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	月間自己負担額累積額	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	月間自己負担額累積額	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	月間自己負担額累積額	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				