

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額 (10割分) も含めすべての欄を漏れなく記載してください。
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額 (月額) が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額 (10割分) も含めすべての欄を漏れなく記載してください。
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額 (月額) が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額 (10割分) も含めすべての欄を漏れなく記載してください。
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額 (月額) が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額 (10割分) も含めすべての欄を漏れなく記載してください。
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額 (月額) が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額 (10割分) も含めすべての欄を漏れなく記載してください。
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額 (月額) が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。

年 月分 自己負担上限額管理票

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額 累計額 (月額)
日			
日			
日			
日			
日			
日			
日			

※医療費総額 (10割分) も含めすべての欄を漏れなく記載してください。
 ※自己負担額が0の場合、また、自己負担額の累計額 (月額) が上限額に達している場合であっても、この受給者証を適用した診療等は必ず記載してください。