

《 記入例 》

番号順に使用してください。

忘れずに記入してください。

1 R5年 4月分 自己負担上限額管理票 月額自己負担上限額 5,000円

受診者氏名	堺 太郎	受給者番号	1 2 3 4 5 6 7		
医療費総額(10割分)については、特定医療に係る医療費の総額のみを記載してください。	氏名	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担額	自己負担額
	4月8日 □□診療所	10,000円	2,000円	2,000円	
	4月9日 □□診療所	8,000円	1,600円	3,600円	
	4月15日 □□診療所	9,000円	1,400円	5,000円	
	4月20日 ○○病院	20,000円	0円	5,000円	
	4月20日 △△訪問看護ステ	6,000円	0円	5,000円	
	日 日				
	指定医療機関名				
	4月15日 □□診療所				

自己負担額
この管理票では、特定医療費(指定難病)[法定番号 54]適用時の金額をいいます。
※月額自己負担上限額の範囲内で、**医療費総額の2割**(ただし、医療保険が1割負担の場合は1割)の金額を記入してください。

例) 重度障害者医療証を使用した場合、実際の本人負担が500円の場合でも、法定番号54適用時の金額を記入してください。

月額自己負担上限額に達した日以降も記入が必要です。

自己負担の累積額(月額)が月額自己負担上限額に達した指定医療機関が記入してください。