

自己負担限度額管理票(東京都大気汚染医療費助成用)

受給者氏名		受給者番号					
-------	--	-------	--	--	--	--	--

(受給者の方へ)

- ①この自己負担限度額管理票は医療機関等（病院、診療所、保険薬局をいいます。以下同じ。）で支払った自己負担額を管理するための大切な書類です。
- ②医療券をご覧になり受給者氏名、受給者番号、4ページ以降の該当月（〇年〇月診療分）をお書きください。
- ③医療機関等で認定された病気について治療等を受けるときは、必ずこの自己負担限度額管理票と医療券を合わせて提示してください。
- ④もし、この自己負担限度額管理票の用紙が足りなくなった場合や紛失してしまった場合は、医療費助成の申請をした区市町村窓口を用意されていますので、お受け取りください。

(医療機関の方へ) この自己負担限度額管理票への記載は、2ページから3ページのとおりお願いいたします。

(医療機関の方へ) ※3ページの記入例も合わせてご確認ください。

- ①この自己負担限度額管理票（以下、「管理票」という。）は、患者さんが認定された疾病について治療等の会計を行う際に、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か月あたりの患者自己負担額の限度額管理を行うためのものです。毎回、必ず確認をお願いいたします。
- ②毎回、B欄（日付、医療機関名、自己負担額、自己負担累計額、自己負担額徴収印）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、自己負担額徴収印欄には必ず会計担当者印等を押印してください。
- ③その回の支払いで自己負担額累計額が月額自己負担限度額に達した場合には、自己負担額はその限度額までの額とし、B欄とともにA欄（日付、医療機関名、確認印）にも記入及び押印をお願いします。これ以降については、医療機関での管理票の記入が不要となり、当該月における患者本人の自己負担はありません。
- ④万が一、患者さんが管理票を持参されなかった場合は、後日まとめて記載してください。
- ⑤当月分の記入欄がなくなりましたら、翌月分の記入欄をお使いください。

2

記入例 30年 4月診療分 月額自己負担限度額 6,000円

A欄 下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

確認欄	日付	医療機関名	確認印
	4月8日	C病院	印

B欄 下記のとおり月額自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関名	自己負担額	月額自己負担額累計額	自己負担額徴収印
4月1日	A病 <small>認定疾病に係る患者一部負担額を記載してください。 (注意点) ・心身障害者医療費助成(マル障)などを第2公費として併用した場合、第2公費助成額も患者負担とみなして記載してください。</small>	3,300	3,300	印 <small>3,300 + 1,800</small>
4月1日	B薬局	1,800	5,100	印
4月8日	C病 <small>この病院での患者一部負担金は2,400円でしたが、患者は900円を支払うことで自己負担限度額である6,000円に達するので、当該欄には「900」と記入してください。</small>	900	6,000	印

3