

特定医療費（香川県指定難病） 自己負担上限額管理票 年 月分

(受診者名) (受給者番号)

病名	有効期間
----	------

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
	指定医療機関名		確認印

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

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に提示してください。

特定医療費（香川県指定難病） 自己負担上限額管理票 年 月分

(受診者名) (受給者番号)

病名	有効期間
----	------

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
	指定医療機関名		確認印

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

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に提示してください。

特定医療費（香川県指定難病） 自己負担上限額管理票 年 月分

(受診者名) (受給者番号)

病名	有効期間
----	------

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
	指定医療機関名		確認印

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

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に提示してください。

特定医療費（香川県指定難病） 自己負担上限額管理票 年 月分

(受診者名) (受給者番号)

病名	有効期間
----	------

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
	指定医療機関名		確認印

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

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に提示してください。

《香川県指定難病》

公費負担者番号

94376019

管理票に記載する医療費総額は、指定難病及び当該指定難病に付随して発現する傷病に対する医療に限ります。

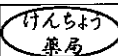
記載例：自己負担上限額 5,000円、保険負担7割の場合

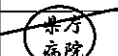
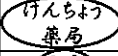
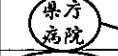
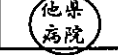
特定医療費（香川県指定難病） 自己負担上限額管理票 ○年10月分

（受診者名） 香川 太郎

（受給者番号） 9019999

メニエール病	有効期間 RO.10.1~RΔ.9.30
--------	-------------------------

日付	下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。		
10/10	指定医療機関名	けんちよう薬局	確認印 

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 (月額累計)	徴収印
10/10	県庁病院	20,000	4,000	4,000	
10/10	けんちよう薬局	12,000	1,000(2,400)	5,000	
10/25	県庁病院	8,000	0	5,000	
10/30	ケンチョウ坊内看護ステーション	15,000	1,500		
10/31	他県病院	10,000	3,000		

自己負担上限額に達した後、窓口で自己負担額を支払う必要がある場合

次の場合、受給者が自己負担額を窓口で一度支払い、翌月以降、県に直接請求してください。

- ①香川県外の医療機関で医療等を受けた場合
- ②公費助成対象の介護保険サービスを受けた場合
 - ・訪問看護
 - ・訪問リハビリテーション
 - ・居宅療養管理指導
 - ・介護療養施設サービス
 - ・介護予防訪問看護
 - ・介護予防訪問リハビリテーション
 - ・介護予防居宅療養管理指導
 - ・介護医療院サービス

《指定医療機関の方へ》

上記の場合、自己負担上限額を超えていても、管理票に医療費総額、自己負担額の記載が必要です。

この年月は、診療月です。
(支払月ではありません。
レセプトの診療月と同じです)

本来の自己負担額は12,000円の2割で2,400円ですが、自己負担上限額まで、あと1,000円です。
このため、受給者の窓口での負担額は、1,000円となります。

自己負担上限額に達した後も医療費総額を、管理票に記載して下さい。

《連絡先》

香川県健康福祉総務課
難病等対策グループ
電話：087-832-3272

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口へ提示してください。