

# 特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

年 月分 自己負担上限額管理票

※この用紙は、受給者証と一緒に保管してください

受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>								
受給者氏名									
生年月日	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">年</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">月</td> <td style="width: 33%; border-bottom: 1px solid black;"></td> <td style="width: 33%; text-align: center;">日</td> </tr> </table>		年		月		日		
	年		月		日				
月額自己負担上限額	円								
<p>&lt;問い合わせ先&gt;                  石川県 健康福祉部 健康推進課                  TEL：076-225-1448</p>									

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名		
月 日			
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額（10割分）も含めすべての欄を漏れなく記載してください。  
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額（月額）が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名		
月 日			
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額（10割分）も含めすべての欄を漏れなく記載してください。  
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額（月額）が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名		
月 日			
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額（10割分）も含めすべての欄を漏れなく記載してください。  
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額（月額）が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名		
月 日			
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額（10割分）も含めすべての欄を漏れなく記載してください。  
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額（月額）が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名		
月 日			
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額（10割分）も含めすべての欄を漏れなく記載してください。  
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額（月額）が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。