

スキリージ®による治療を検討されている
または治療を行っている方へ

知っておきたい 医療費助成制度 について



※2026年3月時点の制度に基づいて解説しています。医療費助成制度は改正されることがありますのでご注意ください。

【効能又は効果】（スキリージ®皮下注150mg シリンジ1mL、スキリージ®皮下注75mgシリンジ0.83mL、スキリージ®皮下注150mg ペン1mL）既存治療で効果不十分な右記疾患（尋常性乾癬/乾癬性関節炎/膿疱性乾癬/乾癬性紅皮症/掌蹠膿疱症）、（スキリージ®点滴静注600mg）中等症から重症の活動期クローン病の寛解導入療法（既存治療で効果不十分な場合に限り）、中等症から重症の潰瘍性大腸炎の寛解導入療法（既存治療で効果不十分な場合に限り）、（スキリージ®皮下注360mg オートドージャー、スキリージ®皮下注180mg オートドージャー）中等症から重症の活動期クローン病の維持療法（既存治療で効果不十分な場合に限り）、中等症から重症の潰瘍性大腸炎の維持療法（既存治療で効果不十分な場合に限り）

abbvie

はじめに

● 健康保険制度と医療費助成制度とは

日本には誰もが安心して医療を受けられるよう、国民の医療費の負担を軽減する仕組みとして、「健康保険制度」や「医療費助成制度」があります。

健康保険制度では、それぞれの年齢層や所得に応じて医療費の負担割合が定められています(下図)。

また、病気やけがの治療が長引くときなど医療費の負担が大きく、制度の対象と判断される場合には、医療費の負担を軽くする医療費助成制度を利用することができます。

● 医療費の負担の割合

	一般・低所得者	現役並み所得者
75歳	1割または2割負担※	3割負担
70歳	2割負担	
6歳 (義務教育就学後)	3割負担	
	2割負担	

※2022年10月1日より、75歳以上で一定以上の所得がある方の負担割合は2割となりました。

それぞれの年齢層における医療費の負担(自己負担)割合は以下のとおりです。

- 75歳以上：1割(一定以上の所得者は2割、現役並み所得者は3割)
- 70～74歳：2割(現役並み所得者は3割)
- 義務教育就学後～69歳：3割
- 6歳未満(義務教育就学前)：2割

● 医療費助成制度

高額療養費制度について知りたい

▶ [4ページへ](#)

付加給付制度について知りたい

▶ [10ページへ](#)

医療費控除について知りたい

▶ [12ページへ](#)

その他の制度について知りたい

▶ [14ページへ](#)

指定難病^{*1}の医療費について知りたい

▶ [16ページへ](#)

小児慢性特定疾病^{*2}の医療費について知りたい

▶ [22ページへ](#)

*1：指定難病に該当する場合
*2：小児慢性特定疾病に該当する場合

● 健康保険の手続き、問い合わせ窓口

国民健康保険、後期高齢者医療制度

➡ お住まいの市区町村の担当窓口

全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ）

➡ 全国健康保険協会の各支部

組管管掌健康保険（組合健保）、共済組合

➡ ご加入の健康保険組合、共済組合または会社担当者

高額療養費制度とは

問い合わせ先

お住まいの市区町村の窓口または保健所、
ご加入の健康保険組合の窓口

医療機関や薬局の窓口で支払ったひと月（初日から末日まで）の医療費の支払額（自己負担額）が高額になり、自己負担上限額を超えた場合に、その超えた金額が払い戻される制度です。



高額療養費制度は主に**3つの仕組み**で
支給される金額が決定します

自己負担上限額

自己負担の上限額は年齢や所得によって異なります。

▶ 詳細は5ページ参照

多数回該当

過去12ヵ月以内に3回以上、自己負担上限額に達した場合、4回目から上限額が下がります。

▶ 詳細は6ページ参照

世帯合算

同じ健康保険に加入しているご家族は、合算した金額で申請を行える場合があります。

▶ 詳細は7ページ参照

POINT

知っておきたいポイント

1

対象となる費用・対象とならない費用がある

支給対象となるのは、保険適用される診療に対する自己負担上限額の超過額です。差額ベッド代や食事代、保険がきかない先進医療にかかる費用などは対象外となりますので、ご注意ください。

2

ひと月の医療費は合算できる場合がある（個人合算）

1回の支払いでは自己負担上限額に達しない場合でも、同じ月に同じ医療機関に支払いがあった場合、高額療養費の申請を行う際に合算できる場合があります。

また、異なる医療機関を受診した場合でも、ひと月の1医療機関あたりの医療費が21,000円以上の場合は合算することができます。

3

過去の医療費も申請できる

診療を受けた月の翌月初日から2年以内であれば、過去に遡って支給を申請することができます。

● 自己負担上限額

高額療養費制度の自己負担上限額は、年齢や所得によって異なります。

● 69歳以下の場合

69歳以下の場合			ひと月の上限額(世帯ごと)	
			1～3回目	4回目～
ア	年収約1,160万円～	健保：標準報酬月額 83万円以上 国保：旧ただし書き所得 901万円超	252,600円+ (医療費－842,000円) × 1%	140,100円
イ	年収約770万円～ 約1,160万円	健保：標準報酬月額 53万～79万円 国保：旧ただし書き所得 600万～901万円	167,400円+ (医療費－558,000円) × 1%	93,000円
ウ	年収約370万～ 約770万円	健保：標準報酬月額 28万～50万円 国保：旧ただし書き所得 210万～600万円	80,100円+ (医療費－267,000円) × 1%	44,400円
エ	～年収約370万円	健保：標準報酬月額 26万円以下 国保：旧ただし書き所得 210万円以下	57,600円	44,400円
オ	住民税非課税者		35,400円	24,600円

