高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　①

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　②

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　③

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　④

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　⑤

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　⑥

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　⑦

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　⑧

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　⑨

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　⑩

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　⑪

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				

高知県　自立支援医療（精神通院医療）

年　　月分　自己負担上限額管理票　⑫

受給者氏名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

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	確認印又はサイン
月　日		

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	徴収印又はサイン
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				
月　日				