

**小児慢性特定疾病医療費  
自己負担上限額管理票**

<b>受診者氏名</b>	
<b>受給者番号</b>	

ご使用前に必ず受診者氏名、受給者番号を記入してください。

※大切に保管し、指定医療機関（病院、診療所、保険薬局または訪問看護ステーション）に受診等の際には、必ずご持参のうえ、ご提示ください。

※指定医療機関の支払窓口で自己負担額を必ず記録してもらってください。



## 小児慢性特定疾病医療受給者及び保護者のみなさまへ

1. この自己負担上限額管理票は小児慢性特定疾病医療受給者証の交付をうけた方で、指定医療機関（病院、診療所、保険薬局または訪問看護ステーション）を受診する場合、受給者証に記載の月額自己負担上限額を超える負担額が発生しないように管理し自己負担額を証明するために利用するものです。
2. この自己負担上限額管理票は受給者証と同時に交付します。
3. この自己負担上限額管理票は、指定医療機関（病院、診療所、保険薬局または訪問看護ステーション）が小児慢性特定疾病医療受給者証で承認された疾病における同一月内の医療費の自己負担額を記録します。
4. 指定医療機関（病院、診療所、保険薬局または訪問看護ステーション）で小児慢性特定疾病医療費に対する自己負担額を支払う際には、受給者証と一緒に、この自己負担上限額管理票を必ず窓口に出し、支払った自己負担額の証明を受けてください。
5. 月額累計額が月額自己負担上限額を超えた場合、指定医療機関（病院、診療所、保険薬局または訪問看護ステーション）では、それ以上の負担は必要ありません。
6. この自己負担上限額管理票を窓口に出しなかった場合は、その月に負担した小児慢性特定疾病医療に対する自己負担額の合計額の管理ができないため、その日にかかった自己負担額を請求されますので、ご注意ください。
7. 記入欄がいっぱいになった場合や紛失した場合は、お住まい区の保健センターまたは、堺市保健医療課（電話 072-228-7582 直通）に連絡の上、新たな自己負担上限額管理票の交付を受けてください。ただし、紛失した場合、それまでに支払った小児慢性特定疾病医療に対する自己負担額の証明はできませんので、ご注意ください。

堺市 健康福祉局 保健所 保健医療課

〒590-0078 堺市堺区南瓦町 3 番 1 号

電話 072-228-7582（直通） ファックス 072-222-1406

小児慢性特定疾病医療費  
年 月 自己負担上限額管理票

受診者氏名		受給者番号	
-------	--	-------	--

月額自己負担上限額 円

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

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
月 日	