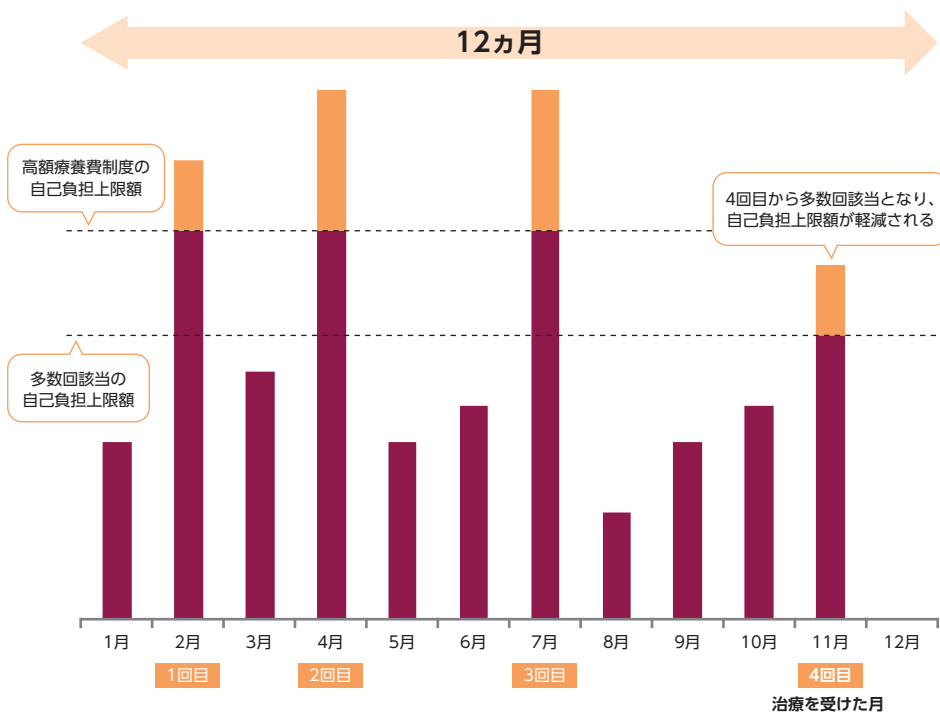
● 70歳以上の場合

70歳以上の場合			ひと月の上限額(世帯ごと)		4回目～
			外来(個人ごと)		
現役並み	Ⅲ 年収約1,160万円～	標準報酬月額 83万円以上 課税所得 690万円以上	252,600円+ (医療費－842,000円) × 1%		140,100円
	Ⅱ 年収約770万～ 約1,160万円	標準報酬月額 53万～79万円以上 課税所得 380万～690万円	167,400円+ (医療費－558,000円) × 1%		93,000円
	Ⅰ 年収約370万～ 約770万円	標準報酬月額 28万～50万円以上 課税所得 145万～380万円	80,100円+ (医療費－267,000円) × 1%		44,400円
一般	年収156万～約370万円	標準報酬月額 26万円以下 課税所得 145万円未満等	18,000円 (年間上限144,000円)	57,600円	44,400円
非課税等 住民税	Ⅱ 住民税非課税世帯		8,000円	24,600円	適用 されません
	Ⅰ 住民税非課税世帯(年金収入80万円以下など)			15,000円	

(2026年3月現在)

● 多数回該当

多数回該当とは、治療を受けた月以前の直近12カ月の間に、3回以上高額療養費の支給を受けた場合、4回目からは「多数回該当」となり、自己負担上限額が軽減される制度です。



