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	自己負担の累計額（月額）
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
月　日	

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

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

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

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

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

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

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