

記載例

○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	△△病院

その月の自己負担上限額に達した段階で、そのとき自己負担を徴収した医療機関の方は、日付と医療機関名を記載してください。

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	○○病院	15,000	3,000
			3,000
×日	□□薬局	30,000	6,000
			9,000
●日	△△病院	10,000	1,000
			10,000
□日	◇◇訪問看護ステーション	20,000	0
			10,000
日			

医療費の請求をした日ではなく、サービスを提供した日を記載してください。

自己負担額が0円の場合、また、自己負担額の月額累計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。