

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 受給者番号 |  |
|------|--|-------|--|

| 日 付 | 指定医療機関名 | 医療費総額<br>(10割分) | 自己負担額 | 自己負担の<br>累積額 (月額) |
|-----|---------|-----------------|-------|-------------------|
| 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 |
|-----|---------|

|     |  |
|-----|--|
| 月 日 |  |
|-----|--|