【新旧対照表】　島根県特定医療費支給認定実施要綱

新	旧
島根県特定医療費支給認定実施要綱 〔略〕 第１～第５　〔略〕 第６　支給認定の申請 支給認定の申請は、規則第１２条に定めるところによるが、その具体的な事務処理は次によることとする。 １　申請にあたっては、申請書に指定医（法第６条第１項に規定する指定医をいう。以下同じ。）の作成する診断書（同項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）、医療保険の資格情報が確認できる資料等並びに受診者の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、被保護者又は支援給付受給者であることの証明書、市町村民税世帯非課税世帯であって「低所得Ⅰ」に該当すると考えられる者については、指定難病の患者等に係る収入が確認できる資料）、国家公務員共済組合に加入する者は国家公務員共済組合が国家公務員共済組合法第60条の２第１項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って必要な地方税関係情報について取得することに同意する旨の書類（別紙様式第１０号の１）及び地方公務員共済組合に加入する者は地方公務員共済組合が地方公務員等共済組合法第 62 条の２第１項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って必要な地方税関係情報について取得することに同意する旨の書類（別紙様式第１０号の２）を添えて、受診者の居住地を管轄する保健所長を経由して知事に申請することとする。 なお、マイナンバー情報連携等を活用することにより確認できるものについては、添付を省略させることとする。 これらの資料に加え、軽症高額該当（法第７条第１項第２号に規定する基準に該当していることをいう。以下同じ。）に係る申請にあたっては、申請を行う月以前の１２月以内に医療費が３３，３３０円を超えている月が３月以上あることを証明する書類を、高	島根県特定医療費支給認定実施要綱 〔略〕 第１～第５　〔略〕 第６　支給認定の申請 支給認定の申請は、規則第１２条に定めるところによるが、その具体的な事務処理は次によることとする。 １　申請にあたっては、申請書に指定医（法第６条第１項に規定する指定医をいう。以下同じ。）の作成する診断書（同項に規定する診断書をいう。以下「臨床調査個人票」という。）、医療保険の資格情報が確認できる資料等並びに受診者の属する支給認定世帯の所得の状況等が確認できる資料（市町村民税の課税状況が確認できる資料、被保護者又は支援給付受給者であることの証明書、市町村民税世帯非課税世帯であって「低所得Ⅰ」に該当すると考えられる者については、指定難病の患者等に係る収入が確認できる資料）、医療保険上の所得区分に関する情報を受診者の加入する医療保険の保険者（後期高齢者医療広域連合を含む。）が知事に情報提供すること及び所得区分の認定を行うために必要な書類を、知事が受診者に代わって受診者の居住地の市町村に対し交付を求めることに同意する旨の書類（別紙様式第１０号）＿＿＿

額難病治療継続者の認定に係る申請にあたっては、申請を行う月以前の１２月以内に医療費が５万円を超えている月が６月以上あることを証明する資料（第７の１（２）に定める自己負担上限額管理票の写し等とする。）を、第５の１（４）に定める場合に該当する場合は、受診者が小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（児童福祉法第１９条の３第７項に規定する医療受給者証等の写し等とする。）又は受診者と同一の医療保険に属する者が支給認定を受けた指定難病の患者若しくは支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（法第７条第４項に規定する医療受給者証等の写し等とする。）を添えて、受診者の居住地を管轄する保健所長を経由して知事に申請することとする。	額難病治療継続者の認定に係る申請にあたっては、申請を行う月以前の１２月以内に医療費が５万円を超えている月が６月以上あることを証明する資料（第７の１（２）に定める自己負担上限額管理票の写し等とする。）を、第５の１（４）に定める場合に該当する場合は、受診者が小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（児童福祉法第１９条の３第７項に規定する医療受給者証等の写し等とする。）又は受診者と同一の医療保険に属する者が支給認定を受けた指定難病の患者若しくは支給認定に係る小児慢性特定疾病児童等であることを証明する資料（法第７条第４項に規定する医療受給者証等の写し等とする。）を添えて、受診者の居住地を管轄する保健所長を経由して知事に申請することとする。
２・３　〔略〕	２・３　〔略〕
第７～９	第７～９
第 10　その他	第 10　その他
１・２　〔略〕	１・２　〔略〕
３　標準処理期間 支給認定に係る標準処理期間は、90 日とする。	〔新設〕
11　〔略〕	11　〔略〕
附則　〔略〕	附則　〔略〕
附則 １　この要綱は、令和８年３月１日から施行する。	

別紙 島根県指定難病要支援者証明事業　〔略〕 １　登録者証の申請手続 ⑴　登録者証の交付の申請に当たっては、申請書（別紙様式第１－１号）に特定医療費支給認定申請に必要なものを添付、または申請書（別紙様式第１－３号）に指定難病にかかっていることを証する資料（臨床調査個人票、却下通知（指定難病にかかっている旨が確認できるものに限る。）、指定難病の医療受給者証等とする。）を添付の上、受診者の居住地を管轄する保健所長を経由して知事に申請する。 ⑵　〔略〕 ２～６　〔略〕	別紙 島根県指定難病要支援者証明事業　〔略〕 １　登録者証の申請手続 ⑴　登録者証の交付の申請に当たっては、申請書（別紙様式第１－１号）に特定医療費支給認定申請に必要なものを添付、または申請書（別紙様式第１－２号）に指定難病にかかっていることを証する資料（臨床調査個人票、却下通知（指定難病にかかっている旨が確認できるものに限る。）、指定難病の医療受給者証等とする。）を添付の上、受診者の居住地を管轄する保健所長を経由して知事に申請する。 ⑵　〔略〕 ２～６　〔略〕

別紙様式第１―１号（表面）

受給者番号（※）

（※）受給者証をお持ちの方のみ記入してください。

受付整理番号（保健所記入）

別紙様式第１―１号（表面）

この申請書は機械で読み取ることがありますので、できるだけ濃くはっきりとした字で記入していただきますようお願いいたします。

特定医療費（指定難病）支給認定/ 登録者証申請書（新規・転入・疾病追加・変更）

受診者	フリガナ / 氏名		年齢 / 歳	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
	住所	〒		日中連絡が取れる電話番号	（自宅又は携帯電話） － －
		1月1日時点の居住市区町村	現住所と同じ ・ 現住所と異なる ⇒（ ）		
	加入医療保険	保険種別（県記載欄）	□ 協会 □ 組合 □ 国保 □ 国組 □ 共済 □ 船員 □ 後期 □ 生保（□医療保険加入なし）		
		保険者名		記号・番号	
		保険者番号（県記載欄）			
		被保険者氏名		受診者との関係	

