

# 特定医療費受給者証 更新手続きのしおり

## 更新手続きの流れ



### 同封物の確認

- ・ 特定医療費（香川県指定難病）支給認定申請書
- ・ 個人番号（マイナンバー）調書
- ・ 臨床調査個人票作成依頼書
- ・ 更新手続きのしおり
- ・ 返信用封筒



### 臨床調査個人票 作成依頼

- ① 患者が臨床調査個人票作成依頼書に記入
  - ② ①を医療機関に提出
  - ③ 医療機関から臨床調査個人票を受け取る
- ※作成に時間がかかるので  
早めに依頼してください。



### 申請書の記入 必要書類準備

- ① 下の提出書類一覧の**1番と2番の書類に署名・記入**
- ② 提出書類一覧を確認して、その他必要な書類を揃える。



### 提出

返信用封筒に提出書類を入れ、切手を貼り郵送する。

**7月17日締切**

※更新しない場合は申請先(p.2)に連絡ください。

番号

## 提出書類一覧

参照  
ページ

全員提出

1	特定医療費（香川県指定難病）支給認定申請書	案内書類に同封	p.3~5				
2	個人番号（マイナンバー）調書	案内書類に同封	p.6				
3	申請者の本人確認書類のコピー	※「2 個人番号（マイナンバー）調書」に貼り付け	p.6				
4	個人番号確認書類のコピー	※「2 個人番号（マイナンバー）調書」に貼り付け	p.6				
	<table border="1"> <tr> <th>【加入している医療保険】</th> <th>【個人番号確認書類が必要な方】</th> </tr> <tr> <td>国保、国保組合、後期高齢</td> <td>患者、及び同一保険世帯全員</td> </tr> <tr> <td>協会けんぽ、〇〇健保組合、〇〇共済</td> <td>患者、及び被保険者（会社にお勤めの方）</td> </tr> </table>	【加入している医療保険】		【個人番号確認書類が必要な方】	国保、国保組合、後期高齢	患者、及び同一保険世帯全員	協会けんぽ、〇〇健保組合、〇〇共済
【加入している医療保険】	【個人番号確認書類が必要な方】						
国保、国保組合、後期高齢	患者、及び同一保険世帯全員						
協会けんぽ、〇〇健保組合、〇〇共済	患者、及び被保険者（会社にお勤めの方）						
5	臨床調査個人票	かかりつけの難病指定医に作成依頼	p.7				
6	自己負担上限額管理票のコピー（R7.7月以降のもの） 氏名を記入し提出。原則提出ですが、p.8の特例申請をしない場合、提出しなくても構いません。		p.8				

対象者のみ提出

7	令和8年度市町村民税所得課税証明書	6月以降に市役所等で取得	p.7					
	<table border="1"> <tr> <th>【対象者】</th> <th>【必要な所得課税証明書】</th> </tr> <tr> <td>協会けんぽ、〇〇共済、〇〇健保組合加入で、<b>被保険者が住民税非課税</b>の方</td> <td>患者と被保険者のうち、住民税未申告の方の分</td> </tr> <tr> <td>国保、国保組合、後期高齢加入で<b>住民税未申告の同一保険世帯員</b>がいる方</td> <td>同一保険世帯員のうち、住民税未申告の方の分 ※義務教育を修了していない世帯員分は不要</td> </tr> </table>	【対象者】	【必要な所得課税証明書】	協会けんぽ、〇〇共済、〇〇健保組合加入で、 <b>被保険者が住民税非課税</b> の方	患者と被保険者のうち、住民税未申告の方の分	国保、国保組合、後期高齢加入で <b>住民税未申告の同一保険世帯員</b> がいる方	同一保険世帯員のうち、住民税未申告の方の分 ※義務教育を修了していない世帯員分は不要	
【対象者】	【必要な所得課税証明書】							
協会けんぽ、〇〇共済、〇〇健保組合加入で、 <b>被保険者が住民税非課税</b> の方	患者と被保険者のうち、住民税未申告の方の分							
国保、国保組合、後期高齢加入で <b>住民税未申告の同一保険世帯員</b> がいる方	同一保険世帯員のうち、住民税未申告の方の分 ※義務教育を修了していない世帯員分は不要							

