

(参考様式) 特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理票

自己負担上限額管理票が不足する場合は、未記入のものをコピーして増やしてご利用ください。

- ・ 指定医療機関を利用する際は、必ずこの自己負担上限額管理票を受給者証と一緒に提出し、必要事項を記入してもらってください。
- ・ この自己負担上限額管理票は、以下の手続きを行う際に必要な書類です。次回の更新申請手続きが完了するまで、過去一年間(過去の年度分)も含め大切に保管してください。

【高額かつ長期】

支給認定を受けた指定難病に係る月ごとの医療費総額について、5万円を超える月が年間6か月以上ある場合は、申請された翌月から月額医療費の自己負担上限額が軽減されます。  
(階層区分がC1、C2、Dの方のみ)

【軽症高額該当】(審査の認定に関係)

特定医療費の支給認定の要件である重症度分類等を満たさないものの、指定難病に係る月ごとの医療費総額が33,330円を超える月が年間3か月以上ある場合は、支給認定の対象になります。

【記載例】(自己負担上限額が月額2,500円の場合)

特定医療費(指定難病)  
令和3年4月分 自己負担上限額管理票

受診者名	岐阜 はな子	受給者番号	1234567
------	--------	-------	---------

月間自己負担上限額 2,500 円

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)	確認者
4/1	〇〇病院	4,000円	800円	800円	〇〇
4/1	△△薬局	8,000円	1,600円	2,400円	〇〇
4/5	□□クリニック	15,000円	100円	2,500円	〇〇
/					

〇4月5日の自己負担額について  
当日の医療費総額の2割分は3,000円となりますが、自己負担の累積額(月額)が自己負担上限額(2,500円)に達する100円のみを支払となり、残りの2,900円は公費負担となります。(自己負担割合2割の場合)

自己負担の累計額が自己負担上限額に達した時に受診した指定医療機関で確認を受けてください。この欄に記載された以降は、当該管理票を提示するのみで、翌月になるまで自己負担はありません。

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認者
4/5	□□クリニック	〇〇

※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いたします。

特定医療費(指定難病)

年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	確認者
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認者
/		

※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いたします。

特定医療費(指定難病)

年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	確認者
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認者
/		

※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いたします。

特定医療費(指定難病)

年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 円

日付	指定医療機関名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	確認者
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認者
/		

※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いたします。