

自立支援医療
自己負担上限額
管理票



管理票の使い方

- この管理票は、月額自己負担上限額を管理するために使用します。「自立支援医療受給者証」とともに大切に保管してください。
- 病院や診療所、薬局、訪問看護ステーションでの会計の際に、この管理票を必ず提示し、自己負担額等の記入、確認の押印をもらってください。
- 自己負担上限額に達するまでは、1割の自己負担があります。同月に自己負担上限額を超えた場合、自己負担はありません。
- 記入欄が足りなくなったとき、または管理票を紛失したときは、「事務処理センターまたはお住まいの区の福祉保健センター」に連絡してください。

おぼえがき

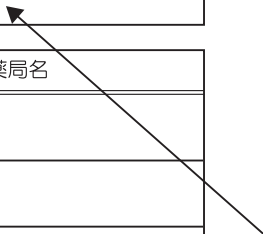
| | |
|---------|--|
| 受給者番号 | |
| 氏 名 | |
| 住 所 | |
| 電 話 番 号 | |

〇〇年〇〇月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日付 | 医療機関名・薬局名 |
|--------|-----------|
| 〇〇月〇〇日 | 〇〇〇〇病院 |

| 日付 | 医療機関名・薬局名 |
|--------|-----------|
| 〇〇月〇〇日 | 〇〇〇〇病院 |
| 〇〇月〇〇日 | △△△△薬局 |
| 〇〇月〇〇日 | 〇〇〇〇病院 |
| 〇〇月〇〇日 | △△△△薬局 |
| 〇〇月〇〇日 | 〇〇〇〇病院 |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |



記入例

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|--------|----------------|
| 3,000円 | 3,000円 |
| 1,000円 | 4,000円 |
| 2,500円 | 6,500円 |
| 1,000円 | 7,500円 |
| 2,500円 | 10,000円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

上限額に到達したので、
上記欄に記入。

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

年 月分自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |

| 日 付 | 医療機関名・薬局名 |
|-----|-----------|
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |
| 月 日 | |

月額自己負担上限額

2,500円

5,000円

10,000円

20,000円

| 自己負担額 | 月間自己負担額 累計額 |
|-------|----------------|
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |
| 円 | 円 |

<お問い合わせ先>

各区の福祉保健センター

| 区 | 電話番号 |
|-------|----------|
| 青葉区 | 978-2453 |
| 旭区 | 954-6145 |
| 泉区 | 800-2446 |
| 磯子区 | 750-2455 |
| 神奈川区 | 411-7115 |
| 金沢区 | 788-7848 |
| 港南区 | 847-8446 |
| 港北区 | 540-2377 |
| 栄区 | 894-8405 |
| 瀬谷区 | 367-5755 |
| 都筑区 | 948-2348 |
| 鶴見区 | 510-1848 |
| 戸塚区 | 866-8465 |
| 中区 | 224-8166 |
| 西区 | 320-8450 |
| 保土ヶ谷区 | 334-6349 |
| 緑区 | 930-2434 |
| 南区 | 341-1142 |



よこはま