## 更新申請後の流れ



締切（7/17）までの提出にご協力ください。更新申請の受付は9月30日まで可能ですが、

**10月1日以降は受付できません。**

受付順に審査を行います。締切後の提出の場合、審査が遅れる場合があります。

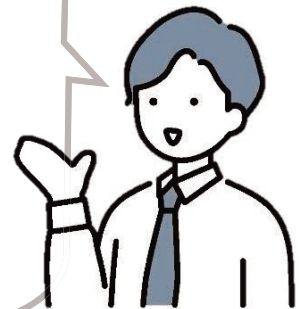
締切までに提出いただいた場合は、8月下旬～9月下旬にかけて受給者証を発送します。

## 個人番号カードを用いた電子申請が可能となりました！

右の二次元コードから申請してください。



- ※ 個人番号カード、およびICカードリーダーライター（スマートフォン等）が必要です。
- ※ 一部書類は、郵送での提出が必要な場合があります。



## 郵送での申請の説明動画を作成しました！

国の指定難病の説明動画ですが、県の指定難病の場合も原則同様です。

香川県 指定難病 更新 YouTube



申請先（お問い合わせ先）

開庁時間：平日 8:30～17:15

お住いの市町	申請先	所在地	電話
さぬき市・東かがわ市 三木町・直島町	東讃保健福祉事務所 保健対策課	〒769-2401 さぬき市津田町津田930-2 大川合同庁舎 3階	0879-29-8265
小豆郡	小豆総合事務所 保健福祉課	〒761-4121 小豆郡土庄町湊崎甲2079-5 小豆合同庁舎 東館 1階	0879-62-1373
丸亀市・坂出市・善通寺市 綾歌郡・仲多度郡	中讃保健福祉事務所 健康福祉課	〒763-0082 丸亀市土器町東八丁目526	0877-24-9961
観音寺市・三豊市	西讃保健福祉事務所 保健対策課	〒768-0067 観音寺市坂本町七丁目3-18 三豊合同庁舎 1階	0875-25-2052
高松市	香川県保健福祉総務課 難病等対策グループ	〒760-8570 高松市番町四丁目1番10号 県庁本館16階	087-832-3272

# 申請書の記入方法について

1

令和8年4月時点の内容を印字しています。  
印字内容に修正がある場合、二重線で訂正してください。

2

黄色部分に、**署名**・記入してください。

消しゴム等で消せるもの（鉛筆・消せるボールペン）は使用しないでください。  
詳しい説明は次のページをご確認ください。

(記入例)

特定医療費（香川県指定難病）支給認定申請書【更新】				
送付先（確認して訂正）	電話番号	0000-00-0000	続柄 本人	
	761-4567 高松市〇〇町 <del>9-10-11</del> 香川 太郎 様	送付先は住所地と異なっても構いません。		
必ず記入	申請者（受診者）氏名 (18歳未満の場合は保護者氏名)	署名をしてください ※患者が18歳未満の場合は保護者が署名		
	香川 太郎	また、自己負担額の決定に必要な世帯状況、課税状況、生活保護受給状況、国民健康保険等の医療保険加入状況、年金受給状況、特別児童扶養手当等の受給状況を県が調査すること及び関係機関が県へ情報提供することに同意し、また支給認定基準世帯員全員の同意を得て、特定医療費の支給を申請します。		
確認して訂正	受診者	疾病名	優性腎不全	
	受給者番号	9 9 9 9 9 9 9	生年月日	昭和〇年〇月〇日
	フリガナ	カガワ タロウ		
	氏名	香川 太郎		
住民票の住所	〒761-4132 高松市〇〇町1234-5678	電話番号	000-000-0000	
必ず記入	受診者・保護者の収入状況 (令和7年中)	遺族年金や障害年金等（右記の6つ）の支給について、該当するものに印を付けてください。未記入の場合は、「支給がない」とします。		
	<input type="checkbox"/> ①支給がない <input type="checkbox"/> ②支給がある(年間82万6500円を超える) <input checked="" type="checkbox"/> ③支給がある(年間82万6500円以内)	左記の③に印を付けられた方は次の中から受給しているものに印を付けてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金( <input type="checkbox"/> 日本年金 <input type="checkbox"/> 共済組合 ) <input type="checkbox"/> 障害年金( <input type="checkbox"/> 日本年金 <input type="checkbox"/> 共済組合 ) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 福祉手当 <input type="checkbox"/> 障害		
特例等の申請 (未記入の場合は「無」とします。)	人工呼吸器等装着 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「手続きのしおり」p.8参照	高額かつ長期 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 「手続きのしおり」p.8参照	③の場合はこちらでも✓してください。 特例申請する場合、✓してください。✓がない場合、「無」とします。(詳細はp8参照)	
医療保険（確認して訂正）	保険種別 保険者名称	<del>香川県後期高齢者医療広域連合</del>		
	被保険者氏名	香川 太郎		
	氏名 (受診者)	受診者との続柄 (本人)	患者の加入する医療保険や、令和8年10月1日時点で患者と同じ保険に加入している方に追加・変更があれば訂正してください。	
	香川 花子	配偶者		