受給者証送付先が受診者と異なる場合又は受診者が18歳未満で保護者が申請される場合は、以下に記載してください。

送付先	フリガナ / 氏名		受診者との関係	日中連絡が取れる電話番号	（自宅又は携帯電話） － －
	住所	〒		県記載欄	□ 保護者による申請 □ 受給者証の送付先

今回申請する受診者と同じ世帯内（同じ医療保険に加入している者に限る）に、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者（受診者本人が小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている又は申請中の場合も含む）			□ あり □ なし □ 申請中
上記で「あり」又は「申請中」の場合 受給（申請）者の氏名・受給者番号（お持ちの方のみ）	氏名	受給者番号	
	氏名	受給者番号	
病名		疾病番号（県記載欄）	
自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	□ 軽症者特例 □ 高額かつ長期特例 □ 人工呼吸器等装着		

私は、下記の事項に同意し、特定医療費の支給を申請します。

島根県が居住地等を確認するため、必要があるときは住民基本台帳ネットワークシステムを利用して世帯の情報を検索すること。（住所秘匿等特別な事情がある場合を除く）

島根県が課税状況に関する情報について、居住地の市町村に報告を求めること。また、被用者保険に加入し、低所得区分である場合、加入する医療保険者に島根県が報告を行うこと。

臨床調査個人票の研究利用については、裏面記載のとおりであること。

医療的ケアの情報の取り扱いについては、裏面記載のとおりであること。

保健所受付印

申請者氏名 （※1）

年 月 日 島根県知事 様 厚生労働大臣 様

県記載欄	階層区分	
	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ 生活保護 ・ 境界層	
	課税対象とならない収入（障害年金・遺族年金等）の有無	あり ・ なし

（※1）申請者は、受診者本人またはその保護者です。（受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります）

裏面あり

別紙様式第１―１号（表面）

受給者番号（※）

（※）受給者証をお持ちの方のみ記入してください。

受付整理番号（保健所記入）

別紙様式第１―１号（表面）

この申請書は機械で読み取ることがありますので、できるだけ濃くはっきりとした字で記入していただきますようお願いいたします。

特定医療費（指定難病）支給認定/ 登録者証申請書（新規・転入・疾病追加・更新・変更）

受診者	フリガナ / 氏名		年齢 / 歳	生年月日	大・昭 平・令 年 月 日
	住所	〒		日中連絡が取れる電話番号	（自宅又は携帯電話） － －
		1月1日時点の居住市区町村	現住所と同じ ・ 現住所と異なる ⇒（ ）		
	加入医療保険	保険種別（県記載欄）	□ 協会 □ 組合 □ 国保 □ 国組 □ 共済 □ 船員 □ 後期 □ 生保（□医療保険加入なし）		
		保険者名		記号・番号	
		保険者番号（県記載欄）			
		被保険者氏名		受診者との関係	

受給者証送付先が受診者と異なる場合又は受診者が18歳未満で保護者が申請される場合は、以下に記載してください。

送付先	フリガナ / 氏名		受診者との関係	日中連絡が取れる電話番号	（自宅又は携帯電話） － －
	住所	〒		県記載欄	□ 保護者による申請 □ 受給者証の送付先

今回申請する受診者と同じ世帯内（同じ医療保険に加入している者に限る）に、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者（受診者本人が小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている又は申請中の場合も含む）			□ あり □ なし □ 申請中
上記で「あり」又は「申請中」の場合 受給（申請）者の氏名・受給者番号（お持ちの方のみ）	氏名	受給者番号	
	氏名	受給者番号	
病名		疾病番号（県記載欄）	
自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	□ 軽症者特例 □ 高額かつ長期特例 □ 人工呼吸器等装着		

私は、下記に同意し、特定医療費の支給を申請します。

・ 居住地等を確認するため、必要があるときは、島根県が住民基本台帳ネットワークシステムを利用して世帯の情報を検索すること。（住所秘匿等特別な事情がある場合を除く）
・申請内容が個人情報保護のもとに、保健所が行う療養支援、市町村が作成する災害対策基本法に規定する避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の基礎資料として使用されること。
・ 臨床調査個人票の研究利用については、裏面記載のとおりであること。

保健所受付印

申請者氏名 （※1）

年 月 日 島根県知事 様 厚生労働大臣 様

県記載欄	階層区分	
	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ 生活保護 ・ 境界層	
	課税対象とならない収入（障害年金・遺族年金等）の有無	あり ・ なし

（※1）申請者は、受診者本人またはその保護者です。（受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります）

裏面あり

別紙様式第１―１号（裏面）

別紙様式第１―１号（裏面）

受付整理番号（保健所記入）

１．登録者証の申請および臨床調査個人票の研究等への利用について

登録者証については、台帳へ登録の上、申請が承認の場合は受給者証兼登録者証、申請が軽症にて不承認の場合は登録者証単独のものを発行します。 登録・発行を希望されない場合は下記 □へチェックをお願いします。 **登録者証を　□ 希望しない**	別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、① 厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることについての同意は次のとおりです。 ※2 **□ 同意する　□ 同意しない**

２．現在の生活状況について　（該当する項目にすべてに○をつけてください。）

1）社会活動

① 在宅療養※1　**② 就労**　**③ 就学**　**④ 長期入院**　**⑤ 施設入所**

2）医療的ケア（在宅で医療機器を使用したり、人工透析を受けておられる方）

① なし　② 人工呼吸器　③ 酸素療法　④ 喀痰吸引　⑤ 人工透析　⑥ その他（　　）

医療的ケアがある方の情報については、個人情報保護のもと、災害対策基本法に規定されている避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の基礎資料として市町村へ情報提供することについての同意は右のとおりです。

