特定医療費（指定難病）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

受給者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

生年月日 ＿＿＿＿年＿＿＿＿月＿＿＿＿日

月額自己負担上限額 ＿＿＿＿＿＿＿＿円

＜問い合わせ先＞
石川県 健康福祉部 健康推進課
TEL：０７６－２２５－１４４８

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			

※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			

※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			

※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			

※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			

※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			

※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			

※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			

※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			

※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			

※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			

※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			

※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			

※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。**