|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 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。 | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |