

○ 後期高齢者医療の高額療養費の支給、食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の減額の取扱いについて（平成 21 年 5 月 11 日保高発 0511002 号）

新 旧 対 照 表

（下線の部分は改正部分）

改 正 後	現 行
<p>I 高額療養費の支給の取扱い</p> <p>第一 支給要件</p> <p>1 (1)～(3) (略)</p> <p>(4) 被保険者（計算期間（毎年8月1日から翌年7月31日までの期間をいう。以下同じ。）の末日において定率1割または2割負担の被保険者に限る。）が計算期間において定率1割または2割負担の被保険者として受けた外来療養に係る一部負担金等を合算した額から下記7の年間の外来自己負担限度額を超える場合</p> <p>2～6 (略)</p> <p>第二～第四 (略)</p> <p>第五 限度額適用認定に関する事務取扱</p> <p>1 限度額適用認定の方法</p> <p>(1) 広域連合は、被保険者又はその属する世帯の他の世帯員である被保険者に係る課税証明書又は公簿等により、被保険者が現役並み所得者Ⅱ又は現役並み所得者Ⅰに該当していることを確認し、有効期限を定めて、限度額適用認定を行わなければならないこと。</p> <p>(削る)</p> <p>2 限度額適用認定区分等が記載された資格確認書の交付申請</p> <p><u>マイナ保険証（健康保険証の利用登録をしたマイナンバーカードをいう。）</u>を利用する場合は、<u>書面の提示がなくても、医療機関で限度額認定区分が確認可能である。</u>資格確認書を利用する者で、<u>限度額適用認定を受けている者が、限度額適用認定区分が記載された資格確認書の交付を受けようとするときは、住所地の広域連合に資格確認書交付兼任意記載事項併記申請書（以下「任意記載事項申請書」という。）</u>を提出しなければならないこと。<u>（現役並み所得者Ⅲや一般の</u></p>	<p>I 高額療養費の支給の取扱い</p> <p>第一 支給要件</p> <p>1 (1)～(3) (略)</p> <p>(4) 被保険者（計算期間（毎年8月1日から翌年7月31日までの期間をいう。以下同じ。）の末日において定率1割負担の被保険者に限る。）が計算期間において定率1割負担の被保険者として受けた外来療養に係る一部負担金等を合算した額から下記7の年間の外来自己負担限度額を超える場合</p> <p>2～6 (略)</p> <p>第二～第四 (略)</p> <p>第五 限度額適用認定に関する事務取扱</p> <p>1 限度額適用認定の方法</p> <p>(1) 広域連合は、被保険者又はその属する世帯の他の世帯員である被保険者に係る課税証明書又は公簿等により、被保険者が現役並み所得者Ⅱ又は現役並み所得者Ⅰに該当していることを確認したときは、<u>有効期限を定めて、限度額適用認定を行わなければならないこと。</u></p> <p>(2) <u>なお、広域連合は、被保険者が現役並み所得者Ⅱ又は現役並み所得者Ⅰに該当することを公簿等によって明らかに確認できるときは、添付書類を省略させることができること。</u></p> <p>2 限度額適用認定証の交付申請</p> <p>(1) <u>限度額適用認定を受けている者が、限度額適用認定証の交付を受けようとするときは、住所地の広域連合に申請書を提出しなければならないこと。</u></p>

被保険者で、限度区分欄に記載のある資格確認書の交付を受けようとするときも同様。)

(削る)

3 限度額適用認定区分等が記載された資格確認書の交付

(1) 広域連合は、限度額適用認定区分等が記載された資格確認書の交付を行う場合には、当該資格確認書に限度額適用認定等を受けた者の被保険者番号、氏名、生年月日、有効期限等の必要な事項を記載するとともに、限度区分欄に、現役並み所得者Ⅲの場合には「現役Ⅲ」と、現役並み所得者Ⅱの場合には「現役Ⅱ」と、現役並み所得者Ⅰの場合には「現役Ⅰ」と、一般の被保険者で、定率2割負担の場合は「一般Ⅱ」と、定率1割負担の場合は「一般Ⅰ」と記載すること。

(2) 限度額適用認定区分等が記載された資格確認書の発効期日の欄には、次の日付の中で、最新の日付を記載すること。

・資格取得年月日

・保険者番号が変更された年月日（保険者適用開始年月日）

・限度区分が変更された月の初日

・長期入院該当年月日に変更された減額認定情報の発効期日（開始年月日）

(削る)

(3) 限度額適用認定区分等が記載された資格確認書を交付する際には、交付する者に対し、保険医療機関に入院する際に、当該保険医療機関の窓口で電子的確認を受けるか、当該資格確認書を提示するよう指導すること。

4 その他

死亡、転出、障害不該当等の場合において、当該被保険者に資格確認書を交付している場合については、速やかに、資格確認書を回収するものとする。

第六 限度額適用・標準負担額減額の認定に関する事務取扱

1 (略)

