

令和 年 月分自己負担上限額管理票		月額自己負担上限額		円	
受診者名			受給者番号		
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。					
日付	指定医療機関名		確認印		
月 日					

令和 年 月分自己負担上限額管理票		月額自己負担上限額		円	
受診者名			受給者番号		
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。					
日付	指定医療機関名		確認印		
月 日					

受診者名			受給者番号		
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。					
日付	指定医療機関名		確認印		
月 日					

受診者名			受給者番号		
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。					
日付	指定医療機関名		確認印		
月 日					