

## 【記入例】 患者の負担割合が 2 割の場合

…色が付いている箇所が指定医療機関の方に記入いただく欄です。

特定医療費(指定難病)  
       年        月分      自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 5,000 円  
 (単位: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)
/	病院	4,000	800	800
/	病院	4,000	800	1,600
		15,000	3,000	4,600
/	病院	4,000	400	5,000
○/×	薬局 支店	10,000	2,000	7,000
○/	訪問看護 ステーション	130,000	26,000	9,600

受給者証に記載された疾病の治療に要した医療費の総額を記入します。

自己負担上限額に達した後も、医療費総額のみ記入し、その他の欄は線を引いてください。

保険適用後の一部負担金は800円ですが、患者は400円を支払うことによって自己負担上限額に達するので、400円徴収します。

自己負担上限額に達した指定医療機関で記入します。

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
/	病院

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

## 指定医療機関へのお願い

- 1 各月の管理票は、すべて指定医療機関の方が記入してください。
- 2 「月額自己負担上限額」は、特定医療費(指定難病)医療受給者証を確認し、記入してください。
- 3 管理票の提出を受けた指定医療機関の方は、指定難病の患者さんから自己負担を徴収した際に、「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)」を記入してください。
- 4 「自己負担の累積額(月額)」が月額自己負担上限額に達したことを確認した場合は、所定欄に「日付、指定医療機関名」を記入してください。
- 5 「軽症高額」該当や「高額かつ長期」該当等の申請の際に使用するため、月額自己負担上限額に達した後も「医療費総額(10割分)」については記入いただくようお願いします。