

年 月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名の名称	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
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	指定医療機関名の名称				確認印
月 日					

年 月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名の名称	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
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	指定医療機関名の名称				確認印
月 日					

年 月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名の名称	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
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	指定医療機関名の名称				確認印
月 日					

年 月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名の名称	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
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	指定医療機関名の名称				確認印
月 日					

年 月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名の名称	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
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	指定医療機関名の名称				確認印
月 日					

年 月分自己負担上限額管理票					
日付	指定医療機関名の名称	医療費総額(10割分)	自己負担額	自己負担の累積額(月額)	徴収印
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	指定医療機関名の名称				確認印
月 日					