年　　月分自己負担上限額管理票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 |  | 受給者番号 |  |

月額自己負担上限額　　　 　　　　　　円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 |
| 月　 日 |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負  担額累積額 | 備　考  **固定文言１** |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |
| 月　 日 |  |  |  |  |

この管理票は、自立支援医療受給者証と一緒に指定医療機関・指定薬局の窓口に提出し月額負担上限額を管理してください。

**固定文言２**