□ 同意する
□ 同意しない　※2

※1　一時的な入院は在宅療養へ含みます

※2　1及び2において〔□同意する　□同意しない〕のどちらにも☑が無い場合は同意があるものとみなします。

３．支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する被保険者）

□ あり → 以下へご記入ください　　□ なし

（※）受診者が被用者保険（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等）・・・被保険者を記入してください

受診者が後期高齢者医療制度、国民健康保険（市町村国保、国民健康保険組合）・・・受診者と同じ医療保険に加入している者全員（住民票が別の方を含む）

フリガナ 氏　名	続　柄	生年月日		現　住　所 （受診者と同じ場合は☑）		1月1日時点の居住市区町村（現住所と同じ場合は☑）	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	

（県記載欄）認定開始日が適当と考えられる年月日（更新申請の場合は記入不要）

特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 年　月　日	左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 下記 □へチェックの上、理由を記載。 □臨床調査個人票の受領に時間を要したため □症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため □大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため □その他 理由

別紙様式第１―１号（裏面）

受付整理番号（保健所記入）

１．登録者証の申請および臨床調査個人票の研究等への利用について

登録者証については、台帳へ登録の上、申請が承認の場合は受給者証兼登録者証、申請が軽症にて不承認の場合は登録者証単独のものを発行します。 登録・発行を希望されない場合は下記 □へチェックをお願いします。 **登録者証を　□ 希望しない**	別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、① 厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることについての同意は次のとおりです。 **□ 同意する　□ 同意しない** （※2）

※2〔□　同意する　□　同意しない〕のどちらにも☑が無い場合は同意があるものとみなします。

２．現在の生活状況について　（該当する項目にすべてに○をつけてください。）

1）社会活動

1. 在宅療養※　**2. 就労**　**3. 就学**　**4. 長期入院**　**5. 施設入所**

2）医療処置

1. なし　2. 人工呼吸器　3. 酸素療法　4. 喀痰吸引　5. 人工透析　6. その他（　　）

※　一時的な入院は在宅療養へ含みます

３．支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する被保険者）

□ あり → 以下へご記入ください　　□ なし

（※）受診者が被用者保険（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等）・・・被保険者を記入してください

受診者が後期高齢者医療制度、国民健康保険（市町村国保、国民健康保険組合）・・・受診者と同じ医療保険に加入している者全員（住民票が別の方を含む）

フリガナ 氏　名	続　柄	生年月日		現　住　所 （受診者と同じ場合は☑）		1月1日時点の居住市区町村（現住所と同じ場合は☑）	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	
		大・昭 平・令　年　月　日	□	〒		□	

（県記載欄）認定開始日が適当と考えられる年月日（更新申請の場合は記入不要）

特定医療費の支給を開始することが適当と考えられる年月日 年　月　日	左記の欄が申請日から1か月以上前の年月日となっている理由】 下記 □へチェックの上、理由を記載。 □臨床調査個人票の受領に時間を要したため □症状の悪化等により、申請書類の準備や提出に時間を要したため □大規模災害に被災したこと等により、申請書類の提出に時間を要したため □その他 理由

１．新規申請時の注意事項

新規申請にかかる受給者証の有効期間は、島根県が認定した日からとなります。

２．新規申請時の添付書類

「◆」については、原本を持参された場合は保健所で複写します。

【申請者全員が提出する書類】

① 別紙様式第１号（別紙）　下表の方の個人番号（マイナンバー）を通知カードなどから転記してください。
（個人番号カードなども提示してください。転記誤りがないことを確認します。）

② 医療保険の資格情報が確認できるもの（◆）下表の方について提示してください。
※資格確認書（写し）、資格情報のお知らせ(写し)、マイナポータル上の保険資格情報ページを印刷したもの

③ 臨床調査個人票（診断書）　医療機関で、難病指定医が記載したもの。

④ 支給認定基準世帯員全員の住民票　下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）

⑤ 市町村民税所得課税証明書等　下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）

※ ④⑤については、必要な方全員分の個人番号（マイナンバー）を提出することで、省略できる場合があります。

※ 医療保険が国家公務員共済組合（国家公務員が加入する共済組合で日本郵政共済組合も含む。）及び地方公務員共済組合（地方職員共済組合や公立学校共済組合などの地方公務員が加入する共済組合）に加入されている方で、非課税世帯の場合、後日同意書（別紙様式第10号の１又は第10号の２）を提出していただきます。

受診者が加入する医療保険の区分	住民票及び個人番号（マイナンバー）	市町村民税所得課税証明書 ※１	医療保険の資格情報が確認できるもの
国民健康保険	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険の加入者全員分　※２		
後期高齢者医療制度	受診者と同じ住民票上で、後期高齢者医療制度の加入者全員分		
国民健康保険組合	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険組合の加入者全員分　※２		
被用者保険	**※被用者保険･･･全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など**		
受診者が被保険者	被保険者（受診者）本人分		
受診者が被扶養者	受診者本人分及び被保険者分	被保険者分　※３	受診者本人分　※４
生活保護	受診者本人分	生活保護受給証明書（本人分）	受診者本人分（加入者のみ）※４

※１　４月～６月に申請する場合は、前年度の証明書を、７月～翌年３月に申請する場合は、最新の証明書を添付してください。（６月中に申請する場合は、新年度の証明書でも可）

※２　受診者と扶養関係にある別居家族がいる場合、当該家族分も必要

※３　被保険者が市町村民税非課税の場合には、被保険者分及び受診者本人分が必要

※４　医療保険の資格情報が確認できるものに被保険者の氏名が記載されていない場合は、被保険者分も必要

【世帯の状況に応じて必要となる書類】

⑦ 受診者及び支給認定基準世帯員全員が非課税で、かつ受診者本人の収入が８０９，０００円以下の方のうち、障害年金、遺族年金等非課税年金、特別児童扶養手当等の非課税収入がある場合は、額が分かる書類。（◆）

