

難病の患者に対する医療等に関する法律について

● 対象医療

厚生労働省が指定した指定難病で、患者の医療受給者証に記載されている疾患に対する医療

● 助成期間

医療受給者証に記載されている受給期間

● 公費請求できる医療機関

医療受給者証に名称が記載されている指定医療機関（病院または診療所・薬局・訪問看護ステーション等）

* 緊急その他やむを得ない場合には、医療受給者証に名称が記載されている指定医療機関以外の指定医療機関での診療等も特定医療費の支給対象となります。

例

特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

氏 名（ 鹿児島 太郎 ）
受給者番号（ 0107123 ）

〇年〇月分

月間自己負担上限額 5,000 円

下記のとおり当月の自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印 (担当者印)
〇月〇日	C 病院	印

日付	医療機関等の名称	医療費総額 (10割分) 円	自己負担額 円	月間自己負担額 累積額 円	自己負担額 徴収印
〇月△日	A 病院	10,000	2,000	2,000	印
〇月□日	B 薬局	10,750	2,150	4,150	印
〇月〇日	C 病院	7,500	850	5,000	印
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					

C 病院での保険適用後の一部負担金（2割相当額）は、1,500円であったが、患者は850円を支払うことによって、当該患者の自己負担上限額の5,000円に達するので、当該欄には「850」と記入するとともに、上の欄にも自己負担上限額に達したことの証明をお願いします。

【医療機関の方へ】

本票は、公費負担対象となる指定難病の治療に関する医療費等のみを記載していただくものです。

特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

氏 名（ ）
受給者番号（ ）

年 月分

月間自己負担上限額 円

下記のとおり当月の自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
月 日		

日付	医療機関等の名称	医療費総額 (10割分) 円	自己負担額 円	月間自己負担額 累積額 円	自己負担額 徴収印
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					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

【医療機関の方へ】

本票は、公費負担対象となる指定難病の治療に関する医療費等のみを記載していただくものです。

特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

氏 名（ ）
受給者番号（ ）

年 月分

月間自己負担上限額 円

下記のとおり当月の自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
月 日		

日付	医療機関等の名称	医療費総額 (10割分) 円	自己負担額 円	月間自己負担額 累積額 円	自己負担額 徴収印
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					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

【医療機関の方へ】

本票は、公費負担対象となる指定難病の治療に関する医療費等のみを記載していただくものです。

【重要】

特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票について

「特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票」は、指定医療機関等の受診・利用のたびに「医療受給者証」と一緒に、指定医療機関（病院または診療所・薬局・訪問看護ステーション等）に必ず提示してください。

- 特定医療費の受給者は、所得により月々の自己負担上限額が定められていますが、2か所以上の指定医療機関を利用する場合においても、自己負担上限額に達した場合は、その月においてはそれ以上の自己負担がなくなりますので、受給者本人で自己負担上限額の管理を行う必要があります。
- そこで、受給者の方は指定難病に係る治療等を指定医療機関で受ける度に、その医療機関に支払った額を各医療機関において管理票に記入してもらい、自己負担の累積額が月間自己負担上限額まで達した場合は、その旨をその時に受診した指定医療機関で証明してもらってください。
自己負担上限額に達したあとも、医療機関に記載していただき、医療費の把握・管理にお役立てください。

特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

* 患者様へ *

- 必ず、受診・利用のたびに「医療受給者証」と一緒に、指定医療機関（病院または診療所・薬局・訪問看護ステーション等）に提出してください。
- * 指定医療機関（病院または診療所・薬局・訪問看護ステーション等）の方へ *
- 受給者証の月額自己負担上限額までを窓口で徴収してください。
- 窓口で徴収した金額と累計額を必ず記入してください。
ただし、対象疾患の医療費に限ります。

氏 名：

受給者番号：

例 特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票					
ここは、ご自分で記入してください		氏 名（ 鹿児島 太郎 ） 受給者番号（ 0107123 ） 〇年〇月分 月間自己負担上限額 5,000 円			
ここから下は、受給者証を使用した指定医療機関等が記入します。					
下記のとおり当月の自己負担上限額					
日 付	医療機関等の名称	確認印 (担当者印)			
〇月〇日	C 病院	印			
日 付	医療機関等の名称	医療費総額 (10割分) 円	自己負担額 円	月間自己負担額 累積額 円	自己負担額 徴収印
〇月△日	A 病院	10,000	2,000	2,000	印
〇月□日	B 薬局	10,750	2,150	4,150	印
〇月〇日	C 病院	7,500	850	5,000	印
〇月〇日	A 病院	10,000	0	0	印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
自己負担上限額に達したあとも、医療機関に記載していただき、医療費の管理にお役立てください。					
【医療機関の方へ】					
本票は、公費負担対象となる指定難病の治療に関する医療費等のみを記載していただくものです。					