年　　月　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	月額の累積額
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円

上記のとおり、自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月　日	

自己負担上限月額に達した後も記入をお願いします。

年　　月　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	月額の累積額
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円

上記のとおり、自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月　日	

自己負担上限月額に達した後も記入をお願いします。

年　　月　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	月額の累積額
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円

上記のとおり、自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月　日	

自己負担上限月額に達した後も記入をお願いします。

年　　月　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	月額の累積額
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円

上記のとおり、自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月　日	

自己負担上限月額に達した後も記入をお願いします。

年　　月　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	月額の累積額
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円

上記のとおり、自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月　日	

自己負担上限月額に達した後も記入をお願いします。

年　　月　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	月額の累積額
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円

上記のとおり、自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月　日	

自己負担上限月額に達した後も記入をお願いします。

年　　月　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	月額の累積額
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円

上記のとおり、自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月　日	

自己負担上限月額に達した後も記入をお願いします。

年　　月　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	月額の累積額
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円
月　日		円	円	円

上記のとおり、自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月　日	

自己負担上限月額に達した後も記入をお願いします。

使用方法

元々ある自己負担上限額管理票の上に、この自己負担上限額管理票を貼り付けてください。