

# 自己負担上限月額管理票

◎ この自己負担上限月額管理票(以下、「管理票」)は、受診の際に必ず持参し、医療受給者証と共に、指定医療機関の窓口にて毎回提示してください(管理票の提示がないと、自己負担累計額を確認できないため、自己負担上限月額(以下、「上限額」)を超えて指定医療機関の窓口で請求を受けることがあります。)

## <保護者の方へ>

この管理票は、患者様の1か月の自己負担額が上限額を超えることがないよう、医療機関や薬局等の窓口で確認するためのものです。管理票は大切に保管してください(自己負担額の過払いがあった場合の確認等の際にも必要になります。)

すでに上限額に達している場合は、この管理票を提示することで自己負担額が徴収されません。

記載できるページがなくなった場合や紛失した場合には、区ホームページからダウンロードするか世田谷保健所までご連絡ください。

## <医療機関の方へ>

この管理票は、患者様が小児慢性特定疾病医療の会計を行う際に、各指定医療機関の窓口で徴収印を押していただくことにより、1カ月あたりの患者様の上限額管理を行うためのものです。ここで言う自己負担額とは健康保険と小慢で負担する額を引いた金額を指し、実際の支払金額とは異なる場合があります。

上限額が医療受給者証の額と一致しているか、毎回必ず確認し、記入及び押印をしてください。指定医療機関名の欄はできるだけゴム印を使用し、徴収印欄には必ず会計担当者印(認印等)を押印してください。

その支払いで自己負担累計額が上限額に達した場合には、当該会計の自己負担額は上限額に達するまでの額としてください(医療保険の自己負担額から当該会計での自己負担額を差し引いた額を公費請求してください。)

当該月の自己負担累計額が上限額に到達した場合は自己負担額を徴収せずに、管理票下欄への記載(日付、指定医療機関名)及び確認印をお願いします。

## <問い合わせ先>

世田谷保健所感染症対策課

電話 03-5432-2370 ファクシミリ 03-5432-3022

### 自己負担上限月額管理票

(小児慢性特定疾病医療費 年 月分)

受診者	受給者番号
-----	-------

自己負担上限月額 円

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

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

※自己負担上限月額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくをお願いします。

### 自己負担上限月額管理票

(小児慢性特定疾病医療費 年 月分)

受診者	受給者番号
-----	-------

自己負担上限月額 円

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

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

※自己負担上限月額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくをお願いします。

自己負担上限月額管理票  
(小児慢性特定疾病医療費 年 月分)

受診者	受給者番号
-----	-------

自己負担上限月額 円

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

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

※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)」については記載いただくようお願いします。

自己負担上限月額管理票  
(小児慢性特定疾病医療費 年 月分)

受診者	受給者番号
-----	-------

自己負担上限月額 円

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

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

※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)」については記載いただくようお願いします。

自己負担上限月額管理票  
(小児慢性特定疾病医療費 年 月分)

受診者	受給者番号
-----	-------

自己負担上限月額 円

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

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

※自己負担上限月額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

自己負担上限月額管理票  
(小児慢性特定疾病医療費 年 月分)

受診者	受給者番号
-----	-------

自己負担上限月額 円

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

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

※自己負担上限月額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。