特定医療費(指定難病)自己負担上限額管理票

受給者番号	
氏名	

※受給者番号、氏名を記入してください。
※必ず医療受給者証とともに医療機関に提出してください。

【医療機関の方へ】
- 以下の記入例を参考に、指定難病の治療に要した医療費について記入してください。
- 自己負担上限額を超えた段階で、以降の自己負担額を徴収しないでください。
- 自己負担上限額は医療受給者証でご確認ください。
- 薬局での保険調剤、訪問看護及び介護訪問看護についても自己負担が発生します。
- 薬局について、難病法に基づき指定された指定医療機関であれば特定医療費の支給対象となります。
- 緊急その他やむを得ない場合は医療受給者証に記載されている以外の医療機関での診療も特定医療費の支給対象となります。

【記入例】　　令和3年4月分

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割）	自己負担額	月間自己負担累積額
4月2日	○○病院	10,000	2,000	2,000
4月3日	××薬局	27,000	3,000	5,000
4月10日	△△クリニック	10,000		
4月25日	○○病院	15,000		

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
4月3日	××薬局

この薬局での保険適用後の自己負担額は5，400円であったが、患者は3，000円を支払うことで、当該患者の自己負担限度額である5，000円に達するので、当該欄には「3，000」と記入する。
なお、自己負担限度額に達した後も、医療費総額等を記入する。

①　　年　月分

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割）	自己負担額	月間自己負担累積額
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

※月額自己負担上限額を超えても、医療費総額を記入してください。

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
月　日	

②　　年　月分

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割）	自己負担額	月間自己負担累積額
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

※月額自己負担上限額を超えても、医療費総額を記入してください。

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
月　日	

③　　年　月分

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割）	自己負担額	月間自己負担累積額
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

※月額自己負担上限額を超えても、医療費総額を記入してください。

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
月　日	