

小児慢性特定疾病医療 自己負担上限額管理票

受給者番号 (受給者様にてご記入ください)	
氏名 (受給者様にてご記入ください)	

【受給者の皆様へ】

○この管理票は、受給者証とともに指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護事業者)に提出してください。
○各ページ右上「自己負担上限額」欄は、使用中のページのみ該当する金額に丸を付けてください。
※途中で上限額が変更する可能性があるため、12枚全てに○を付けなくてもください
○足りない場合は、コピーしてお使いください。

【指定医療機関の皆様へ】

○自己負担上限額を超えても、月額の医療費総額(10割分)の記載をお願いします。下記の特例申請に使用することがあります。

【高額治療継続者】

認定された疾病にかかる医療費総額が50,000円を超える月が6回以上

日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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 5日	●●病院	10,000	2,000	2,000	印
1月 5日	△△薬局	7,500	1,500	3,500	印
1月 20日	●●クリニック	6,000	1,200	4,700	印
1月 20日	□□病院	10,000	300	5,000	印
1月 31日	●●薬局	15,000			印
月 日					
月 日					

自己負担上限額到達後に受診した際には、医療費総額を記載し、「自己負担額」、「自己負担の累積額」欄は斜線を引いてください。徴収印は必ず押印をお願いします。

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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
1月 20日	□□病院	印

令和 年 月 自己負担上限額管理票

自己負担
上限額

0円/500円/1,250円/2,500円
5,000円/10,000円/15,000円

日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

自己負担
上限額

0円/500円/1,250円/2,500円
5,000円/10,000円/15,000円

日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

自己負担
上限額

0円/500円/1,250円/2,500円
5,000円/10,000円/15,000円

日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

自己負担
上限額

0円/500円/1,250円/2,500円
5,000円/10,000円/15,000円

日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

自己負担
上限額

0円/500円/1,250円/2,500円
5,000円/10,000円/15,000円

日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

自己負担
上限額

0円/500円/1,250円/2,500円
5,000円/10,000円/15,000円

日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

小児慢性特定疾病医療 自己負担上限額管理票

受給者番号 (受給者様にてご記入ください)	
氏名 (受給者様にてご記入ください)	

【受給者の皆様へ】

○この管理票は、受給者証とともに指定医療機関(病院、診療所、薬局、訪問看護事業者)に提出してください。
 ○各ページ右上「自己負担上限額」欄は、使用中のページのみ該当する金額に丸を付けてください。
 ※途中で上限額が変更する可能性があるため、12枚全てに○を付けないでください
 ○足りない場合は、コピーしてお使いください。

【指定医療機関の皆様へ】

○自己負担上限額を超えても、月額の医療費総額(10割分)の記載をお願いします。下記の特例申請に使用することがあります。

【高額治療継続者】

認定された疾病にかかる医療費総額が50,000円を超える月が6回以上

令和●年1月 自己負担上限額管理票

自己負担上限額
0円/500円/1,250円/2,500円
5,000円/10,000円/15,000円

日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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 5日	●●病院	15,000	3,000	3,000	印
1月 5日	△△薬局	5,000	1,000	4,000	印
1月 20日	●●クリニック	25,000	5,000	9,000	印
1月 20日	□□病院	10,000	1,000	10,000	印
1月 31日	●●薬局	15,000			印

※自己負担上限額管理票には、小児慢性特定疾病以外の公費の適用金額は記入しないでください。
 ※重度心身障害者医療費給付等を併用する場合、自己負担上限額管理票に記載した小児慢性特定疾病の自己負担額と実際の患者窓口負担額は異なります。
 ※子ども医療費助成を併用している場合も同様に、窓口での自己負担が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上限額を記

窓口負担は0円/500円となりますが、小児慢性特定疾病の自己負担額を記入してください。

自己負担上限額到達後に受診した際には、医療費総額を記載し、「自己負担額」、「自己負担の累積額」欄は斜線を引いてください。徴収印は必ず押印をお願いします。

令和 年 月 自己負担上限額管理票

令和 年 月 自己負担上限額管理票		自己負担 上限額	0円/500円/1,250円/2,500円 5,000円/10,000円/15,000円		
日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

令和 年 月 自己負担上限額管理票		自己負担 上限額	0円/500円/1,250円/2,500円 5,000円/10,000円/15,000円		
日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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					
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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

令和 年 月 自己負担上限額管理票		自己負担 上限額	0円/500円/1,250円/2,500円 5,000円/10,000円/15,000円		
日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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					
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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

令和 年 月 自己負担上限額管理票		自己負担 上限額	0円/500円/1,250円/2,500円 5,000円/10,000円/15,000円		
日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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					
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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

令和 年 月 自己負担上限額管理票		自己負担 上限額	0円/500円/1,250円/2,500円 5,000円/10,000円/15,000円		
日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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					
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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		

令和 年 月 自己負担上限額管理票

令和 年 月 自己負担上限額管理票		自己負担 上限額	0円/500円/1,250円/2,500円 5,000円/10,000円/15,000円		
日付	指定医療機関名 (薬局・訪看も含む)	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					
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(上限額に達した医療機関で御記入をお願いします)	確認印
月 日		