世帯合算

世帯合算とは、同一の健康保険に加入しているご家族の場合に、医療機関の窓口でそれぞれが支払った自己負担額を1ヵ月単位で合算することができる仕組みです。

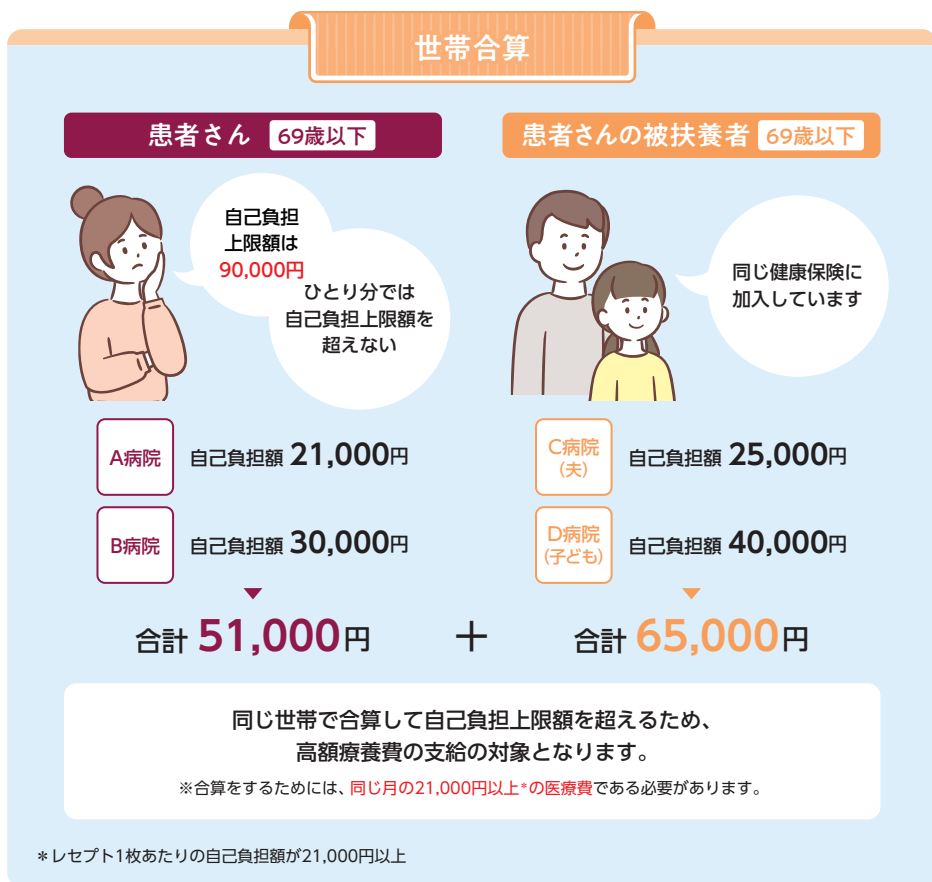
世帯合算した金額が自己負担上限額を超える場合、高額療養費支給の対象となります。

「世帯」とは同じ健康保険に加入しているご家族となります。

69歳以下の方の受診については、21,000円以上の自己負担額のみ合算されます。

同じ健康保険に加入している被保険者とその被扶養者の自己負担額は、お互いの住所が異なっても合算できます。

一方で、共働きの夫婦など、別々の健康保険に加入している場合は住所が同じでも合算の対象となりません。



● 高額療養費制度の利用方法

高額療養費制度の利用には3種類の方法があります。

- 1 マイナ保険証を提示して自己負担額を超える支払いを免除とする
- 2 いったん窓口で支払った後に支給申請を行い、超過分の払い戻しを受ける
- 3 限度額適用認定証*の交付を受け、窓口での支払いを自己負担上限額までとする

*限度額適用認定証とは、窓口での支払いが高額になる場合に、自己負担額を所得に応じた上限額までに抑えるために医療機関に提示する認定証です。

1 マイナ保険証を提示して自己負担額を超える支払いを免除とする場合

マイナ保険証を利用できる医療機関窓口では、情報の提供に同意すれば、事前の手続きなしで、窓口でのお支払いが自己負担上限額までとなります。

マイナ保険証を利用できる医療機関・ 薬局での高額療養費制度の利用方法



患者さん

- マイナ保険証で受診する場合
→ 顔認証付きカードリーダーで情報提供に同意
- 資格確認書で受診する場合
→ 口頭で情報提供に同意

※マイナ保険証が利用できない場合は、資格確認書で受診して口頭で情報提供に同意することで、高額療養費制度の上限額までのお支払いで済みます

その他の制度 ※助成内容は自治体やご加入の健康保険により異なる場合があります

高額医療・高額介護合算療養費制度

同一世帯で健康保険と介護保険の両方の自己負担が高額になった場合に、その経済的負担を軽減するための制度

2 いったん窓口で支払った後に支給申請を行い、 超過分の払い戻しを受ける場合

すでに高額な医療費を支払った場合や認定証の交付前には、高額療養費の支給申請を行うことで、自己負担上限額を超えて支払った分が払い戻されます。

申請後、高額療養費が払い戻されるまでには、医療機関などを受診した月から3ヵ月程度かかります。

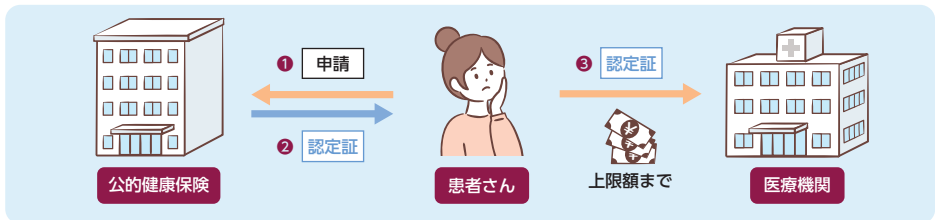


3 限度額適用認定証の交付を受け、 窓口での支払いを自己負担上限額までとする場合

事前にご自身が加入している健康保険に申請し、「限度額適用認定証」または「限度額適用・標準負担額減額認定証」*の交付を受けます。

認定証を医療機関や薬局などの窓口で提示することで、窓口での支払いは上限額までとなります。

*収入と年齢による適用区分により、認定証の交付申請が不要な方もいます。



高額医療費貸付制度

医療費が高額で、一時払いも難しいとき、支給開始までの間の医療費の支払いに充てる資金として無利子で貸付を受けることができる制度

高額療養費受領委任払制度

医療費が高額で、一時払いも難しいとき、自己負担分を超えた残りの高額療養費分を市区町村が直接病院等へ支払う制度。 ※国民健康保険のみ・事前申請必要

付加給付制度とは

問い合わせ先

ご加入の健康保険組合の窓口

一部の健康保険組合や共済組合による独自の制度です。

1ヵ月間の医療費の支払額が独自に定める上限額を超えた場合に、超えて支払った金額が支給されます。高額療養費制度の自己負担上限額を超えない場合でも、支給を受けることができます。

● マイナ保険証利用の場合の流れ

マイナポータルにログイン



「保険者番号(8桁)」のうち、最初の2桁をチェック



保険者番号の最初の2桁が「06」「07」「31」「32」「33」「34」「63」の場合、付加給付を受けられる可能性があります。

00 00 000 0
法別 都道府県 保険者別 検証
番号 番号 番号 番号

マイナポータルで確認がとれない場合は、ご加入の保険者（健康保険組合・共済組合）へお問い合わせください。

※ 保険者番号の数字は基本8桁ですが、国民健康保険（退職者医療を除く）の保険者番号は、都道府県番号2桁、保険者（市区町村）別番号3桁、検証番号1桁、計6桁です。国民健康保険であっても付加給付の対象となる場合があります。

