

特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票

受診者氏名	
受給者番号	

*この管理票は、特定医療費(指定難病)受給者証と一緒に指定医療機関等(病院、診療所、保険薬局および訪問看護ステーション)の窓口へ提出し、自己負担額を必ず記録してもらってください。
*この管理票は、あなたの医療費自己負担額を記録し証明するものですから、紛失等にはご注意ください。

大阪市

① 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 _____ 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収担当者
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上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	確認担当者
月 日		

② 年 月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額 _____ 円 受診者氏名 _____

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収担当者
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上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	確認担当者
月 日		

- ③
- A6サイズ(1面)
 - 蛇腹折り(両面印刷)
 -
 -