

～記載例（自己負担上限額が5,000円の場合）～

○年○月分 自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額

5,000円

受給者証の「自己負担上限額」欄の額と同じになります。

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました

日付	医療機関等名称	確認印
○/○	○○病院	印

日付	医療機関等名称	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印
○/○	○○病院	2,000円	2,000円	印
○/△	△△薬局	1,000円	3,000円	印
○/○	○○病院	2,000円	5,000円	印

月間自己負担額累積額が5,000円（月額自己負担上限額）に達したときに○○病院が記入します。

当日の治療費総額の1割が3,000円だったとしても、上限額に達したため、2,000円のみ自己負担となります。（1,000円分は公費負担）

○年○月分については、上限に達した以降は、記入の必要はありません。全額公費負担となります。