

平成 年 月分自己負担上限月額管理票

日付	指定医療機関の名称	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
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付 指定医療機関の名称 確認印

月 日

平成 年 月分自己負担上限月額管理票

日付	指定医療機関の名称	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
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付 指定医療機関の名称 確認印

月 日

平成 年 月分自己負担上限月額管理票

日付	指定医療機関の名称	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
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付 指定医療機関の名称 確認印

月 日

平成 年 月分自己負担上限月額管理票

日付	指定医療機関の名称	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
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付 指定医療機関の名称 確認印

月 日

平成 年 月分自己負担上限月額管理票

日付	指定医療機関の名称	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
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付 指定医療機関の名称 確認印

月 日

平成 年 月分自己負担上限月額管理票

日付	指定医療機関の名称	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
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付 指定医療機関の名称 確認印

月 日