⑧ 世帯員に指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）がいる場合は、受給者証等。（◆）

⑨ 申請書表面で「軽症者特例」として申請される場合は、過去1年以内の指定難病の治療に係る領収書と明細書。（詳細は、最寄りの保健所までお問い合わせください。）

◎ 提出された書類に不明な点等がある場合は、確認のため改めてお問い合わせする場合や追加で書類の提出をお願いする場合があります。

◎ 詳細につきましては、受診者の住所地を所管する保健所までお問い合わせください。

保健所	担当課	受診者の住所地
島根県・松江市共同設置 松江保健所	医事・難病支援課	松江市・安来市
雲南保健所	医事・難病支援課	雲南市・仁多郡・飯石郡
出雲保健所	医事・難病支援課	出雲市
県央保健所	医事・難病支援課	大田市・邑智郡
浜田保健所	医事・難病支援課	浜田市・江津市
益田保健所	医事・難病支援課	益田市・鹿足郡
隠岐保健所	総務医事課	隠岐郡隠岐の島町
	島前保健環境課	隠岐郡海士町・西ノ島町・知夫村

１．新規申請時の注意事項

新規申請にかかる受給者証の有効期間は、島根県が認定した日からとなります。

２．新規申請時の添付書類

「◆」については、原本を持参された場合は保健所で複写します。

【申請者全員が提出する書類】

① 別紙様式第１号（別紙）　下表の方の個人番号（マイナンバー）を通知カードなどから転記してください。
（個人番号カードなども提示してください。転記誤りがないことを確認します。）

② 別紙様式第10号　同意書

③ 医療保険の資格情報が確認できるもの（◆）下表の方について提示してください。
※資格確認書（写し）、資格情報のお知らせ(写し)、マイナポータル上の保険資格情報ページを印刷したもの

④ 臨床調査個人票（診断書）　医療機関で、難病指定医が記載したもの。

⑤ 支給認定基準世帯員全員の住民票　下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）

⑥ 市町村民税所得課税証明書等　下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）

⑤⑥については、必要な方全員分の個人番号（マイナンバー）を提出することで、省略できる場合があります。

受診者が加入する医療保険の区分	住民票及び個人番号（マイナンバー）	市町村民税所得課税証明書 ※１	医療保険の資格情報が確認できるもの
国民健康保険	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険の加入者全員分　※２		
後期高齢者医療制度	受診者と同じ住民票上で、後期高齢者医療制度の加入者全員分		
国民健康保険組合	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険組合の加入者全員分　※２		
被用者保険	**※被用者保険･･･全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など**		
受診者が被保険者	被保険者（受診者）本人分		
受診者が被扶養者	受診者本人分及び被保険者分	被保険者分　※３	受診者本人分　※４
生活保護	受診者本人分	生活保護受給証明書（本人分）	受診者本人分（加入者のみ）※４

※１　４月～６月に申請する場合は、前年度の証明書を、７月～翌年３月に申請する場合は、最新の証明書を添付してください。（６月中に申請する場合は、新年度の証明書でも可）

※２　受診者と扶養関係にある別居家族がいる場合、当該家族分も必要

※３　被保険者が市町村民税非課税の場合には、被保険者分及び受診者本人分が必要

※４　医療保険の資格情報が確認できるものに被保険者の氏名が記載されていない場合は、被保険者分も必要

【世帯の状況に応じて必要となる書類】

⑦ 受診者及び支給認定基準世帯員全員が非課税で、かつ受診者本人の収入が８０万円以下の方のうち、障害年金、遺族年金等非課税年金、特別児童扶養手当等の非課税収入がある場合は、額が分かる書類。（◆）

⑧ 世帯員に指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）がいる場合は、受給者証等。（◆）

⑨ 申請書表面で「軽症者特例」として申請される場合は、過去1年以内の指定難病の治療に係る領収書と明細書。（詳細は、最寄りの保健所までお問い合わせください。）

◎ 提出された書類に不明な点等がある場合は、確認のため改めてお問い合わせする場合や追加で書類の提出をお願いする場合があります。

◎ 詳細につきましては、受診者の住所地を所管する保健所までお問い合わせください。

保健所	担当課	受診者の住所地
島根県・松江市共同設置 松江保健所	医事・難病支援課	松江市・安来市
雲南保健所	医事・難病支援課	雲南市・仁多郡・飯石郡
出雲保健所	医事・難病支援課	出雲市
県央保健所	医事・難病支援課	大田市・邑智郡
浜田保健所	医事・難病支援課	浜田市・江津市
益田保健所	医事・難病支援課	益田市・鹿足郡
隠岐保健所	総務医事課	隠岐郡隠岐の島町
	島前保健環境課	隠岐郡海士町・西ノ島町・知夫村

別紙様式第１―２号（表面）

受給者番号								

受付整理番号（保健所記入）

別紙様式第１－２号（表面）

この申請書は機械で読み取ることがありますので、できるだけ濃くはっきりとした字で記入していただきますようお願いいたします。

特定医療費（指定難病）支給認定/ 登録者証申請書（更新）

受診者	フリガナ		年齢	歳	生年月日 大・昭 平・令 年 月 日
	氏名				
	住所	〒	日中連絡が取れる電話番号	（自宅又は携帯電話） － －	
		1月1日時点の居住市区町村	現住所と同じ ・ 現住所と異なる ⇒（ ）		
	加入医療保険	保険種別（県記載欄）	□ 協会 □ 組合 □ 国保 □ 国組 □ 共済 □ 船員 □ 後期 □ 生保（□医療保険加入なし）		
		保険者名		記号・番号	
		保険者番号（県記載欄）			
		被保険者氏名		受診者との関係	

受給者証送付先が受診者と異なる場合又は受診者が18歳未満で保護者が申請される場合は、以下に記載してください。

送付先	フリガナ		受診者との関係	日中連絡が取れる電話番号	（自宅又は携帯電話） － －
	氏名				
	住所	〒	県記載欄	□ 保護者による申請 □ 受給者証の送付先	

今回申請する受診者と同じ世帯内（同じ医療保険に加入している者に限る）に、指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている者又は申請中の者（受診者本人が小児慢性特定疾病の医療費助成を受けている又は申請中の場合も含む）			□ あり □ なし □ 申請中
上記で「あり」又は「申請中」の場合 受給（申請）者の氏名・受給者番号（お持ちの方のみ）	氏名	受給者番号	
	氏名	受給者番号	
病名		疾病番号（県記載欄）	
自己負担上限額の特例（該当するものに☑）	□ 軽症者特例 □ 高額かつ長期特例 □ 人工呼吸器等装着		

