茨城県保健福祉部疾病対策課

難病の新たな医療費助成制度における

**「指定医」**の申請手続について

○**平成２７年１月１日**から，指定難病にかかっている患者の方に対する**新たな医療費助成制度**が実施されました。

○　新たな医療費助成制度では、指定難病にかかっている患者の方は、**都道府県知事の定める医師（指定医）の作成した臨床調査個人票（診断書）を添えて支給認定の申請をする必要があり、指定医以外の医師による診断書は認められません（診断書作成の前に指定を受ける必要があります。）。**

○　**指定医の指定**を受けるためには、**申請の手続が必要**です。

○　裏面に要件等を記載しておりますので、ご参照の上、**必要な手続をお願いします**。

**医師　⇒　指定医**

**茨城県（保健所）**

難病患者

①申請

②指定

④診断書の記載

⑤医療費助成の申請

③診断書の依頼

**指定医の申請と難病の医療費助成申請の流れ**

【申請手続】

次の書類を提出してください（郵送可）。

①　指定医指定申請書（兼経歴書）

②　医師免許の写し

③　専門医に認定されていることを証する書類の写し（該当者のみ）

【申請書の提出先】

医療機関（勤務先等）の所在地を管轄する保健所（裏面参照）

**指定医の申請手続等**

【要件】

○　**難病指定医：新規申請用及び更新申請用の診断書のいずれも作成可能です。**

次の①及び②の要件を満たし、③又は④のいずれかに該当すること。

1. 診断又は治療に５年以上従事した経験を有すること。
2. 診断書を作成するのに必要な知識と技能を有すること。
3. 学会が認定する専門医の資格を有すること。（※１）
4. 知事が行う研修を終了したこと。（※２）

※１　専門医のリストは４ページをご覧ください。

※２　研修は，内容が決まりましたら県のホームページ等に掲載しご案内いたします。

○　**協力難病指定医：更新申請用の診断書のみ作成可能です。**

　　次の①～③の要件を満たすこと。

①　診断又は治療に５年以上従事した経験を有すること。

②　診断書を作成するのに必要な知識と技能を有すること。

③　知事が行う研修を修了したこと。（※）

※　研修は，内容が決まりましたら県のホームページ等に掲載しご案内いたします。

【責務】

○　難病指定医（研修資格該当）及び協力難病指定医は、５年ごとに指定医の区分に応じた研修を受ける必要があります。

○　申請内容に変更があったときは、変更事項及びその年月日を届け出る必要があります。

【有効期間】

○　指定医の有効期間は、指定を受けた日から５年間です（５年ごとに更新手続が必要です。）。

**指定医の要件・責務・有効期間**

**申請書の提出先**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 保健所名 | 郵便番号 | 住所 | 電話番号 |
| 水戸保健所 | 310-0852 | 水戸市笠原町993-2 | 029-241-0100 |
| ひたちなか保健所 | 312-0005 | ひたちなか市新光町95 | 029-265-5647 |
| 常陸大宮保健所 | 319-2251 | 常陸大宮市姥賀町2978-1 | 0295-55-8424 |
| 日立保健所 | 317-0065 | 日立市助川町2-6-15 | 0294-22-4196 |
| 鉾田保健所 | 311-1517 | 鉾田市鉾田1367-3 | 0291-33-2158 |
| 潮来保健所 | 311-2422 | 潮来市大洲1446-1 | 0299-66-2174 |
| 竜ケ崎保健所 | 301-0822 | 龍ヶ崎市2983-1 | 0297-62-2367 |
| 土浦保健所 | 300-0812 | 土浦市下高津2-7-46 | 029-821-5516 |
| つくば保健所 | 305-0035 | つくば市松代4-27 | 029-851-9287 |
| 筑西保健所 | 308-0021 | 筑西市甲114 | 0296-24-3965 |
| 常総保健所 | 303-0005 | 常総市水海道森下町4474 | 0297-22-1351 |
| 古河保健所 | 306-0005 | 古河市北町6-22 | 0280-32-3021 |

【留意事項】

○　指定された場合、申請者に指定書を送付します（送付先：医療機関又は希望された送付先）。

○　指定後、主たる勤務先医療機関及び氏名等を茨城県が公表します。

○　研修や変更届などの事務手続については、今後、県のホームページに掲載し、ご案内します。

指定医指定申請書（兼経歴書）

様式第２号

記入例

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　平成××年××月××日

　茨城県知事　殿

　難病の患者に対する医療等に関する法律第６条第１項の規定による指定医の指定を受けたいので，関係書類を添えて申請します。

|  |  |
| --- | --- |
| 指定医の区分 | １　難病指定医　　　　２　協力難病指定医 |
| 現住所 | 〒×××-×××　茨城県●●市●●１－２－３ |
| 氏名 | ●●　●●印 |
| 生年月日 | 昭和××年××月××日 | 年　齢 | ××歳 | 性　別 | 男　・　女 |
| 連絡先①または②のいずれかに○をつけてください | 電話番号 | ×××－×××－×××× |
| メールアドレス | ××@××.××××.×× |
| 医籍の登録番号 | 第××××××号 | 医籍の登録年月日 | 昭和××年××月××日 |
| 担当する診療科名 | ●●●●科 |
| ①難病指定医※専門医の資格の有無について，「有」又は「無」のいずれかに○を付すこと。 | 有 | 認定を受けている専門医の名称（①難病指定医の場合）専門医以外（研修資格該当）の難病指定医の申請の場合，「無」に〇をつけ，研修の終了日及び修了証番号を記載してください。 | 専門医の認定機関（学会名） |
| 名称　　　　　　●●●●専門医　　　　（有効期限　平成××年××月　） | 学会名　　　　　●●●●学会　　　　　（加入年月　平成××年××月　） |
| 名称　　　　　　　　　　　　　　　　　（有効期限　　　年　　　月　） | 学会名　　　　　　　　　　　　　　　　（加入年月　　　年　　　月　） |
| 無 | 研修の終了日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 修了証番号 | 　　　　　　　 |
| ②協力難病指定医 | 研修の終了日 | 平成　　　年　　　月　　　日 |
| 修了証番号 | 　　　　　　　 |
| 主として指定難病の診断を行う医療機関 | 名称 | ●●●●病院 |
| 所在地 | 〒×××－××××茨城県●●市●●４－５－６ |
| 経歴書欄 | 診断又は治療に従事した経歴 | 従事した期間 | 従事した病院等の名称（指定難病の診断及び治療に従事した経験について（　）内に主な疾病名を記載すること。） |
| 18年4月～24年3月 | ▲▲▲▲病院　　　　 (　■■■■，■■■■　　) |
| 24年4月～26年9月 | ●●●●病院　　　　 (　■■■■，■■■■　　) |
|  　年　月～　 年　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | (　　　　　　　　　　　　) |
|  　年　月～　 年　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  (　　　　　　　　　　　　) |
|  　年　月～　 年　月　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 | (　　　　　　　　　　　　) |

|  |
| --- |
| 指定書の送付先（※「主として指定難病の診断を行う医療機関」の欄に記載された名称及び所在地以外への送付を希望する場合に記載すること。） |

備考　１　氏名については，記名押印又は自筆による署名のいずれかによること。

　　　２　経歴書の「従事した期間」の欄は，月単位で記入すること。

３　「医師免許証の写し」及び「専門医に認定されていることを証する書類の写し（該当者のみ）」を添付すること。