**昭和26年生まれで10月1日までに75歳になる方へ**

保険が「後期高齢者医療証」に変わります。  
保険者名称を「香川県後期高齢者医療広域連合」に修正してください。  
また、同じ世帯で令和8年10月1日時点で後期高齢者医療証を持つ方、全員を記入してください。

### 3 申請書（表面）に不明点がある場合に確認してください。

#### 令和7年の収入状況について（非課税収入について）

必ず記入	受診者・保護者の収入状況（令和7年中）	遺族年金や障害年金等（右記の6つ）の支給について、該当するものに☑を付けてください。未記入の場合は、「受給がない」とします。	左記の③に☑を付けられた方は次の中から受給しているものに☑を付けてください。
		<input type="checkbox"/> ①受給がない <input checked="" type="checkbox"/> ②受給がある(年間82万6500円を超える) <input checked="" type="checkbox"/> ③受給がある(年間82万6500円以内)	<input checked="" type="checkbox"/> 遺族年金 ( <input type="checkbox"/> 日本年金 <input type="checkbox"/> 共済組合 ) ( <input type="checkbox"/> 機構支給 <input type="checkbox"/> 事業団等支給 ) <input type="checkbox"/> 障害年金 ( <input type="checkbox"/> 日本年金 <input type="checkbox"/> 共済組合 ) ( <input type="checkbox"/> 機構支給 <input type="checkbox"/> 事業団等支給 ) <input type="checkbox"/> 特別児童扶養手当 <input type="checkbox"/> 障害手当 <input type="checkbox"/> 福祉手当 <input type="checkbox"/> 障害補償 ( 労災 )

一般的な年金（老齢年金）は該当しません。

- ・ 右の収入一覧の収入があるか確認してください。
- ・ 該当しない場合は「①受給がない」に✓してください。

#### 右の収入一覧に該当する場合

- ・ 該当する場合は②か③の「収入がある」に✓してください。
- ・ 収入（所得金額(年金分を除く)+公的年金収入+上記の収入）が82万6500円を超える場合は②、超えない場合は③に✓してください。

#### →③に✓した場合

- ・ 右の収入一覧にも✓してください。

#### 受診者と同じ医療保険の人について

医療保険	いる方について	保険種別	香川県指定難病 香川県後期高齢者医療広域連合		
		被保険者氏名	香川 太郎	保険記号・番号・枝番	02468910
		氏名	受診者との続柄	R8.1.1時点の住民票の市町村	【県使用欄】
		(受診者)	(本人)	(市町村名) 高松市	<input type="checkbox"/> 非 (82.65万 円超 <input type="checkbox"/> 以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 内
		香川 花子	配偶者	(市町村名)	<input type="checkbox"/> 非 (82.65万 円超 <input type="checkbox"/> 以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 内
				(市町村名)	<input type="checkbox"/> 非 (82.65万 円超 <input type="checkbox"/> 以内) <input type="checkbox"/> 均 <input type="checkbox"/> 内

