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	

●この特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票（以下「管理票」と言います。）は、あなたの自己負担上限額を管理するものです。「受給者番号」と「氏名」を記入してください。

●各月の管理票は、すべて指定医療機関の方が記入します。

●受診時には、指定医療機関の窓口に、特定医療費（指定難病）医療受給者証と一緒に、この管理票を必ず提出してください。

●管理票は、今後の申請時に「軽症高額」や「高額かつ長期」に該当することの根拠書類として使用することがありますので、大切に保管してください。

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、「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。その他の公費適用により、自己負担が 0 円になる場合でも、患者が本来自己負担するべき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。

相模原市

〔記入例〕

患者の負担割合が2割の場合

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		
○/◇	○○訪問看護ステーション	130,000		

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。

指定医療機関記入欄

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　　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）

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

※　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。

指定医療機関記入欄

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　　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）

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

※　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。

指定医療機関記入欄

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　　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）

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

※　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。

指定医療機関記入欄

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　　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）

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

※　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。

指定医療機関記入欄

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　　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）

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

※　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。

指定医療機関記入欄

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　　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）

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

※　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。