2 限度額適用認定区分等が記載された資格確認書の取扱いの準用

(2) 申請は、被保険者証を提示して行わなければならないこと。

3 限度額適用認定証の交付

(1) 広域連合は、限度額適用認定証の交付を行う場合には、当該限度額適用認定証に限度額適用認定を受けた者の被保険者番号、氏名、住所、生年月日、有効期限等の必要な事項を記載するとともに、適用区分欄に現役並み所得者Ⅱの場合には「現役Ⅱ」と、現役並み所得者Ⅰの場合には「現役Ⅰ」と記載すること。

(2) 限度額適用認定証の発効期日の欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること。ただし、新たに被保険者となった者については、当該被保険者となった日を記載すること。

(3) 限度額適用認定証の有効期限については、翌年度の7月末日まで（当該認定を行った日の属する月が4月から7月までの場合には、当年度の7月末日まで）とすること。

(4) 限度額適用認定証を交付する際には、交付する者に対し、保険医療機関に入院する際に、当該保険医療機関の窓口で電子的確認を受けるか、被保険者証とともに、当該認定証を提示するよう指導すること。

4 その他

死亡、転出、障害不該当等の場合においては、速やかに、限度額適用認定証を回収するものとする。

第六 限度額適用・標準負担額減額の認定に関する事務取扱

1 (略)

2 限度額適用認定証の取扱いの準用

限度額適用・標準負担額減額認定区分が記載された資格確認書については、第五の2から4までの取扱いを準用すること。この場合においては、第五の3の(1)中「限度区分欄に、現役並み所得者Ⅲの場合には「現役Ⅲ」と、現役並み所得者Ⅱの場合には「現役Ⅱ」と、現役並み所得者Ⅰの場合には「現役Ⅰ」と、一般の被保険者で、定率2割負担の場合は「一般Ⅱ」と、定率1割負担の場合は「一般Ⅰ」と記載することとあるのは「限度区分欄に低所得者Ⅱの場合には「区Ⅱ」と、低所得者Ⅰの場合には「区Ⅰ」と、第三の者の場合には「区Ⅰ(老)」と記載すること。規則第40条第6号に掲げる者である場合には「区Ⅰ」に加え、「(境)」と記載することと読み替えること。

第七 世帯構成の変更がある場合の限度額適用認定及び限度額適用・標準負担額減額認定の事務取扱

1 事務手順

(1)～(3) (略)

(4) 限度額適用認定区分等又は限度額適用・標準負担額減額認定区分が記載された資格確認書 (以下「限度区分資格確認書」という。)の作成

(3)による判定の結果、所得区分が変更となる被保険者について、既に限度区分資格確認書の交付を受けている場合は、新たな限度区分を表記した資格確認書を作成すること。

(5) 限度区分資格確認書の回収

(4)により作成した資格確認書を被保険者に交付するとともに、既に交付している資格確認書を確実に回収すること。交付に際しては、被保険者に対し変更内容の十分な説明に努めること。

2 所得区分の適用及び限度区分資格確認書の取扱い

(1) 他広域連合への転出又は他広域連合からの転入があった場合

① 被保険者がいる既存の世帯に転入した被保険者

ア 所得区分の適用

転入した月は、転入者が新たに属する世帯の月の初日の所得区分を適用することとし、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には、新たな所得区分を翌月の初日から適用すること。

イ 限度区分資格確認書の取扱い

限度額適用・標準負担額減額認定証については、第五の2から4までの取扱いを準用すること。この場合においては、第五の3の

(1)中「適用区分欄に現役並み所得者Ⅱの場合には「現役Ⅱ」と、現役並み所得者Ⅰの場合には「現役Ⅰ」と記載することとあるのは「適用区分欄に低所得者Ⅱの場合には「区分Ⅱ」と、低所得者Ⅰの場合には「区分Ⅰ」と、第三の者の場合には「区分Ⅰ(老福)」と記載すること。規則第40条第6号に掲げる者である場合には「区分Ⅰ」に加え、「(境)」と記載することと読み替えること。

第七 世帯構成の変更がある場合の限度額適用認定及び限度額適用・標準負担額減額認定の事務取扱

1 事務手順

(1)～(3) (略)

(4) 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 (以下この第七において「認定証」という。)の作成

(3)による判定の結果、所得区分が変更となる被保険者について、既に認定証の交付を受けている場合は、新たな適用区分を表記した認定証を作成すること。

(5) 認定証の交付及び旧認定証の回収

(4)により作成した認定証を被保険者に交付するとともに、既に交付している認定証を確実に回収すること。交付に際しては、被保険者に対し変更内容の十分な説明に努めること。

2 所得区分の適用及び認定証の取扱い

(1) 他広域連合への転出又は他広域連合からの転入があった場合

① 被保険者がいる既存の世帯に転入した被保険者

ア 所得区分の適用

転入した月は、転入者が新たに属する世帯の月の初日の所得区分を適用することとし、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には、新たな所得区分を翌月の初日から適用すること。

