

「小児慢性特定疾病医療費医療受給者証」に関する重要なお知らせ

◎岐阜県が交付した受給者証が、令和2年5月1日から、受給者証に記載がない指定医療機関でも使用できるようになりました。

◎令和2年5月1日以降に利用する指定医療機関について、受給者証に追加記載するための変更申請は不要となりました。

- ・「児童福祉法に基づき指定された指定医療機関」であれば、全国どこの病院・診療所・薬局・訪問看護ステーションであっても、受給者証を使用できます。
(※ただし、受給者証に記載された疾病名に係る保険診療に限ります。)
- ・令和2年5月1日以降に交付する受給者証は、「指定医療機関」欄に「児童福祉法に基づき指定された指定医療機関」と記載し、個別の医療機関は記載しないこととします。

■追加したい指定医療機関がある方へ

- ・利用したい医療機関・薬局・訪問看護ステーションで、この案内文書をご提示いただきますようお願いいたします。
(この案内文書が受給者証への追記等の手続きは不要であることを証明する書類となります。)

※指定医療機関は、岐阜県ホームページ（次の URL 参照）、または医療機関所在地の都道府県等のホームページをご確認ください。

<https://www.pref.gifu.lg.jp/kodomo/kenko/nanbyo-taisaku/11223/shitei-nanbyo/>

<留意事項>

- ・令和2年5月1日以降に交付する受給者証から、順次新たな受給者証へ移行します。
- ・複数の指定医療機関が記載されている現在の受給者証についても取扱いは同様とし、「児童福祉法に基づき指定された指定医療機関」であれば使用できます。
- ・岐阜県知事以外が発行する受給者証については、各都道府県又は指定都市・中核市によって取扱いが異なります。特に転居される場合はご注意ください。
- ・指定医療機関へは別途通知しています。

【お問い合わせ先】岐阜県 健康福祉部 保健医療課 難病対策係
TEL 058-272-1111（内線2546）
又は 最寄りの保健所までお問い合わせください。



受給者証の見直しのイメージ

<見直し後（令和2年5月1日以降）>

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証	
下記のとおり認定する。 岐阜県知事	
令和*年*月*日	
公費負担者番号	* * * * * 經由保健所名
受給者番号	* * * * * **保健所
受診者	住所 * * 市 * * 町 * - *
	氏名 * * * *
	生年月日 平成**年**月**日 *
	保険者 * * * * * *
記号番号	***** 適用区分 *
保護者	住所 * * 市 * * 町 * - *
	氏名 * * * *
疾患番号	** ** * * * * * *
人工呼吸器等装着	* * * * 高額かつ長期 * * *
重症患者認定	* * *
受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者 *	
この券は、認定された疾病及び認定された疾病に付随して発現する疾病にのみ有効です。	
自己負担上限額	月額 ** , * * * 円 階層区分 *
有効期間	令和**年**月**日から令和**年**月**日まで

指定医療機関	
児童福祉法に基づき指定された指定医療機関	
<留意事項>	
<ul style="list-style-type: none"> ・受診先が「児童福祉法に基づき指定された指定医療機関」でない場合は、小児慢性特定疾病医療費の支給（医療費助成）の対象とはなりません。 ・「児童福祉法に基づき指定された指定医療機関」であっても、認定された小児慢性特定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でなければ、小児慢性特定疾病医療費の支給（医療費助成）の対象とはなりません。 	

<見直し前（令和2年4月30日まで）>

小児慢性特定疾病医療費医療受給者証	
下記のとおり認定する。 岐阜県知事	
令和*年*月*日	
公費負担者番号	* * * * * 經由保健所名
受給者番号	* * * * * **保健所
受診者	住所 * * 市 * * 町 * - *
	氏名 * * * *
	生年月日 平成**年**月**日 *
	保険者 * * * * * *
記号番号	***** 適用区分 *
保護者	住所 * * 市 * * 町 * - *
	氏名 * * * *
疾患番号	** ** * * * * * *
人工呼吸器等装着	* * * * 高額かつ長期 * * *
重症患者認定	* * *
受診者と同じ世帯内にいる指定難病又は小児慢性特定疾病の医療費助成の受給者 *	
この券は、認定された疾病及び認定された疾病に付随して発現する疾病にのみ有効です。	
自己負担上限額	月額 ** , * * * 円 階層区分 *
有効期間	令和**年**月**日から令和**年**月**日まで

指定医療機関名	
名称	**病院
所在地	**市**町*-*
名称	**クリニック
所在地	**市**町*-*
名称	**薬局 **支店
所在地	**市**町*-*
名称	**訪問看護ステーション
所在地	**市**町*-*
名称	
所在地	