小児慢性特定疾病医療自己負担上限額管理票

◎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、自己負担上限額の累計を確認できないため、自己負担上限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。）。

＜保護者の方へ＞

○この自己上限額管理票は、1ヶ月の自己負担が上限額を超えることがないよう、医療機関や薬局の窓口で確認するために使用するものです。
・各月ごとに、氏名・年・月、月額自己負担上限額を記入して下さい。（月額自己負担上限額は、受給者証に記載された額を書いてください。）
・すでに月額自己負担上限額に達している場合はこの管理票を提示することで自己負担額が徴収されません。
・使用終了後も、この管理票は大切に保管して下さい。（自己負担の過払いがあった場合の確認などの際に必要になります。）

＜医療機関の方へ＞

○この自己負担上限額管理票は、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確認印を押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。
・記入された月額自己負担上限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、【B欄】に記入及び押印をしてください。医療機関名欄はできるだけゴム印を使用し、確認印欄には必ず会計担当者印等を押印してください。
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月額自己負担上限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、【B欄】とともに【A欄】にも記入・押印をお願いします。（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。
・自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

＜問合せ先＞

東京都福祉保健局少子社会対策部家庭支援課
電話番号　03-5320-4375（直通）

＜本票のダウンロードはこちら＞

記載できるページがなくなった場合や紛失した場合は、
東京都のホームページ（二次元コード参照）からダウンロードし、
印刷してください。
（5　医療費助成の内容　＞　自己負担上限額管理票）

① 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額 円

【A欄】 下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等	確認印

【B欄】 下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額（10割分）（円）	自己負担額（円）	累積額（円）	徴収印

② 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額 円

【A欄】 下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等	確認印

【B欄】 下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額（10割分）（円）	自己負担額（円）	累積額（円）	徴収印

③　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

【A欄】　下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等	確認印

【B欄】　下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額(10割分)(円)	自己負担額(円)	累積額(円)	徴収印

④　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

【A欄】　下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等	確認印

【B欄】　下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額(10割分)(円)	自己負担額(円)	累積額(円)	徴収印

⑤　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

【A欄】　下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等	確認印

【B欄】　下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額(10割分)(円)	自己負担額(円)	累積額(円)	徴収印

⑥　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

【A欄】　下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等	確認印

【B欄】　下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額(10割分)(円)	自己負担額(円)	累積額(円)	徴収印

※　記載できるページがなくなった場合や紛失した場合は、東京都ホームページ（表面参照）からダウンロードし、印刷してください。