○年○月分　肝炎治療自己負担限度月額管理票

公費負担医療
の受給者番号

受給者氏名

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日　付	医療機関等の名称	確認印
○月○日	○○病院　自己負担限度額までを徴収した医療機関	印

日　付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印
○月△日	○○病院	5, 700	5, 700	印
○月□日	○○薬局	2, 250	7, 950	印
○月○日	○○病院	2, 050	10, 000	印
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

この病院での保険適用後の一部負担金(3割相当額)は4, 300円であるが、当該受給者はの月額自己負担限度額は10, 000円であり、既に他の医療機関及び薬局で7, 950円を負担しているため、今回の自己負担額は、

10, 000円ー7, 950円＝2, 050円となる。

よって、自己負担額には「2, 050円」と記載する。

なお、月額自己負担限度額まで徴収した医療機関(この場合○○病院)は、一番上の点線(- - -)で囲んだ欄に、当該月の受給者の自己負担が限度額に達した旨の証明を行う。