が年金受給者であり、平均的な厚生年金等を受給している場合は、受給者を生計中心者とする。基礎年金のみ受給し、子等の扶養に入っている場合は、受給者を扶養している家族等を生計中心者とする。
例2 自営業者等、国民保険加入者の場合、家族それぞれの収入や税法上の扶養関係により判断する。

6 生計中心者の所得を確認する書類について

所得を確認する書類は、前年の所得税額を確認できる書類で、次頁のとおりとなります。
なお、所得税額については、住宅ローン等の控除後の額です。

1 生計中心者の所得を確認する書類

(1) 住民税(市県民税)非課税の方

所得を確認する書類	発行元
住民税非課税証明書	市区町村

注意事項

住民税(市県民税)が非課税の場合は、所得税に関する書類は必要ありません。

(2) 所得税非課税の方(住民税は課税)

所得を確認する書類	発行元
住民税課税証明書	市区町村
所得税の証明	別記のとおり

注意事項

所得税の課税額が0円の場合は、住民税(市県民税)課税証明書も必要です。

「市町村民税・道府県民税特別徴収税額通知書(納税義務者用)」等住民税の納税通知でもよい。

(3) 所得税が課されている方

所得を確認する書類	発行元
所得税の証明	別記のとおり

(4) 所得税の証明は次により証明書を提出してください。

別 記

	所得を確認する書類	発行元
給与所得者	源泉徴収票 (年末調整済)	・勤務先
年金受給者 (厚生年金) (国民年金) (共済年金) (その他)	源泉徴収票	・社会保険事務所 ・各健保組合 ・共済組合等
自営業者並びに 給与所得者及び 年金受給者 (遺族、障害 基礎年金) で確定申告をさ れている方	納税証明書その1 (付記証明付き) ※ 確定申告書の写し (税務署受付印のあ るもの)で代用でき ます。	・税務署

※ 所得税の年税額が 140,001 円以上の方は、所得税額を確認する書類を省略することができます。(保健所で同意書を記入の上、提出してください。)

(5) 提出書類の対象年

所得税	住民税(市県民税)
前年分(15年)	当該年度分(16年度)

※ 15年の収入に対する税額を証明する書類

受 給 者 各 位

福岡県保健福祉部健康対策課長
(疾病対策係)

特定疾患医療受給者証の有効期間満了に伴う継続手続きについて
(現在、重症患者用受給者証をお持ちの方へ)

現在あなたに交付している標記受給者証の有効期間は、平成16年9月30日までとなっており、10月1日からの受給者証の交付を受けるためには、継続の手続きが必要です。

下記の点に御留意の上、お早めに必要な書類を提出してください。

治癒等により継続の必要がない場合は、受給者証を添えて、返納届を提出していただきますよう併せてお願いします。

なお、既に返納の手続を完了されているのかかわらず、このお知らせが届きました場合はご容赦下さいますようお願いいたします。(その場合、このお知らせは破棄していただきますよう、お願いいたします。)

記

1 継続手続きの内容

- (1) 継続手続きに必要な書類を各受付窓口へ提出してください。

※次ページ 3提出書類参照

- (2) 審査の結果は、平成16年9月中旬以降にお知らせします。継続が適当と認められた方に、平成17年9月30日まで有効の受給者証を送付します。(申請が遅くなりますと、その分審査も遅くなりますので、早めに申請してください。)

※なお、審査のために追加書類の提出をお願いすることもあります。御了承下さい。

2 継続手続受付窓口及び受付期間は案内文別紙を参照してください。

裏面に続きます



3 提出書類

特定疾患医療受給者証	
医療保険証（原本）とそのコピー	
印鑑（認印でよい）	
特定疾患医療受給者証継続申請書 （同封しています。）	
臨床調査個人票（同封しています。） （医師の意見書含む）	スモン患者の方は提出しなくてよい。
重症患者認定申請書 （同封しています。）	スモン患者の方、プリオン病患者の方は提出しなくてよい。
診断書（同封しています。）又は特定疾患を主な要因とする身体障害者手帳（1. 2級）の写	
世帯全員の住民票 （続柄有、3ヶ月以内）	住所、氏名又は医療保険に変更のある人のみ提出する。
変更届（同封しています。）	

