

| 日 付 | 医療機関名 | 自己負担額<br>(円) | 月間負担額<br>累積額 (円) | 自己負担額<br>徴収確認 |
|-----|-------|--------------|------------------|---------------|
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |               |  |
|------|--|---------------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号         |  |
| 有効期限 |  | 自己負担<br>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   |       |    |

(受給者の方へ)  
この管理票がないと医療費の受給ができなくなる場合がありますので、無  
くさないように、また、通院される際は、必ず携行するようにしてください。

(医療機関の方へ)  
この管理票と受給者証で、使用年月、受診者名、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。

| 日 付 | 医療機関名 | 自己負担額<br>(円) | 月間負担額<br>累積額 (円) | 自己負担額<br>徴収確認 |
|-----|-------|--------------|------------------|---------------|
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |               |  |
|------|--|---------------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号         |  |
| 有効期限 |  | 自己負担<br>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   |       |    |

(受給者の方へ)  
この管理票がないと医療費の受給ができなくなる場合がありますので、無  
くさないように、また、通院される際は、必ず携行するようにしてください。

(医療機関の方へ)  
この管理票と受給者証で、使用年月、受診者名、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。

| 日 付 | 医療機関名 | 自己負担額<br>(円) | 月間負担額<br>累積額 (円) | 自己負担額<br>徴収確認 |
|-----|-------|--------------|------------------|---------------|
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |
| 日   |       |              |                  |               |

年 月分自己負担上限額管理票

|      |  |               |  |
|------|--|---------------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号         |  |
| 有効期限 |  | 自己負担<br>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   |       |    |

(受給者の方へ)  
この管理票がないと医療費の受給ができなくなる場合がありますので、無  
くさないように、また、通院される際は、必ず携行するようにしてください。

(医療機関の方へ)  
この管理票と受給者証で、使用年月、受診者名、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。

[illegible][illegible][illegible][illegible][illegible][illegible]