

高額治療継続者（高額かつ長期）の  
申請をされる方のみ記入をお願いします。

## 自己負担上限額管理票での医療費確認書

太枠内をご記入ください。

受給者番号	
氏名	
申請受付日	年 月 日

申請を行った日の属する月から12か月以内に  
医療費総額が5万円を超えた月の6回分を記入してください。

(例：7月に申請する場合：前年8月～当年7月までの月額医療費総額の合計が  
5万円を超える)

	年 月	医療費総額（10割分） 円
1	年 月分	
2	年 月分	
3	年 月分	
4	年 月分	
5	年 月分	
6	年 月分	

◆自己負担上限額管理票の写しを添付してください。

(自己負担上限額管理票の月ごとに受診者氏名・受給者番号・指定医療機関名等  
が記入してあるかご確認ください。)

※重症患者認定されている方は、高額治療継続者（高額かつ長期）の申請をしても  
自己負担上限額は変わりません。

厚生センター確認欄

該当 ・ 非該当