※太字の書類は、役所、勤務先、病院等で取得又は記入してもらう必要があるもの。

重症申請ではなく、今回一般としての継続申請する方については、各受付窓口にご相談してください。

4 提出書類注意事項

（1）書類記載者

書類のうち、主治医に記載してもらうものは、臨床調査個人票（医師の意見書を含む）と診断書です。（スモン患者の方の臨床調査個人票とプリオン病患者の方の診断書は提出の必要はありません。）

その他の書類については、御本人又は御家族の方が記入してください。

（2）「福岡県特定疾患医療受給者証継続申請書」について

受給者番号については、特定疾患医療受給者証の「公費負担医療の受給者番号」を記入して下さい。（公費負担者番号 51406015を記入しないこと。）

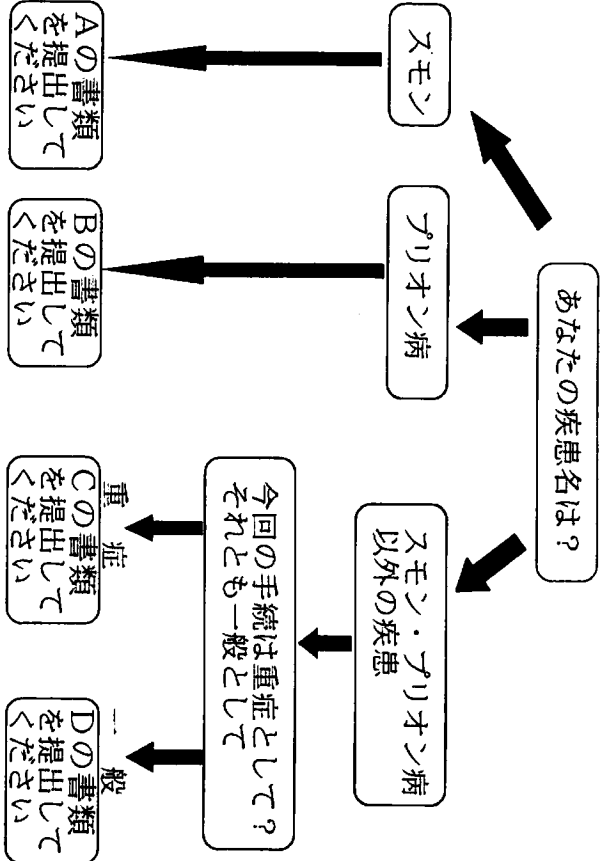
（3）臨床調査個人票が2種類入っている場合

臨床調査個人票については、認定を受けている疾患の様式をお送りしておりますが、一部の疾患については2種類同封しています。

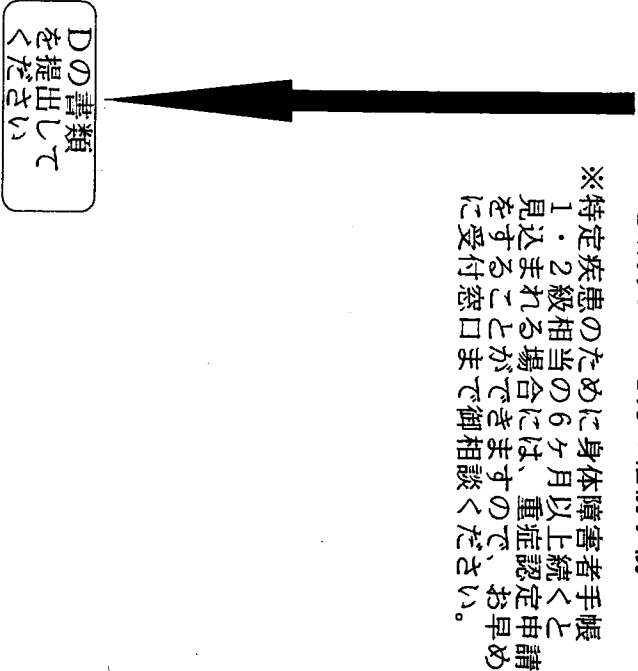
主治医に御相談の上、該当する疾患の臨床調査個人票のみの提出をお願いいたします。

提出書類早見表

○ 現在ピンク色の受給者証を所持している方の継続手続



○ 現在黄色の受給者証を所持している方の継続手続



○:必要 ×:不必要 △:氏名、住所等が変更の場合に必要

書 類 名	A	B	C	D
1 特定疾患医療受給者証	○	○	○	○
2 医療保険証(原本)とそのコピー	○	○	○	○
3 印鑑(認印でよい)	○	○	○	○
4 特定疾患医療受給者証継続申請書	○	○	○	○
5 世帯調書	×	×	×	○
6 生計中心者の所得を確認する書類	×	×	×	○
7 世帯全員の住民票の写し	×	×	×	○
8 臨床調査個人票(医師の意見書を含む※1)	×	○	○	○
9 重症患者認定申請書	×	×	○	×
10 重症患者認定用診断書	×	×	○	×
11 特定疾患を主な要因とする身体障害者手帳(1・2級)の写し ※2	×	×	又は○	×
12 変更届	△	△	△	△

- 1 上記の図の記号 (A～E) に該当する書類 (左の表) を提出してください。
- 2 生計中心者の所得を確認する書類の詳細については、同封の案内文をご覧ください。

※1 医師の意見書の提出は任意です。
※2 身体障害者手帳は持っている方のみ。

特定疾患医療受給者証継続申請書							
受給者	(フリガナ) 氏名	-----		明・大 昭・平	年 月 日生	性別	男・女
	住所	〒 - - - - - ☎ (- - - -)					
	保険種別 (該当するもの全てに○)	政・組・船・共・国・退・老・介				本人・家族	
継続を希望する受給者証 (複数の継続を希望する場合は全てについて記入してください)							
	受給者番号	前回重症認定	前 回 承 認 期 間			今回重症認定申請	
1		有 ・ 無	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	有 ・ 無
