

# 小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

**◎保護者さま**

・小児慢性特定疾病の支給を受けるときは、被保険者証又は組合員証と併せて、受給者証と自己負担上限額管理票を必ず指定医療機関の窓口に提出してください。

**◎指定医療機関の担当者さまへ**

・診察日ごとに内容を記載し、受給者に返却してください。  
 ・入院時の食事療養費に係る自己負担額については、自己負担上限月額を管理する際の累積には含まれません。

**記載例**

受診者名	相模 太郎	受給者番号	5800011
		自己負担上限額 (月額)	5,000 円

令和 4 年 10 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
10/6	〇〇病院	20,000 円	4,000 円	4,000 円
10/15	△△薬局	3,500 円	700 円	4,700 円
10/26	☆☆クリニック	6,000 円	300 円	5,000 円
10/27	◇◇薬局	2,000 円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

医療費を2割負担で計上し、自己負担額が上限額に達するまで累積していきます。  
 10/26分の2割負担は1,200円ですが、累積すると上限額(5,000円)を超えるため、300円を徴収する。この後は、同月での自己負担額は発生しません  
 ※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」を記載してください。

自己負担上限額に達した時点で☆☆クリニックが、この欄を証明します。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名
10/26	☆☆クリニック

\*\*\*\*\*

受診者名		受給者番号	
		自己負担上限額 (月額)	円

令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

# 小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

受診者名	受給者番号	
	自己負担上限額 (月額)	円

### ◎医療機関、薬局の担当者さまへ

- ・診察日ごとに内容を記載し、受給者に返却してください。
- ・自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」を記載してください。
- ・入院時の食事療養に係る自己負担額については、自己負担上限月額を管理する際の累積には含まれません。

令和 年 月分

令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

令和 年 月分

令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

# 小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

受診者名	受給者番号	
	自己負担上限額 (月額)	円

◎医療機関、薬局の担当者さまへ

- ・診察日ごとに内容を記載し、受給者に返却してください。
- ・自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」を記載してください。
- ・入院時の食事療養に係る自己負担額については、自己負担上限月額を管理する際の累積には含まれません。

## 令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

## 令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

## 令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

## 令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

# 小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
		自己負担上限額 (月額)	円

**◎医療機関、薬局の担当者さまへ**

- ・診察日ごとに内容を記載し、受給者に返却してください。
- ・自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」を記載してください。
- ・入院時の食事療養に係る自己負担額については、自己負担上限月額を管理する際の累積には含まれません。

令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名

令和 年 月分

日付	指定医療機関、薬局名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担累積額
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円
		円	円	円

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」は記載してください。

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関、薬局名