

特定医療費（指定難病）受給者証更新申請事務における誤送付について

1 概要

中讃保健福祉事務所で実施している特定医療費（指定難病）受給者証更新申請の事務処理において、提出のあった申請書類について、書類の一部追記と、不足資料の提出を依頼した際に、文書に誤送付が1件あったことが判明しました。

2 経緯

(1) 発覚の経緯

- 5月24日(金)に、A氏から、送付されてきた封筒の中に、同姓のB氏あての臨床調査個人票作成依頼書(別紙1)、市町村民税所得課税証明書省略に係る調書(別紙2)が誤って送付されている旨の連絡がありました。

(2) 中讃保健福祉事務所の対応

- 5月24日(金)に、A氏からB氏あての臨床調査個人票作成依頼書、市町村民税所得課税証明書省略に係る調書を回収しました。
- 5月24日(金)に、B氏に面会し謝罪するとともに、市町村民税所得課税証明書省略に係る調書等をお渡ししました。

※「臨床調査個人票作成依頼書」について

特定医療費（指定難病）受給者証更新申請に必要である難病指定医の診断書の作成を医療機関に依頼する際に、申請者が医療機関に提出するものです。

※「市町村民税所得課税証明書省略に係る調書」について

特定医療費（指定難病）受給者証更新申請に必要である市町村民税所得課税証明書の提出の省略を希望される申請者が県に提出するものです。

3 原因

文書および同封書類を封入する際、ダブルチェックが十分ではなく、誤封入に気がつかなかったものです。

4 再発防止策

本事案を踏まえ、関係職員に注意喚起を行うとともに、文書について、異なる職員によるダブルチェックを徹底するよう改めて指示し、再発の防止に努めます。

臨床調査個人票作成依頼書(国指定)

下記に、「疾病名」「氏名」「以前の登録氏名」「生年月日」「住所」を記入して、難病指定医にお渡しください。

1 疾病に1枚必要です。複数疾病がある等で用紙が足りない場合は、お手数ですが、この用紙をコピーするか、県のホームページからダウンロードして御使用ください。

疾 病 名

フリガナ
氏 名

フリガナ
以前の登録氏名
(現在お持ちの受給者証記載の氏名を御記入ください。)

生年月日 西暦 年 月 日

住 所

〒

【病院御担当者様】

※R6.4.1からオンライン化が始まったことにより、県からの様式配付は終了します。臨床調査個人票を紙で提出される指定医の方は、難病情報センターHP等より、最新の様式を入手して御対応ください。病院にインターネット環境がない場合は、病院から直接県に御依頼ください。

※難病DBを利用する場合は、患者にDB利用の同意を得た後、患者にアクセスキー付臨床調査個人票をお渡しください。なお、患者がアクセスキーのみの臨床調査個人票を希望された場合は、そちらをお渡しください。

市町村民税所得課税証明書省略に係る調書

(更新申請に必要な書類：⑤令和6年度市町村民税所得課税証明書(原本)を省略希望の方のみ提出してください。記載方法は、「更新のしおり」5ページを御覧ください。)

<確認事項> 次の1、2に該当する方は省略可能です。

1 加入する健康保険が、国民健康保険、後期高齢及び被用者保険の方

(**△ 国保組合に加入の方、被用者保険に加入し市町村民税非課税の方、収入未申告の方は省略できません。**)

2 DV(ドメスティックバイオレンス)や虐待により、支援措置を受けていない方

上記、確認しました。

この調書に誤りがあった場合は、市(区)町村発行の所得課税証明書を提出します。

受診者…18歳未満の場合は保護者氏名
代理人…代理人の場合は委任状(裏面)が必要

受診者又は代理人

令和 年 月 日

氏名

省略希望対象者<記入欄>

受診者	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
	氏名			年 月 日
	※令和6年 1月1日時点の 住所地	<input type="checkbox"/> 申請書と 同じ	都道府県	市区町村
(住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村)				
受診者と 同じ健康 保険に 加入する者	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
	氏名			年 月 日
	※令和6年 1月1日時点の 住所地	<input type="checkbox"/> 申請書と 同じ	都道府県	市区町村
(住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村)				
受診者と 同じ健康 保険に 加入する者	フリガナ		生年月日	大・昭・平・令
	氏名			年 月 日
	※令和6年 1月1日時点の 住所地	<input type="checkbox"/> 申請書と 同じ	都道府県	市区町村
(住所地と異なる自治体で住民税が課税されている場合は、その市区町村)				

記入欄が不足する場合はコピーしてください。

注1 所得課税証明書の情報は県では保有しておらず、マイナンバーを使用して市(区)町村に照会して情報を取得します。この事務時間に時間を要するため、所得課税証明書を省略せず申請したときよりも受給者証の発行時期が遅くなり、10月を過ぎることがあります。

注2 この調書に不備や記載誤りがある場合 及び 省略不可の方であることがわかった場合は情報が取得できないため、市(区)町村が発行した紙での所得課税証明書を提出いただきます。

記載方法（※10月1日時点の状況により、次の方を記載してください。）

- ▶受診者の保険が被用者保険の場合…被保険者（非課税の場合は書類の省略不可）
- ▶受診者の保険が国民健康保険・後期高齢の場合
…受診者と同一の保険に加入する世帯全員分
- ▶中学生以下かつ非課税の方は所得課税証明書を省略できますので記載不要です。
- ▶代理人が提出する場合は、委任状が必要です。

【委任状】

申請者（患者本人又は保護者）以外の者が当該書類を作成する場合は、下記委任状欄を記入ください。

※患者本人または保護者が作成したものを、家族の方などが提出する場合は、記入する必要はありません。

委 任 状	
代理人	<u>住所</u> _____
	<u>氏名</u> _____
この調書の提出を上記の者に委任します。	
	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日
委任者（受診者 及び 同一世帯の家族）	
<u>氏名</u>	<u>印</u>
<u>氏名</u>	<u>印</u>
<u>氏名</u>	<u>印</u>
<u>氏名</u>	<u>印</u>