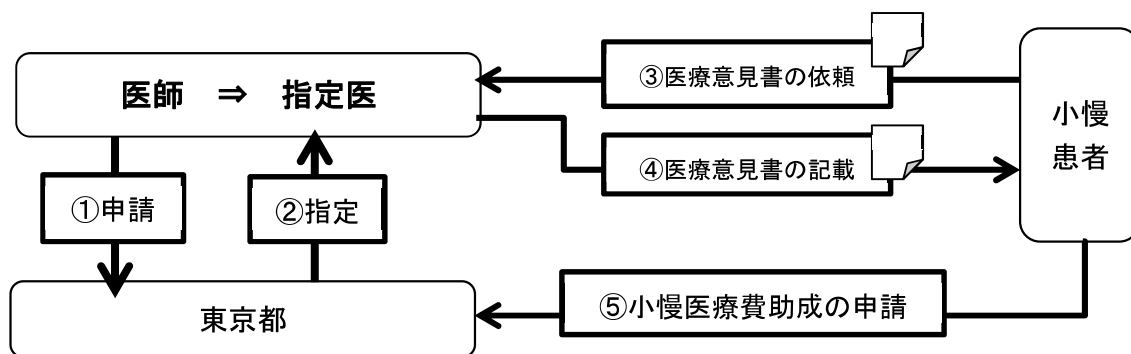


新たな小児慢性特定疾病医療費助成制度における 指定医の申請手続について

指定医について

- 小児慢性特定疾病医療費助成制度では、医療費助成の申請のための医療意見書を作成する医師は、予め都知事に指定された「指定医」であることと定められています。「指定医」以外が作成した医療意見書は認められません。
- 「指定医」の指定を受けるためには、申請手続が必要になります。
- 2 ページ以降に要件等を記載しておりますので、御参照の上、下記の手続をお願いします。

指定医の申請と小児慢性特定疾病の医療費助成申請の流れ



医療意見書作成の前に指定を受ける必要があります。

指定医の申請手続等

【申請手続】 次の書類を東京都（※）に、郵送により提出してください。

- ① 小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書
- ② 医師免許証の写し
- ③ 専門医に認定されていることを証明する書類の写し（ただし、2 ページの要件で専門医資格による申請をされる方のみ）

※ 主たる勤務先の医療機関が、児童相談所を設置している特別区又は八王子市に所在している場合は、医療機関が所在する各区市が申請先となります。

【提出先及び問合せ先】 〒163-8001

東京都新宿区西新宿2-8-1 東京都庁第一本庁舎30階

東京都福祉局子供・子育て支援部母子健康支援課母子医療助成担当

電話：03-5320-4375

指定医の要件・責務・有効期間

【要件】

以下の①②の要件を満たした上で、③又は④のどちらかを満たすこと

- ① 診断又は治療に5年以上（臨床研修を受けている期間を含む。）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 知事が行う研修を修了していること。※2

※1 関係学会の専門医は、小児慢性特定疾病情報センターのホームページから御確認ください。

<https://www.shouman.jp/institution/specialist>

※2 研修については、「小児慢性特定疾病医療費支給制度に係る指定医研修について」を御覧ください。

<https://www.fukushi.metro.tokyo.lg.jp/kodomo/kosodate/josei/syoman/siteikensyu.html>

【職務】

- 小児慢性特定疾病の支給認定に必要な医療意見書を作成すること
- 患者データ（医療意見書の内容）を登録管理システムに登録すること
- 小児慢性特定疾病の治療方法、小児慢性特定疾病児童等の健全な育成に資する調査及び研究の推進に協力すること

【責務】

- 指定医は、5年ごとに更新が必要となります。
- 申請内容に変更があったときは、変更のあった事項及びその年月日を、指定を受けた知事に届け出る必要があります。

【有効期間】

- 指定の日から5年間です。

【留意事項】

- 指定後、東京都から申請者宛に指定通知を送付します。
- 指定を行った後、主たる勤務先医療機関及び氏名等を東京都が公表します。
- 研修や変更届などの事務手続については、都のホームページに掲載しております。
- 指定医に御記入いただく医療意見書は、申請者の疾病に応じ、各医療機関（各指定医）でダウンロードの上、作成してください。

小児慢性特定疾病指定医指定申請書兼経歴書

記入例

令和〇〇年××月〇〇日

東京都知事 殿

児童福祉法第19条の3第1項に規定する指定医の指定を受けたいので、下記のとおり申請します。

氏 名	東京 花子	性 別	男・ ☒ 女	生年月日	昭和〇〇年〇月× 日	
現 住 所	〒163-0023 東京都新宿区西新宿2-△-×			電話番号	03 (〇〇〇〇) ××××	
医籍登録 番 号	第 〇〇〇〇〇〇〇 号	医籍登録年月日		昭和〇〇 年 △月 ×日		
主たる 勤務先の 医療機関	名 称	福祉局小児病院				
	所在地	〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号				
	電話番号	03-5321-1111				
	担当する 診療科名	小児科				
	※上記以外にも都内に勤務先があり、その勤務先でも診断書を作成する場合には、裏面に当該勤務先を記載してください。					
診断又は治療に従事した期間及び病院等名称	従 事 し た 期 間		従 事 した 病院 等 の 名 称			
	平成25年 4月～令和 5年 9月		福祉局小児病院			
	年 月～ 年 月					
	年 月～ 年 月					
	年 月～ 年 月					
	年 月～ 年 月					
	計 10 年 6 ヶ月					
指 定 要 件	専門医 資格 ※資格証を 添付すること	専門医の名称	〇〇専門医		専門医の 認定機関	〇〇学会
		有効期間				
	知事が 行う研修	研修			研修修了 年月日	年 月 日

(注) 記載上の留意事項

- 「従事した期間」は、月単位で記入し、従事を開始した月の初日が毎月の1日でない場合には当該月を算入せず、また、従事を終了した月は、終了した日の属する月を算入して記載してください。なお、5年以上の診断又は治療に従事した経験（臨床研修期間を含む。）があることが分かれば、全ての経歴をご記載いただく必要はありません。
- 指定要件は「専門医資格」又は「知事が行う研修」のいずれかに○をしていただき、必要事項を記載してください。