



年 月分自己負担上限額管理票

氏 名		受給者番号	
-----	--	-------	--

自己負担上限額（月額） _____ 円

○受給者の方へ

- ・この票であなたの月額自己負担上限額を管理するので大切にしてください。
- ・医療機関において記入のあったこの管理票を紛失しても再発行は出来ません。
- ・サービスの提供を受けるたびに、受給者証とともに医療機関等に提出してください。

○医療機関へお願い

- ・同月内に標記上限額を超えた時点で、超過額については徴収を打ち切ってください。
- ・自己負担累積額が、月額自己負担上限額に達した時点における医療機関のみ、下の二重線で囲んだ欄に記入してください。

以下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	確認印
月 日		

日 付	医 療 機 関 名	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				

(裏へ)

