

特定医療費（指定難病） 自己負担上限額管理票

(裏面)

受診者氏名		受給者番号①	受給者番号②	受給者番号③	月間自己負担上限額	円
-------	--	--------	--------	--------	-----------	---

平成 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)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

平成 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)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

平成 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)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
月 日		

※受給者証の「自己負担上限額」を御確認願います。

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
月 日		

※受給者証の「自己負担上限額」を御確認願います。

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
月 日		

※受給者証の「自己負担上限額」を御確認願います。

平成 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)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

平成 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)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

平成 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)	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
月 日		

※受給者証の「自己負担上限額」を御確認願います。

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
月 日		

※受給者証の「自己負担上限額」を御確認願います。

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
月 日		

※受給者証の「自己負担上限額」を御確認願います。