年　　月分　　自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割負担分）	自己負担額（円）	自己負担の累積額（月額）（円）	確認印

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

※　自己負担上限額に達した後も，引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

年　　月分　　自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割負担分）	自己負担額（円）	自己負担の累積額（月額）（円）	確認印

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

※　自己負担上限額に達した後も，引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

年　　月分　　自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割負担分）	自己負担額（円）	自己負担の累積額（月額）（円）	確認印

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

※　自己負担上限額に達した後も，引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

年　　月分　　自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	

月額自己負担上限額　　円

日　付	指定医療機関名	医療費総額（10割負担分）	自己負担額（円）	自己負担の累積額（月額）（円）	確認印

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

※　自己負担上限額に達した後も，引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。