

様式第1号（第7条）

年 月分 肝炎治療自己負担限度月額管理票  
[インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療]

月額自己負担限度額 \_\_\_\_\_ 円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
月 日		

日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

【医療機関等の方へ】

本票に記載された月額自己負担限度額は、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用する方の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する1人当たりの限度額となりますので、ご注意ください。

○年○月分 肝炎治療自己負担限度月額管理票  
 (インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)

記載例

月額自己負担限度額 10,000 円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日付	医療機関等の名称	確認印
○月○日	○○病院	印

例	日付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
	○月△日	○○病院	5,700	5,700	印
	○月□日	○○薬局	2,250	7,950	印
	○月○日	○○病院	<u>2,050</u>	10,000	印
	月 日				
	月 日				
	月 日				
<p>この病院での保険適用後の一部負担金(3割相当額)は4,300円であったが、患者は、2,050円を支払うことによって、当該患者の自己負担限度額である10,000円に達するので、当該欄には「<u>2,050</u>」と記入する。</p>					
	月 日				
例	日				
	●月 ◇日	☆☆病院 (核酸アナログ製剤治療)	2,100	2,100	印
	●月 ○日	☆☆病院 (インターフェロン治療 + 核酸アナログ製剤治	<u>7,900</u>	10,000	印
	月 日				
	月 日				
	月 日				
	月 日				
<p>この病院での保険適用後の一部負担金(3割相当額)は19,600円(インターフェロン分17,500円+核酸アナログ分2,100円)であったが、患者は、7,900円(インターフェロン分7,055円(89.3%)+核酸アナログ分845円(10.7%))を支払うことによって、当該患者の自己負担限度額である10,000円に達するので、当該欄には「<u>7,900</u>」と記入する。</p>					