

特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票

受給者番号	
受給者氏名	

京 都 府

大切に保管し、医療機関受診時は必ず携帯してください。

難病指定医療機関の窓口の皆様へ

- 受給者が、認定された指定難病に関する治療や検査等を受けた場合に、難病指定医療機関で支払う金額を受診月ごとに記載してください。
- 特定医療費(指定難病)に加えて、福祉医療費の支給を受けている場合であっても、この冊子には特定医療費(指定難病)の適用内容のみを記載し、福祉医療費の内容は記載しないよう、留意してください。
- 1か月の自己負担累積額が自己負担上限額に達した場合、以後その月は受給者本人から医療費を徴収しないよう、留意してください。
- 1頁で1か月の自己負担上限額に達しない場合は、引き続き次頁に記載してください。
- 受診時に自己負担累積額を確認するとともに、その月の自己負担上限額に達したことを確認した場合は記載欄下部の「日付」及び「指定医療機関名」を記載してください。
- 基本的な記載方法等については、京都府ホームページ(<https://www.pref.kyoto.jp/nanbyou/20150113.html>)に掲載の「特定医療費の自己負担上限額管理票等の記載方法について」を参照してください。

受給者及び家族の皆様へ

- 受給者証が交付されたら、すぐに「氏名」及び受給者証に記載されている「受給者番号」を記載してください。
- この冊子は、特定医療費(指定難病)の支給認定を受けている方が、難病指定医療機関において、認定された指定難病に関する治療や検査等を受けた場合に、1か月あたりの自己負担上限額を確認するためのものです。その他、各種特例を受ける場合に、本冊子の内容を参照することがあります。
- 難病指定医療機関を受診する際は、受給者証と併せて窓口へ提出してください。
- 1か月あたりの窓口での支払い額の合計が、受給者証に記載された自己負担上限額に達したときは、以後、その月の窓口での支払いは不要です。
- 特定医療費(指定難病)に加えて、福祉医療費の支給を受けている場合、窓口での支払い額がこの冊子の「自己負担額」「自己負担累積額(月額)」と異なることがあります。
- 紛失や滅失、記載欄が不足した場合は、最寄りの保健所で新しい冊子の交付を受けてください。

記載例

〇〇年〇月分自己負担上限額管理票

受診者名	京都 太郎	受給者番号	1234567
------	-------	-------	---------

月額自己負担上限額 5,000 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)(円)	自己負担額 (円)	自己負担累積額 (月額)(円)
〇月1日	□□医院	12,000円	2,400	2,400
〇月1日	△□薬局	10,000円	2,000	4,400
〇月2日	△△医院	5,000円	600	5,000

1か月の支払い額を指定医療機関が記載します。例えば、自己負担上限額5,000円の場合、3回目の支払い額は計算上1,000円であっても、前回までの累積額が4,400円のため、指定医療機関に支払う額は600円になります。
※特定医療費(指定難病)とは別に、福祉医療費の支給を受けている場合は、実際の支払い額と異なることがあります。

支払い額の合計が、自己負担上限額に達したことを確認した指定医療機関が記載します。

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
〇月2日	△ △ 医 院

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月額自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分) (円)	自己負担額 (円)	自己負担累積額 (月額) (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

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月額自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分) (円)	自己負担額 (円)	自己負担累積額 (月額) (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

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月額自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分) (円)	自己負担額 (円)	自己負担累積額 (月額) (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

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

問い合わせ先

乙訓保健所 (向日市、長岡京市、大山崎町)	075-933-1153
山城北保健所 (宇治市、城陽市、久御山町)	0774-21-2911
綴喜分室 (八幡市、京田辺市、井手町、宇治田原町)	0774-63-5734
山城南保健所 (木津川市、笠置町、和束町、精華町、南山城村)	0774-72-0981
南丹保健所 (亀岡市、南丹市、京丹波町)	0771-62-2979
中丹西保健所 (福知山市)	0773-22-6381
中丹東保健所 (舞鶴市、綾部市)	0773-75-0806
丹後保健所 (宮津市、京丹後市、伊根町、与謝野町)	0772-62-4312
京都府健康福祉部健康対策課	075-414-4725