



( 記 載 例 )

○年○月分 肝炎治療特別促進事業自己負担限度月額管理票

氏名	受給者証番号	月額自己負担限度額
		10,000 円

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	印

日 付	医療機関等の名称	総医療費 (10割)	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	19,000	5,700	5,700	印
○月□日	○○薬局	7,500	2,250	7,950	印
○月○日	○○病院	15,000	2,050	10,000	印
○月×日	○○薬局	6,000	0	10,000	印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

自己負担限度額に達しており自己負担額は0円だが、その旨記入する。

この病院での保険適用後の一部負担金(3割相当額)は4,500円であったが、患者は、2,050円を支払うことによって、当該患者の自己負担限度額である10,000円に達するので、当該欄には、「2,050」と記入する。

※ 抗ウイルス治療を行った医療機関等において、自己負担額の有無にかかわらず、記載をお願いします。  
なお、自己負担限度額が0円になった場合にあっても自己負担額徴収印欄に医療機関等の証明印が必要です。