◆訪問診療・訪問看護サービス等における特定医療費（指定難病）自己負担上限月額管理票の記載方法等について

　特定医療費（指定難病）自己負担上限月額管理票（以下「管理票」という。）につきましては，原則，受診した日毎に記載していただくものですが，訪問の際に額が確定しないなど，これによりがたい場合は，額が確定した時点で，一月分をまとめて記載いただくこととして差し支えありません。

※額の確定が翌月となる場合は，翌月の記載でも可。

　この場合，その時点で自己負担上限額に達していない場合は，相応の負担額を自己負担額欄に記載してください。徴収印欄へは，記入いただいた時点若しくは患者様からの振込が確認された時点で押印願います。

　なお，徴収印は，代表印以外でも，医療機関が判別できる印（医療機関名が刻印された印，ゴム番のようなものでも可）で可といたします。

　※特定医療費助成制度においては，医療費が高額となる場合，さらに負担軽減が図られる等の措置が講じられることとなり，管理票については，その判断資料ともなることから，自己負担の累積額（月額）が自己負担上限額に達した後においても，医療費総額について記載いただくようお願いいたします。

＜記入例＞

　　　　※患者さんの自己負担上限額10,000円，自己負担割合２割の場合

　　　　　　　平成○○年○月分　特定医療費（指定難病）自己負担上限月額管理票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　月額自己負担上限額　　　　　　　　　　　　　　円

　　下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

自己負担上限額に達した場合記入願いますす。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 日　 　 付 | 医療機関の名称 | 確認印 |
| １月○○日 | □□訪問看護ステーション | ㊞ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ｎｏ | 受診日 | 医療機関の名称 | 医療費総額(10割分) | 自己負担額 | 月額自己負担額累積額 | 徴収印 |
| １ | １月７日 | ○○病院 | 30,000円 | 6,000円 | 6,000円 | ㊞ |
| ２ | １月８日 | ▲▲薬局 | 10,000円 | ※2,000円 | 8,000円 | ㊞ |
| ３ | １月  ○○日 | □□訪問看護ステーション | ※a 20,000円 | ※b 2,000円 | 10,000円 | ※C㊞ |

※a　□□訪問看護ステーションでの当該月医療費総額を記入します。記入します。

※ｂ 患者さんの一部負担額は医療費総額の２割となり，本来4,000円ですが，上限額10,000円に達するので，2,000円となります。

※c 徴収印は，代表印以外でも医療機関名が判別できるものであれば可。