# 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 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 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 | 指　定　医　療　機　関　名　の　名　称 | 確認印 |
|---|---|---|
| 月　日 | | |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については5万円を超えるまで記載して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

| 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 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 月　日 | | | | | |
| 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 | 指　定　医　療　機　関　名　の　名　称 | |
|---|---|---|
| 月　日 | | |

※自己負担上限額に達した後も、「医療費総額(10割分)」については5万円を超えるまで記載していただくようお願いします。