私は、下記の事項に同意し、特定医療費の支給を申請します。

島根県が居住地等を確認するため、必要があるときは住民基本台帳ネットワークシステムを利用して世帯の情報を検索すること。（住所秘匿等特別な事情がある場合を除く）

島根県が課税状況に関する情報について、居住地の市町村に報告を求めること。また、被用者保険に加入し、低所得区分である場合、加入する医療保険者に島根県が報告を行うこと。

臨床調査個人票の研究利用については、裏面記載のとおりであること。

医療的ケアの情報の取り扱いについては、裏面記載のとおりであること。

保健所受付印

申請者氏名 （※１）

年 月 日

島根県知事 様
厚生労働大臣 様

県記載欄	階層区分
	低所得Ⅰ ・ 低所得Ⅱ ・ 一般所得Ⅰ ・ 一般所得Ⅱ ・ 上位所得 ・ 生活保護 ・ 境界層
	課税対象とならない収入（障害年金・遺族年金等）の有無 あり ・ なし

（※１）申請者は、受診者本人またはその保護者です。（受診者が18歳未満の場合、申請者は保護者になります）

裏面あり

〔新設〕

別紙様式第１―２号（裏面）

〔新設〕

別紙様式第１－２号（裏面）

受付整理番号（保健所記入）

１．登録者証の申請および臨床調査個人票の研究等への利用について

	別添「研究利用に関するご説明」のとおり、指定難病の医療費助成又は登録者証の申請に当たり提出した臨床調査個人票の情報が、① 厚生労働省のデータベースに登録されること、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることについての同意は次のとおりです。 ※2 □ 同意する　□ 同意しない

２．現在の生活状況について　（該当する項目にすべてに○をつけてください。）

1）社会活動

① 在宅療養※1　② 就労　③ 就学　④ 長期入院　⑤ 施設入所

2）医療的ケア（在宅で医療機器を使用したり、人工透析を受けておられる方）

① なし　② 人工呼吸器　③ 酸素療法　④ 喀痰吸引　⑤ 人工透析　⑥ その他（　　）

医療的ケアがある方の情報については、個人情報保護のもと、災害対策基本法に規定されている避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の基礎資料として市町村へ情報提供することについての同意は右のとおりです。

□ 同意する
□ 同意しない　※2

※1　一時的な入院は在宅療養へ含みます

※2　１及び２において〔□同意する　□同意しない〕のどちらにも☑が無い場合は同意があるものとみなします。

３．支給認定基準世帯員（受診者と同じ医療保険に加入する被保険者）

□ あり → 以下へご記入ください　　□ なし

（※）受診者が被用者保険（全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合等）･･･被保険者を記入してください

受診者が後期高齢者医療制度、国民健康保険（市町村国保、国民健康保険組合）･･･受診者と同じ医療保険に加入している者全員（住民票が別の方を含む）

フリガナ 氏　名	続　柄	生年月日		現　住　所 （受診者と同じ場合は☑）		1月1日時点の居住市区町村（現住所と同じ場合は☑）	
		大・昭 平・令	年　月　日	□	〒	□	
		大・昭 平・令	年　月　日	□	〒	□	
		大・昭 平・令	年　月　日	□	〒	□	
		大・昭 平・令	年　月　日	□	〒	□	
		大・昭 平・令	年　月　日	□	〒	□	

1．新規申請時の注意事項

新規申請にかかる受給者証の有効期間は、島根県が認定した日からとなります。

2．新規申請時の添付書類

「◆」については、原本を持参された場合は保健所で複写します。

【申請者全員が提出する書類】

① 別紙様式第１号（別紙）　下表の方の個人番号（マイナンバー）を通知カードなどから転記してください。
（個人番号カードなども提示してください。転記誤りがないことを確認します。）

② 医療保険の資格情報が確認できるもの（◆）下表の方について提示してください。
※資格確認書（写し）、資格情報のお知らせ(写し)、マイナポータル上の保険資格情報ページを印刷したもの

③ 臨床調査個人票（診断書）　医療機関で、難病指定医が記載したもの。

④ 支給認定基準世帯員全員の住民票　下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）

⑤ 市町村民税所得課税証明書等　下表の方について提出してください。（市町村役場で交付）

※ ④⑤については、必要な方全員分の個人番号（マイナンバー）を提出することで、省略できる場合があります。

※ 医療保険が国家公務員共済組合（国家公務員が加入する共済組合で日本郵政共済組合も含む。）及び地方公務員共済組合（地方職員共済組合や公立学校共済組合などの地方公務員が加入する共済組合）に加入されている方で、非課税世帯の場合、後日同意書（別紙様式第10号の１又は第10号の２）を提出していただきます。

受診者が加入する医療保険の区分	住民票及び個人番号（マイナンバー）	市町村民税所得課税証明書 ※1	医療保険の資格情報が確認できるもの
国民健康保険	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険の加入者全員分　※2		
後期高齢者医療制度	受診者と同じ住民票上で、後期高齢者医療制度の加入者全員分		
国民健康保険組合	受診者と同じ住民票上で、国民健康保険組合の加入者全員分　※2		
被用者保険	**※被用者保険･･･全国健康保険協会、健康保険組合、共済組合など**		
受診者が被保険者	被保険者（受診者）本人分		
受診者が被扶養者	受診者本人分及び被保険者分	被保険者分　※3	受診者本人分　※4
生活保護	受診者本人分	生活保護受給証明書（本人分）	受診者本人分（加入者のみ）※4

※1　４月～６月に申請する場合は、前年度の証明書を、７月～翌年3月に申請する場合は、最新の証明書を添付してください。（6月中に申請する場合は、新年度の証明書でも可）

※2　受診者と扶養関係にある別居家族がいる場合、当該家族分も必要

※3　被保険者が市町村民税非課税の場合には、被保険者分及び受診者本人分が必要

※4　医療保険の資格情報が確認できるものに被保険者の氏名が記載されていない場合は、被保険者分も必要

【世帯の状況に応じて必要となる書類】

⑦ 受診者及び支給認定基準世帯員全員が非課税で、かつ受診者本人の収入が８０９，０００円以下の方のうち、障害年金、遺族年金等非課税年金、特別児童扶養手当等の非課税収入がある場合は、額が分かる書類。（◆）

