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	確認印
月　日		

日	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）	自己負担額徴収印
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					

※医療費総額（10割分）の累計が５万円に達するまで記載してください。

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	確認印
月　日		

日	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）	自己負担額徴収印
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					

※医療費総額（10割分）の累計が５万円に達するまで記載してください。

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	確認印
月　日		

日	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）	自己負担額徴収印
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					

※医療費総額（10割分）の累計が５万円に達するまで記載してください。

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	確認印
月　日		

日	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）	自己負担額徴収印
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					

※医療費総額（10割分）の累計が５万円に達するまで記載してください。

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	確認印
月　日		

日	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）	自己負担額徴収印
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					

※医療費総額（10割分）の累計が５万円に達するまで記載してください。

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	確認印
月　日		

日	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）	自己負担額徴収印
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					

※医療費総額（10割分）の累計が５万円に達するまで記載してください。

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	確認印
月　日		

日	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）	自己負担額徴収印
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					

※医療費総額（10割分）の累計が５万円に達するまで記載してください。

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	確認印
月　日		

日	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）	自己負担額徴収印
日					
日					
日					
日					
日					
日					
日					

※医療費総額（10割分）の累計が５万円に達するまで記載してください。