

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)	徴収者
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	確認者
月 日		