

【この用紙は、富山県ホームページに掲載している、特定医療費（指定難病）の自己負担上限額管理票のページの様式です】

- ・お持ちの管理票のページが不足した場合などに、この用紙を利用いただくことができます。
- ・この用紙を利用した場合は、必ず、お持ちの自己負担上限額管理票（ピンク色の冊子）に、この用紙を早めに貼り付けてください。

年 月分  
富山県特定医療費自己負担上限額管理票

受給者氏名		受給者番号	
-------	--	-------	--

自己負担割合 ( 1割 2割 ) 月額自己負担上限額 円

特定医療費（指定難病）以外の公費医療の併用 ( あり なし )

△欄

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	特 定 医 療 に か か る 指 定 医 療 機 関 名
月 日	

□欄

受診した日付	特定医療にかかる指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	自 累 負 担 額 積 額
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
合計（医療費総額）				

※ 氏名、上限額等を受給者証でご確認のうえ、記入してください。

※ 特定医療にかかる指定医療機関以外の記入は、無効となります。

※ 上限額に達し、自己負担のないときも、管理票は記入してください。

【この用紙は、富山県ホームページに掲載している、特定医療費（指定難病）の自己負担上限額管理票のページの様式です】

- ・お持ちの管理票のページが不足した場合などに、この用紙を利用いただくことができます。
- ・この用紙を利用した場合は、必ず、お持ちの自己負担上限額管理票（ピンク色の冊子）に、この用紙を早めに貼り付けてください。

年 月分  
富山県特定医療費自己負担上限額管理票

受給者氏名		受給者番号	
-------	--	-------	--

自己負担割合 ( 1割 2割 ) 月額自己負担上限額 円

特定医療費（指定難病）以外の公費医療の併用 ( あり なし )

△欄

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日 付	特 定 医 療 に か か る 指 定 医 療 機 関 名
月 日	

□欄

受診した日付	特定医療にかかる指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	自 累 負 担 額 積 額
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
合計（医療費総額）				

※ 氏名、上限額等を受給者証でご確認のうえ、記入してください。

※ 特定医療にかかる指定医療機関以外の記入は、無効となります。

※ 上限額に達し、自己負担のないときも、管理票は記入してください。