高額かつ長期に関するご案内

階層区分(一Ⅰ、一Ⅱ、上位)のいずれかの方で、『高額かつ長期』が『非該当』に○の方(下記図Aを参照ください)につきましては、次の条件を満たし、手続きすることで、『高額かつ長期』の特例により自己負担上限額を軽減することができます。

条件 申請日を含む過去 12 ヶ月に、難病に係る医療費総額(10割分)が5万円超の月が6回以上ある方(連続でなくても可、図Bを参照ください)

※すでに『高額かつ長期』欄の『該当』に○がついている場合は、手続き不要です。

〔凡例 ○=5万円超 ×=5万円以下〕

前年							当年						
3月	4月	5月	6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月	4月
		12ヶ月	11ヶ月	10ヶ月	9ヶ月	8ヶ月	7ヶ月	6ヶ月	5ヶ月	4ヶ月	3ヶ月	2ヶ月	申請月
×	×	○①	×	○②	×	×	○③	×	○④	×	×	○⑤	○⑥

申請日の属する月から12ヶ月前の月

過去12ヶ月以内に医療費総額(10割分)が5万円超の月が6回以上あるため申請可

図A

指定難病医療費受給者証

公費負担者番号
指定難病医療費受給者番号
氏名
住所
生年月日 性別
病名
有効期間
保険者
被保険者証の記号番号 適用区分
保護者(受給者が18歳未満の場合) 氏名 続柄 住所
指定医療機関名 難病法に基づき指定された指定医療機関
自己負担上限額 月額 円 階層区分
人工呼吸器等装着 該当・非該当 高額かつ長期 該当 非該当
軽症者特例 該当・非該当
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 有・無
上記のとおり認定する。
福島県知事 内堀 雅雄

階層区分が
一Ⅰ
一Ⅱ
上位
と表記され、
該当(非該当)の方
既に該当の方は
こちらに○がついています

図B

年 月分自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	月間自己負担額	自己負担額累計	自己負担額超過額	自己負担額超過額印
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/

合計して5万円超であれば1回分

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
/	/	/

〈自己負担上限額(月額)〉

階層区分	一般	高額かつ長期に該当した場合
一Ⅰ (一般所得Ⅰ)	10,000円	5,000円
一Ⅱ (一般所得Ⅱ)	20,000円	10,000円
上位 (上位所得)	30,000円	20,000円

◇ 問い合わせ先 ◇
 福島市保健所 感染症・疾病対策課 難病支援係
 〒960-8002 福島市森合町 10 番 1 号 福島市保健福祉センター3 階
 電話 024-573-4384 (平日 8:30~17:15)