

③ 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月額自己負担上限額 _____ 円

【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	医療機関等	確認印

【B欄】 下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額 (10割分) (円)	自己負担額 (円)	累積額 (円)	徴収印

④ 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月額自己負担上限額 _____ 円

【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	医療機関等	確認印

【B欄】 下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額 (10割分) (円)	自己負担額 (円)	累積額 (円)	徴収印

⑤ 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月額自己負担上限額 _____ 円

【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	医療機関等	確認印

【B欄】 下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額 (10割分) (円)	自己負担額 (円)	累積額 (円)	徴収印

⑥ 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

月額自己負担上限額 _____ 円

【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	医療機関等	確認印

【B欄】 下記のとおり自己負担額を徴収しました。

日付	医療機関等	医療費総額 (10割分) (円)	自己負担額 (円)	累積額 (円)	徴収印

※ 記載できるページがなくなった場合や紛失した場合は、東京都ホームページ（表面参照）からダウンロードし、印刷してください。