2		有 ・ 無	平成 平成	年 年	月 月	日から 日まで	有 ・ 無
生計 中心 者	受給者と同一人で 1. ある 2. ない (2の場合は下欄に記入してください。)						
	(フリガナ) 氏名				受給者との 続 柄		
	住所	〒 - - - - - ☎ (- - - -)					
上記のとおり特定疾患医療受給者証の継続交付を申請します。							
福岡県知事 殿 平成 年 月 日							
住所 〒 - - - - - ☎ (- - - -)							
申請者 氏 名 印							
(受給者との続柄)							
臨床調査個人票の研究利用についての同意書							
平成 年 月 日							
福岡県知事 殿							
住所							
氏 名 印							
私は、特定疾患医療受給者証の交付申請に当たり、提出した臨床調査個人票が特定疾患調査研究班及び関係都道府県に送致され、疾患研究の基礎資料として使用されることに同意します。							
注意						(保健所収受印)	
1 複数の疾患について継続手続をする場合は、対象となるものを併記することにより、この申請書を複数提出する必要はありません。							
2 申請時に医療保険証を提示し、臨床調査個人票(スモンを除く)、必要な場合は、世帯調書・住民票謄本及び生計中心者の所得に関する書類を添付してください。(詳しくは継続手続の御案内を参照してください。)							
3 現在、一般患者用特定疾患医療受給者証と所持しており、重症患者認定申請をする方は、別途になるべくお早めに手続をしてください。							
4 各種お知らせは「申請者」の欄に御記入されている方に送付等されます。不都合のある方や申請が本人以外の場合で、連絡先を本人にすることを御希望する場合等も、申請時に受付窓口までご相談ください。							

世 帯 調 書

①患者の属する世帯の構成について記載してください。（世帯全員の住民票に記載されている者について記載すること）

氏 名	続柄	生年月日 (年齢)	特 定 疾 患 受 給 者 番 号	職業（勤務先）	所 得 税 額 年	市 町 村 民 税 額 年
	患者 本人	()				有 ・ 無
生計中心者氏名※		()				有 ・ 無
		()				
		()				
		()				
		()				
		()				

※生計中心者が患者である場合は、「同上」と記載すること。「生計中心者」とは、患者の生計を主に支えている方です。
また、生計中心者と患者が世帯を別に行っている場合は、②に記載してください。

②世帯外扶養者（患者と世帯を別に行っている生計中心者）がいる場合、記載してください。

氏 名	続柄	生年月日 (年齢)	受 給 者 番 号	職業（勤務先）	所 得 税 額 年	市 町 村 民 税 額 年
		()				

③受給者の年金受給について（該当するものに○印をつけてください。）

1 年金受給あり（基礎年金のみ ・ その他の年金受給あり）	2 年金受給なし
-------------------------------	----------