資格確認書利用の場合の流れ

「保険者番号(8桁)」のうち、最初の2桁をチェック

健康保険 本人(被保険者)
資格確認書

記号 番号 校番

氏名
生年月日
性別
資格取得年月日
有効期限
保険者番号
保険者名称
保険者名称

支部 公印

保険者番号の最初の2桁が「06」「07」「31」「32」「33」「34」「63」の場合、付加給付を受けられる可能性があります。

00 00 000 0

法別 都道府県 保険者別 検証
番号 番号 番号 番号

ご加入の保険者(健康保険組合・共済組合など)にお問い合わせください。

※ 保険者番号の数字は基本8桁ですが、国民健康保険(退職者医療を除く)の保険者番号は、都道府県番号2桁、保険者(市区町村)別番号3桁、検証番号1桁、計6桁です。国民健康保険であっても付加給付の対象となる場合があります。

対象の方

- マイナ保険証をお持ちでない方
- マイナンバーカードの保険証利用登録をしていない方

資格情報のお知らせ利用の場合の流れ

「保険者番号(8桁)」のうち、最初の2桁をチェック

資格情報のお知らせ

記号 番号 校番

氏名
生年月日
資格取得年月日
保険者番号
保険者名称

資格情報のお知らせ

公印

保険者番号の最初の2桁が「06」「07」「31」「32」「33」「34」「63」の場合、付加給付を受けられる可能性があります。

00 00 000 0

法別 都道府県 保険者別 検証
番号 番号 番号 番号

保険者より「資格情報のお知らせ」を受け取っていない、マイナポータルで確認がとれない場合は、ご加入の保険者(健康保険組合・共済組合)へお問い合わせください。

※ 保険者番号の数字は基本8桁ですが、国民健康保険(退職者医療を除く)の保険者番号は、都道府県番号2桁、保険者(市区町村)別番号3桁、検証番号1桁、計6桁です。国民健康保険であっても付加給付の対象となる場合があります。

対象の方

- 令和6年(2024年)12月2日以降に転職した、有効期限が切れた、失くした等で、保険証をお持ちでない方
- マイナポータルで保険者番号の確認が取れない方

1年間（1月1日から12月31日）に支払った医療費の自己負担額が一定額を超えた場合に、所得控除が受けられる制度で、納めた所得税の一部が還付金として払い戻される可能性があります。

医療費控除を受けるためには、確定申告が必要となります。年末調整だけでは控除は受けられませんので、ご注意ください。

医療費控除を利用するには

- 1 1年間で**10万円以上**の医療費の支払いがあった場合（所得が**200万円以上**）
所得が200万円未満の場合は、「総所得金額等×5%」以上の支払いがあった場合
- 2 確定申告で**医療費控除の明細書**を提出する必要があります

● 医療費控除の対象となる金額

$$\text{医療費控除の金額} = \left(\begin{array}{c} \text{年間の医療費総額} - \text{保険など} \\ \text{(例：高額療養費制度、付加給付制度など) で} \\ \text{補填された金額} \end{array} \right) - 10\text{万円}$$

※ 総所得金額が200万円未満の場合は、10万円ではなく総所得金額の5%

● 対象となる・ならない医療費

- 医療費控除の対象となる医療費は、納税者が、自分または生計を同じくする配偶者や親族のために支払った医療費です。
- 期間は、その年の1月1日から12月31日までの間に支払った医療費です（未払いの医療費は、実際に支払った年の医療費控除の対象となります）。
- 控除額は最高で200万円までになります。

● 医療費控除の申請について

提出が必要な書類は以下の通りです。

- 申告書 (第一表・第二表)
- 医療費控除の明細書
- 医療費通知 (ある場合)

提出は不要ですが、保管が必要な書類もあります。

- 支払った医療費の領収書
(税務署から求められた場合に提示できるよう、5年間保管が必要です)

● 医療費控除の申告の手順

1

1年間の医療費の領収書を集める

2

医療費控除の明細書に必要事項を記入する

3

確定申告書を作成する税務署に提出する (郵送、e-Tax、窓口持参のいずれか)

● 医療費控除の申告期限

5年前まで遡って申告可能還付のための申告書を提出できる日から5年間の期間内に行うことができます。「還付のための申告書を提出することができる日」は、その年の翌年1月1日からです。

例：令和5年分の医療費控除の申告は、令和6年1月1日から5年間です。
よって、令和10年12月31日まで申告することができます。

「去年の医療費が多かったのに申告し忘れた」という場合でも、5年以内であれば後からでも申請できます。

医療費の負担が軽減されるその他の制度

問い合わせ先：お住まいの市区町村の窓口または保健所

● 自治体による医療費助成制度（公的負担）の対象

- ・ 乳幼児医療費
- ・ 義務教育就学児医療費
- ・ 未熟児養育医療費
- ・ 高校生等医療費
- ・ ひとり親家庭
- ・ 生活保護受給者
- ・ 心身障害者
- ・ 特定の感染症による入院
- ・ 公的健康被害の「補償・救済」
- ・ 自治体が独自に設定する難病の医療費
- ・ 特定の疾患の医療費（例：B型・C型肝炎のインターフェロン治療 など）

● 人工呼吸器または体外式補助人工心臓を装着している

- ・ 指定難病や小児慢性特定疾病などが原因の場合、自己負担限度額がさらに軽減されます

問い合わせ先：お住まいの市区町村の窓口または
ご加入の健康保険組合の窓口

● 特定の疾患（血友病、人工透析を必要とする慢性腎臓病、HIVなど）である

- ・ 高額療養費制度の自己負担上限額がさらに軽減されます

問い合わせ先：学校の学生課や事務所または
お住まいの市区町村の窓口など

● 学生（制度によって対象の学生の範囲が異なる場合があります）

- ・ 学校（大学など）や自治体が、独自に学生の医療費助成を行っている場合があります。助成内容や申請方法は学校、自治体により異なります。詳細はご自身の学校や自治体の窓口にお問い合わせください

