

小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

受給者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月額自己負担上限月額 円

年 月分
下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		

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

- (注1) 各月の自己負担上限額管理票については、医療機関が記入・押印してください。
- (注2) 自己負担額には、食事療養費標準負担額は含めないでください。
- (注3) 自己負担額及び自己負担累積額（月額）は、実際の支払額と異なる場合があります。

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

- (注1) 各月の自己負担上限額管理票については、医療機関が記入・押印してください。
- (注2) 自己負担額には、食事療養費標準負担額は含めないでください。
- (注3) 自己負担額及び自己負担累積額(月額)は、実際の支払額と異なる場合があります。

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

年 月分
下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		

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 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

- (注1) 各月の自己負担上限額管理票については、医療機関が記入・押印してください。
- (注2) 自己負担額には、食事療養費標準負担額は含めないでください。
- (注3) 自己負担額及び自己負担累積額(月額)は、実際の支払額と異なる場合があります。

小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票について

【使い方】

- ① 受給者の方は、小児慢性特定疾病医療を受ける際に、この自己負担上限額管理票に受給者氏名、受給者番号、月額自己負担上限額を記入の上、受給者証とともに指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護ステーション）に提示してください。
- ② この自己負担上限額管理票を提示された指定医療機関は、受給者から自己負担額を徴収した際に、徴収した自己負担額及び、当月中にその受給者が小児慢性特定疾病医療について支払った自己負担額の累積額を自己負担上限額管理票に記載し、徴収印を押印してください。
（小児慢性特定疾病医療費の自己負担分を子ども医療費助成等と併用することにより、窓口での自己負担のない場合であっても、小児慢性特定疾病医療費における自己負担額を記入してください。）
- ③ 当該月の自己負担の累積額が自己負担上限額に達した場合には、指定医療機関は、自己負担上限額管理票の所定欄（各月の上段の欄）にその旨を記載し、確認印を押印してください。
- ④ 受給者から、当該月の自己負担累積額が月額自己負担上限額に達した旨の記載のある自己負担上限額管理票の提出を受けた指定医療機関は、当該月においてその後は自己負担額を徴収しないこととなります。ただし、「医療費総額分（10割分）」については、引き続き記載いただくようお願いします。

【記載例】

月額自己負担上限額 5,000円の場合

年 1 月分

下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月〇日	〇〇病院	(印)

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 累積額(月額)	徴収印
1月△日	△△病院	10,000	2,000	2,000	(印)
1月◆日	◆◆薬局	5,000	1,000	3,000	(印)
1月〇日	〇〇病院	20,000	2,000	5,000	(印)
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

〇〇病院での保険適用後の一部負担金（2割相当分）は4,000円だが、2,000円を支払うことによって、当該月の自己負担累積額が月額自己負担上限額である5,000円に達するので、〇〇病院は2,000円の上、当該欄には「2,000」と記載し、あわせて上段の欄に自己負担上限額に達した旨を記載する。