

受診者名		受給者番号	
有効期限		自己負担 上限額	

日付	医療機関名	確認
日		

(医療機関の方へ)
この管理票と受給者証で、使用年月、受給者名、受給者番号、有効期間、自己負担上限額、指定医療機関名を確認してください。
確認欄は、医療機関で記入してください。

受診者名		受給者番号	
有効期限		自己負担 上限額	

下記の日に上記自己負担上限額に達しました。		
日 付	医療機関名	確認
日		

(医療機関の方へ)
この管理票と受給者証で、使用年月、受給者名、受給者番号、有効期間、自己負担上限額、指定医療機関名を確認してください。
確認欄は、医療機関で記入してください。

受診者名		受給者番号	
有効期限		自己負担 上限額	

下記の日に上記自己負担上限額に達しました。		
日 付	医療機関名	確認
日		

(医療機関の方へ)
この管理票と受給者証で、使用年月、受給者名、受給者番号、有効期間、自己負担上限額、指定医療機関名を確認してください。
確認欄は、医療機関で記入してください。