※原本は水色です

小児慢性特定疾病医療費
自己負担上限月額管理票

受診者名	
受給者番号	
自己負担上限月額	
有効期間	

宮崎市

注　意　事　項

1　この管理票は、小児慢性特定疾病医療受給者証（以下「受給者証」という。）と同時に交付されるもので、受給者証に記載された自己負担上限月額を管理するために使用するものです。

2　この管理票は、小児慢性特定疾病医療支援を受ける際に、受給者証とともに指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護事業者）に提出してください。

【指定医療機関の方へ】

1　自己負担割合は２割です。

2　この管理票の提出があったときは、受給者から自己負担額を徴収するとともに、医療費総額、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が小児慢性特定疾病医療について支払った自己負担額の累積額を、管理票にご記入下さい。
　また、当該月の自己負担額の累積額が負担上限月額に達した場合は、その旨を管理票の証明欄にご記入ください。　※裏面の記載例を参照

3　受給者から、当該月の自己負担額の累積額が負担上限月額に達した旨の記載がある管理票の提出を受けたときは、当該月において自己負担額を徴収する必要はありません。

令和　年　月分　①

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　②

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　③

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　④

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　⑤

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　⑥

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

（記載例）

○ 年 ○ 月分

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　１０，０００ 円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印
○/○	□□病院	15,400	3,080	3,080	印
○/△	◆◆薬局	2,000	400	3,480	印
○/□	☆☆訪問看護	28,500	5,700	9,180	印
○/◎	△△病院	22,500	820	10,000	印

△△病院での保険適用後の一部負担金（総医療費の２割）が仮に4,500円であった場合、受給者は820円を支払うことによって、負担上限月額の10,000円に達するので、自己負担額欄には、「820」と記入し、820円を徴収する。（残額の3,680円は公費負担。）

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印
○/◎	△△病院	印

負担上限月額に達した時の指定医療機関が、証明欄に日付、指定医療機関名を記入し、押印してください。

注　意　事　項

1　この管理票は、小児慢性特定疾病医療受給者証（以下「受給者証」という。）と同時に交付されるもので、受給者証に記載された自己負担上限月額を管理するために使用するものです。

2　この管理票は、小児慢性特定疾病医療支援を受ける際に、受給者証とともに指定医療機関（病院・診療所、薬局、訪問看護事業者）に提出してください。

【指定医療機関の方へ】

1　自己負担割合は２割です。

2　この管理票の提出があったときは、受給者から自己負担額を徴収するとともに、医療費総額、徴収した自己負担額及び当月中にその受給者が小児慢性特定疾病医療について支払った自己負担額の累積額を、管理票にご記入下さい。
　また、当該月の自己負担額の累積額が負担上限月額に達した場合は、その旨を管理票の証明欄にご記入ください。　※上面の記載例を参照

3　受給者から、当該月の自己負担額の累積額が負担上限月額に達した旨の記載がある管理票の提出を受けたときは、当該月において自己負担額を徴収する必要はありません。

令和　年　月分　⑦

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　⑧

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　⑨

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　⑩

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　⑪

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印

令和　年　月分　⑫

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限月額管理票

月間自己負担上限額　円

日付	指定医療機関名（薬局・訪看も含む）	医療費総額（10割分）	自己負担額（2割分）	自己負担の累積額（月額）	徴収印

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指　定　医　療　機　関　名	確認印