受診者	宮崎　太郎	受給者番号	1234567

月額自己負担上限額の変更の履歴記入欄（管理上必要のある場合にのみ、この欄に記入してください。）

〇〇月〇〇日現在 5，000 円→××月〇〇日現在 2，500円→　月　日現在　　円

自立支援医療受給者証から転記してください。

負担上限額に達したときの医療機関が医療機関名・日付を記入して押印してください。

受診又は投薬等を行った医療機関が医療機関名・日付・金額を記入して、確認の押印をしてください。

自己負担上限額管理票
〇〇年　〇〇月分
上限額　5，000　円
下記のとおり上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
〇〇月〇〇日	みやざき病院	印

日付	自己負担額	月間累積額	医療機関名	徴収印
○/○	3,000	3,000	みやざき病院	印
○/○	1,000	4,000	みやざき薬局	印
○/○	1,000	5,000	みやざき病院	印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

自己負担上限額管理票
〇〇年　〇×月分
上限額　5，000　円
下記のとおり上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
〇×月〇×日	みやざき病院	印

日付	自己負担額	月間累積額	医療機関名	徴収印
○/○	3,000	3,000	みやざき病院	印
○/○	1,000	4,000	みやざき薬局	印
○/○	1,000	5,000	みやざき病院	印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

自己負担上限額管理票
〇〇年　××月分
上限額　2，500　円
下記のとおり上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
××月××日	みやざき薬局	印

日付	自己負担額	月間累積額	医療機関名	徴収印
○/○	2,000	2,000	みやざき病院	印
○/○	500	2,500	みやざき薬局	印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

自己負担上限額管理票
年　月分
上限額　円
下記のとおり上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月　日		

日付	自己負担額	月間累積額	医療機関名	徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

自己負担上限額管理票
年　月分
上限額　円
下記のとおり上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月　日		

日付	自己負担額	月間累積額	医療機関名	徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

自己負担上限額管理票
年　月分
上限額　円
下記のとおり上限額に達しました。

日付	医療機関名	確認印
月　日		

日付	自己負担額	月間累積額	医療機関名	徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				