

記載例

○年○月分 自己負担上限額管理票

自立支援医療受給者証から転記してください。

月額自己負担上限額 5,000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	確認印
○月○日	△△訪問看護ステーション	印

負担上限額に達した医療機関が、機関名、日付を記入押印してください。

日付	医療機関名	自己負担額	自己負担額 累積額	自己負担額 徴収印
○月○日	○○診療所	3,000	3,000	印
○月○日	××病院	1,000	4,000	印
○月○日	□□薬局	500	4,500	印
○月○日	△△訪問看護ステーション	500	5,000	印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				

受診又は投薬等を行った医療機関が機関名、日付、金額を記入して確認の押印をしてください。