下の切り取り線で切り取って、お手持ちの特定医療費（指定難病）受給者証の
「注意事項」記載面にのりでしっかりと貼り付け、三つ折りにしてご利用ください。

（切り取り線）

下の切り取り線で切り取って、お手持ちの特定医療費（指定難病）受給者証の「注意事項」記載面にのりでしっかりと貼り付け、三つ折りにしてご利用ください。

自己負担上限額管理票　　負担上限月額＿＿＿＿＿＿円

| 日付 | 総医療費(10割)<br>自己負担額 | 月額自己負担<br>累　積　額 | 指定医療機関 |
|---|---|---|---|
| (記入例)<br>10/1 | 10,000<br>2,000 | 2,000 | 岡山市役所病院 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

－　－

自己負担上限額管理票　　負担上限月額＿＿＿＿＿＿円

| 日付 | 総医療費(10割)<br>自己負担額 | 月額自己負担<br>累　積　額 | 指定医療機関 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

－　－

## 注意事項

1　この証は、表記の疾病について指定医療機関で保険診療を受けるときに限り使用できます。
　ご使用にあたっては、被保険者証又は組合員証に添えて、必ず毎回、この証を医療機関の窓口に提出してください。
　この証に記載された負担上限月額を限度とする患者一部負担額を医療機関窓口でお支払いいただくことになります。
　負担上限月額に達した後も、指定難病に係る総医療費については、引き続き指定医療機関等窓口で自己負担上限額管理票への証明を受けてください。

2　本事業の対象となる医療は、この証に記載された疾病及び当該疾病に付随して発生する傷病に関する医療に限られています。
　難病法による指定医療機関であれば、いずれの医療機関でもこの証をご使用いただけます。岡山県内の指定医療機関については、岡山市保健所健康づくり課又は岡山県医薬安全課のホームページ等でご確認いただけます。
　岡山市保健所健康づくり課 「岡山市　指定難病」で検索してください
　県医薬安全課 「岡山県　指定難病」で検索してください。

3　次の場合、岡山市保健所健康づくり課にその旨を届け出てください。
　・氏名、居住地、加入医療保険に変更がある場合
　・市外転出、治癒、死亡により受給資格を喪失した場合

4　自己負担上限額に関する変更申請を行った場合、原則申請日の翌月1日から新しい自己負担上限額が適用されます。

5　市外に転出することが決まった場合は、速やかに下記の連絡先までご連絡ください。

6　自己負担上限額管理票が足りなくなった場合、岡山市保健所健康づくり課ホームページ又は保健所・各保健センター窓口から追加の様式を入手し、のりでしっかりとこの面へ貼ってご利用ください。

7　この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続きを行ってください。

8　その他、指定難病の医療の受給に関しての問い合わせは、下記に連絡してください。

岡山市保健所健康づくり課　特定疾病係
電話(直通) 086－803－1271

【指定医療機関へのお願い】
　指定難病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認したうえで診療報酬の請求をお願いします。
　表記疾病に関する治療の自己負担額等を、支払の都度、自己負担上限額管理票に証明してください。
　負担上限月額に達した後も、総医療費（10割）が**5万円**に達するまでは、総医療費欄に証明をお願いします。

## 自己負担上限額管理票

負担上限月額＿＿＿＿＿＿＿＿円

| 日付 | 総医療費(10割)<br>自己負担額 | 月額自己負担<br>累　積　額 | 指定医療機関 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

－　－

## 自己負担上限額管理票

負担上限月額＿＿＿＿＿＿＿＿円

| 日付 | 総医療費(10割)<br>自己負担額 | 月額自己負担<br>累　積　額 | 指定医療機関 |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

－　－