

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)
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	