⑧ 世帯員に指定難病・小児慢性特定疾病の受給者（申請者）がいる場合は、受給者証等。（◆）

⑨ 申請書表面で「軽症者特例」として申請される場合は、過去1年以内の指定難病の治療に係る領収書と明細書。（詳細は、最寄りの保健所までお問い合わせください。）

◎ 提出された書類に不明な点等がある場合は、確認のため改めてお問い合わせする場合や追加で書類の提出をお願いする場合があります。

◎ 詳細につきましては、受診者の住所地を所管する保健所までお問い合わせください。

保健所	担当課	受診者の住所地
島根県・松江市共同設置 松江保健所	医事・難病支援課	松江市・安来市
雲南保健所	医事・難病支援課	雲南市・仁多郡・飯石郡
出雲保健所	医事・難病支援課	出雲市
県央保健所	医事・難病支援課	大田市・邑智郡
浜田保健所	医事・難病支援課	浜田市・江津市
益田保健所	医事・難病支援課	益田市・鹿足郡
隠岐保健所	総務医事課	隠岐郡隠岐の島町
	島前保健環境課	隠岐郡海士町・西ノ島町・知夫村

別紙様式第１―３号　〔略〕

別紙様式第１号（別紙）・別紙様式第１号（別添）　〔略〕

別紙様式第２号

別紙様式第2号(表面)

特定医療費(指定難病)受給者(兼登録者)証		
公費負担者番号		
受給者番号		
受給者	住所	
	氏名	
	生年月日	
送付先	住所	
	氏名	
疾病名		
保険者名		
記号及び番号		
指定医療機関	難病法に基づき都道府県等から指定された指定医療機関 ●指定医療機関以外の医療機関については、本受給者証の対象となりませんので、ご注意ください。 ●受診を希望する医療機関が指定を受けているかどうかは、各都道府県等のホームページにおいてご確認ください。	
自己負担上限額	月額　　円	
有効期間	年　月　日から　　年　月　日	
上記のとおり認定する。 年　月　日　　島根県知事		

別紙様式第１―２号　〔略〕

別紙様式第１号（別紙）・別紙様式第１号（別添）　〔略〕

別紙様式第２号

別紙様式第2号(表面)

特定医療費(指定難病)受給者(兼登録者)証			
公費負担者番号			
受給者番号			
受給者	住所		
	氏名		
	生年月日		
送付先	住所		
	氏名		
疾病名			
保険者名			
記号及び番号		適用区分	
指定医療機関	難病法に基づき都道府県等から指定された指定医療機関 ●指定医療機関以外の医療機関については、本受給者証の対象となりませんので、ご注意ください。 ●受診を希望する医療機関が指定を受けているかどうかは、各都道府県等のホームページにおいてご確認ください。		
自己負担上限額	月額　　円		
有効期間	年　月　日から　　年　月　日		
上記のとおり認定する。 年　月　日　　島根県知事			

別紙様式第2号（裏面）

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。

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。

3　保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口に提出して下さい。

4　氏名、居住地、加入している医療保険等に変更があったときは、速やかに島根県知事にその旨を届け出て下さい。

5　治癒・寛解、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに島根県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、島根県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、必ず有効期間内に所定の手続を行って下さい。

8　その他指定難病の医療の受給に関しての問い合わせは、下記に連絡して下さい。

松江市・島根県共同設置 松　江　保　健　所	医事・難病支援課	0852−23−1315
島根県雲南保健所	医事・難病支援課	0854−42−9638
島根県出雲保健所	医事・難病支援課	0853−21−1191
島根県県央保健所	医事・難病支援課	0854−84−9826
島根県浜田保健所	医事・難病支援課	0855−29−5555
島根県益田保健所	医事・難病支援課	0856−31−9548
島根県隠岐保健所	総務医事課	08512−2−9701
	島前保健環境課	08514−7−8121
島根県健康福祉部健康推進課		0852−22−5267

指定医療機関に対するお願い

　指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当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した上で診療報酬の請求をお願いします。

別紙様式第３号～別紙様式第５号　〔略〕

別紙様式第2号（裏面）

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。

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。

3　保険医療機関等において診療を受ける場合、この証を必ず窓口に提出して下さい。

4　氏名、居住地、加入している医療保険等に変更があったときは、速やかに島根県知事にその旨を届け出て下さい。

5　治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに島根県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、島根県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、必ず有効期間内に所定の手続を行って下さい。

8　その他指定難病の医療の受給に関しての問い合わせは、下記に連絡して下さい。

松江市・島根県共同設置 松　江　保　健　所	医事・難病支援課	0852−23−1315
島根県雲南保健所	医事・難病支援課	0854−42−9638
島根県出雲保健所	医事・難病支援課	0853−21−1191
島根県県央保健所	医事・難病支援課	0854−84−9826
島根県浜田保健所	医事・難病支援課	0855−29−5555
島根県益田保健所	医事・難病支援課	0856−31−9548
島根県隠岐保健所	総務医事課	08512−2−9701
	島前保健環境課	08514−7−8121
島根県健康福祉部健康推進課		0852−22−5267

指定医療機関に対するお願い

　指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当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した上で診療報酬の請求をお願いします。

別紙様式第３号～別紙様式第５号　〔略〕

別紙様式第６号

別紙様式第6号

保健所受付印

特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証記載事項変更届

受給者氏名（要支援者氏名）		受給者番号	

変更のある事項に☑をして、その箇所のみ記入してください

変更項目			変更前		変更後	
□	受給者（要支援者）	フリガナ				
□		氏名				
□		住所・電話番号	〒		〒	
□	送付先	フリガナ		受給者との続柄		受給者との続柄
□		氏名				
□		住所・電話番号	〒		〒	
□	医療保険	保険者名				
		記号・番号				
□	支給認定基準世帯員（受給者と同じ医療保険に加入する被保険者）			県確認欄（保健所記入）	変更あり ・ 変更なし	

