**（熊本市用）**

|  |
| --- |
| 年　　　月分自己負担上限額管理票 |
| 受給者 |  | 受給者番号 |  |
| 月額自己負担上限額　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 下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 |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月額自己負担額累積額 | 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 |  |  |  |  |

**（熊本市用）**

**（熊本市用）**

|  |
| --- |
| 年　　　月分自己負担上限額管理票 |
| 受給者 |  | 受給者番号 |  |
| 月額自己負担上限額　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 下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 |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月額自己負担額累積額 | 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 |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| 年　　　月分自己負担上限額管理票 |
| 受給者 |  | 受給者番号 |  |
| 月額自己負担上限額　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 下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 |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月額自己負担額累積額 | 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 |  |  |  |  |

**（熊本市用）**

|  |
| --- |
| 年　　　月分自己負担上限額管理票 |
| 受給者 |  | 受給者番号 |  |
| 月額自己負担上限額　　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| 下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 |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月額自己負担額累積額 | 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 |  |  |  |  |