

年 月

小児慢性特定疾病医療
自己負担上限月額管理票

氏名		受給者 番号	
下記のとおり負担上限月額に達しました。		負担上限 月額	

日付	医療機関等		
日			

日付	医療機関等	医療費 総額	自己 負担額	月額 累計
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関窓口に提示してください。
月額の累計額が負担上限月額に達した場合、この管理票を見せること
により、その月はそれ以上の負担をする必要がなくなります。

年 月

小児慢性特定疾病医療
自己負担上限月額管理票

氏名		受給者 番号	
下記のとおり負担上限月額に達しました。		負担上限 月額	

日付	医療機関等		
日			

日付	医療機関等	医療費 総額	自己 負担額	月額 累計
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関窓口に提示してください。
月額の累計額が負担上限月額に達した場合、この管理票を見せること
により、その月はそれ以上の負担をする必要がなくなります。

年 月

小児慢性特定疾病医療
自己負担上限月額管理票

氏名		受給者 番号	
下記のとおり負担上限月額に達しました。		負担上限 月額	

日付	医療機関等		
日			

日付	医療機関等	医療費 総額	自己 負担額	月額 累計
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関窓口に提示してください。
月額の累計額が負担上限月額に達した場合、この管理票を見せること
により、その月はそれ以上の負担をする必要がなくなります。

年 月

小児慢性特定疾病医療
自己負担上限月額管理票

氏名		受給者 番号	
下記のとおり負担上限月額に達しました。		負担上限 月額	

日付	医療機関等		
日			

日付	医療機関等	医療費 総額	自己 負担額	月額 累計
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関窓口に提示してください。
月額の累計額が負担上限月額に達した場合、この管理票を見せること
により、その月はそれ以上の負担をする必要がなくなります。

氏名		受給者 番号	
下記のとおり負担上限月額に達しました。		負担上限 月額	

氏名		受給者 番号	
下記のとおり負担上限月額に達しました。		負担上限 月額	

日付	医療機関等
日	

日付	医療機関等
日	

日付	医療機関等	医療費 総額	自己 負担額	月額 の 累計
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

日付	医療機関等	医療費 総額	自己 負担額	月額 の 累計
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関窓口にて提示してください。
月額の累計額が負担上限月額に達した場合、この管理票を見せること
により、その月はそれ以上の負担をする必要がなくなります。

※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関窓口にて提示してください。
月額の累計額が負担上限月額に達した場合、この管理票を見せること
により、その月はそれ以上の負担をする必要がなくなります。

小児慢性特定疾病医療自己負担上限月額管理票

◎この管理票は、受診の際に必ず持参し、受給者証とともに、医療機関の窓口にて毎回提示して下さい（管理票の提示がないと、自己負担上限月額の累計を確認できないため、自己負担上限月額を超えて医療機関の窓口で請求を受けることがあります。）

<医療機関の方へ>

○この自己負担上限月額管理票は、小児慢性特定疾病医療の会計を行う際に各医療機関の窓口で医療費総額及び自己負担額を記載していただくことにより、1ヶ月あたりの自己負担の上限額管理を行うためのものです。毎回、必ず確認をお願いします。

- ・記入された自己負担上限月額が受給者証の額と一致しているか、確認してください。
- ・毎回下段の表に、受診日と医療機関名及び医療費総額、自己負担額、月額累計をご記入ください。
受診日と徴収日が異なる場合は受診日の月のページに記入してください。
- ・その回の支払いで累計額が自己負担上限月額に達した場合には、自己負担額はその上限額までの額とし、下段の表に記載するとともに、上段に、上限額に達した日と医療機関等にも記入をお願いします。
(医療保険の自己負担額からその回の自己負担額を差し引いた額を公費請求して下さい。)
その月の上限額に到達している場合は、自己負担額を徴収しないでください。
- ・自己負担上限月額に達した後も、引き続き下段の「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いいたします。

<問い合わせ先>

中野区子ども教育部子育て支援課子ども医療助成係
電話番号 03-3228-5623 (直通)