



自己負担上限額管理票
〔小児慢性特定疾病〕

受給者氏名	
受給者番号	
有効期間	年 月 日から 年 月 日まで
月額自己負担上限額	円

使用後も次回の更新まで大切に保管してください。

記載例：自己負担上限額 10,000 円の場合
令和元年 10 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
10月18日	A病院	印

日付	医療機関名	医療費総額 (10 割分)	自己負担額	月額累積額	医療機関確認印
10/5	A病院	15,000円	3,000円	3,000円	印
10/5	B薬局	10,000円	2,000円	5,000円	印
10/18	A病院	26,000円	5,000円	10,000円	印
10/18	B薬局	10,000円			印

- ・各月毎に 1 ページ使用してください
- ・その月の最初の医療機関が「〇年〇月」を記載してください。
- ・受診のたびに医療機関で記載し、確認印を押印してください。
- ・徴収した額に 10 円未満の端数がある場合には、四捨五入した額を記載してください。
- ・自己負担上限額に達した日の自己負担額は、上限額を超えない額を記載します。例の 10/18 の A 病院での自己負担額が 5,001 円以上となる場合にも 5,000 円と記載し、月額累積額が 10,000 円以上にならないようにしてください。
- ・累積額が自己負担上限額に達したとき、上部の表を記載してください。

- ・累積額が自己負担上限額に達した後も、医療費総額の記載を続けてください。
(下記の手続の際に必要となります。)

【高額かつ長期】
自己負担上限額が C 1・C 2・D の方は、支給認定を受けた小児慢性特定疾病にかかる月ごとの医療費総額について 5 万円を超える月が年間 6 月以上ある場合、申請された翌月から月額の医療費の自己負担を軽減いたします。

自己負担上限額管理票の使用方法

1. この自己負担上限額管理票は、あなたが小児慢性特定疾病の医療を受けるとき、毎月の自己負担上限額以上負担されることがないように自己管理していただくための大切なものです。
受診するときには必ず、医療機関（病院、診療所、薬局、訪問看護事業所）に提示し、その日の小児慢性特定疾病にかかる医療費総額（10 割分）、自己負担額および月額累積額を記入していただいでください。
2. すべてのページを使い切ったときや、紛失、破損したときは、再交付を受けてください。また、使い切った自己負担上限額管理票は、次回の小児慢性特定疾病医療受給者証の更新手続が完了するまで大切に保管してください。

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

日付	医療機関名	医療費総額 (10 割分)	自己負担額	月額累積額	医療機関確認印

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

日付	医療機関名	医療費総額 (10 割分)	自己負担額	月額累積額	医療機関確認印

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

日付	医療機関名	医療費総額 (10 割分)	自己負担額	月額累積額	医療機関確認印

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

日付	医療機関名	医療費総額 (10 割分)	自己負担額	月額累積額	医療機関確認印

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月額 累積額	医療機関 確認印

日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月額 累積額	医療機関 確認印

日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月額 累積額	医療機関 確認印

日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月額 累積額	医療機関 確認印

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関名	医療機関確認印
月 日		

日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月額 累積額	医療機関 確認印

日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月額 累積額	医療機関 確認印

日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月額 累積額	医療機関 確認印

日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月額 累積額	医療機関 確認印

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照

※自己負担上限額に達した日の記載方法は記載例のページを参照