|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| 　年　月分自己負担上限額管理票 |
|  |
|  | 月額自己負担上限額 | 円　 |
|  |
| 下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。 |
| 日付 | 医療機関名 | 確認印 |
| 月　日 |  |  |
|  |
| 日付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月が変わったら新しいページに記入してください。 |

 |  |

|  |
| --- |
| 　年　月分自己負担上限額管理票 |
|  |
|  | 月額自己負担上限額 | 円　 |
|  |
| 下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。 |
| 日付 | 医療機関名 | 確認印 |
| 月　日 |  |  |
|  |
| 日付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月が変わったら新しいページに記入してください。 |

 |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| 　年　月分自己負担上限額管理票 |
|  |
|  | 月額自己負担上限額 | 円　 |
|  |
| 下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。 |
| 日付 | 医療機関名 | 確認印 |
| 月　日 |  |  |
|  |
| 日付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月が変わったら新しいページに記入してください。 |

 |  |

|  |
| --- |
| 　年　月分自己負担上限額管理票 |
|  |
|  | 月額自己負担上限額 | 円　 |
|  |
| 下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。 |
| 日付 | 医療機関名 | 確認印 |
| 月　日 |  |  |
|  |
| 日付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月　日 |  |  |  |  |
| 月が変わったら新しいページに記入してください。 |

 |  |
|  |  |  |  |  |