

医療機関等の会計窓口へ提出し、記載を受けてください。

年 月分 自己負担上限管理票

月間自己負担上限額 円

受診回	日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 の累計額 (月額)
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					

受診回	日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額 の累計額 (月額)
8					
9					
10					
11					
12					
13					

※自己負担上限額に達した以降の受診についてもご記載ください。
(「医療費総額 (10割分)」欄の合計が50,000円を超えるまで)

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