

特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理票

- ※ 管理票を紛失された場合などに御利用ください。
- ※ 裏面に注意事項及び記入例を記載しておりますのでよくお読みください。
- ※ この管理票は、受給者証の交付時に冊子状にして各受給者へ交付しています。冊子状の管理票は、各保健福祉事務所でお受け取りいただけます。

受給者番号	受給者氏名	月額自己負担上限額
		円

年 月分

日付	指定医療機関名	難病医療費 (10 割分)	自己負担額	自己負担額累計	医療機関印
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	医療機関印
月 日		

～受給者の方へ～

- ◎ この管理票は、「特定医療費(指定難病)受給者証」を使用する際に、難病の医療費にかかる窓口での負担額を管理するものです。受給者証とあわせてこの管理票を必ず提示してください。
- ◎ 表紙に、「受給者番号」、「受給者氏名」、「月額自己負担上限額」を間違えないように記入してください。
- ◎ 指定医療機関(薬局・訪問看護ステーション等含む)での負担額(入院時の食事療養費及び保険適用外の負担金を除く)を合算した金額が上限額に達した場合、それ以降の支払いは不要となります。
- ◎ 受給者証の有効期間途中で月額自己負担上限額が変更となった場合は、各保健福祉事務所で配布している新しい管理票を使用してください。

～指定医療機関の方へ～

- ◎ 特定医療費に係る自己負担額は、総医療費の2割です。(後期高齢者及び前期高齢者の1割負担者は1割)
- ◎ 生活保護も、「難病分医療費(10割分)」を記入してください。
- ◎ 入院時の食事療養費は、この管理票に記入しないでください。(月額自己負担上限額とは別に、受給者証に記載されている負担割合での負担となります。(生活保護者を除く))
- ◎ 1ページに入らない場合は、次のページに記入してください。
- ◎ 自己負担上限額に達した後も引き続き「難病分医療費(10割分)」については記載していただくをお願いします。(50,000円を超えるまで)

令和 2年 1月分

記入例

(月額自己負担上限額が10,000円の場合)

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額累計	徴収印
1月 4日	佐賀〇〇病院	21,000 円	4,200 円	4,200 円	印
1月 5日	△△薬局 〇〇病院前店	15,500 円	3,100 円	7,300 円	印
1月15日	□□診療所	10,550 円	2,110 円	9,410 円	印
1月16日	佐賀◇◇クリニック	21,550 円	590 円	10,000 円	印
月 日		円	円	円	
月 日		円	円	円	

医療機関・薬局・訪問看護ステーション等、すべての負担額を合算します。(医療保険と介護保険の区別はありません)

受給者の負担額に影響しますので、金額は鮮明に記載して下さい。

総医療費 21,550 円の 2 割(4,310 円)が自己負担額となるところですが、自己負担額累計が上限額(10,000 円)を超えるため、差引で 590 円の負担となります。

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	医療機関印
1月16日	佐賀◇◇クリニック	印