

小児慢性特定疾病医療費助成制度について

小児慢性特定疾病医療費助成制度においては、指定小児慢性特定疾病医療機関でなければ、医療費を公費（法別番号５２）で請求することができません。

1 自己負担額と管理方法

受給者は一月につき 医療受給者証に記載された自己負担上限月額を限度として、医療費の２割を自己負担金として指定医療機関（薬局・訪問看護ステーションを含む）の窓口で支払うことになります。受給者の持参する「自己負担上限月額管理票」により徴収額を確認してください。詳細は「自己負担上限月額管理票」の注意事項をお読みください。

自己負担の徴収に当たっては、１０円未満の金額は四捨五入してください。

なお、公費負担者番号が「５２１１７０４１」の受給者（生活保護受給者・血友病等の受給者及び「５２１１８０４９」の受給者のうち、生活保護受給者であって、医療保険各法の被保険者及び被扶養者）は、入院時の食事療養に係る標準負担額の自己負担分はありません。

【自己負担上限月額】 (単位：円)

階層区分 (注４)	自己負担上限月額（外来＋入院＋薬剤＋訪問看護） 負担割合：２割							
	公費負担者番号 (越谷市)		新規（原則）			生活保護等		
			５２１１８０４９			５２１１７０４１ ※５２１１８０４９（注４）		
	階層区分の基準		一般	重症 (注１)	人工呼吸器 等装着者	一般	重症 (注１)	人工呼吸器 等装着者
I	生活保護		０			０（注３）		
II	市町村 民税 非課税	低所得Ⅰ (収入：～８０万円)	1,250		500			
III		低所得Ⅱ (収入：８０万円超～)	2,500					
IV		一般所得Ⅰ：市町村民税 課税以上 7.1 万円未満	5,000	2,500				
V		一般所得Ⅱ：市町村民税 (所得割) 額 7.1 万円以上 25.1 万円未満	10,000	5,000				
VI	上位所得：市町村民税 (所得割) 額 25.1 万円以上	15,000	10,000					
入院時の食事療養費（注２） ※1 食につき 300 円（低所得者は除く）			1／2 自己負担			自己負担なし		

注1 重症:次のいずれかに該当する者

- ① 高額な医療が長期的に継続する者(医療費総額が5万円／月を越える月が年間6回以上ある場合)
- ② 療養負担過重患者の基準に適合する者

注2 食事療養費は自己負担上限額を管理する際の累積には含まれません。

注3 入院時の食事療養費に係る標準負担額の自己負担分がない受給者が該当。(生活保護受給者や血友病等の受給者。)

注4 生活保護受給者であって、医療保険各法の被保険者及び被扶養者

2 医療受給者証の記載事項について

(1) 疾病欄

疾病欄には承認されている疾病の疾患群番号を記載しています。（下記3の表を参照）
疾病名を知りたい場合は担当課までお問い合わせください。

(2) 適用区分欄が「照会中」の場合

保険組合に適用区分を照会中の状態です。高額療養費の算定基準は以下のとおり取り扱うこともできますが、できる限り高額療養費の算定はお待ちくださいますようお願いいたします。
（算定する場合でもレセプトの「特記事項」欄への所得区分の記載は行いません。）

$$80,100\text{円} + (\text{医療費} - 267,000\text{円}) \times 1\%$$

なお、限度額適用認定証又は限度額適用・標準負担額減額認定証を提出した受給者については、小児慢性特定疾病医療受給について保険者の認定を受けているものとみなし、所得区分に応じた算定基準額を適用して高額療養費の支給を行い、レセプトの「特記事項」欄に記載します。

(3) 指定医療機関欄

「全国の指定小児慢性特定疾病医療機関」と包括的な標記となっています。

3 対象疾病について

対象となる疾病は国が指定した16疾患群801疾病（包括的病名を除く）です（令和7年4月1日時点）。
対象疾病の詳細は「小児慢性特定疾病情報センター」ホームページ<https://www.shoman.jp> をご覧ください。

疾患群番号・疾患群	疾病の例示
01 悪性新生物	白血病、リンパ腫、中枢神経系腫瘍、固形腫瘍 など
02 慢性腎疾患	微小変化型ネフローゼ症候群、IgA腎症 など
03 慢性呼吸器疾患	慢性肺疾患、気道狭窄、気管支喘息 など
04 慢性心疾患	心室中隔欠損症、ファロー四徴症、肺動脈狭窄症 など
05 内分泌疾患	成長ホルモン分泌不全性低身長症、橋本病、バセドウ病 など
06 膠原病	若年性特発性関節炎、全身性エリテマトーデス など
07 糖尿病	1型糖尿病、2型糖尿病 など
08 先天性代謝異常	糖原病Ⅰ型、フェニルケトン尿症 など
09 血液疾患	血友病、血小板減少性紫斑病、再生不良性貧血 など
10 免疫疾患	後天性免疫不全症候群 など
11 神経・筋疾患	点頭てんかん(ウエスト症候群)、結節性硬化症 など
12 慢性消化器疾患	胆道閉鎖症、先天性胆道拡張症、アラジール症候群 など
13 染色体又は遺伝子に変化を伴う症候群	18トリソミー症候群、ダウン症候群、マルファン症候群 など
14 皮膚疾患	眼皮膚白皮症、レックリングハウゼン病(神経線維腫症Ⅰ型) など
15 骨系統疾患	胸郭不全症候群、骨硬化性疾患、進行性骨化性線維異形成症 など
16 脈管系疾患	巨大静脈奇形、巨大動静脈奇形、原発性リンパ浮腫 など

4 変更・辞退の届出について

名称・所在地など、申請書提出時の届出事項に変更があった場合及び指定医医療機関の指定を辞退する場合は届出が必要となります。様式や申請方法は越谷市ホームページ（ページ番号：8161）をご覧ください。

【問合せ先】 越谷市保健所 感染症保健対策課
電話：048-973-7531