

【自己負担上限額管理票の記載例】

《ケースの設定》Yさん：自立支援受給者証を所持。
 医療保険負担：7割，月額自己負担上限額：5,000円，福祉医療費の一部負担金：1日200円

		医療費総額	保険者負担	自立支援 公費負担	自立支援 自己負担	福祉医療 公費負担	福祉医療 自己負担	区分
4月5日	Aクリニック	5,000	3,500	0	0	1,300	200	自立支援医療 対象外 (内科治療)
4月5日	B薬局	2,000	1,400	0	0	600	0	
4月23日	Aクリニック	20,000	14,000	4,000	2,000	1,800	200	自立支援医療 対象 (精神科治療)
4月24日	Aクリニック	5,000	3,500	1,000	500	300	200	
4月25日	Aクリニック	15,000	10,500	3,000	1,500	1,300	200	
4月26日	B薬局	3,000	2,100	600	300	300	0	
4月27日	Aクリニック	30,000	21,000	8,300	700	700	0	
累計額(月額)		80,000	56,000	16,900	5,000	6,300	800	

※受給者証に記載されている自己負担上限額と合わせて、必ず確認します。

様式例(自己負担上限額管理票)

令和●年4月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 5,000円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

月日	医療機関名
4月27日	Aクリニック

月日	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額 累積額
4月23日	Aクリニック	2,000	2,000
4月24日	Aクリニック	500	2,500
4月25日	Aクリニック	1,500	4,000
4月26日	B薬局	300	4,300
4月27日	Aクリニック	700	5,000

※月間自己負担額累積額が上限額に達したときに記載します。

※自己負担額を徴収した月日を記入します。

・徴収が翌月でも自立支援医療を提供した月の上限管理票へ徴収した月日と金額を記載してください。(訪問看護など)

○ 自立支援医療と福祉医療制度の併用がある場合

- ・ 上限額に達するまで、自立支援医療を受ける度に医療費の1割の額を上限額管理票に記載します。
 ただし、実際に患者に請求するのは他の福祉医療制度の一部負担金のみです。
- ・ 押印を求める手続きの見直しに伴い、押印の必要はなくなりました。旧様式を使用する場合も押印不要です。

【参考：公費負担医療の主な事例における費用負担の内訳】

《ケース1》

月額総医療費：100,000円，自己負担上限額：5,000円，他の福祉医療制度等との併用：なし

医療保険	30000	
70000		
	自立支援医療	自己負担額
	25000	5000

この金額を記載・徴収

《ケース2》

月額総医療費：100,000円，自己負担上限額：5,000円，他の福祉医療制度等との併用：重度医療
 重度医療の一部負担金：1日200円

医療保険	30000	
70000		
	自立支援医療	自己負担額
	25000	5000
	重度医療	一部負担金
	4800	200

この金額を記載

この金額を徴収

《ケース3》

月額総医療費：100,000円，自己負担上限額：5,000円，
 他の福祉医療制度等との併用：医療保険の高額療養費制度・重度医療
 高額療養費制度の自己負担限度額：10,000円，重度医療の一部負担金：1日200円，
 (※医療保険の高額療養費制度(特定疾病制度など)の自己負担限度額を超える額は，その全額を医療保険で負担する)

医療保険	30000	
70000		
	自立支援医療	高額療養費
	20000	10000
	自立支援医療	自己負担額
	5000	5000
	重度医療	一部負担金
	4800	200

この金額を記載

この金額を徴収