自己負担額階層区分

注意事項

- 1 太枠の中のみ記載してください。
- 2 患者の属する世帯全員の住民票を添付してください。
- 3 生計中心者の所得税額に関する書類を添付してください。
（所得税額には住宅控除のような控除も含めます。）

（１）申請時による提出対象書類

6月30日までの申請	前々年の所得税額を確認する書類 ※所得税額が0円の場合、 <u>前年度</u> の住民税の課税証明書
7月1日以降の申請	前年の所得税額を確認する書類 ※所得税額が0円の場合、 <u>当該年度</u> の住民税の課税証明書
継続申請時	

（２）所得に関する書類一覧

区 分	必要な税額の証明書	発行先等
住民税非課税の方	住民税非課税証明書	市区町村の税務課
確定申告をしている方 （自営業、農業従事者等）	納税証明書（その1）付記証明付き または申告書の写し（税務署受付印のあるもの） ※1の場合、住民税の課税証明書	税務署 市区町村の税務課
確定申告をしていない方※2 （給与所得者、年金受給者等）	源泉徴収票（年末調整後のもの） ※1の場合、住民税の課税証明書	勤務先 市区町村の税務課

※1 所得税額（源泉徴収税額）が0円の方は、住民税の課税証明書が必ず必要です。

※2 自営業などでこれに該当する場合は、税務署が発行する「納税証明書（その1）」等を提出して下さい。

主治医の先生に渡し、記載していただく書類です。

主治医の先生へ

以下のことに御留意の上、記載して下さい。

臨床調査個人票の記載について

- (1) 「記載必須事項」「添付必須書類」について
臨床調査個人票に記載必須と表示している部分については、必ず御記載下さい。
また、「25 ウェゲナー肉芽腫症」については、病理組織検査施行の場合、検査報告の写しを、「37 網膜色素変性症」については、視野狭窄の検査結果の写しを必ず添付してください。
御記載や、書類の添付がない場合は申請の受付ができませんので御注意下さい。
- (2) 検査項目の記載について
原則6ヶ月以内の資料・検査にもとづいて記載することとなっております。
該当の資料がない場合は、直近の検査結果（施行年月日を明記）を御記載下さい。
- (3) 選択記載欄「あり・なし・不明（未検）など」について
必ずいずれかに○をつけてください。
※「あり」を選択した場合、内容を更に選択したり、記載したりする場合がありますのでそちらも御記載下さい。
- (4) 冒頭部、患者情報などの欄について
できる限り空欄がないよう、聞き取りをお願いいたします。
わからない場合は、「不明」と御記載下さい。
- (5) 医療機関名・主治医名・主治医印鑑・記載年月日のもれがないようにお願いします。
- (6) 医師の意見書について
提出は任意です。
臨床調査個人票の記入欄が不足する場合などに御利用下さい。

重症患者用の診断書の記載について

- (1) 該当か否かは、重症患者認定基準表（従来と変更無し）を参考にしてください。
- (2) 様式中の「疾患名」欄には、特定疾患治療研究事業対象疾患名どおりに御記載下さい。
- (3) 様式中「診断」欄の1) 2) は必ず「認める」「認めない」のいずれかに○をつけてください。
※継続申請につきましては、「診断欄」の1) 2) が両方とも「認める」とならない場合は、受付できませんので御注意下さい。

医師の意見書

患者氏名			
性別	男・女	生年月日	年 月 日
病名			
平成 年 月 日		医師の氏名	
		電 話	

重症患者認定申請書（継続申請用）

患 者 氏 名	受 給 者 番 号								
疾 患 名									
障 害 該 当 部 位	(説明) 障害対象の部位の右枠に○印を付けて下さい。								
	眼		聴器		肢体		神経系		呼吸器
	心臓		腎臓		肝臓		血液・造血器		その他
障 害 の 状 態 * 患者または申請者が記入して下さい。	(説明) 上記疾患による日常生活における障害状況を具体的に記載して下さい。なお、重症患者とは、概ね障害年金1級及び身障1・2級に相当する障害が、6ヶ月以上継続される状態を言います。 								
添付する証明書類	1 診断書 2 障害年金証書(1級)の写 3 身体障害者手帳(1級・2級)の写								
上記のとおり、重症患者の認定を申請します。 福 岡 県 知 事 殿 年 月 日 (申請者) 郵便番号 〒 - 住 所 氏 名 電話番号 () 統 柄 (患者の)									

