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
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				
月　日				
特記事項				

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。