

# 更新手続きのご案内（令和8年度版）

## —広島県特定医療費（指定難病）受給者証—

現在お持ちの「特定医療費（指定難病）受給者証」の有効期間は、令和8年11月30日までです。  
継続して受給者証の交付を希望される方は、更新手続きを行ってください。

### 1. 受付期間

## 令和8年6月1日(月)～令和8年8月3日(月)まで

※受付期間を過ぎても一定期間は更新手続きが可能ですが、更新後の受給者証の発送は、遅くなります。なお、令和8年12月2日以降に提出されますと、有効期間が途切れる場合がありますので注意してください。

### 2. 更新申請の流れ

#### ①難病指定医に「臨床調査個人票（診断書）」の作成を依頼

※臨床調査個人票の様式は同封していないため、医療機関に発行を依頼してください。

#### ②必要書類の準備（⇒2ページ）及び申請書の記入（⇒3～4ページ）

記載事項に変更がある場合は、該当箇所を二重線で消し、赤字で訂正してください。

#### ③申請書類を提出

お住まいの管轄保健所（⇒8ページ）に提出してください。

郵送での申請も可能ですが、郵送料は自己負担となります。

※郵送事故に関する責任は負いかねます。

○更新後の新しい受給者証は、11月上旬より順次発送予定です。

○申請書類に不備がある場合や臨床調査個人票の内容について医療機関に確認が必要となった場合は、発送が遅れることがあります。

○要件を満たさない場合は、受給者証を交付できないこともあります。

○マイナ保険証を所有している場合でも、「健康保険証」に替わり保険者から発行されている「資格確認証」又は「資格情報のお知らせ」は廃棄しないでください。今後の申請手続きにおいて、保険証情報を確認する際に必要となります（マイナ保険証のみでは保険証情報が分からないため）。

## 目次

更新手続きに必要な書類・・・2ページ  
申請書の記入方法・・・3～4ページ  
自己負担上限額について・・・5ページ  
特例について・・・5～6ページ

- (1)軽症高額
- (2)高額かつ長期
- (3)人工呼吸器等装着者
- (4)世帯内按分

変更について・・・6ページ  
研究利用等の同意書に関する説明等・・・7ページ  
更新申請の問合せ先・提出先・・・8ページ

 広島県公式ホームページ

【健康・福祉・子育て>疾病対策課>難病対策】

※各種様式及び詳細について  
掲載しています。



## 更新手続に必要な書類

□をチェックしながら、必要書類がそろっているか確認してください。

(※ 提出書類がA4サイズより小さい場合は、A4用紙に貼り付けてください。)