イ 認定証の取扱い

被保険者が限度区分資格確認書の交付を受けようとするときは、任意記載事項申請書を提出しなければならないこと。

当該限度区分は、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には翌月以降の新たな限度区分と当月現在の限度区分を、変更がない場合には当該世帯の当月現在の限度区分を明記した資格確認書を速やかに交付すること。

② 被保険者がいない世帯に転入した（新しく世帯を形成した場合を含む。（2）の②において同じ。）被保険者本人について

ア 所得区分の適用

転入日から新たな所得区分を適用すること。

イ 限度区分資格確認書の取扱い

被保険者が限度区分資格確認書の交付を受けようとするときは、任意記載事項申請書を提出しなければならないこと。

新たな所得区分を記載した資格確認書を交付すること。

③ 転入者を受け入れた世帯に属する被保険者について

ア 所得区分の適用

転入者を受け入れた月は、当該月の初日の所得区分を適用することとし、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には、新たな所得区分を翌月の初日から適用すること。

イ 限度区分資格確認書の取扱い

所得区分が変更となる被保険者について、既に限度区分資格確認書の交付を受けている場合は、新たな限度区分を表記した資格確認書を作成すること。

当該限度区分は、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には、翌月以降の新たな限度区分と当月現在の限度区分を記載した資格確認書を当月末日までに交付し、従前の資格確認書は回収すること。

④ 他の広域連合への転出者があった世帯に属する被保険者について

③と同様に取り扱うこと。

(2) 同一広域連合内で他の世帯への転居又は他世帯からの転居等があった場合

① 他の世帯へ転居した被保険者本人について

ア 所得区分の適用

被保険者が認定証の交付を受けているときは、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には翌月以降の新たな適用区分と当月現在の適用区分を、変更がない場合には当該世帯の当月現在の適用区分を明記した認定証を速やかに交付すること。

② 被保険者がいない世帯に転入した（新しく世帯を形成した場合を含む。（2）の②において同じ。）被保険者本人について

ア 所得区分の適用

転入日から新たな所得区分を適用すること。

イ 認定証の取扱い

被保険者が認定証の交付を受けているときは、新たな所得区分を記載した認定証を交付すること。

③ 転入者を受け入れた世帯に属する被保険者について

ア 所得区分の適用

転入者を受け入れた月は、当該月の初日の所得区分を適用することとし、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には、新たな所得区分を翌月の初日から適用すること。

イ 認定証の取扱い

当該世帯の被保険者が認定証の交付を受けているときは、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には、翌月以降の新たな適用区分と当月現在の適用区分を記載した認定証を当月末日までに交付し、従前の認定証は回収すること。

④ 他の広域連合への転出者があった世帯に属する被保険者について

③と同様に取り扱うこと。

(2) 同一広域連合内で他の世帯への転居又は他世帯からの転居等があった場合

① 他の世帯へ転居した被保険者本人について

ア 所得区分の適用

転居した月は、月の初日において当該被保険者が属していた世帯の所得区分を適用することとし、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には、新たな所得区分を翌月の初日から適用すること。

なお、転居した月については、世帯の変更前後の自己負担額を通算し、当該被保険者が月の初日に属する世帯において自己負担限度額を適用すること。

イ 限度区分資格確認書の取扱い

(1) の③のイと同様に取り扱うこと。

- ② 被保険者がいない世帯に転居した被保険者本人について①と同様に取り扱うこと。
- ③ 他の世帯からの転居者を受け入れた世帯に属する被保険者について
 - (1) の③と同様に取り扱うこと。
- ④ 他の世帯への転居者があった世帯に属する被保険者について
 - (1) の③と同様に取り扱うこと。

第八・第九 (略)

第十 特定疾病給付対象療養に係る広域連合の認定

1 認定の申出

第九の1に規定する特定疾病給付対象療養に係る広域連合の認定(以下この第十において「認定」という。)を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を、特定疾病給付を行う都道府県を経由して、広域連合に申し出なければならないこと。

ア 被保険者番号

イ 認定を受けようとする被保険者の氏名及び個人番号

ウ 認定を受けようとする被保険者が受けるべき特定疾病給付の名称

なお、当該申出は、都道府県から広域連合に対し、認定を受けようとする被保険者に係る上記のアからウに掲げる事項等を記載した連絡票A又はB(※3)を送付することにより行われるものであること。

※3 連絡票A: 実施機関において限度額適用認定又は限度額適用・標準負担額減額認定を受けていることの確認ができない被保険者に係る連絡票(後期高齢者医療広域連合認定区分の欄が空欄であるもの。)

転居した月は、月の初日において当該被保険者が属していた世帯の所得区分を適用することとし、当該世帯の所得区分に変更が生じる場合には、新たな所得区分を翌月の初日から適用すること。

