別紙様式第４号

自己負担上限額管理票（　）

月額自己負担上限額　　円

月日	指定 医療機関名	医療費総額 （10 割）	自己負担額	自己負担 累積額	印

医療機関、薬局、訪問看護ステーションの方へ

黒字で記載の上、押印してください。

医療費総額については「高額かつ長期」等の確認に使用するため、自己負担上限額に達した後も**５万円を超えるまで**記載してください。

また、月間の自己負担累積額が自己負担上限額に達したときは、自己負担累積額を**赤字**で記載してください。

自己負担上限額管理票（　）

月額自己負担上限額　　円

月日	指定 医療機関名	医療費総額 （10 割）	自己負担額	自己負担 累積額	印

自己負担上限額管理票（　）

月額自己負担上限額　　円

月日	指定 医療機関名	医療費総額 （10 割）	自己負担額	自己負担 累積額	印