全員が提出する書類											
□	①	<p>特定医療費(指定難病)支給認定申請書(更新)</p> <p>・記入方法を参考に、同封の申請書へ記入してください。 (記入方法⇒3～4ページ)</p>									
□	②	<p>臨床調査個人票 (記入年月日が6か月以内のものを提出してください。6か月を超えている場合は受理することができません。)</p> <p>・認定疾患について、医療機関に作成を依頼してください。 ・医療機関によっては作成に時間を要する場合がありますので、提出期日に間に合うよう、お早めに難病指定医に依頼してください。 ・文書料は、自己負担となります。</p>									
□	③	<p>医療保険の資格情報を確認できる書類</p> <p>※次のいずれか： ・「資格情報のお知らせ」のコピー ・「資格確認書」のコピー ・マイナポータルから「医療保険資格情報」を印刷したものの</p>									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>保険種別</th> <th>必要分(支給認定基準世帯員)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>市町の国民健康保険</td> <td rowspan="2">住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する16歳以上の方全員分</td> </tr> <tr> <td>国民健康保険組合 (建設国保、医師国保など)</td> </tr> <tr> <td>後期高齢者医療制度</td> <td>住民票上の世帯で、患者と同じ健康保険に加入する方全員分</td> </tr> <tr> <td>上記以外の医療保険 (被用者保険)</td> <td>患者と被保険者(医療保険の加入者) ※患者本人の保険証に被保険者の名前の記入があれば、被保険者分は省略可能です。</td> </tr> </tbody> </table>	保険種別	必要分(支給認定基準世帯員)	市町の国民健康保険	住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する16歳以上の方全員分	国民健康保険組合 (建設国保、医師国保など)	後期高齢者医療制度	住民票上の世帯で、患者と同じ健康保険に加入する方全員分	上記以外の医療保険 (被用者保険)	患者と被保険者(医療保険の加入者) ※患者本人の保険証に被保険者の名前の記入があれば、被保険者分は省略可能です。
		保険種別	必要分(支給認定基準世帯員)								
		市町の国民健康保険	住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する16歳以上の方全員分								
国民健康保険組合 (建設国保、医師国保など)											
後期高齢者医療制度	住民票上の世帯で、患者と同じ健康保険に加入する方全員分										
上記以外の医療保険 (被用者保険)	患者と被保険者(医療保険の加入者) ※患者本人の保険証に被保険者の名前の記入があれば、被保険者分は省略可能です。										
<p>特定医療費(指定難病)受給者証・自己負担上限額管理票のコピー</p> <p>申請月を含む過去12か月の医療費が分かる自己負担上限額管理票のコピーを提出してください。</p>											
□	④	<p>申請月を含む過去12か月の医療費が分かる自己負担上限額管理票のコピーを提出してください。</p>									
該当者のみ提出する書類											
□	⑤	<p>令和8年度 市町村民税(非)課税証明書</p> <p>次の要件に該当する16歳以上の方は、提出が必要です。</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>要件</th> <th>必要分</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>個人番号(マイナンバー)未提出者</td> <td>支給認定基準世帯員全員分</td> </tr> </tbody> </table> <p>※必ず、<u>令和8年度</u>のものを提出してください。 ※市町村民税について、未申告の場合は、税の申告を行った上で、合計所得金額や市町村民税の所得割・均等割額等のすべてが明記されているものを提出してください。</p>	要件	必要分	個人番号(マイナンバー)未提出者	支給認定基準世帯員全員分					
		要件	必要分								
個人番号(マイナンバー)未提出者	支給認定基準世帯員全員分										
<p>生活保護等受給証明書類等のコピー</p> <p>生活保護受給者、中国残留邦人等支援法による支援給付者の場合は証明書類の提出が必要です。 (※「支給開始日」が分かるもの)</p>											
□	⑦	<p>「<u>軽症高額</u>」「<u>高額・長期</u>」に該当 医療費総額が確認できる書類</p> <p>④受給者証・自己負担上限額管理票のコピーで医療費総額の確認ができない場合は、次のいずれかの書類を提出してください。 ○領収書及び診療明細書のコピー並びに医療費申告書 ○<u>軽症高額・高額長期証明書</u> ※「医療費申告書」、「軽症高額・高額長期証明書」は広島県ホームページに様式があります。</p>									
□	⑧	<p>「<u>世帯内按分</u>」に該当 受給者証(指定難病・小児慢性特定疾病)のコピー</p> <p>患者と同じ健康保険に加入している同一世帯内に指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者証を所持している方がいる場合は、提出が必要です。</p>									

# 申請書の記入方法（表面）

特定医療費（指定難病）支給認定申請書 更新 ※受付期間：令和8年8月3日(月)まで

広島県知事 様

印字されている内容に、変更がある場合は、二重線で消し、赤字で訂正してください。(⇒6ページ)

印字されていない内容があれば記入してください。

支給認定の申請に当たり、次の事項に同意します。  
 指導、市町が作成する災害対策基本法に規定する避難行動要支援者名簿及び個別避難計画の基礎資料として  
 と取扱いが必要な患者（DV被害者等）の氏名、住所及び生年月日については、安否不明者の情報として公  
 衆、県警及び市町で使用されること。  
 の個人番号を特定すること。  
 患者らの課税状況、収入及び医療保険の資格情報を調査し、自己負担上限額を決定すること。  
 医療費を調査し、要件に該当する場合は軽症高額への認定を行うこと。  
 申請書に提出された資料が正確でない場合は、同意したものとみなします。