MEMO

難病* 医療費助成制度とは

* 指定難病に該当する場合

問い合わせ先

お住まいの市区町村の窓口
または保健所

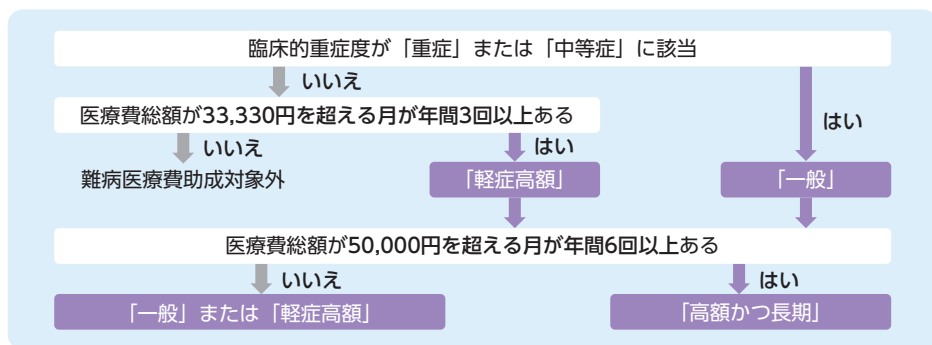
難病医療費助成制度は、国が指定した「指定難病」にかかっている患者さんの医療費負担を軽減するための制度です。



難病医療費助成制度には「一般」「軽症高額」「高額かつ長期」「人工呼吸器等の装着者」の区分があり、それぞれ自己負担上限額が異なります。

指定難病と診断され、重症度分類で一定以上の病状と認められた場合、申請をすることで医療費の助成が受けられます。

重症に該当しない方でも高額な医療の継続が必要な場合は、特例として「軽症高額」の助成が受けられます。



POINT

知っておきたいポイント

1

制度で利用できるのは
指定医療機関（病院・薬局）・指定医に限られる

医療費助成の対象となるのは、都道府県等が指定した「指定医療機関（病院・薬局）」で受けた医療のみです。

2

対象となる費用・対象とならない費用がある

制度の対象となるのは、指定難病の病気とそれに伴って起こる傷病に関する医療費です。指定医療機関（病院・薬局）以外での医療費や、差額ベッド代や食事代、保険がきかない治療などは対象外となりますので、ご注意ください。

3

更新手続きを忘れずに行う必要がある

医療受給者証の有効期間は原則1年間です。継続して利用するには、期間満了前に更新手続きが必要となります。更新を忘れると制度が利用できなくなりますので、ご注意ください。

● 難病医療費助成制度の自己負担上限額

難病医療費助成制度の自己負担上限額は、所得によって異なります。医療費の自己負担割合が3割の患者さんについては、負担割合は2割となります（元々の負担割合が1割または2割の方は、割合の変更はありません）。

● 医療費助成における自己負担上限額（月額）

階層区分	階層区分の基準 ()内の数字は、 夫婦2人世帯の場合に おける年収の目安		自己負担上限額（外来＋入院） （患者負担割合：2割）		
			一般 軽症高額	高額かつ 長期*	人工 呼吸器等 装着者
生活保護	－		0円	0円	0円
低所得Ⅰ	市町村民税 非課税 (世帯)	本人年収 ～80.9万円	2,500円	2,500円	1,000円
低所得Ⅱ		本人年収 80.9万円超～	5,000円	5,000円	
一般所得Ⅰ	市町村民税 課税以上7.1万円未満 (約160万円～約370万円)		10,000円	5,000円	
一般所得Ⅱ	市町村民税 7.1万円以上25.1万円未満 (約370万円～約810万円)		20,000円	10,000円	
上位所得	市町村民税25.1万円以上 (約810万円～)		30,000円	20,000円	
入院時の食費			全額自己負担		

(2026年3月現在)

※ 高額かつ長期について

階層区分が一般所得Ⅰ以上の方は、指定難病に係る月ごとの医療費総額について5万円を超える月が年間6回以上（小児慢性特定疾病医療支援を含む）ある場合は、月額の医療費の自己負担がさらに減額されます。

● 難病医療費助成制度の対象

医療費助成を受けるには、厚生労働省が定める「指定難病」に該当する診断と、指定難病医による診断書（臨床調査個人票）が必要です。

認定された疾病（指定難病の場合は、当該疾病に付随して発症する傷病を含む）以外の病気やけがによる医療費は助成対象とはなりません。

緊急の場合などを除き、指定医療機関（病院・薬局）以外を受診・利用した場合は助成の対象とはなりません。

● 難病医療費助成の申請手続きの流れ

必要書類の入手

STEP
1

難病医療費助成の申請に必要な書類を入手します。
(入手先：都道府県の担当窓口・保健所など)

診断書の作成依頼

STEP
2

難病指定医に「臨床調査個人票」用の診断書を作成してもらいます。

書類の記入・提出

STEP
3

申請者（本人または家族）が必要事項を記入し、都道府県の担当窓口へ申請書類一式を提出します。

審査・交付

STEP
4

提出書類をもとに都道府県が審査を行い、承認されると「医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」が交付されます。

医療機関の受診

STEP
5

交付された「医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」を持参して、指定医療機関（病院・薬局）で医療を受けます。

● 難病医療費助成の申請手続きに必要な書類

	書類	入手方法
全員が提出する書類	特定医療費の支給認定申請書	市区町村の担当窓口
	診断書(臨床調査個人票)	市区町村の担当窓口
	住民票(申請者及び申請者の世帯の構成員のうち申請者と同一の健康保険に加入している者が確認できるものに限る)	市区町村の住民票窓口
	世帯の所得を確認できる書類(市区町村民税(非)課税証明書等)	市区町村の住民税窓口
	公的健康保険の資格情報が確認できる書類など	
	同意書(健康保険の所得区分確認の際に必要)	市区町村の担当窓口
必要に応じて提出する書類	人工呼吸器等装着者であることを証明する書類	市区町村の担当窓口
	世帯内に申請者以外に特定医療費又は小児慢性特定疾病医療費の受給者がいることを証明する書類	
	医療費について確認できる書類 ※「高額かつ長期」または「軽症高額」に該当することを確認するため必要な領収書等	

