

年 月分自己負担上限額管理票

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割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
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	医療機関名	確認印
月 日		

年 月分自己負担上限額管理票

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割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
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	医療機関名	確認印
月 日		

年 月分自己負担上限額管理票

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割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
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	医療機関名	確認印
月 日		

年 月分自己負担上限額管理票

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割分)	自己負担額	自己負担額 累積額(月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
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	医療機関名	確認印
月 日		