# 自己負担上限額管理票(更生医療)

| 受診者 | |
|---|---|

| 受給者番号 | |
|---|---|

※更生医療の受給者番号をすべて記入してください。

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

# 自己負担上限額管理票(更生医療)

| 受診者 | |
|---|---|

| 受給者番号 | |
|---|---|

※更生医療の受給者番号をすべて記入してください。

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |

| 年　月分 | | | |
|---|---|---|---|
| 上限額　円 | | | |
| 下記のとおり上限額に達しました。 | | | |
| 日　付 | | | 確認印 |
| 医療機関名 | | | |
| 月　日 | | | |
| 日付 | 自己負担額 | 月間累積額 | |
| 医療機関名 | | | 徴収印 |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |
| / | | | |