- ・ 国民保険、職別の国民健康保険組合、後期高齢
  - … 同じ世帯、同じ保険の全員  
(別世帯の、就学中の扶養している子も含む)
- ・ 協会けんぽ、共済組合、〇〇健康保険組合、船員保険等（被用者保険）
  - …被保険者（会社にお勤めの方）と  
その被扶養者（扶養されている方）全員
- ・ 同じ医療保険に加入している方が香川県指定難病の受給者の場合は受給者番号も記入してください。
- ・ R8.1.1時点の住民票の市町村
  - 令和8年1月1日時点の住民票上の住所地も記入してください。
  - 空欄の場合は、申請書の「住民票の住所」欄の住所で処理します。

4

申請書（裏面）の印字部分に修正がある場合に二重線で訂正してください。

5

赤枠部分に該当する場合は記入してください。

（記入例）

①受療医療機関（難病指定医療機関に限ります。）

主に利用している病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションに変更があれば修正してください。

※こちらに記載がなくても難病の指定医療機関

医療機関（確認して訂正）	名称		
<input type="checkbox"/>	病院		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	薬局		<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

主に利用する医療機関に変更があった場合は二重線で削除・追記

※ここに記載のない医療機関であっても、指定医療機関であれば医療費助成を受けることができます。

※以前に記入された医療機関等がある方は18箇所まで印字しています。

臨床調

※県

患者が18歳未満の場合

②保護者欄（受診者が18歳未満の場合に記入してください。）

フリガナ	受診者との続柄	電話番号
氏名		( ) -
住民票の住所		

表面以外の連絡先がある場合

※別居のご家族や施設の方の連絡先でも構いません

③日中の連絡先

表面に記入した電話番号以外に、日中連絡可能な連絡先がある場合に記入してください。

氏名	受診者との続柄	電話番号
		( ) -

④療養状況・保健師への相談希望について

この項目及び臨床調査個人票は、香川県が難病患者さんの支援に役立てるために使用します。

同意いただける方のみ☑をつけてください。

医療処置	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 植込型補助人工心臓（VAD）（※ペースメーカーとは異なります） <input type="checkbox"/> 該当なし
生活場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設
保健師への相談	<input type="checkbox"/> 希望する（→後日、保健師より電話連絡します。） <input type="checkbox"/> 希望しない

香川県が難病患者さんの支援に役立てるために使用することに同意いただける場合

<input type="checkbox"/> 高長	<input type="checkbox"/> 人工	1回目審査	2回目審査
1回目 ( )	2回目 ( )	( )	( )
備考			

更新申請書類の提出後に、住所、氏名、保険、課税額等に変更があった場合は、申請先（p2）までご連絡ください。

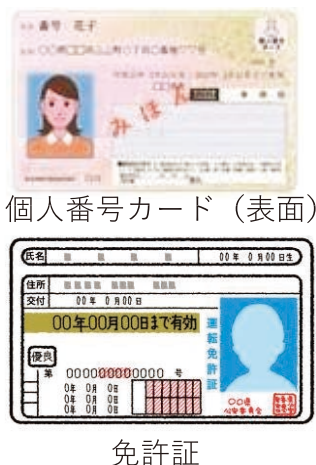
# 個人番号(マイナンバー)調書

## 個人番号(マイナンバー)調書の記載に従って

- 1 氏名・個人番号等を記入してください。
- 2 申請者(又は代理人)の本人確認書類のコピーと記入した個人番号の確認書類のコピーの両方を添付してください。

## 本人確認書類のコピー・個人番号確認書類のコピー

申請者の  
本人確認書類※



個人番号提出者の  
個人番号確認書類(いずれか1つ)



