# 自立支援医療（育成医療）
# 自己負担上限額管理票

大阪市

＊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、月額自己負担上限額を管理してください。
＊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。

受診者氏名

受給者番号

（※複数の受給者番号をお持ちの方はすべて記載してください）

受診者連絡先（※必要な方はご記入ください）

住　　所

＜本管理票の交付機関及び連絡先＞

大阪市保健所　管理課（保健事業）

電話番号　（06）6647−0661

**1**　年　月分自己負担上限額管理票

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 | 確認印 |
|---|---|---|
| 月　日 | | |

| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
|---|---|---|---|---|
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 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

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 | | |

| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
|---|---|---|---|---|
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |

**3**　年　月分自己負担上限額管理票

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 | 確認印 |
|---|---|---|
| 月　日 | | |

| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
|---|---|---|---|---|
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |

**4**　年　月分自己負担上限額管理票

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 | 確認印 |
|---|---|---|
| 月　日 | | |

| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
|---|---|---|---|---|
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |

**5**　年　月分自己負担上限額管理票

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 | 確認印 |
|---|---|---|
| 月　日 | | |

| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
|---|---|---|---|---|
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |

**6**　年　月分自己負担上限額管理票

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 | 確認印 |
|---|---|---|
| 月　日 | | |

| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
|---|---|---|---|---|
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |
| 月　日 | | | | |