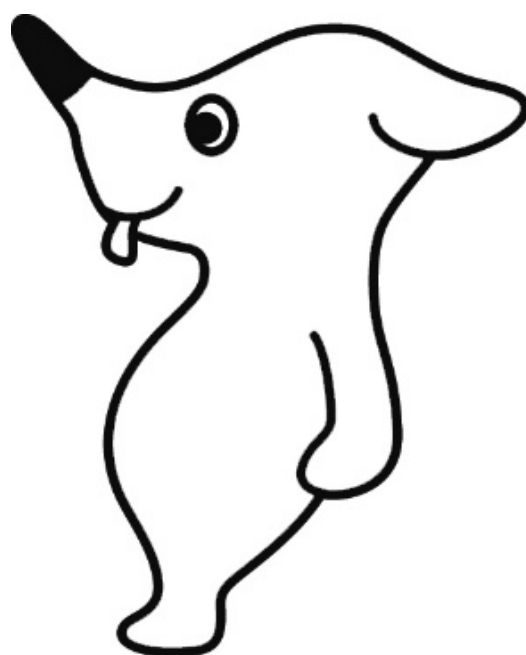


指定難病特定医療費自己負担限度額管理手帳 仕様書

- 1 規 格 A6判 (20ページ、赤黒の二色刷り)
- 2 紙 質 色上質紙 (レモン) 厚口
- 3 製 本 中綴じ
- 4 部 数 50,000部
- 5 内 容 別紙のとおり
- 6 見 本 あり
- 7 デ ー タ 県が Word もしくは Excel 形式により提出する。
- 8 校正回数 1回
- 9 納入期限 令和6年8月16日
- 10 納品先 千葉県健康福祉部疾病対策課
- 11 そ の 他
 - ・校正において不備等があった場合は、上記回数を上回ることがある。
 - ・事前に納入日及び納入方法 (納入個数) を疾病対策課と調整すること。

指定難病特定医療費 自己負担限度額管理手帳



チーバくん

受給者番号	
ふりがな	
氏名	

千葉県

この手帳をお使いになる方に

この手帳は、難病の患者さんが、指定医療機関（病院及び診療所、薬局、訪問看護事業所等）でお支払いになる自己負担額を月ごとに管理するためにお使いいただくものです。

また、この手帳は、認定の審査や自己負担上限額算定の資料として使用されますので、最後に記載のあった月から1年間は保管をお願いします。

【必ずお読みください】

- ① まず表紙に「受給者番号」と「氏名」をご記入ください。
- ② 受診時にはこの手帳と受給者証を必ず窓口に提示してください。
- ③ この手帳を指定医療機関に提示されなかった場合は、その月の自己負担額が「自己負担上限額」に達していたとしても、医療費を徴収されることがあります。
- ④ 指定難病の医療費は、都道府県知事又は指定都市市長が指定した指定医療機関で受けた医療のみが助成対象となります。受診の際は、必ずその医療機関が指定医療機関になっていることを確認してください。

*指定医療機関については下記ホームページで確認できます。

<https://www.pref.chiba.lg.jp/shippei/alle-nan/nanbyouiryouhou/siteiiryuu.html>

（注意）

指定医療機関以外の医療機関で受診した場合には助成を受けられません。また、受給者証に記載されている病名に起因しない医療（例えば、単なる風邪の治療等）には助成を受けられません。

- ⑤ この手帳を紛失されたとき、または記載するページがなくなった場合には、新しい手帳を交付しますので、お住まいの住所地を管轄する保健所（健康福祉センター）にお申し出ください。（P20一覧参照）

指定医療機関の方へ

この手帳は、平成27年1月から難病の患者に対する医療等に関する法律（以下「難病法」という。）により、難病の患者さんの月々の医療費の自己負担額を管理するためのものです。

そのため、医療機関の方には、下記を必ずご確認ください、患者さんの医療費をその都度記載いただきますようお願いします。

- ① この手帳は、あくまでも月ごとの自己負担額を管理するためのものです。必ず受給者証により受給者番号、有効期間、月額自己負担上限額等を確認されるようお願いいたします。
- ② 指定医療機関以外の医療機関で受診した場合には助成を受けられません。また、受給者証に記載されている病名に起因しない医療（例えば、単なる風邪の治療等）には助成を受けられません。
- ③ 受給者証には、個別の医療機関の名称は記載していません。都道府県又は指定都市で指定を受けた医療機関で使用可能です。
- ④ 患者さんが支払った指定難病の医療費が自己負担限度額に達した時点で「上記のとおり月額自己負担上限額に達しました」の確認欄への記載をお願いします。
また、難病法に基づく「高額かつ長期」や「軽症者特例」制度の申請のため、患者さんがこの手帳を申請に使用場合がありますので、月額自己負担上限額に達した後についても、医療費介護サービス費総額が5万円を超えるまで記載をお願いします。※自己負担額及び累積額（月額）への記載は不要です。
(生活保護受給者の方についても、手帳に医療費・介護サービス費総額の記載をお願いします。)
- ⑤ 重度心身障害者（児）医療費給付者の現物給付があった場合、現物給付を行う前の指定難病医療による自己負担額を記載してください。また、生活保護を受給されている患者さんについても、窓口での負担はありませんが、「軽症者特例」制度の確認に使用場合がありますので、同様に記載してください。
- ⑥ 病院・診療所の診療で公費の対象ではない場合、薬局での処方が認定を受けている難病に関するものであっても公費対象にはなりません。