なお、転居した月については、世帯の変更前後の自己負担額を通算し、当該被保険者が月の初日に属する世帯において自己負担限度額を適用すること。

イ 認定証の取扱い

(1) の③のイと同様に取り扱うこと。

- ② 被保険者がいない世帯に転居した被保険者本人について①と同様に取り扱うこと。
- ③ 他の世帯からの転居者を受け入れた世帯に属する被保険者について
 - (1) の③と同様に取り扱うこと。
- ④ 他の世帯への転居者があった世帯に属する被保険者について
 - (1) の③と同様に取り扱うこと。

第八・第九 (略)

第十 特定疾病給付対象療養に係る広域連合の認定

1 認定の申出

第九の1に規定する特定疾病給付対象療養に係る広域連合の認定(以下この第十において「認定」という。)を受けようとする被保険者は、次に掲げる事項を、特定疾病給付を行う都道府県を経由して、広域連合に申し出なければならないこと。

ア 被保険者番号

イ 認定を受けようとする被保険者の氏名及び個人番号

ウ 認定を受けようとする被保険者が受けるべき特定疾病給付の名称

なお、当該申出は、都道府県から広域連合に対し、認定を受けようとする被保険者に係る上記のアからウに掲げる事項等を記載した連絡票A又はB(※3)を送付することにより行われるものであること。

※3 連絡票A: 実施機関に対して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示しない被保険者に係る連絡票(後期高齢者医療広域連合認定区分の欄が空欄であるもの。)

連絡票B：実施機関において限度額適用認定又は限度額適用・標準負担額減額認定を受けていることの確認ができた被保険者に係る連絡票（後期高齢者医療広域連合認定区分の欄に所得区分の記載があるもの。）

2～7 （略）

第十一 （略）

第十二

1・2 （略）

3 特定疾病療養受療証の交付

(1) 広域連合は、特定疾病認定を行った場合には、その者に交付される特定疾病療養受療証（以下「受療証」という。）に、認定した疾病名、保険者番号、被保険者番号、特定疾病認定を受けた者の居住地、氏名、生年月日及び性別、発効期日等の必要な事項を記載すること。

特定疾病認定を受けている者が、特定疾病区分が記載された資格確認書（以下「特定疾病資格確認書」という。）の交付を受けようとするときは、住所地の広域連合に任意記載事項申請書を提出しなければならないこと。

(2) 受療証の発効期日の欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること。ただし、新たに被保険者となった者については、当該被保険者となった日を記載すること。なお、資格取得日が申請日より前である場合において、資格取得日の属する月に申請が行うことが困難だったとして保険者が認めた場合は、遡及して認定を行って差し支えない。また、特定疾病資格確認書の発効期日の欄には、次の日付の中で、最新の日付を記載すること。

・資格取得年月日

・保険者番号が変更された年月日（保険者適用開始年月日）

・特定疾病有効開始年月日

(3) 受療証又は特定疾病資格確認書を交付する際には、交付した者に対し、認定した疾病により医療機関等において療養を受ける際に、電子資格確認により被保険者であることの確認を受ける場合を除き、当該医療機関等の窓口で、当該受療証又は特定疾病資格確認書を提示するよう指導すること。

連絡票B：実施機関に対して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示した被保険者に係る連絡票（後期高齢者医療広域連合認定区分の欄に所得区分の記載があるもの。）

2～7 （略）

第十一 （略）

第十二

1・2 （略）

3 特定疾病療養受療証の交付

(1) 広域連合は、特定疾病認定を行った場合には、その者に交付される特定疾病療養受療証（以下「受療証」という。）に、認定した疾病名、保険者番号、被保険者番号、特定疾病認定を受けた者の居住地、氏名、生年月日及び性別、発効期日等の必要な事項を記載すること。

(2) 受療証の発効期日の欄には、申請のあった日の属する月の初日を記載すること。ただし、新たに被保険者となった者については、当該被保険者となった日を記載すること。なお、資格取得日が申請日より前である場合において、資格取得日の属する月に申請が行うことが困難だったとして保険者が認めた場合は、遡及して認定を行って差し支えない。

(3) 受療証を交付する際には、交付した者に対し、認定した疾病により医療機関等において療養を受ける際に、被保険者証を提出することにより被保険者であることの確認を受ける場合には、当該医療機関等の窓口で、被保険者証等とともに、当該受療証を提示するよう指導すること。

4 その他

(1)・(2) (略)

(3) 死亡、転出、障害不該当等の場合においては、速やかに、受療証又は特定疾病資格確認書を回収するものとする。

(4) (略)

第十三 支給方法

1 高額療養費支給制度は、同一月に同一医療機関を受診した場合等は現物給付によるものであるが、同一月に複数の医療機関を受診した場合等は、被保険者からの申請に基づき支給するものであること。

2～4 (略)

II 食事療養標準負担額の減額の取扱い

第一 制度の概要

1 食事療養標準負担額については、1日に3食に相当する額を限度とし、1食につき490円とされているところであるが、所得の状況その他の事情をしん酌すべき者(以下IIにおいて「減額対象者」という。)については食事療養標準負担額が減額されること。

