

<静岡県版見本>

平成 年 月 負担上限月額管理票

受診者		受給者 番号	
-----	--	-----------	--

負担上限月額 特定医療費（指定難病）受給者証記載の通り

下記のとおり、負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
日		

日付	指定 医療機関名	医療費 総額	自己 負担額	月額 累計	徴収 印
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					

※記入欄が不足した場合は、裏面に記入してください。
※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関の窓口へ提出してください。
※本管理票は、使用后2年間は保管をお願いいたします。

お手数ですが、受給者証で御確認ください。

有効期間	平成27年1月1日から 平成27年9月30日まで
負担上限月額	10,000 円 一般 I

厚生労働省の示した参考様式と違い、上段にありますが、記載方法は同じです。