

小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票について

○保護者の方へ

- ・認定を受けている小児慢性特定疾病について、保険医療機関等で診療（保険調剤、訪問看護を含む。）を受ける際には、被保険者証や組合員証に添えて、自己負担上限額管理票を必ず窓口提出してください（医療受給者証の内側に印刷されています）。
- ・高額治療継続者（自己負担上限額の軽減）の申請の際に必要になります。

○指定医療機関の方へ

右の記載例を参考に、自己負担上限額の管理に御協力をお願いします。

- ・認定を受けている小児慢性特定疾病に係る診療（保険調剤・訪問看護を含む）を行った際には、自己負担を徴収した都度この管理票に記載してください。
- ・月はじめに診療を行った医療機関において、使用年月日及び自己負担上限額（月額）を記入してください。（自己負担上限額は医療受給者証の表紙に記載されています）
- ・その月の上限額に達した日の翌日以降の自己負担は「なし」となります。上限額に達した日に診療を行った医療機関において、上限額に達した日付及び指定医療機関名を記入の上、確認印を押してください。

※管理票には、小児慢性特定疾病から支払った医療費のみ記載してください。

国保10割負担の場合、又は乳幼児・子どもの医療費から10割全額支払った場合には記入しないでください。

記載例（医療機関が記入・押印）

月初めに自己負担額を徴収した
〇〇病院が記入

平成 27年 1月 自己負担上限額管理票

自己負担上限額（月額） 5,000 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担累積額 (月額)	徴収印
1/7	〇〇病院	10,000円	2,000円	2,000円	印
1/7	△△調剤薬局	5,000円	1,000円	3,000円	印
1/23	□□病院	20,000円	2,000円	5,000円	印

診療の都度、各指定医療機関で記入

上限額に達したので、□□病院が下記欄に記入

上記のとおり自己負担上限額（月額）に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1月23日	□□病院	印