提出書類は疾患や市区町村ごとに異なる可能性があります。詳細はお住まいの市区町村の窓口にてお確かめください。

指定難病にあたる疾患名、医療費助成制度、問い合わせ窓口などの情報は、難病情報センターのホームページ(<https://www.nanbyou.or.jp/> [2026年3月2日閲覧])でご確認いただけます。

● 難病医療費助成制度の利用方法

- 1 指定医療機関（病院・薬局）を受診する際は、「医療受給者証」と「自己負担上限額管理票*」を受付に提出してください
- 2 指定医療機関（病院・薬局）に医療機関名、医療費総額等必要な情報を管理票*に記載してもらいます
- 3 1ヵ月の間に複数の指定医療機関（病院・薬局）で支払った医療費の合計が「自己負担上限額」に達したら、その月はそれ以上の支払いはありません（上限を超えた分は公費で助成されます）

*管理票に記載されていない医療費は助成対象外です。受診の際は、必ず管理票を提出してください。

また、同一世帯内に医療給付を受けている患者さんが複数いる場合、合算ができます。詳細は30ページを参照ください。

● 自己負担上限額管理票（例）

令和8年2月分自己負担上限額管理票					
受診者名	○○△△	受診者番号	0012345		
月間自己負担上限額 10,000円					
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の累積額 (月額)	徴収印
2月1日	○○○病院	30,000円	6,000円	6,000円	印
2月1日	××薬局	6,000円	1,200円	7,200円	印
2月20日	○○○病院	25,000円	2,800円	10,000円	印
2月20日	××薬局	4,000円	/	/	/
上記のとおり月間自己負担上限額に達しました。					
日付	指 定 医 療 機 関 名				確認印
2月20日	○○○病院				印

*「自己負担上限額管理票」の様式は都道府県・指定都市ごとに設定されています。上記の記入例は、参考様式に基づき作成しています。

● 医療受給者証の有効期間

- 医療費助成の開始日は「重症度分類を満たしていると診断された日(重症化時点)」からです。
- 助成の有効期間は原則1年間です。毎年更新の申請が必要です。

申請時期の目安

- 医療費助成の開始時期は、申請日から1ヵ月前まで遡ることができます
- 診断日から1ヵ月以内に申請できなかった場合でも、やむを得ない事情(診断書の受領が遅れた、入院中、大規模災害など)がある場合は、最長3ヵ月まで遡って申請可能です
- 軽症高額に該当する方は、「軽症高額の基準を満たした日の翌日」から医療費助成が開始されます

● 医療受給者証が届く前に支払った医療費の払い戻し

申請をしてから受給者証が届くまでは数ヵ月かかる場合があります。

その期間に支払った医療費のうち、自己負担上限額を超えた分は、後から払い戻し(償還払い)を受けられます。

対象期間：申請日(または診断年月日等の遡り適用日)から、受給者証が届いた日までの間

手続き：「特定医療費償還払い請求書」に領収書や管理票などを添えて、都道府県・指定都市の窓口*へ申請します。

*お近くの窓口は、難病情報センターのホームページ(<https://www.nanbyou.or.jp/> [2026年3月2日閲覧])でご確認いただけます。

払い戻し請求(償還払い)に必要な書類

- 特定医療費償還払い請求書
- 自己負担上限額管理票
- 特定医療費療養記録
- 銀行の振込口座番号等が分かるもの
- 領収書(原本)
- 印鑑
- 医療受給者証

等

小児慢性特定疾病*による医療費助成制度とは

*小児慢性特定疾病に該当する場合

問い合わせ先

お住まいの市区町村の窓口
または保健所

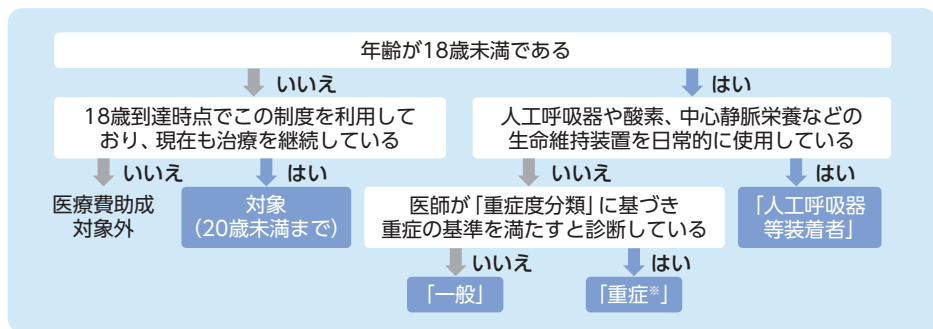
小児慢性特定疾病による医療費助成制度は、国が指定した「小児慢性特定疾病」にかかっている患者さんの医療費負担を軽減するための制度です。



小児慢性特定疾病による医療費助成制度には「一般」「重症」「人工呼吸器等装着者」の区分があり、自己負担上限額が異なります。

小児慢性特定疾病医療費助成制度には、「一般」「重症」「人工呼吸器等装着者」の3つの区分があります。

小児慢性特定疾病に該当し、医療の継続が必要と認められた場合に助成が受けられます。助成の対象や自己負担上限額は、疾病の種類や世帯の所得区分によって異なります。



※ 重症：①高額な医療費が長期的に継続する者（医療費総額が5万円/月（例えば医療保険の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回以上ある場合）、②現行の重症患者基準に適合するもの、のいずれかに該当。

