

年 月分 自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	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
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	徴収印
/		

年 月分 自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	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
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	徴収印
/		

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。
 ※記載欄が足りない場合は、◎箇所を記載せずに続けてご利用ください。

年 月分 自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	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
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	徴収印
/		

年 月分 自己負担上限額管理票

日付	指定医療機関名	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
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	徴収印
/		

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。
 ※記載欄が足りない場合は、◎箇所を記載せずに続けてご利用ください。