【本人確認書類】※代理人が申請する場合は代理人の確認書類

次のうちいずれか

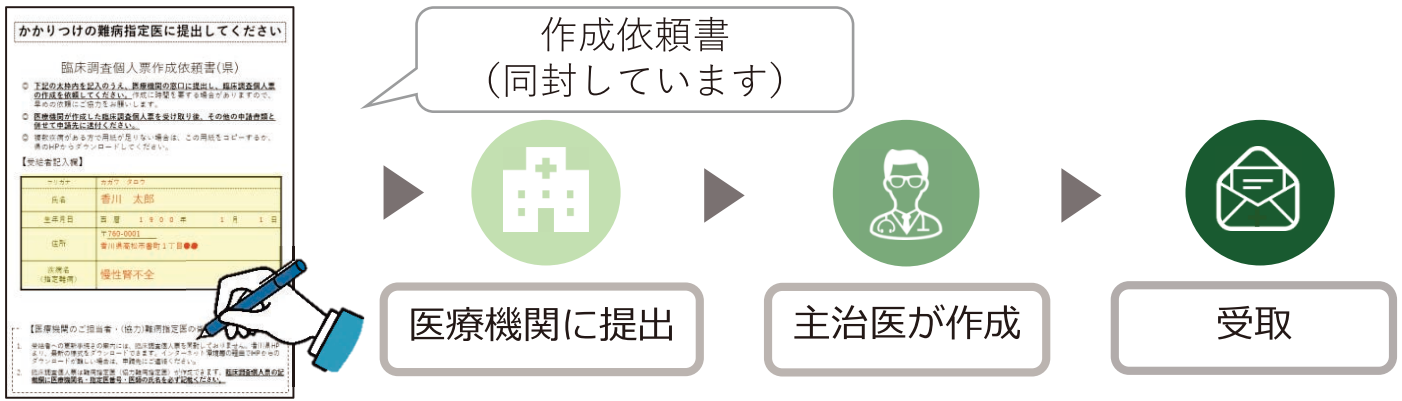
- ①個人番号カード表面
- ②運転免許証/運転経歴証明書/旅券/身体障害者手帳/精神障害者保健福祉手帳療育手帳/在留カード/特別永住者証明書
- ③官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類で写真の表示があり、氏名、生年月日又は住所が記載されているもの

※①から③までの書類がない場合は、以下の書類の中から2つ以上  
ア 公的医療保険の資格確認書/年金手帳/児童扶養手当証書/特別児童扶養手当証書  
イ 官公署から発行・発給された書類その他これに類する書類で、氏名、生年月日又は住所が記載されているもの(※「特定医療費(指定難病)医療受給者証」が利用できます)

