

「難病指定医」並びに「協力難病指定医」の要件等について〔概要〕

| 区 分 | 難病指定医 | 協力難病指定医 |
|----------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 役 割 | <ul style="list-style-type: none"> ○ 難病の医療費助成の支給認定申請に必要な診断書(臨床調査個人票)を作成すること。 ○ 患者データ(診断書の内容)を登録管理システムに登録すること。 (システム稼働の時期は未定) | |
| 記載可能な 診断書区分 | 新規申請 更新申請 | 更新申請 |
| 申 請 要 件 | <p>次のうちいずれか1つを満たすこと。</p> <p>① 診断又は治療に5年以上従事した経験があり、申請時点において、厚生労働大臣が定める学会の専門医(裏面参照)の資格を有していること。</p> <p>② 診断又は治療に5年以上従事した経験があり、「難病指定医オンライン研修」を修了していること。</p> | <p>診断又は治療に5年以上従事した経験があり、「協力難病指定医オンライン研修」を修了していること。</p> |
| 申請方法 | <p>医師(又は所属医療機関等)から沖縄県知事へ申請</p> <p>【提出書類】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 難病指定医指定申請書* 2. 医師免許証の写し 3. (上記要件①の者) 専門医の資格を証明する書類の写し 4. (上記要件②の者) 研修の課程を修了したことを証する書面 | <p>「協力難病指定医オンライン研修」を受講後、沖縄県知事へ申請。</p> <p>【提出書類】</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 難病指定医指定申請書* 2. 医師免許証の写し 3. 研修の課程を修了したことを証する書面 |
| | <p>【提出先】</p> <p>〒900-8570 那覇市泉崎1-2-2 沖縄県地域保健課 難病指定医担当宛 (TEL 098-866-2215)</p> <p>*申請書様式は、地域保健課のホームページでダウンロードできます。</p> | |
| 指定の有効期限 | <p>5年(更新制)</p> <p>上記要件②で指定を受けている指定医は、5年ごとに知事が定める年度において、指定医の区分に応じ「難病指定医(協力難病指定医)オンライン研修」を受ける必要があります。</p> | |
| その他 | <ul style="list-style-type: none"> ・指定医は県ホームページで公表します。(省令第19条関係) ・平成27年1月1日より受給可能となる新たに拡大される疾患患者、生活保護受給者の申請に必要な診断書の記載は、難病指定医に限ります。 | |