なお、平成28年3月31日において、1年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成28年4月1日以後引き続き保険医療機関に入院する者については、当分の間、平成28年4月改正前の食事療養標準負担額を適用し、当該者が減額対象者でない場合、1食につき260円であること。当該者が平成28年4月1日以後、合併症等により一の保険医療機関を退院した日において他の保険医療機関に再入院する場合についても、経過措置は継続すること。(当該者が再び同一日において他の保険医療機関に再々入院する場合も同様であること。)

2 電子的確認により限度額適用・標準負担額減額認定を受けていることの確認を受けること又は限度額適用・標準負担額減額認定が記載された資格確認書を医療機関の窓口で提示することにより食事療養標準負担額の減額を受けることができるものであること。

第二 減額対象者の範囲と食事療養標準負担額

4 その他

(1)・(2) (略)

(3) 死亡、転出、障害不該当等の場合においては、速やかに、受療証を回収するものとする。

(4) (略)

第十三 支給方法

1 高額療養費支給制度は、原則として償還払いによるものであり、被保険者からの申請に基づき支給するものであること。

2～4 (略)

II 食事療養標準負担額の減額の取扱い

第一 制度の概要

1 食事療養標準負担額については、1日に3食に相当する額を限度とし、1食につき460円(ただし、平成28年4月1日から平成30年3月31日までの間においては、1食につき360円)とされているところであるが、所得の状況その他の事情をしん酌すべき者(以下IIにおいて「減額対象者」という。)については食事療養標準負担額が減額されること。

なお、平成28年3月31日において、1年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成28年4月1日以後引き続き保険医療機関に入院する者については、当分の間、平成28年4月改正前の食事療養標準負担額を適用し、当該者が減額対象者でない場合、1食につき260円であること。当該者が平成28年4月1日以後、合併症等により一の保険医療機関を退院した日において他の保険医療機関に再入院する場合についても、経過措置は継続すること。(当該者が再び同一日において他の保険医療機関に再々入院する場合も同様であること。)

2 電子的確認により限度額適用・標準負担額減額認定を受けていることの確認を受けること又は限度額適用・標準負担額減額認定証を医療機関の窓口で提示することにより食事療養標準負担額の減額を受けることができるものであること。

第二 減額対象者の範囲と食事療養標準負担額

1 減額対象者の範囲と食事療養標準負担額

食事療養標準負担額については、法第74条第2項の規定及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額(平成19年厚生労働省告示第395号)の規定により、下表のとおりとされたこと。

食事療養標準負担額一覧

被保険者の分類		食事療養標準負担額
A	一般の被保険者及び現役並み所得者(指定難病患者(難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定特定医療を受ける同項に規定する指定難病の患者をいう。以下同じ。)を除く。)	1食につき <u>490円</u>
B	C、Dのいずれにも該当しない指定難病患者	1食につき <u>280円</u>
C	低所得者Ⅱに該当していることにつき広域連合の認定を受けている者 (C1) 過去1年の入院日数が90日以下(長期非該当者)	1食につき <u>230円</u>
	(C2) 過去1年の入院日数が90日超(長期該当者)	1食につき <u>180円</u>
D	低所得者Ⅰ又はⅠの第三の者に該当していることについて広域連合の認定を受けている者	1食につき <u>110円</u>

2 (略)

第三 長期該当者である場合の取扱い

1 限度額適用・標準負担額減額認定を受けている被保険者については、当該認定をもって食事療養標準負担額の減額を受けることができるが、低所得者Ⅱに該当する者(第二の1の表のC)については、長期該当者と長期非該当者とでその取扱いが異なることから、低所得者Ⅱに該当していることについての広域連合の認定を受けている被保

1 減額対象者の範囲と食事療養標準負担額

食事療養標準負担額については、法第74条第2項の規定及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額(平成19年厚生労働省告示第395号)の規定により、下表のとおりとされたこと。

食事療養標準負担額一覧

被保険者の分類		食事療養標準負担額
A	一般の被保険者及び現役並み所得者(指定難病患者(難病の患者に対する医療等に関する法律(平成26年法律第50号)第5条第1項に規定する指定特定医療を受ける同項に規定する指定難病の患者をいう。以下同じ。)を除く。)	1食につき <u>460円</u> (ただし、平成28年4月1日から平成30年3月31日までの間においては、1食につき <u>360円</u>)
B	C、Dのいずれにも該当しない指定難病患者	1食につき <u>260円</u>
C	低所得者Ⅱに該当していることにつき広域連合の認定を受けている者 (C1) 過去1年の入院日数が90日以下(長期非該当者)	1食につき <u>210円</u>
	(C2) 過去1年の入院日数が90日超(長期該当者)	1食につき <u>160円</u>
D	低所得者Ⅰ又はⅠの第三の者に該当していることについて広域連合の認定を受けている者	1食につき <u>100円</u>

2 (略)