※手帳の記載方法については、千葉県ホームページをご覧ください。県疾病対策課(043-223-2575)にお問合せください。

《参考》 自己負担の考え方について

毎月の指定難病に係る医療費の2割（医療費の窓口負担が1割の方は1割）分の支払い合計が、自己負担上限額に達するまでは、医療費の「2割（1割の方は1割）」を窓口でお支払いいただきます。

その合計が自己負担限度額に達した後は、その月の窓口でのお支払いはなくなります。

なお、自己負担の徴収は、原則として指定医療機関を受診した日に行うこととなるため、管理票への記載も当該受診した日に行いますが、訪問看護サービス等において、利用した日の翌月に利用料を請求する場合には、利用した月の自己負担の累積額を確認したうえで、患者さんから徴収し、利用した月の管理票に当該額を記載してください。

《記載例》この票は医療機関の方が記入します

（受診者欄・受給者番号欄は、患者さんご自身で必ず記載してください）

令和〇〇年 〇月分自己負担上限額管理票

受診者	△△ △△	受給者番号	□□□□□□
-----	-------	-------	--------

月間自己負担上限額 10,000 円

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額（10割分）	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
○/○	A病院	10,000	2,000	2,000
○/□	B薬局	20,000	4,000	6,000
○/△	C訪問看護 ステーション	15,000	3,000	9,000
○/×	D病院	10,000	1,000	10,000
○/●	A病院	20,000	0	10,000

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関
○/×	D病院 <自己負担額の上限に達した時点で記載してください>

自己負担の累積額が月額自己負担上限額に達した場合であっても「高額かつ長期」や「軽症者特例」制度の確認に使用する場合がありますので、医療費介護サービス費総額が5万円に達するまで記載をお願いします。

重度心身障害者（児）医療費給付者の現物給付があった場合でも、現物給付を行う前の指定難病医療による自己負担額を記載してください。

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 円 〃

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額（10割分）	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額（10割分）	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額（10割分）	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

令和 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月間自己負担上限額 _____ 円 _____

日付	指定医療機関名	医療費 介護サービス費 総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関

申請窓口・お問合せ先一覧

保健所（健康福祉センター）名	管轄区域	電話番号
習志野保健所	習志野市、八千代市、鎌ヶ谷市	047-475-5153
市川保健所	市川市、浦安市	047-377-1102
松戸保健所	松戸市、流山市、我孫子市	047-361-2138
野田保健所	野田市	04-7124-8155
印旛保健所	成田市、佐倉市、四街道市、八街市、 印西市、富里市、白井市、酒々井町、栄町	043-483-1135
成田支所※	成田市、富里市	0476-26-7231
香取保健所	香取市、神崎町、多古町、東庄町	0478-52-9161
海匝保健所	銚子市	0479-22-0206
八日市場地域保健センター	旭市、匝瑳市	0479-72-1281
山武保健所	東金市、山武市、大網白里市、 九十九里町、芝山町、横芝光町	0475-54-0611
長生保健所	茂原市、一宮町、睦沢町、長生村、 白子町、長柄町、長南町	0475-22-5914
夷隅保健所	勝浦市、いすみ市、大多喜町、御宿町	0470-73-0145
安房保健所	館山市、鴨川市、南房総市、鋸南町	0470-22-4511
鴨川地域保健センター		04-7092-4511
君津保健所	木更津市、君津市、富津市、袖ヶ浦市	0438-22-3744
市原保健所	市原市	0436-21-6391
船橋市保健所	船橋市	047-409-2891
柏市保健所	柏市	04-7128-8121

※成田支所では更新申請・療養費申請の手続きを受け付けていません。
これらの手続の場合は、印旛保健所をお願いします。

千葉市	中央保健福祉センター	中央区	043-221-2583
	花見川保健福祉センター	花見川区	043-275-6297
	稲毛保健福祉センター	稲毛区	043-284-6495
	若葉保健福祉センター	若葉区	043-233-8715
	緑保健福祉センター	緑区	043-292-5066
	美浜保健福祉センター	美浜区	043-270-2287

※平成30年4月から千葉市に指定難病の業務が移管されました。そのため、平成30年4月以降の千葉市在住の受給者についてのお問い合わせは千葉市へお願いします。