

医療費助成の重症度を満たしていますか？

更新から 6 ヶ月以内の最重症時

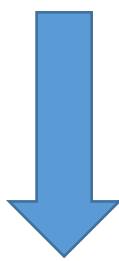
重症度は、臨床調査個人票 3 頁に記載します

■ 重症度分類に関する事項（直近 6 か月間の最重症時の状態）

潰瘍性大腸炎の重症度分類

重症度判定日	西暦 <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 年 <input type="text"/> <input type="text"/> 月 <input type="text"/> <input type="text"/> 日		
<input type="checkbox"/> 1. 軽症	<input type="checkbox"/> 2. 中等症	<input type="checkbox"/> 3. 重症	<input type="checkbox"/> 4. 創症

重症度を満たしていない



重症度を満たしている



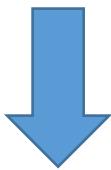
更新

更新月から 12 ヶ月以内に 33,330 円を超えた月が 3 回以上ある

現在、難病医療費助成を受けている方は「自己負担上限額管理票」で確認できます。

※「自己負担上限額管理票」の見方は次頁。

重症度を満たしていない



医療費助成対象外

重症度を満たしている



軽症かつ高額に該当。更新

軽症かつ高額

東京都の場合：医療費総額を金額で記載します。

総額の合計が **33,330 円以上** の場合、該当月となります。

特定医療費（指定難病） 平成●年1月分自己負担上限額管理票					
受診者名	× × ○○	受給者番号	0 0 1 2 5 6 8 ○		
日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印
1月 5日	○○○病院	15,000 円	3,000 円	3,000 円	印
1月 5日	× × 薬局	5,000 円	1,000 円	4,000 円	印
1月 20日	○○○病院	25,000 円	5,000 円	9,000 円	印
1月 20日	× × 薬局	10,000 円	1,000 円	10,000 円	印
合計		55,000 円	10,000 円	10,000 円	

月額自己負担上限額 10,000 円

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
1月 20日	× × 薬局	印

神奈川県の場合：医療費総額を点数で記載します。

総額の合計が **3,333 点以上** の場合、該当月となります。

平成 4 月自己負担限度額管理票					
日付	指定医療機関名	診療報酬 点数	自己 負担 額	月額の 累計額	徴収印
		点	円	円	
		点	円	円	
		点	円	円	
		点	円	円	

上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印