

受給者番号		受給者氏名	
-------	--	-------	--

【記入例】

○年 ○月分 特定医療費自己負担上限額管理票

自己負担上限額に達した医療機関で記載する。 月額自己負担上限額 5,000 円

受給者証に記載された疾病の治療に要した医療費の総額を記載する。

日付	指定医療機関	確認
○月 ○日 ○○病院		

日付	指定医療機関の名称	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の累積額 (月額)	自己負担額徴収確認
○月 △日 ○○病院		4,000	800	800	
○月 □日 ○○病院		4,000	800	1,600	
○月 ×日 □□薬局		15,000	3,000	4,600	
○月 ○日 ○○病院		4,000	400	5,000	
○月 ◇日 ○○病院		10,000			
○月 ◎日 △△訪問看護ステーション		130,000			
月 日					

自己負担上限額に達した後も、医療費総額が50,000円を超えるまでは、受診した際に、医療費総額のみ記載し、その他の欄は線を引く。

患者から徴収した額に10円未満の端数がある場合には、四捨五入した額を記載する。

この病院での保険適用後の一部負担金（2割相当額）は800円であったが、患者は400円支払うことによって、当該患者の月額自己負担上限額である5,000円に達するため、当該欄には「400」と記

月 日	原則、受診順に記載するが、必ずしも受診順の記載でなくても構いま	
月 日		

※受診の度に、医療機関等の窓口に、受給者証と一緒に提出してください。

●認定後の月額自己負担額軽減について

認定後に次の基準に該当する場合は、下表のとおり月額自己負担限度額の軽減を受けることができます。

申請方法の詳細については、各保健所にお問い合わせください。

- 「高額かつ長期」基準  
所得階層区分が「一般所得Ⅰ」「一般所得Ⅱ」「上位所得」の階層で認定された方で、認定期間内の12か月以内（前回認定期間も含む）に対象疾病に係る月額の総医療費（10割分）が、50,000円を超える月が6回以上生じた場合。
- 「人工呼吸器等装着者」基準  
対象疾病が原因で継続して人工呼吸器常時装着又は体外式補助人工心臓装着の状態となり、かつ、日常生活動作が著しく制限されている場合。

《表：月額自己負担限度額票》 (単位：円)

階層区分	階層区分の基準	患者負担割合：2割（*）		
		一般	高額かつ長期	人工呼吸器等装着者
生活保護	-	0	0	0
低所得Ⅰ	市町村民税非課税（世帯） 本人収入80万円以下	2,500	2,500	1,000
低所得Ⅱ	市町村民税非課税（世帯） 本人収入80万円超	5,000	5,000	
一般所得Ⅰ	市町村民税 課税以上7.1万円未満	10,000	5,000	
一般所得Ⅱ	市町村民税 7.1万円以上25.1万円未満	20,000	10,000	
上位所得	市町村民税 25.1万円以上	30,000	20,000	
入院時の食事療養費		全額自己負担		

\*高齢者医療制度における1割負担者を除く。

年 月分 特定医療費自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関の名称	確認
月 日		

日付	指定医療機関の名称	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の累積額 (月額)	自己負担額徴収確認
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

※受診の度に、医療機関等の窓口に、受給者証と一緒に提出してください。

指定難病

年 月分 特定医療費自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関の名称	確認
月 日		

日付	指定医療機関の名称	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の累積額 (月額)	自己負担額徴収確認
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

※受診の度に、医療機関等の窓口に、受給者証と一緒に提出してください。

年 月分 特定医療費自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関の名称	確認
月 日		

日付	指定医療機関の名称	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の累積額 (月額)	自己負担額徴収確認
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

※受診の度に、医療機関等の窓口に、受給者証と一緒に提出してください。

年 月分 特定医療費自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関の名称	確認
月 日		

日付	指定医療機関の名称	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の累積額 (月額)	自己負担額徴収確認
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

※受診の度に、医療機関等の窓口に、受給者証と一緒に提出してください。

年 月分 特定医療費自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関の名称	確認
月 日		

日付	指定医療機関の名称	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の累積額 (月額)	自己負担額徴収確認
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

※受診の度に、医療機関等の窓口に、受給者証と一緒に提出してください。