



(別紙様式8)

### 肝炎治療自己負担限度月額管理票

年 月分

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	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	5,700	5,700	印
月 日	薬局	2,250	7,950	印
月 日	病院	2,050	10,000	印

この病院での保険適用後の一部負担金(3割相当額)は4,300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。