記入日を記入してください。

患者本人又は、保護者（患者が18歳未満の場合）の氏名を記入してください。

令和8年 6月 9日 申請者氏名 県庁 太郎

※申請者は、患者本人又は保護者（患者が18歳未満の場合）となります。

患者に関する事項	ふりがな	けんちょう たろう	生年月日	受給者番号（転入を除く）						
	氏名	県庁 太郎	昭和20年10月10日	1	2	3	4	5	6	7
	住所	〒 730 - 8511 広島市中区基町10-52-101								
	電話番号	※日中に連絡が取れる番号を記載してください。 090-1234-5678								
	病名	(按分)(人工)[6]パーキンソン病、[97]潰瘍性大腸炎（軽症高額）（高額・長期）								
加入する医療保険	保険の名称	広島県健康保険組合	記号・番号	1234 56						

日中に連絡の取れる番号を記入してください。

郵便物の送付先（上記1の住所と異なる住所に送付を希望される場合は送付先、18歳未満の場合は保護者の連絡先を記入してください）

〒 730 - 8511

広島市中区基町10-52-303

送付先の宛名：県庁 次郎 様（保護者・親族・成年後見人）  
送付先の電話番号：080-1234-5678

特例（該当する事項にチェック☑し、必要事項を記入してください。）

特例	添付書類
<input checked="" type="checkbox"/> 軽症高額	次のいずれかを添付 <input checked="" type="checkbox"/> 自己負担上限額管理票のコピー（新規申請除く） <input type="checkbox"/> 領収書・明細書のコピー <input type="checkbox"/> 軽症高額・高額長期証明書
<input checked="" type="checkbox"/> 高額かつ長期	
<input checked="" type="checkbox"/> 人工呼吸器等	
<input checked="" type="checkbox"/> 世帯内按分	<input checked="" type="checkbox"/> 按分相手の受給者証のコピーを添付

重症度分類による基準を満たさない方が対象  
 ・上記1の病名の治療にかかった医療費総額（10割相当額）が33,330円を超えた月数が、申請月を含む過去12か月以内に3回以上あった。  
 市町村民税課税世帯の自己負担上限額の減額  
 ・上記1の病名の治療にかかった医療費総額（10割相当額）が50,000円を超えた月数が、申請月を含む過去12か月以内に6回以上あった。  
 自己負担上限額の減額  
 ・人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を1日中使用している。  
 自己負担上限額の按分  
 ・同じ医療保険の世帯員に指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる。

<input checked="" type="checkbox"/> 指定難病	受給者番号	氏名
<input type="checkbox"/> 小児慢性	0 1 2 3 4 5 6	県庁 良子
	受給者番号	氏名

特例に該当する場合は、チェック☑し、必要事項を記入してください。

「患者に関する事項」の「病名」の前後に該当する特例を印字していますので、参考にしてください。

特例	印字	詳細	必要書類
(1)軽症高額	(軽症高額)	5ページ	2ページ⑦
(2)高額かつ長期	(高額・長期)	5ページ	2ページ⑦
(3)人工呼吸器等	(人工)	6ページ	なし
(4)世帯内按分	(按分)	6ページ	2ページ⑧

# 申請書の記入方法（裏面）

**支給認定基準世帯員** ※ 患者が加入する医療保険にチェックし、必要事項を記入してください。

患者が加入する医療保険		記入が必要な方（支給認定基準世帯員）
<input type="checkbox"/>	国民健康保険（市町国保・国保組合）	住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する16歳以上の方全員。
<input checked="" type="checkbox"/>	後期高齢者医療制度	住民票上の世帯で、患者と同じ医療保険に加入する方全員。
<input type="checkbox"/>	上記以外（会社の健康保険、共済など）	住民票が異なる場合も含めて、患者と被保険者（医療保険の加入者）のみ。

