

受給者証等の記載内容を確認してください。

新制度（難病 54・小児慢性疾患 52）の受給者については、受給者証を交付しています。

平成 27 年 1 月以降に助成を受けるためには、この受給者証が必要です。

現行制度のマル都医療券についても、下記項目が変更になっていないか確認をお願いします。

特定医療費（指定難病）受給者証									
公費負担者番号					受給者番号				
受診者	住所								
	氏名								
	生年月日				年	月	日生		
保護者 <small>（受診者が18歳未満）</small>	住所				見本				
	氏名				続柄				
疾病名	①								
	②								
	③								
保険者番号					適用区分				
有効期間									
負担上限月額 00,000円 <small>（食事療養標準負担額及び生活療養標準負担額のうち食費の1/2は公費負担）</small>									
指定医療機関	名称								
	所在地								
	名称								
	所在地								
	名称								
所在地									
高額長期	重症認定	軽症者	呼吸器等	同一世帯					
上記のとおり、認定する。 年 月 日 東京都知事 印									

新制度（平成27年1月～）では、負担者番号、受給者番号ともに新しい番号が交付されています。

保険者からの連絡等により区分が変わっている場合があります。

有効期間外は使用できません。必ず有効期間内であることを確認してください。

負担上限月額までを医療機関等に支払うことで保険診療を受けることができます。

都道府県の指定を受けていない医療機関等では、この受給者証は使用できません。

自己負担上限額管理票の記入に御協力ください。

難病・小児慢性疾患医療費受給者（法別 54、52、83）の方は、平成 27 年 1 月から「自己負担上限額管理票」を使って自己負担額累積の管理を行います。

受給者証とともに自己負担上限額管理票の提示を求め、医療機関の窓口で負担した金額等を記入してください。

平成 年 月 分 自己負担上限額管理票					
受診者名	受給者番号				
自己負担上限月額 (円)					
日付	(指定) 医療機関名	医療費 介護サービス費 総額(10割分)	自己負担額・ 利用者負担額	自己負担の 累積額 (月額)	徴収印
上記のとおり自己負担上限月額に達しました。					
日付	(指定) 医療機関名				確認印

記入例は、管理票原本に掲載しています。