

注 意 事 項

自己負担上限額管理票

<受診者の方へ>

この自己負担上限額管理票は、自立支援医療（精神通院）を利用される方が、医療機関等で支払った１割の自己負担額を月ごとに管理するためにお使いいただくものです。

受給者証と併せて、医療機関等の窓口で提示してください。

同じ月内で支払いされた累積額が、自己負担上限額に達した場合は、その月はそれ以降の支払いが必要なくなります。

この管理票を紛失された時、記載するページがなくなった場合には、新しい管理票をお渡ししますので、お住まいの担当窓口に申し出てください。

<指定医療機関等の方へ>

この自己負担上限額管理票の提示があった場合、自己負担額、月額自己負担額累積額等をご記入し押印してください。

なお、当該月額自己負担上限額に達した場合は、上段の確認欄に医療機関名を記入し確認印を押印していただき、その後の記入は不要となり、本人の自己負担はありません。

受 診 者	
受給者番号	
月額自己 負担上限額	円

千 葉 市

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	医療機関名	確認印
月 日		印

[illegible]

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	医療機関名	確認印
月 日		印

[illegible]

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	医療機関名	確認印
月 日		印

[illegible]

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	医療機関名	確認印
月 日		印

[illegible]

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	医療機関名	確認印
月 日		印

[illegible]

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	医療機関名	確認印
月 日		印

[illegible]