

● 医療受給者証について

小児慢性特定疾病医療受給者証は以下のとおりとなります。

小児慢性特定疾病医療受給者証

原則として「52138013」となります。
ただし、生活保護受給世帯の方、血友病患者等の場合「52137015」となります。

自己負担上限額に達するまで医療機関窓口での支払いが発生します。
なお、薬局・訪問看護ステーションにおいても、窓口での支払いが発生します。

※1か月の自己負担額が上限を超えることがないよう、自己負担上限額管理票で管理していくことになります。

下記の項目に該当する場合に○が記載されています。

- 高額長期…医療費総額が5万円/月(医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円/月)を超える月が年間6回以上ある
- 重症認定…重症認定基準を満たしている
- 人工呼吸器等…人工呼吸器等を装着している
- 同一世帯…医療保険上の世帯内に小児慢性特定疾病又は難病の認定受給者がいる

公費負担者番号	5	2	1	3	8	0	1	3	
受給者番号	1	2	3	4	5	6	7		
受診者	氏名	東京 花子						性別	女
	住所	東京都新宿区西新宿二丁目8番1号							
	生年月日	平成26年 5月30日							
保護者	氏名	東京 太郎					続柄		
	住所	東京都新宿区西新宿二丁目8番1号							
病名	J001			慢性腎疾患015					
保険者番号	12345678						適用区分	ウ	
有効期間	令和2年4月1日から令和3年3月31日まで								
月額自己負担上限額	5,000円				入院時食事療養費自己負担	1/2			
自己負担上限額特例	高額長期		重症認定		人工呼吸器等		同一世帯		
指定医療機関	全国の小児慢性特定疾病指定医療機関								
認定条件									

病名欄は疾患群名に認定疾病の疾病コードを記載します。
なお、悪性新生物については、「J」と記載します。
※疾病コードについては、当局ホームページに掲載する「小児慢性特定疾病認定疾病一覧(疾病コード表)」を御確認ください。

高額療養費適用区分の「ア、イ、ウ、エ、オ」を記載します(生活保護世帯は空欄となります)。
手書きによる場合もあります。

入院時食事療養費に自己負担が発生します。自己負担がある場合には「1/2」と記載します。
なお、生活保護世帯の方及び血友病患者の方の場合、自己負担額は発生しないため、「0円」と記載します。

医療受給者証に記載する指定医療機関について、これまで東京都では申請者から申出のあった医療機関名を個々に記載しておりましたが、現在「全国の小児慢性特定疾病指定医療機関」と記載しております。

上記のとおり認定します。
令和○年○月○日

東京都知事