第三 長期該当者である場合の取扱い

1 限度額適用・標準負担額減額認定を受けている被保険者については、当該認定をもって食事療養標準負担額の減額を受けることができるが、低所得者Ⅱに該当する者(第二の1の表のC)については、長期該当者と長期非該当者とでその取扱いが異なることから、低所得者Ⅱに該当していることについての広域連合の認定を受けている被保

険者が長期該当者である場合においては、入院日数届書に、当該入院日数届書を提出した月以前の12月以内の入院日数及び当該入院をした医療機関の名称及び所在地を記載し、入院日数を確認できる書類（異動前の保険者（以下「前保険者」という。）での入院日数を算定対象とする場合にあっては、前保険者での市町村民税非課税被保険者等（※4）の認定を受けている期間に係る入院日数を確認できる書類とする。）を添付しなければならないこと。

（削る）

- 2 低所得者Ⅱに該当していることについての認定を受けている被保険者であって、入院日数届書を提出したものが長期非該当者である場合においては、当該被保険者に対して、医療機関における入院日数が90日を超えた場合には、再度、長期該当者に係る届出を行うよう指導すること。

第四 食事療養標準負担額に関する特例

1 （略）

2 添付書類

食事差額支給申請書には、現に支払った食事療養標準負担額を証明する書類及び入院日数を確認できる書類を添付し、限度額適用・標準負担額減額認定が記載された資格確認書の交付を受けている者は当該資格確認書を添えて申請しなければならないこと。

3 （略）

第五 （略）

Ⅲ 生活療養標準負担額の減額の取扱い

第一 制度の概要

- 1 生活療養標準負担額については、1日につき370円と、3食に相当する額を限度として1食につき490円（入院時生活療養（Ⅱ）を算定する保険医療機関に入院する者については1食につき450円）との合計額とされているところであるが、所得の状況、病状の程度、

険者が長期該当者である場合においては、入院日数届書に、当該入院日数届書を提出した月以前の12月以内の入院日数及び当該入院をした医療機関の名称及び所在地を記載し、入院日数を確認できる書類（異動前の保険者（以下「前保険者」という。）での入院日数を算定対象とする場合にあっては、前保険者での市町村民税非課税被保険者等（※4）の認定を受けている期間に係る入院日数を確認できる書類とする。）を添付しなければならないこと。

- 2 広域連合が、当該被保険者を長期該当者であると認めた場合において、当該被保険者から限度額適用・標準負担額減額認定証の交付申請があったときは、当該被保険者に交付する限度額適用・標準負担額減額認定証の「長期入院該当年月日」欄に、当該交付申請のあった日の属する月の翌月の初日（長期該当者に係る限度額適用・標準負担額減額認定証が有効期限に達し、8月中に申請を行ったときは8月1日）を記載し、保険者印を押印したうえで交付すること。

- 3 低所得者Ⅱに該当していることについての認定を受けている被保険者であって、入院日数届書を提出したものが長期非該当者である場合においては、当該被保険者に対して、医療機関における入院日数が90日を超えた場合には、再度、長期該当者に係る届出を行うよう指導すること。

第四 食事療養標準負担額に関する特例

1 （略）

2 添付書類

食事差額支給申請書には、現に支払った食事療養標準負担額を証明する書類及び入院日数を確認できる書類を添付し、限度額適用・標準負担額減額認定証の交付を受けている場合は当該限度額適用・標準負担額減額認定証を添えて申請しなければならないこと。

3 （略）

第五 （略）

Ⅲ 生活療養標準負担額の減額の取扱い

第一 制度の概要

- 1 生活療養標準負担額については、1日につき370円と、3食に相当する額を限度として1食につき460円（入院時生活療養（Ⅱ）を算定する保険医療機関に入院する者については1食につき420円）との合計額とされているところであるが、所得の状況、病状の程度、

治療の内容、その他の事情をしん酌すべき者（以下Ⅲにおいて「減額対象者」という。）については生活療養標準負担額が減額されること。

なお、平成28年3月31日において、1年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成28年4月1日以後引き続き保険医療機関に入院する者が、入院医療の必要性の高い者として療養病床に転床した場合（一の保険医療機関を退院した日において入院医療の必要性の高い者として他の保険医療機関の療養病床に再入院する場合を含む。）については、当分の間、平成28年4月改正前の生活療養標準負担額を適用し、当該者が減額対象者でない場合、1日につき0円と1食につき260円との合計額であること。

- 2 電子的確認により限度額適用・標準負担額減額認定を受けていることの確認を受けること又は限度額適用・標準負担額減額認定が記載された資格確認書を医療機関の窓口で提示することにより生活療養標準負担額の減額を受けることができるものであること。

第二 減額対象者の範囲と生活療養標準負担額

1 減額対象者の範囲と生活療養標準負担額

生活療養標準負担額については、法第75条第2項の規定及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の規定により、下表のとおりとされたこと。

生活療養標準負担額一覧

表1 入院医療の必要性の高い者（健康保険法施行規則第62条の3第4号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者をいう。以下同じ。）及び指定難病患者のいずれにも該当しない者