- 1 申請者は、本人又は扶養親族とする。
- 2 複数の疾患にて特定疾患受給者証を保持している場合は、他疾患の受給者番号も記載してください。
- 3 新規重症申請をされる方は必ず主治医による診断書を添付してください。

(保健所収受印)

診 断 書

(フリガナ) 氏 名	-----	性 別	男 ・ 女	
		生 年 月 日	M ・ T ・ S ・ H 年 月 日 (才)	
住 所	〒 ----- Tel ()			
疾 患 名			現在の受診状況	通院 ・ 入院
障 害 該 当 部 位	(説明) 障害対象の部位の右枠に○印を付けて下さい。			
	眼	聴器	肢体	神経系
	心臓	腎臓	肝臓	血液・造血器
症 状 記 載 欄	呼吸器			
	その他			
重 症 申 請 理 由 *すでに一部自己負担の受給者証を保持している方のみご記入下さい。	(説明) 障害該当部位について、別紙「重症患者認定基準表」を参考にご記入下さい。 * A表、E表、G表、I表、K表及び眼・聴器に関するものは、測定値を記載して下さい。 肢体・神経系に関するものは、起立・歩行及び食事・着衣・排泄等の日常生活動作に常時介助を要する状態か等記載して下さい。(パーキンソン病は Yahr Stage 分類も記載して下さい。)			
診 断	(説明) 重症申請に至った病状の変化など詳しくご記入下さい。			
(説明) 1)、2)については該当するものに○印を付けて下さい。 1) 重症患者認定基準表の対象部位に身障1・2級相当の障害があること、または対象部位の検査値が疾患の参考表に該当することを(認める・認めない) 2) 上記症状が長期間(6ヶ月以上)継続するものであると(認める・認めない) 3) 上記症状と疾患との関連についてご記入下さい。				
上記のとおり診断します。 平成 年 月 日 医 療 機 関 名 (診療科) 医療機関所在地 担当医師氏名 印				

特定疾患医療受給者証・特定疾患登録者証（変更・返納）届

① 受給者 または 登録者	氏 名	生 年 月 日		明・大 昭・平 年 月 日		
	受給者番号 登録者番号	受給者証の 有効期間		平成 . . から . . まで		
事実発生年月日 届出理由の生じた日		平成 年 月 日				
② 変 更 届 ※該当に○をつけてください						
変 更 事 項		氏名 ・ 住所 ・ 加入保険 ・ 生計中心者の変更				
変 更 後 の 内 容 を 記 載	受給者・登録者	フリガナ 氏 名				
		住 所	〒 - (- -)			
	受給者の医療保険	保険種別	政 ・ 組 ・ 船 ・ 共 ・ 国 ・ 退（老 ・ 介）			
		被保険者名 氏 名			受給者との続柄 （受給者の立場から）	
		発機 関 名			記号 番号	
受給者の 生計中心者	フリガナ ①と同じ ・ その他（氏 名 ）					
③ 返 納 届 ※該当に○をつけてください						
返 納 理 由		治癒 ・ 死亡 ・ 県外転出 ・ 他法適用 ・ その他（ ）のため				
④ 上記のとおり（変更届・返納届）を提出します。						
福 岡 県 知 事 殿 平成 年 月 日						
住所 〒						
届出人 氏名 印						
(受給者との続柄)						

注意 1 届出の際は、①と④を必ず記入し、特定疾患医療受給者証を添付すること。
2 変更届提出の場合は②、返納届提出の場合は③を記入すること。
3 氏名又は住所の変更の場合は、住民票を添付すること。
4 加入医療保険変更の場合は新しい被保険者証を提示し、写しを提出すること。
5 生計中心者の変更の場合は、受給者の加入医療保険の写し、受給者の世帯全員の住民票、生計中心者の所得に関する書類、世帯調書を添付すること。
生計中心者の変更があった場合、自己負担限度額の変更は、届出日の属する月の翌月からになります。
6 転出後も特定疾患医療受給者証・特定疾患登録者証の交付を希望する場合は、転出日の属する月の翌月末までに、転出先の都道府県に、本県で交付した特定疾患医療受給者証・特定疾患登録者証の写しを添えて届け出てください。

(保健所収受印)