第31号様式(第21条関係)

　　　　　　　　　　　　　　自立支援医療費自己負担上限額管理票（　　年　　月分）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受　診　者 | 　 | 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 |
| 月　　日 | 　 | 　 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 医　療　機　関　名 | 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 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  | 　 | 　 |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |