

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(連續でなくても可、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。

〈例〉

[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	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



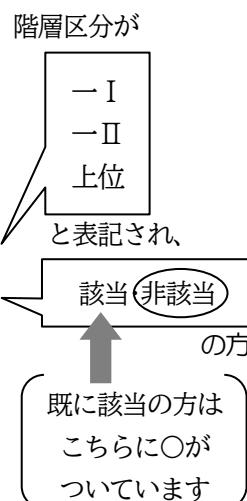
過去12ヶ月以内に医療費総額(10割分)が
5万円超の月が6回以上あるため申請可



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													
被保険者証の番号番号				適用区分									
保護者 氏名				統稱									
受診者が既往歴の場合は 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患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	福島県知事印											

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
/			
/			
/			
/			
/			
/			

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内

電話 024-573-4384 (平日 8:30~17:15)