

年 月分自己負担上限額管理票

受診者	受給者番号
-----	-------

月額自己負担上限額 円

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累計額	自己負担額徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

上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
/		

※ 受給者証と一緒に必ず窓口へ提出してください。

年 月分自己負担上限額管理票

受診者	受給者番号
-----	-------

月額自己負担上限額 円

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累計額	自己負担額徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

上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
/		

年 月分自己負担上限額管理票

受診者	受給者番号
-----	-------

月額自己負担上限額 円

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累計額	自己負担額徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

上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
/		

※ 受給者証と一緒に必ず窓口へ提出してください。

年 月分自己負担上限額管理票

受診者	受給者番号
-----	-------

月額自己負担上限額 円

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累計額	自己負担額徴収印
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

上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
/		