		被保険者の分類	生活療養標準負担額
A	一般の被保険者及び現役並み所得者	入院時生活療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関に入院している者	1日につき370円と1食につき490円との合計額
		入院時生活療養（Ⅱ）を算定する保険医療機関に入院している者	1日につき370円と1食につき450円との合計額
B	低所得者Ⅱに該当していることにつき広域連合の認定を受けている者（Dに		1日につき370円と1食につき2

治療の内容、その他の事情をしん酌すべき者（以下Ⅲにおいて「減額対象者」という。）については生活療養標準負担額が減額されること。

なお、平成28年3月31日において、1年以上継続して精神病床に入院していた者であって、平成28年4月1日以後引き続き保険医療機関に入院する者が、入院医療の必要性の高い者として療養病床に転床した場合（一の保険医療機関を退院した日において入院医療の必要性の高い者として他の保険医療機関の療養病床に再入院する場合を含む。）については、当分の間、平成28年4月改正前の生活療養標準負担額を適用し、当該者が減額対象者でない場合、1日につき0円と1食につき260円との合計額であること。

- 2 電子的確認により限度額適用・標準負担額減額認定を受けていることの確認を受けること又は限度額適用・標準負担額減額認定証を医療機関の窓口で提示することにより生活療養標準負担額の減額を受けることができるものであること。

第二 減額対象者の範囲と生活療養標準負担額

1 減額対象者の範囲と生活療養標準負担額

生活療養標準負担額については、法第75条第2項の規定及び後期高齢者医療の食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額の規定により、下表のとおりとされたこと。

生活療養標準負担額一覧

表1 入院医療の必要性の高い者（健康保険法施行規則第62条の3第4号の規定に基づき厚生労働大臣が定める者をいう。以下同じ。）及び指定難病患者のいずれにも該当しない者

		被保険者の分類	生活療養標準負担額
A	一般の被保険者及び現役並み所得者	入院時生活療養（Ⅰ）を算定する保険医療機関に入院している者	1日につき370円と1食につき460円との合計額
		入院時生活療養（Ⅱ）を算定する保険医療機関に入院している者	1日につき370円と1食につき420円との合計額
B	低所得者Ⅱに該当していることにつき広域連合の認定を受けている者（Dに		1日につき370円と1食につき2

	該当する者を除く)	<u>30円</u> との合計額
C	低所得者Ⅰに該当していることにつき 広域連合の認定を受けている者 (Dに 該当する者を除く)	1日につき370 円と1食につき <u>140円</u> との合計額
D	Ⅰの第三の者に該当していることにつ いて広域連合の認定を受けている者	1日につき0円と 1食につき <u>110円</u> との合計額

	該当する者を除く)	<u>10円</u> との合計額
C	低所得者Ⅰに該当していることにつき 広域連合の認定を受けている者 (Dに 該当する者を除く)	1日につき370 円と1食につき <u>130円</u> との合計額
D	Ⅰの第三の者に該当していることにつ いて広域連合の認定を受けている者	1日につき0円と 1食につき <u>100円</u> との合計額

表2 入院医療の必要性の高い者 (指定難病患者を除く。)

被保険者の分類		生活療養標準負担額
A	一般の被保険者及び現役並み所得者	入院時生活療養(Ⅰ)を算定する保険医療機関に入院している者 1日につき370円と1食につき <u>490円</u> との合計額
		入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関に入院している者 1日につき370円と1食につき <u>450円</u> との合計額

表2 入院医療の必要性の高い者 (指定難病患者を除く。)

被保険者の分類		生活療養標準負担額
A	一般の被保険者及び現役並み所得者	1日につき370円と1食につき <u>460円</u> との合計額 (ただし、平成29年10月1日から平成30年3月31日までの間においては、1日につき200円と1食につき360円との合計額)
		入院時生活療養(Ⅱ)を算定する保険医療機関に入院している者 1日につき370円と1食につき <u>420円</u> との合計額 (ただし、平成29年10月1日から平成30年3月31日までの間においては、1日につき200円と1食につき360円との合計額)

B	低所得者Ⅱに該当していることにつき広域連合の認定を受けている者	(B1) 過去1年の入院日数が90日以下 (長期非該当者)	1日につき370円と1食につき <u>230円</u> との合計額	B	低所得者Ⅱに該当していることにつき広域連合の認定を受けている者	(B1) 過去1年の入院日数が90日以下 (長期非該当者)	1日につき370円と1食につき <u>210円</u> との合計額 (ただし、平成29年10月1日から平成30年3月31日までの間においては、1日につき <u>200円</u> と1食につき <u>210円</u> との合計額)
		(B2) 過去1年の入院日数が90日超 (長期該当者)	1日につき370円と1食につき <u>180円</u> との合計額			(B2) 過去1年の入院日数が90日超 (長期該当者)	1日につき370円と1食につき <u>160円</u> との合計額 (ただし、平成29年10月1日から平成30年3月31日までの間においては、1日につき <u>200円</u> と1食につき <u>160円</u> との合計額)
C	低所得者Ⅰに該当していることについて広域連合の認定を受けている者 (Dに該当する者を除く。)		1日につき370円と1食につき <u>110円</u> との合計額	C	低所得者Ⅰに該当していることについて広域連合の認定を受けている者 (Dに該当する者を除く。)		1日につき370円と1食につき <u>100円</u> との合計額 (ただし、平成29年10月1日から平成30年3月31日までの間においては、1日につき <u>200円</u> と1食につき <u>100円</u> との合計額)
D	Iの第三の者に該当していることについて		1日につき0円と	D	Iの第三の者に該当していることについて		1日につき0円と