POINT 知っておきたいポイント

- 1 制度で利用できるのは指定医療機関（病院・薬局）・指定医に限られる**
医療費助成の対象となるのは、都道府県等が指定した「指定医療機関（病院・薬局）」で受けた医療のみです。
- 2 対象となる費用・対象とならない費用がある**
制度の対象となるのは、指定難病の病気とそれに伴って起こる傷病に関する医療費です。指定医療機関（病院・薬局）以外での医療費や、差額ベッド代や食事代、保険がきかない治療などは対象外となりますので、ご注意ください。
- 3 更新手続きを忘れずに行う必要がある**
医療受給者証の有効期間は原則1年間です。継続して利用するには、期間満了前に更新手続きが必要となります。更新を忘れると制度が利用できなくなりますので、ご注意ください。

● 小児慢性特定疾病による 医療費助成制度の自己負担上限額

小児慢性特定疾病による医療費助成制度の自己負担上限額は、所得によって異なります。医療費の自己負担割合が3割の患者さんについては、負担割合は2割となります（元々の負担割合が1割または2割の方は、割合の変更はありません）。

● 医療費助成における自己負担上限額（月額）

階層区分	年収の目安 (夫婦2人子1人世帯)		自己負担上限額 (患者負担割合：2割、外来+入院)		
			一般	重症(※)	人工 呼吸器等 装着者
I	生活保護等		0円		
II	市区町村民税 非課税	低所得 I (～80.9万円)	1,250円		500円
III		低所得 II (80.9万円～)	2,500円		
IV	一般所得 I (～市区町村民税課税以上7.1万円未満、 ～約430万円)		5,000円	2,500円	
V	一般所得 II (～市区町村民税25.1万円未満、 ～約850万円)		10,000円	5,000円	
VI	上位所得 (市区町村民税25.1万円～、 約850万円～)		15,000円	10,000円	
入院時の食費			1/2自己負担		

(2026年3月現在)

※ 重症：①高額な医療費が長期的に継続する者（医療費総額が5万円/月（例えば医療保険の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回以上ある場合）、②現行の重症患者基準に適合するもの、のいずれかに該当。

● 小児慢性特定疾病による医療費助成制度の対象

この制度の対象となるのは、以下のすべての要件を満たすお子さんです。

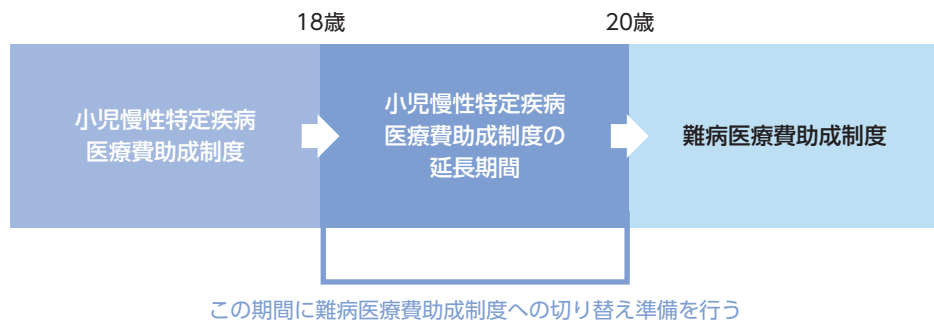
まず、年齢要件として18歳未満であることが必要です。ただし、18歳到達時点で既に制度を利用しており、引き続き治療が必要な場合は、20歳未満まで延長して利用することができます。

次に、疾病要件として、厚生労働大臣が定める小児慢性特定疾病にかかっていることが必要です。

さらに、当該疾病の状態が、厚生労働大臣が定める程度である（認定基準を満たしている）ことが求められます。

● 難病医療費助成制度への切り替え

小児慢性特定疾病医療費助成制度は、18歳の更新時に引き続き治療が必要だと認められる方は20歳の更新の前まで利用できますが、指定難病に該当する疾患においては、18～20歳の間は難病医療費助成制度への切り替えを行う必要があります。申請から医療受給者証を受け取るまでに数ヶ月がかかるため、余裕をもって、難病医療費助成制度への切り替え申請を行ってください。



なお、18歳未満でも難病医療費助成制度を申請することができますが、自己負担額の上限が異なります。小児慢性特定疾病医療費助成制度の自己負担額の上限は、難病医療費助成制度の自己負担額の上限の半額に設定されており、小児慢性特定疾病医療費助成制度の方が負担が少なくなります。

● 小児慢性特定疾病による医療費助成の申請手続きの流れ

必要書類の入手

STEP
1

医療費助成制度の申請に必要な書類を入手します。
入手先：市区町村の担当窓口（保健所など）

診断書の作成依頼

STEP
2

小児慢性特定疾病指定医に「医療意見書」または「診断書」を作成してもらいます。

書類の記入・提出

STEP
3

申請者（本人または家族）が申請に必要な書類を準備し、居住している自治体の担当窓口へ申請書類一式を提出します。

審査・交付

STEP
4

提出書類をもとに審査が行われ、承認されると「医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」が交付されます。

医療機関の受診

STEP
5

交付された「医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」を持参して、指定医療機関（病院・薬局）で医療を受けます。

● 小児慢性特定疾病による医療費助成の申請手続きに必要な書類

	書類	入手方法
全員が提出する書類	小児慢性特定疾病医療費支給認定・登録者証申請書兼同意書	市区町村の担当窓口
	小児慢性特定疾病医療意見書または診断書 ※申請日前3ヵ月以内に発行されたものに限る	小児慢性特定疾病情報センターホームページなどよりダウンロード
	世帯調書 ※対象者のマイナンバーを記載	市区町村の担当窓口
	マイナンバーを確認する書類	
	健康保険の資格情報が確認できる書類	
必要に応じて提出する書類	市区町村民税（非）課税証明書	市区町村の担当窓口
	保険者からの情報提供にかかる同意書	
	委任状	

