

自己負担限度額管理票(東京都大気汚染医療費助成用)

| | | | | | | | |
|-------|--|-------|--|--|--|--|--|
| 受給者氏名 | | 受給者番号 | | | | | |
|-------|--|-------|--|--|--|--|--|

年 月 診療分 月額自己負担限度額 6,000 円

A欄 下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

| | 日付 | 医療機関名 | 確認印 |
|-----|-----|-------|-----|
| 確認欄 | 月 日 | | |
| | 月 日 | | |

B欄 下記のとおり月額自己負担額を徴収しました。

| 日付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月額自己負担額累計額 | 自己負担額徴収印 |
|-----|-------|-------|------------|----------|
| 月 日 | | | | |
| 月 日 | | | | |
| 月 日 | | | | |

B欄 下記のとおり月額自己負担額を徴収しました。

| 日付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月額自己負担額累計額 | 自己負担額徴収印 |
|-----|-------|-------|------------|----------|
| 月 日 | | | | |
| 月 日 | | | | |
| 月 日 | | | | |
| 月 日 | | | | |

B欄 下記のとおり月額自己負担額を徴収しました。

| 日付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月額自己負担額累計額 | 自己負担額徴収印 |
|-----|-------|-------|------------|----------|
| 月 日 | | | | |
| 月 日 | | | | |
| 月 日 | | | | |
| 月 日 | | | | |