	て広域連合の認定を受けている者	1食につき <u>110</u> 円との合計額
--	-----------------	----------------------------

表3 指定難病患者

		被保険者の分類	生活療養標準負担額
A	一般の被保険者及び現役並み所得者		1日につき0円と 1食につき <u>280</u> 円との合計額
B	低所得者Ⅱに該当していることにつき広域連合の認定を受けている者	(B1) 過去1年の入院日数が90日以下 (長期非該当者)	1日につき0円と 1食につき <u>230</u> 円との合計額
		(B2) 過去1年の入院日数が90日超 (長期該当者)	1日につき0円と 1食につき <u>180</u> 円との合計額
C	低所得者Ⅰ又はⅠの第三の者に該当していることについて広域連合の認定を受けている者		1日につき0円と 1食につき <u>110</u> 円との合計額

第三 (略)

IV (略)

別紙

特定疾病に係る特例に関する事務取扱について (Ⅰの第十一及び第十二)

一 (略)

二 特定疾病に係る認定の申請が血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に係るものである場合には、申請書類として、裁判による和解調書の抄本であって申請に係る者が血液凝固因子製剤に起因するH I V感染者であることが確認できるもの(裁判所により交付されたものに限る。)又は(財)友愛福祉財団が実施する「血液製剤によるエイズ患者等のための救済事業」の対象者(遺族見舞金、遺族一時金及び葬祭料に係る者を除く。),「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援事業」の対象者又は「エイズ発症予防に資するための血液製剤によるH I V感染者の調査研究事業」の対象者であることが示された医薬品

	いて広域連合の認定を受けている者	1食につき <u>100</u> 円との合計額
--	------------------	----------------------------

表3 指定難病患者

		被保険者の分類	生活療養標準負担額
A	一般の被保険者及び現役並み所得者		1日につき0円と 1食につき <u>260</u> 円との合計額
B	低所得者Ⅱに該当していることにつき広域連合の認定を受けている者	(B1) 過去1年の入院日数が90日以下 (長期非該当者)	1日につき0円と 1食につき <u>210</u> 円との合計額
		(B2) 過去1年の入院日数が90日超 (長期該当者)	1日につき0円と 1食につき <u>160</u> 円との合計額
C	低所得者Ⅰ又はⅠの第三の者に該当していることについて広域連合の認定を受けている者		1日につき0円と 1食につき <u>100</u> 円との合計額

第三 (略)

IV (略)

別紙

特定疾病に係る特例に関する事務取扱について (Ⅰの第十一及び第十二)

一 (略)

二 特定疾病に係る認定の申請が血液凝固因子製剤の投与に起因するH I V感染症に係るものである場合には、申請書類として、裁判による和解調書の抄本であって申請に係る者が血液凝固因子製剤に起因するH I V感染者であることが確認できるもの(裁判所により交付されたものに限る。)又は(財)友愛福祉財団が実施する「血液製剤によるエイズ患者等のための救済事業」の対象者(遺族見舞金、遺族一時金及び葬祭料に係る者を除く。),「血液製剤によるエイズ患者等のための健康管理支援事業」の対象者又は「エイズ発症予防に資するための血液製剤によるH I V感染者の調査研究事業」の対象者であることが示された医薬品

医療機器総合機構により交付された通知書の写しを提出させること。なお、この場合においては、医師の意見書その他の証拠書類を省略させることができること。

また、特定疾病に係る認定の申請については、郵送又は代理人（患者による委任状を所持する者に限る。）による申請が可能であること。また、郵送による受療証の交付も可能とし、その場合には、申請書の欄外に郵送を希望する旨を記載させるとともに、申請書類として申請者のあて先を記した封筒を添付させること。なお、郵送の際には簡易書留で送付すること。

三・四 （略）

医療機器総合機構により交付された通知書の写しを提出させること。なお、この場合においては、医師の意見書その他の証拠書類を省略させることができること。

また、特定疾病に係る認定の申請については、郵送又は代理人（患者による委任状を所持する者に限る。）による申請が可能であること。また、郵送による受領証の交付も可能とし、その場合には、申請書の欄外に郵送を希望する旨を記載させるとともに、申請書類として申請者のあて先を記した封筒を添付させること。なお、郵送の際には簡易書留で送付すること。

三・四 （略）