患者が加入する医療保険を確認の上、チェックし、右欄に該当する者の「氏名」「生年月日」「住所」を下の表に記入してください。

住所は、令和8年1月1日時点で、住民票のある市町を記入してください。

続柄を記入し、区分（「生活保護」、「非課税」、「課税」のいずれか）にチェックをしてください。

すべての支給認定基準世帯員が「非課税」である場合、必ずどちらかにチェックをしてください。

氏名（支給認定基準世帯員）		の続柄	区分
患者	氏名： 県庁 太郎	本人	<input type="checkbox"/> 生活保護
	住所： 広島 都・道・府・市 広島 市 区・町・村		<input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
(1)	氏名： 県庁 良子	妻	<input type="checkbox"/> 生活保護
	生年月日：大 23 年 12 月 12 日 住所： 広島 都・道・府・市 広島 市 区・町・村		<input checked="" type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税
(2)	氏名：		<input type="checkbox"/> 生活保護
	生年月日：大・昭・平・令 年 月 日 住所： 都・道・府・県 市・区・		<input type="checkbox"/> 非課税 <input type="checkbox"/> 課税

**収入に** ※ 市町村民税が非課税の世帯の方のみ、次のいずれかにチェックし、必要事項を記入してください。

- 患者本人（患者が18歳未満の場合はその保護者）の年間収入額は82万6500円を超えるため、低所得Ⅱ（自己負担上限額5,000円）に該当します。（下欄の記入不要）
- 患者本人（患者が18歳未満の場合はその保護者）の年間収入額は82万6500円以下のため、低所得Ⅰ（自己負担上限額5,000円）に該当します。（下欄に記入及び関係書類を添付）...

年間収入額（令和7年1月1日～12月31日まで）が82万6,500円以下の場合、下欄に記入してください。

	年間収入額
① 市町村民税非課税証明書の合計所得金額 ※ 給与所得を有する者は、合計所得金額から10万円を控除。 ※ 公的年金等の収入金額が82万6500円以下の場合、合計所得金額から公的年金等の収入金額に係る雑所得を控除。	0 円
② 公的年金等の収入金額	150,000 円
③ その他収入 ※ 該当するものに○を付け、年金証書や給付決定通知書など、受給額のわかる書類のコピーを添付。 障害基礎年金 障害厚生年金 障害共済年金 特別児童扶養手当 特別障害者手当 経過的福祉手当 障害基礎年金 遺族厚生年金 遺族共済年金 障害児福祉手当 特別障害給付金 障害補償給付 受給なし	450,000 円
	600,000 円

その他収入がある場合は、該当するものに○を付け、受給歴の分かる書類のコピーを添付してください。その他収入がない場合は「受給なし」に○を付けてください。

※年間収入額 合計した額です。

※上記にチェックがない場合や、個人番号を利用し年間収入額が82万6500円を超えることが確認できた場合は低所得Ⅱ（自己負担上限額5,000円）と認定します。



### (3)人工呼吸器等装着者（自己負担上限額を下げる特例）

人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を1日中使用している場合は、自己負担上限額が軽減されます。

対象者	臨床調査個人票の「人工呼吸器に関する事項」が次の①②のいずれかに該当する方 ①人工呼吸器を装着していて、「離脱の見込みなし」、「一日中施行」、生活状況「部分介助」・「全介助」・「不能又は不可能」をすべて満たす方 ②体外式補助人工心臓を装着している方
-----	--