### <個人番号を提出しない場合>

上記の書類を提出をされない方は、住民票、医療保険の資格情報を確認できる資料(資格確認書等)のコピー、令和8年度所得課税証明書等の提出が必要です。

# 臨床調査個人票の入手方法

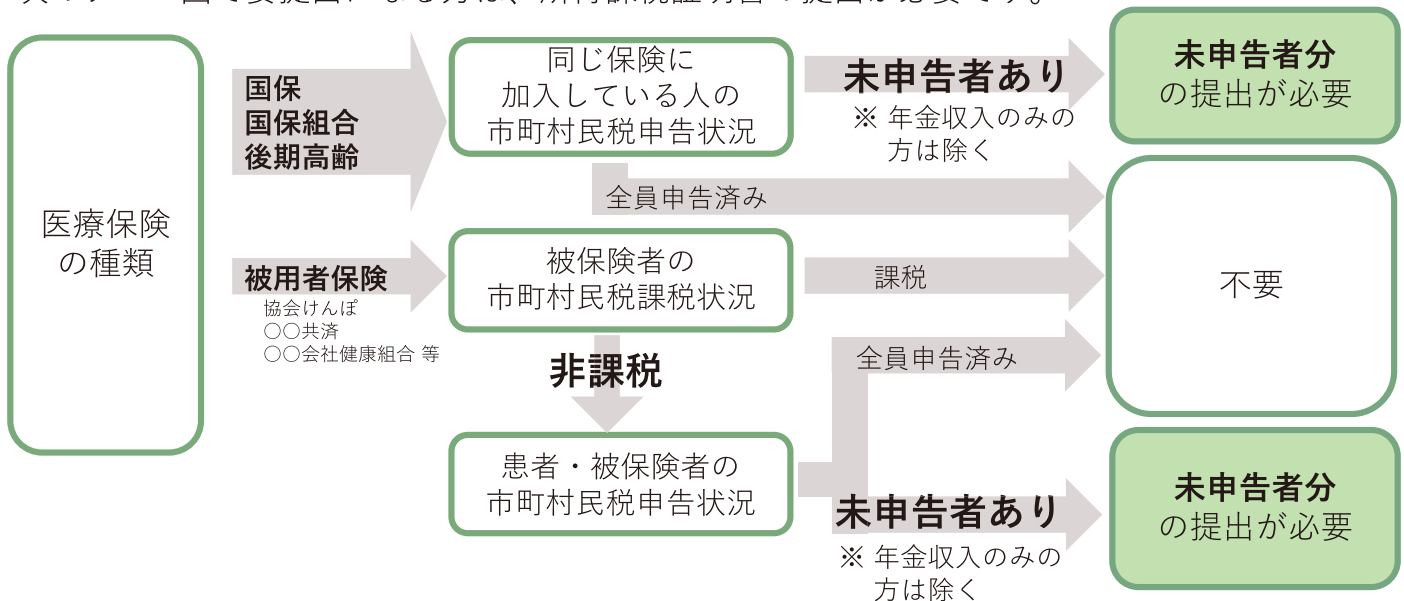


**「臨床調査個人票作成依頼書」に氏名等を記入の上、かかりつけの(協力)難病指定医に作成を依頼してください。**

医師が作成した臨床調査個人票を患者さんが受け取り、その他の申請書類と併せて申請先に送付ください。

# 令和8年度所得課税証明書の提出が必要な方

次のフロー図で要提出になる方は、所得課税証明書の提出が必要です。



以上に該当しない場合でも、市町からのDV等支援措置を受けている場合等、県で所得課税情報を取得できない場合には、所得課税証明書の提出をお願いすることがあります。

# 特例申請・制度について

## 人工呼吸器を一日中装着している方

→ **人工呼吸器等**の特例に該当します。

香川県指定難病が原因で、人工呼吸等（在宅酸素療法ではありません。）を装着している場合は、申請先（p.2）にお問い合わせください。

### 【対象者】

・ 次の3つの要件すべてを満たすことが確認できる方

- ① 人工呼吸器を「一日中施行」していること
- ② 「離脱の見込み」が「なし」であること
- ③ 「生活状況」は、どの項目も「部分介助」または「全介助」の状態であること

・ 体外式補助人工心臓を装着している方

### 【特例の内容】

人工呼吸器又は体外式補助人工心臓を一日中装着し、日常生活全般において介助を要する方は、申請により自己負担上限月額が**1,000円**となります。

## 高額な医療費が年間6回以上かかっている方

→ **高額かつ長期**の特例に該当します。

### 【対象者】

令和7年7月から令和8年9月までの、いずれかの連続する12か月のうち、香川県指定難病に係る医療費総額【10割】の合計が**50,000円を超える月が、6か月以上**ある方。

### 【特例の内容】

次の階層区分の方の**自己負担上限月額が軽減**される。

一般所得Ⅰ…1万円→5千円、一般所得Ⅱ…2万円→1万円、上位所得…3万円→2万円

令和7年						令和8年								
7	8	9	10	11	12	1	2	3	4	5	6	7	8	9
×	×	①	×	②	×	③	④	×	⑤	×	⑥	×	×	×

← 連続する12か月 →

**高額かつ長期の申請をする場合、自己負担上限額管理票のコピーの提出が必要です。**

特例申請への申請漏れを防ぐため、お手元にお持ちの方は、原則提出をお願いしています。  
※管理票を紛失している方が高額かつ長期の申請を行う場合、医療費申告書や医療費証明書の提出が必要です。  
申請先にお問い合わせください。

氏名・病名・診療年月等を記入してください。

特定医療費（香川県指定難病） 自己負担上限額管理票 令和7年9月分  
 (受診者名) **難病 太郎** (受給者番号)

病名	<b>慢性腎不全</b>	有効期間			
日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。				
	指定医療機関名	確認印			
日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担額(月額累計)	徴収印

特例の申請にはこの10割分の額の月ごとの「合計」をご確認ください。

※、指定医療機関の窓口に表示してください。