**（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 |  | |  |  |  |