

特定医療費(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(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(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(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。

《指定難病》

公費負担者番号

54376017（下記以外の方）

54376025（生活保護受給者で、医療保険
各法の被保険者以外の方）

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（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） 1 2 3 4 5 6 7

パーキンソン病、全身性エリテマトーデス、ミトコンドリア病

有効期間

RO.10. 1～RΔ. 9.30

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）

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 けんちよう薬局

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。

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	県庁病院
10/10	けんちよう薬局	12,000	1,000(2,400)	5,000	けんちよう薬局
10/25	県庁病院	8,000	0	5,000	県庁病院

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。

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口提示してください。

《連絡先》

香川県保健福祉総務課
難病等対策グループ

電話：087-832-3272