No.4

月額自己負担上限額	円
変更後月額上限額適用日	年　月　日
変更後月額自己負担上限額	円

※上限額に達したときに、指定自立支援医療機関（薬局等を含む）が確認の押印をしてください

日付	医療機関名	自己負担額	月間負担額累積額	自己負担額確認印	※上限到達確認印
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					

自立支援医療（精神通院）

自己負担上限額管理票

※大切に保管して、医療機関や薬局に通われる時は必ずご持参ください。

※2回折ってA6サイズでご使用ください。

※月ごとに改ページせず、全て埋まってから新たなページに記入してください。

※記入欄が無くなったときは、ホームページから様式をダウンロード・印刷できます。

【こころのオアシス】で検索。

http://kokoro-osaka.jp/

大阪府

No.5

月額自己負担上限額	円
変更後月額上限額適用日	年　月　日
変更後月額自己負担上限額	円

※上限額に達したときに、指定自立支援医療機関（薬局等を含む）が確認の押印をしてください

日付	医療機関名	自己負担額	月間負担額累積額	自己負担額確認印	※上限到達確認印
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					

No.6

月額自己負担上限額	円
変更後月額上限額適用日	年　月　日
変更後月額自己負担上限額	円

※上限額に達したときに、指定自立支援医療機関（薬局等を含む）が確認の押印をしてください

日付	医療機関名	自己負担額	月間負担額累積額	自己負担額確認印	※上限到達確認印
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					

氏名

住所

TEL

生年月日

年　　月　　日

医療機関名	

保険種別　社会保険等　国民健康保険　後期高齢者医療

No.1

月額自己負担上限額	円
変更後月額上限額適用日	年　月　日
変更後月額自己負担上限額	円

※上限額に達したときに、指定自立支援医療機関（薬局等を含む）が確認の押印をしてください

日付	医療機関名	自己負担額	月間負担額累積額	自己負担額確認印	※上限到達確認印
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					

No.2

月額自己負担上限額	円
変更後月額上限額適用日	年　月　日
変更後月額自己負担上限額	円

※上限額に達したときに、指定自立支援医療機関（薬局等を含む）が確認の押印をしてください

日付	医療機関名	自己負担額	月間負担額累積額	自己負担額確認印	※上限到達確認印
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					

No.3

月額自己負担上限額	円
変更後月額上限額適用日	年　月　日
変更後月額自己負担上限額	円

※上限額に達したときに、指定自立支援医療機関（薬局等を含む）が確認の押印をしてください

日付	医療機関名	自己負担額	月間負担額累積額	自己負担額確認印	※上限到達確認印
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					
／					