### (4)世帯内按分（自己負担上限額を下げる特例）

患者本人と同じ健康保険に加入している世帯員が、指定難病や小児慢性特定疾病の受給者証を所持している場合、自己負担上限額が按分（各受給者の上限額が減額）されます。

対象者	・同一の健康保険に加入している世帯員の中に、指定難病又は小児慢性特定疾病の受給者がいる方 ・患者本人が小児慢性特定疾病の受給者証も所持している方（※指定難病と同一疾病の場合は対象外）
必要書類	受給者証（指定難病・小児慢性特定疾病）のコピー（⇒2ページ⑧）

### 変更について

現在お持ちの受給者証の記載事項等に変更がある場合は、変更申請を同時に行うことができます。

#### (1)住所、氏名、送付先の変更

申請書に印字されている該当箇所を二重線で消し、赤字で訂正してください。

また、変更が分かる書類を提出してください。

#### (2)世帯員（支給認定基準世帯員）の追加・変更

住民票（世帯員全員分の続柄、マイナンバー入り）を提出してください。

※新たに世帯員となった方のマイナンバーカードのコピー（両面）でも可。

#### (3)医療保険の変更

申請書に印字されている「保険の名称」「記号・番号」を二重線で消し、赤字で訂正してください。

変更後の保険種別によって、次のとおり必要書類が異なります。該当者の①医療保険の資格情報を確認できる書類及び②マイナンバーの分かる書類を提出してください。

変更後の保険種別	①医療保険の資格情報を確認できる書類	②マイナンバーの分かる書類 (マイナンバー入り住民票、又はマイナンバーカード(通知カード*)のコピー)
市町の国民健康保険	住民票上の世帯で、患者と同じ健康保険に加入する16歳以上の方全員分	追加で医療保険の資格情報を確認できる書類を提出することとなった世帯員分
国民健康保険組合 (建設国保、医師国保など)		
後期高齢者医療制度	住民票上の世帯で、患者と同じ健康保険に加入する方全員分	追加で医療保険の資格情報を確認できる書類を提出することとなった世帯員分
上記以外の医療保険 (被用者保険)	患者と被保険者(医療保険の加入者) ※患者本人の保険証に被保険者の名前の記入があれば、被保険者分は省略可能です。	(※被保険者が変わった場合のみ) 新たな被保険者分

\*通知カードのコピーは、通知カードに記載の住所や名前などに変更がない場合のみ利用できます。

#### (4)病名の追加・変更

申請書の病名欄に、赤字で追記又は印字されている病名を訂正してください。

追加・変更となった病名の臨床調査個人票を添付してください。

#### ※階層区分の変更

現在お持ちの受給者証の階層区分を令和8年度の課税状況に基づく階層区分に変更する場合は、別途申請が必要です。

## 指定難病の医療費助成の申請における臨床調査個人票情報の研究等への利用についての同意書

### 本同意書に関する説明

指定難病の患者に対する良質かつ適切な医療支援を実施するため、当該疾病の程度が一定以上である者等に対し、申請に基づき医療費助成を実施しています。

申請時に提出していただく「臨床調査個人票」は、医療費助成・登録者証発行の対象となるか否かの審査に用いられますが、加えて、同意をいただいた方については、記載されている情報を厚生労働省のデータベースに登録し、指定難病に関する創薬の研究開発や政策立案等にも活用させていただきます。

本紙をお読みいただき、臨床調査個人票の情報が、①厚生労働省のデータベースに登録されることや、②研究機関等の第三者に提供され、指定難病に関する創薬の研究開発等に利用されることに同意いただける場合は、申請書の「同意します」にチェックしてください。

また、同意をいただいた後も、その同意を撤回することができます。同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回することも可能です。

なお、同意については任意であり、同意されない場合も医療費助成の可否に影響を及ぼしません。

### データベースに登録される情報と個人情報保護

厚生労働省のデータベースに登録される情報は、臨床調査個人票に記載された項目です。

臨床調査個人票臨床調査個人票については、以下の URL をご参照ください。

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000084783.html>

厚生労働省のデータベースは、個人情報保護に十分に配慮して構築しています。データベースに登録された情報を研究機関等の第三者に提供するに当たっては、厚生労働省の審議会における審査を行います。

