

特定医療費（指定難病） 自己負担上限額管理票

(表面)

受診者氏名		受給者番号 ①	受給者番号 ②	受給者番号 ③	月間自己負担上限額	円
-------	--	---------	---------	---------	-----------	---

※受領後すぐに受診者氏名・受給者番号を記入してください。受給者証を複数お持ちの場合は、すべての受給者番号を記入してください。

<受診者のみなさまへ>

- この管理票は、特定医療費（指定難病）受給者証の交付を受けた方で、指定医療機関（薬局・訪問看護ステーション含む）を受診する場合、受給者証に記載の医療費自己負担上限額を超える負担額が発生しないように、管理・証明のために利用するものです。
- この管理票は、受給者証と同時に交付します。
- この管理票に指定医療機関が医療費の窓口負担額を記載し特定医療費（指定難病）受給者証で承認された治療における同一月内の医療費自己負担額の負担状況を記録します。
- 指定医療機関で医療費自己負担額を支払う際には、受給者証と一緒にこの管理票を必ず窓口へ提出し、支払った医療費自己負担額の証明を受けてください。
- 各月ごとの証明金額の合計額が医療費自己負担上限額を超える場合、指定医療機関等ではそれ以上の負担はありません。
- 紛失したり忘れていたりして、この管理票を窓口へ提出しなかったときは、その月に負担した医療費自己負担額の合計額の管理ができないため、その日にかかった医療費自己負担額を請求されることとなりますから、注意してください。
- 記載欄がいっぱいになったときや紛失したときは住所地を管轄する保健所又は京都府健康対策課疾病対策担当（電話075-414-4736 代表）に連絡のうえ、自己負担上限額管理票の再交付を受けてください。ただし、紛失したときはそれまでに支払った医療費自己負担額の証明はできません。管理票は大切に保管してください。

京都府健康福祉部健康対策課疾病対策担当
〒602-8570 京都市上京区下立売通新町西入敷ノ内町
電話(075)414-4736 (代表)

<指定医療機関へのお願い>

- 月額自己負担上限額が設定されている方には、特定医療費（指定難病）受給者証とともにこの管理票を交付しています。
- 月額自己負担上限額が設定されている方については、上限額の管理が必要なため、自己負担金を徴収した時は、この管理票に、日付、指定医療機関名、医療費総額、自己負担額、自己負担の累積額（月額）の記載を行い、徴収印を押印してください。
また、負担額を徴収することにより上限額を越える場合には、上限額に達するまでの金額を徴収し、上記の記載に加え、月額自己負担上限額に達した日付、指定医療機関名を記載し、確認印を押印してください。
なお、この管理票は、高額な医療が長期的に継続する患者の特例（※1）や高額な医療を継続することが必要な軽症者の特例（※2）で申請する際の証明に使用するため、自己負担上限額に達した後も管理票の記載はしてください。

(※1) 「高額な医療が長期的に継続する患者（「高額かつ長期」とは、月ごとの医療費総額が5万円を超える月が年間6回以上ある者（例えば医療保険の2割負担の場合、医療費の自己負担が1万円を超える月が年間6回以上）とする。

(※2) 「高額な医療を継続すること」とは、月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が年間3回以上ある場合（例えば医療保険の3割負担の場合、医療費の自己負担が1万円以上の月が年間3回以上）とする。

- 都道府県知事の指定を受けていない医療機関等（病院、診療所、薬局、訪問看護ステーション）では、特定医療費（指定難病）受給者証は使用できませんので、この管理票に記載しないでください。

【記載例】

平成 年 月分 自己負担上限額管理票					
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
1月10日	〇〇病院	10,000円	2,000円	2,000円	印
1月10日	△△薬局	8,000円	1,600円	3,600円	印
1月17日	□□診療所	9,000円	1,400円	5,000円	印
1月27日	〇〇病院	20,000円	0円	5,000円	印
1月27日	△△薬局	6,000円	0円	5,000円	印
月 日					

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	確認印
1月16日	□□診療所	印

医療保険が1割負担の場合を除き、自己負担額は医療費総額の2割

上限に達した(1月17日)以降は、翌月になるまで自己負担はありませんが、管理票の記入が必要です

自己負担の累積額(月額)が自己負担上限額(5,000円)に達したときの指定医療機関

平成 年 月分 自己負担上限額管理票					
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
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

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	確認印
月 日		

※受給者証の「自己負担上限額」を御確認願います。

平成 年 月分 自己負担上限額管理票					
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
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

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	確認印
月 日		

※受給者証の「自己負担上限額」を御確認願います。

平成 年 月分 自己負担上限額管理票					
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
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

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	確認印
月 日		

※受給者証の「自己負担上限額」を御確認願います。