

【記入例】

□年 ○月分
富山県特定医療費自己負担上限額管理票

受給者証の
「自己負担上限額」
欄の額と同じ

受給者氏名	富山 太郎	受給者番号	1234567
-------	-------	-------	---------

自己負担割合 (1割 (2割)) 月額自己負担上限額 10,000 円

特定医療費（指定難病）以外の公費医療の併用 (ありなし)

A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	A 病院

B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	自己負担額 累積額
○月 ◎日	A 病院	25,000円	5,000円	5,000円
○月 ◎日	B 薬局	15,000円	3,000円	8,000円
○月 ▲日	A 病院	25,000円	2,000円	10,000円
○月 ▲日	B 薬局	15,000円		
○月 ×日	C 訪問看護事業所	10,000円		
月 日				
月 日				
月 日				
合計 (医療費総額)				

上限額に達し、自己負担のないときも、医療費総額を記入してください。
(受給者が、軽症者特例や高額かつ長期の医療費の証明として使用する可能性があるため)

当日の治療費の2割が
5,000円であったとしても、
上限額に達したため、
2,000円のみの自己負担
となります。
(3,000円は公費負担)

上限に達した以降は、
翌月になるまで自己
負担はありません。
※管理票の記入は続
きます。

※ 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。