支給認定基準世帯員に変更がある場合、変更後の世帯員について以下に記載すること

□ 変更後、支給認定基準世帯員なし

フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日		住所（受給者と同じ場合は☑）		1月1日時点の居住市区町村（現住所と同じ場合は☑）	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	

支給認定基準世帯員に変更がある場合は、様式第６号（別紙）に個人番号（マイナンバー）を記載して添付してください

私は、下記の事項に同意し、記載事項の変更を届け出ます。

（島根県が居住地等を確認するため、必要があるときは島根県が住民基本台帳ネットワークシステムを利用して、世帯の情報を検索すること。（住所秘匿等特別な事情がある場合を除く）
島根県が課税状況に関する情報について、居住地の市町村に報告を求めること。また、被用者保険に加入し、低所得区分である場合、加入する医療保険者に島根県が報告を行うこと。）

年 月 日

届出者住所

氏名

島根県知事 様

※１ 次の書類を添付してください。ただし、医療保険変更の場合は、加入する保険により別途添付書類が必要になることがありますので、詳しくは最寄りの保健所までお問い合わせください。
① 氏名、住所変更 ：受給者証、変更内容が確認できる公的書類（免許証の裏書きなど）
② 医療保険の変更 ：受給者証、医療保険の資格情報が確認できるもの
③ 世帯員の変更（追加）：受給者証、新たに世帯員となる方の医療保険の資格情報が確認できるもの、新たに世帯員となる方の個人番号（様式第６号別紙）

※２ 自己負担上限額及び疾病名の変更の場合は、支給認定申請書(様式第１号)に記載してください。

※３ 届出者は受給者本人又はその保護者となります。

別紙様式第７号（別紙）・別紙様式第８号 〔略〕

別紙様式第６号

別紙様式第6号

保健所受付印

特定医療費（指定難病）受給者証／登録者証記載事項変更届

受給者氏名（要支援者氏名）		受給者番号	

変更のある事項に☑をして、その箇所のみ記入してください

変更項目			変更前		変更後	
□	受給者（要支援者）	フリガナ				
□		氏名				
□		住所・電話番号	〒		〒	
□	送付先	フリガナ		受給者との続柄		受給者との続柄
□		氏名				
□		住所・電話番号	〒		〒	
□	医療保険	保険者名				
		記号・番号				
□	支給認定基準世帯員（受給者と同じ医療保険に加入する被保険者）			県確認欄（保健所記入）	変更あり ・ 変更なし	

支給認定基準世帯員に変更がある場合、変更後の世帯員について以下に記載すること

□ 変更後、支給認定基準世帯員なし

フリガナ 氏名	性別	続柄	生年月日		住所（受給者と同じ場合は☑）		1月1日時点の居住市区町村（現住所と同じ場合は☑）	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	
			大・昭 平・令 年 月 日	□	〒		□	

支給認定基準世帯員に変更がある場合は、様式第６号（別紙）に個人番号（マイナンバー）を記載して添付してください

上記のとおり変更となりましたので届け出ます。

（□ 居住地等を確認するため必要があるときは、島根県が住民基本台帳ネットワークシステムを利用して、世帯の情報を検索することに同意します。［同意いただける場合、☑を入れてください］）

年 月 日

届出者住所

氏名

島根県知事 様

※１ 次の書類を添付してください。ただし、医療保険変更の場合は、加入する保険により別途添付書類が必要になることがありますので、詳しくは最寄りの保健所までお問い合わせください。
① 氏名、住所変更 ：受給者証、変更内容が確認できる公的書類（免許証の裏書きなど）
② 医療保険の変更 ：受給者証、医療保険の資格情報が確認できるもの、同意書（様式第10号）
③ 世帯員の変更（追加）：受給者証、新たに世帯員となる方の医療保険の資格情報が確認できるもの、新たに世帯員となる方の個人番号（様式第６号別紙）

※２ 自己負担上限額及び疾病名の変更の場合は、支給認定申請書(様式第１号)に記載してください。

※３ 届出者は受給者本人又はその保護者となります。

別紙様式第７号（別紙）・別紙様式第８号 〔略〕

別紙様式第９号

別紙様式第9号

保健所受付印

特 定 医 療 費 請 求 書
（ 令和　　年　　月分）

島 根 県 知 事　様　　令和　　年　　月　　日

次のとおり請求します。

※保健所記載欄

金　　円　［請求額＝③－(②又は①の小さい方)］

債権者番号	※保健所記載欄

請求者・受給者情報					
請求者情報	氏名		受給者との続柄※		電話番号	
	住所	〒				

※ 請求者と受給者の続柄が「本人」以外の場合は、下記委任状が必要です

受給者氏名		受給者番号	
疾病名		有効期間開始日 ※保健所記載欄	令和　年　月　日

自己負担上限額管理票		医療保険に関する情報（※保健所記載欄。医療保険上の本人負担割合）			
自己負担上限額 ①	円	本人負担割合※	3割・2割・1割	適用区分	（分かれば記載）

同じ月に難病以外の治療や処方を受けていますか	提出された領収証には難病以外の治療も含まれていますか
はい　・　いいえ　・　分からない	はい　・　いいえ　・　分からない

特定医療費に関する医療費（認定された疾病にかかる医療費）　※記入欄が不足する場合は、別紙に記入ください

診療等期間	指定医療機関名	総医療費（円）［総点数×10円］	総医療費の２割の額 ※医療費の負担割合が１割の方は１割 ※10円未満の端数は四捨五入	窓口支払額（円）［領収書記載額］
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
自己負担上限額管理票当月分の記載有無 □なし　□あり　※ありの場合累積額を記入→				
高額療養費の支給決定通知に記載してある額（該当者のみ）			△（引いてください）	
小　計（別紙のない方は記入不要）				
合　計			②	③

（ 委 任 状 ）　※請求者が受給者と異なる場合に記載

私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける特定医療費の請求及び受領について委任します。

令和　　年　　月　　日　　受給者（委任者）　　住所

氏名

注１　添付書類…　□ 受給者証の写し　□ 自己負担上限額管理票の写し　□ 領収書原本（管理票に記載のものは省略可）
　　□ 口座振替申出書（県HPにも掲載しています）
　　□ 預金通帳の写し（口座番号とカナ口座名義がわかるページの写し）　□ 高額療養費の支給決定通知（該当者のみ）

