

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

9

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

10

自己負担上限額管理票（自立支援医療）

受給者番号	
受診者氏名	

- 受給者証が交付されたら、すぐにお名前と、受給者証に記載されている受給者番号をご記入ください。
- この自己負担上限額管理票は、自己負担上限額の認定を受けている方が、医療機関・薬局等2か所以上の指定自立支援医療機関で受診された場合に、自己負担上限額を確認するためのものです。
- 受給者証に記載されている、医療機関や薬局等を利用した場合、その都度、窓口にご提出ください。
- 医療機関や薬局でお支払いになった金額を、窓口で記載します。
- ひと月の支払額合計が、受給者証に記載された自己負担上限額に達したときは、以後、その月の窓口での支払いは不要になります。
- 新しいページがなくなった場合や紛失した場合は、発行を受けた市町等の窓口で、再発行を受けてください。

兵庫県精神保健福祉センター

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

11

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

12

兵庫県精神保健福祉センター

指定自立支援医療機関の担当者様

- 受給者が医療機関や薬局でお支払いになった金額等を、窓口で記載してください。
- 月間自己負担累積額が、月間自己負担上限額に達した後は、その月は受診者から自己負担額を徴収しないでください。

早めの更新手続きをお願いします

有効期限が切れる、3か月前から
更新の手続きができます

（例えば、有効期間が6月末の場合、
『4月1日から6月30日まで』
更新申請が可能です）

記入例

ご本人または医療機関などで記入してください。月額自己負担上限額は、受給者証に記載されています。

月額自己負担上限額: 5,000 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)
R6.7	10	□□病院	3,000	3,000
	10	〇〇薬局	1,000	4,000
	20	△△病院	1,000	5,000
R6.8	7	□□病院	3,000	8,000

受診毎の支払額（医療費の1割）を
医療機関や薬局等で記入します。

例えば、上限額が5,000円の方で、前回までの累積額が4,000円の場合、今回の支払いが2,000円であっても、実際に支払っていただく金額は1,000円になります。

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

1

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

2

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

5

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

6

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

3

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

4

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

7

月額自己負担上限額: 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)

8