患者個人を識別することができない「匿名加工」を行うため、患者個人の氏名や住所等の情報は第三者に提供されません。提供された情報を活用した研究成果は公表されますが、その際にも、個人が特定される情報が掲載されることはありません。

また、提供された情報を活用する企業等に対しては、情報漏洩防止のための安全管理措置等の情報の取扱いに関する義務が課されます。義務違反の場合には、厚生労働大臣による立入検査や是正命令が行われるとともに、情報の不適切利用等に対して罰則があります。

臨床研究等の実施に関して協力を求める場合は、改めて、それぞれの研究者等から主治医を介して説明が行われ、皆様の同意を得ることになります。

### データベースに登録された情報の活用方法

厚生労働省のデータベースに登録された情報は、

- ①国や地方公共団体が、難病対策の企画立案に関する調査
  - ②大学等の研究機関が、難病患者の良質かつ適切な医療の確保や療養生活の質の維持向上に資する研究
  - ③民間事業者等が、難病患者の医療・福祉分野の研究開発に資する分析等
- を行う場合に活用されます。

例えば、製薬企業等が、創薬のために、開発したい治療薬の対象患者の概要把握（重症度等の経過・治験の実行可能性等）や治験で使用する指標の検討等に活用することが想定されます。

### 同意の撤回

同意をいただいた後も、情報の登録や、登録された情報の研究機関等の第三者への提供・利用について、同意を撤回することができます。いただきました同意の撤回書を踏まえて、厚生労働省において速やかに対応いたします。必要な手続は、厚生労働省ホームページを確認してください。

同意撤回後に、その情報が第三者に提供されることはありませんが、既に情報を提供している場合等には、その情報の削除はできませんので了承ください。

なお、同意の撤回は、同意書に署名した方が代理人の場合は、原則として当該代理人の方の署名をお願いします。ただし、同意書提出時に未成年だった患者の方が、成人後に撤回する場合においては、この限りではありません。

## 問合せ先・提出先

必要書類（⇒2ページ）をそろえて、お住まいの地域の保健所に早めに提出してください。  
 なお、郵送で申請される場合の郵送料は、自己負担となります。

お住まいの地域	問合せ・提出先	所在地 / 電話
大竹市、廿日市市	西部保健所 (保健課 健康増進係)	〒738-0004 廿日市市桜尾二丁目 2-68 ☎ (0829) 32-1181
安芸高田市 府中町、海田町 熊野町、坂町 安芸太田町、北広島町	西部保健所 広島支所 (保健課 健康増進係)	〒730-0011 広島市中区基町 10-52 (広島県農林庁舎 1階) ☎ (082) 513-5526
呉市	呉市保健所 (地域保健課)	〒737-0041 呉市和庄一丁目 2-13 ☎ (0823) 25-3525 ※東保健センター又は各保健出張所でも受け付けます。
江田島市	西部保健所 呉支所 (厚生保健課 保健係)	〒737-0811 呉市西中央一丁目 3-25 ☎ (0823) 22-5400
竹原市、東広島市 大崎上島町	西部東保健所 (保健課 健康増進係)	〒739-0014 東広島市西条昭和町 13-10 ☎ (082) 422-6911
三原市、尾道市 世羅町	東部保健所 (保健課 健康増進係)	〒722-0002 尾道市古浜町 26-12 ☎ (0848) 25-2011
福山市	福山市保健所 (保健予防課)	〒720-8512 福山市三吉町南二丁目 11-22 ☎ (084) 928-1127 ※福山市各支所(保健福祉課)でも受け付けます。
府中市、神石高原町	東部保健所 福山支所 (保健課 健康増進係)	〒720-8511 福山市三吉町一丁目 1-1 ☎ (084) 921-1311
三次市、庄原市	北部保健所 (保健課 健康増進係)	〒728-0013 三次市十日市東四丁目 6-1 ☎ (0824) 63-5181