提出書類は疾患や市区町村ごとに異なる可能性があります。詳細はお住まいの市区町村の窓口にてお確かめください。

小児慢性特定疾病にあたる疾患名、医療費助成制度、問い合わせ窓口などの情報は、小児慢性特定疾病情報センターのホームページ (<https://www.shouman.jp/> [2026年3月2日閲覧]) でご確認いただけます。

● 小児慢性特定疾病による医療費助成制度の利用方法

- 1 指定医療機関（病院・薬局）を受診する際は、「医療受給者証」と「自己負担上限額管理票」*を受付に提出してください
- 2 指定医療機関（病院・薬局）に医療機関名、医療費総額等必要な情報を管理票*に記載してもらいます
- 3 1ヵ月の間に複数の指定医療機関（病院・薬局）で支払った医療費の合計が「自己負担上限額」に達したら、その月はそれ以上の支払いはありません（上限を超えた分は公費で助成されます）

*管理票に記載されていない医療費は助成対象外です。受診の際は、必ず管理票を提出してください。

また、同一世帯内に医療給付を受けている患者さんが複数いる場合、合算ができます。詳細は30ページを参照ください。

● 自己負担上限額管理票（例）

令和8年2月分自己負担上限額管理票					
受診者名	○○△△	受診者番号	0012345		
月間自己負担上限額 10,000円					
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の累積額 (月額)	徴収印
2月1日	○○○病院	30,000円	6,000円	6,000円	印
2月1日	××薬局	6,000円	1,200円	7,200円	印
2月20日	○○○病院	25,000円	2,800円	10,000円	印
2月20日	××薬局	4,000円	/	/	/
上記のとおり月間自己負担上限額に達しました。					
日付	指 定 医 療 機 関 名				確認印
2月20日	○○○病院				印

*「自己負担上限額管理票」の様式は都道府県・指定都市ごとに設定されています。上記の記入例は、参考様式に基づき作成しています。

● 医療受給者証の有効期間

- 助成の開始日は「重症度分類を満たしていると診断された日(重症化時点)」からです。
- 助成の有効期間は原則1年間です。毎年更新の申請が必要です。

申請時期の目安

- 助成の開始時期は、申請日から1ヵ月前まで遡ることができます
- 診断日から1ヵ月以内に申請できなかった場合でも、やむを得ない事情(診断書の受領が遅れた、入院中、大規模災害など)がある場合は、最長3ヵ月まで遡って申請可能です

● 医療受給者証が届く前に支払った医療費の払い戻し

申請をしてから受給者証が届くまでの期間に支払った医療費のうち、自己負担上限額を超えた分は、後から払い戻し(償還払い)を受けられます。

対象期間：申請日(遡りが認められた場合は診断日等)から、受給者証が届いた日までの間

手続き：「小児慢性特定疾病医療費支給申請書」に領収書(原本)、管理票、口座情報などを添えて都道府県・指定都市へ申請します。

払い戻し請求(償還払い)に必要な書類

- 小児慢性特定疾病医療費支給申請書(償還払い用)
- 医療費の領収書(原本)
- 医療受給者証の写し
- 自己負担上限額管理表
- 高額療養費支給決定通知書(該当する場合)
- 振込先口座情報

等

● 難病医療費助成と小児慢性特定疾病による医療費助成の世帯合算

難病医療費助成と小児慢性特定疾病による医療費助成には世帯合算が利用できる場合があります。

同一世帯内に医療給付を受けている患者さんが複数いる場合、世帯全体の負担が増えないように、世帯で最も高い自己負担上限額が世帯全体の自己負担上限額となり、その上限額をもとに各患者さんの自己負担上限額が設定されます。

	Aさん (母親：難病医療費助成制度)	Bさん (子ども：小児慢性特定疾病医療費助成制度)
1ヵ月の医療費総額	55,000円	30,000円
医療費助成制度に該当する 1ヵ月の自己負担上限額	10,000円 (一般所得Ⅱの区分、高額かつ長期該当を想定)	5,000円 (一般所得Ⅱの区分、重症該当を想定)
世帯内に難病患者さんが 複数いる場合の1ヵ月の 自己負担上限額	6,666円	3,333円
	世帯合計 9,999円	

指定難病患者さんや小児慢性特定疾病の患者さんが 複数いる場合の自己負担上限額計算方法

$$\text{按分後の自己負担上限額} = \text{患者本人の自己負担上限額} \times \left(\frac{\text{世帯で最も高い者の自己負担上限額}}{\text{世帯の自己負担上限額の総額}} \right)$$

なお、医療助成制度では、住民票上で同じ世帯に属していても、加入している健康保険が異なる場合、それぞれが別の世帯として扱われるため個別に自己負担上限額を支払う必要があります。

住民票上の世帯

国民健康保険

健康保険上の世帯



Cさん
(被保険者本人)



Cさんの妻
(被扶養者)

協会けんぽ

健康保険上の世帯



Cさんの子ども
(被保険者)

MEMO

スキリージ®による治療を検討されている、または治療を行っている方へ
医療費に関してご相談いただけるオンライン相談室をご準備しております。



スキリージ®による治療を検討している患者さんのパーソナルサポート

医療費オンライン相談室

https://skyrizi.jp/expense_service/info.html

こちらの2次元コードからも
アクセスできます



製造販売元

アッヴィ合同会社

東京都港区芝浦3-1-21

2026年3月作成

JP-SKZ-260004-1.0

【文献請求先及び問い合わせ先】

くすり相談室

フリーダイヤル 0120-587-874

abbvie