**年　　月分　自己負担上限額管理票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 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) |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 指定医療機関名 |
| ／ |  |

**年　　月分　自己負担上限額管理票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 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) |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 指定医療機関名 |
| ／ |  |

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

※記載欄が足りない場合は、◎箇所を記載せずに続けてご利用ください。

**年　　月分　自己負担上限額管理票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 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) |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 指定医療機関名 |
| ／ |  |

**年　　月分　自己負担上限額管理票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 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) |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 指定医療機関名 |
| ／ |  |

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

※記載欄が足りない場合は、◎箇所を記載せずに続けてご利用ください。

**年　　月分　自己負担上限額管理票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 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) |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 指定医療機関名 |
| ／ |  |

**年　　月分　自己負担上限額管理票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 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) |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 指定医療機関名 |
| ／ |  |

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

※記載欄が足りない場合は、◎箇所を記載せずに続けてご利用ください。

**年　　月分　自己負担上限額管理票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 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) |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 指定医療機関名 |
| ／ |  |

**年　　月分　自己負担上限額管理票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 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) |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

◎上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 指定医療機関名 |
| ／ |  |

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくようお願いします。

※記載欄が足りない場合は、◎箇所を記載せずに続けてご利用ください。