

特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票 年 月分

(受診者名)		(受給者番号)	
病名			有効期間

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
	指定医療機関名		確認印

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 (月額累計)	徴収印

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に提示してください。

特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票 年 月分

(受診者名)		(受給者番号)	
病名			有効期間

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
	指定医療機関名		確認印

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 (月額累計)	徴収印

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に提示してください。

特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票 年 月分

(受診者名)		(受給者番号)	
病名			有効期間

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
	指定医療機関名		確認印

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 (月額累計)	徴収印

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に提示してください。

特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票 年 月分

(受診者名)		(受給者番号)	
病名			有効期間

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
	指定医療機関名		確認印

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 (月額累計)	徴収印

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に提示してください。

《指定難病》

公費負担者番号

54376017 (下記以外の方)

54376025 (生活保護受給者で、医療保険
各法の被保険者以外の方)

管理票に記載する医療費総額は、指定難病及び
当該指定難病に付随して発現する傷病に対する
医療に限ります。

記載例：自己負担上限額 5,000円、保険負担7割の場合

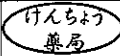
特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票 ○年10月分

(受診者名) 香川 太郎

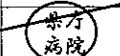
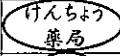
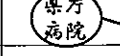
(受給者番号) 1 2 3 4 5 6 7

パーキンソン病、全身性エリテマトーデス、ミトコンドリア病	有効期間 RO.10.1~RΔ.9.30
------------------------------	-------------------------

この年月は、診療月です。
(支払月ではありません。
レセプトの診療月と同じです)

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
10/10	指定医療機関名	けんちよう薬局	確認印 

本来の自己負担額は12,000円の2割で
2,400円ですが、自己負担上限額まで、
あと1,000円です。
このため、受給者の窓口での負担額は、
1,000円となります。

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 (月額累計)	徴収印
10/10	県庁病院	20,000	4,000	4,000	
10/10	けんちよう薬局	12,000	1,000(2,400)	5,000	
10/25	県庁病院	8,000	0	5,000	

自己負担上限額に達した後も
医療費総額を、管理票に記載
して下さい。

《連絡先》
香川県健康福祉総務課
難病等対策グループ
電話：087-832-3272

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に表示してください。