注２　入院時の食事療養費は、医療保険の制度で軽減される場合があります。詳しくは、加入している医療保険者（保険証等に記載してある、後期高齢者広域連合、市町村、組合等）へお問い合わせください。

注３　マイナポータルで現在の高額療養費の適用区分が確認できますが、受診された時から変更になっている可能性もあります

別紙様式第９号

別紙様式第9号

保健所受付印

特 定 医 療 費 請 求 書
（　　年　　月分）

島 根 県 知 事　様　　年　　月　　日

次のとおり請求します。

金　　円

［請求額＝③－(②又は①の小さい方)＋⑤－④］

債権者番号	※保健所記載欄

請求者情報					
請求者情報	氏名		受給者との続柄※		電話番号	
	住所	〒				

※ 請求者と受給者の続柄が「本人」以外の場合は、下記委任状が必要です

受給者氏名		受給者番号			
疾病名		有効期間開始日※	年　月　日		
自己負担上限額【A】	円	適用区分※		本人負担割合※	3割・2割・1割

※保健所記載欄。本人負担割合は、医療保険上の本人負担割合を記載。

自己負担上限額管理票			自己負担累積額【B】	受給者負担残額【C】
当月分の記載有無	□ あり　□ なし	※ありの場合→	円	① 円

※【C】=【A】-【B】

入院時食事療養費以外

診療等期間	指定医療機関名	総医療費（円）［総点数×10円］	受給者証適用後負担額(円)※	窓口支払額(円)［領収書記載額］
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
日～　日				
小　計				
合　計			②	③

※ 10円未満の端数は四捨五入してください。また、1割負担の方は1割負担額を記載してください。

入院時食事（生活）療養費

入院期間	指定医療機関名	自己負担額(円)※	窓口支払額(円)
日～　日			（　食）
日～　日			（　食）
合　計		④	⑤

※ 入院時食事(生活)療養費については、以下に該当する場合を除き公費負担の対象外です。
・受給者証に記載の公費負担者番号が「54325014」の場合…1／2を公費負担
・受給者証に記載の自己負担上限額が「0円」の場合…全額公費負担

（ 委 任 状 ）

私は、上記請求者を代理人と定め、島根県から受ける特定医療費の請求及び受領について委任します。

年　　月　　日

受給者（委任者）住所

氏名

※請求者が受給者と異なる場合に記載

注１　償還払の対象となる医療費は、認定された疾病にかかるもののみです。
注２　添付書類…　□受給者証の写し　□自己負担上限額管理票の写し　□領収書原本（管理票に記載のものは省略可）
　　□口座振替申出書　□預金通帳の写し（口座番号とカナ口座名義がわかるページの写し）
注３　高額療養費の自己負担限度額を超えた額については、加入している医療保険から支給されます。

特定医療費請求書 別紙 （ 令和 年 月分）

受給者氏名		受給者番号	

入院時食事療養費以外				
診療等期間	指定医療機関名	総医療費（円）［総点数×10円］	総医療費の２割の額 ※医療費の負担割合が １割の方は１割 ※10円未満の端数は四捨五入	窓口支払額(円)［領収書記載額］
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
小 計			②’	③’

②’、③’の金額を特定医療費請求書（様式第９号）の小計とあわせて合計欄②、③に記載してください。

〔削除〕

特定医療費請求書 別紙 （ 年 月分）

受給者氏名		受給者番号	

入院時食事療養費以外				
診療等期間	指定医療機関名	総医療費（円）［総点数×10円］	受給者証適用後負担額(円)※	窓口支払額(円)［領収書記載額］
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
日～ 日				
小 計			②’	③’

※ 10円未満の端数は四捨五入してください。また、1割負担の方は1割負担額を記載してください。

入院時食事療養費			
入院期間	指定医療機関名	自己負担額(円)※	窓口支払額(円)
日～ 日			（ 食）
日～ 日			（ 食）
日～ 日			（ 食）
日～ 日			（ 食）
小 計		④’	⑤’

※ 入院時食事（生活）療養費については、以下に該当する場合を除き公費負担の対象外です。
・受給者証に記載の公費負担者番号が「54325014」の場合･･･1／2を公費負担
・受給者証に記載の自己負担上限額が「0円」の場合･･･全額公費負担

②’～⑤’の金額を特定医療費請求書（様式第９号）の②～⑤に転記してください。

別紙様式第 10 号 〔略〕

別紙様式第 10 号の 1

〔新設〕

別紙様式第10号の1

年　月　日

同　意　書

下記の者は、国家公務員共済組合が国家公務員共済組合法第60条の２第１項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	受診者	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の住民票の市区町村	□　現住所と同じ □　現住所と異なる（　　）
	受診者と同じ医療保険の被保険者（組合員）	受診者との続柄	
		フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の住民票の市区町村	□　現住所と同じ □　現住所と異なる（　　）
	申請者 ※受診者及び被保険者と異なる場合は記入	受診者との続柄	
		フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の住民票の市区町村	□　現住所と同じ □　現住所と異なる（　　）

別紙様式第 10 号の 2

別紙様式第10号の2

年　月　日

同　意　書

下記の者は、地方公務員共済組合が、地方公務員等共済組合法第82条の２第１項の共済組合の組合員による高額療養費の支給の請求に係る事実についての審査に関する事務を処理するために限って、必要な地方税関係情報について取得することに同意します。

なお、本書の複写は無効であり、本書の提出の際の事務処理に限って同意することを申し添えます。

同意者	受診者	フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の住民票の市区町村	□　現住所と同じ □　現住所と異なる（　　）
	受診者と同じ医療保険の被保険者（組合員）	受診者との続柄	
		フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の住民票の市区町村	□　現住所と同じ □　現住所と異なる（　　）
	申請者 ※受診者及び被保険者と異なる場合は記入	受診者との続柄	
		フリガナ	
		氏名	
		生年月日	
		現在の住民票の住所	
		1月1日時点の住民票の市区町村	□　現住所と同じ □　現住所と異なる（　　）

別紙様式第 11 号　〔略〕

〔新設〕

別紙様式第 11 号　〔略〕