

年 月自己負担限度額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己 負担額	月額 累計額	徴収印
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	

上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

年 月自己負担限度額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己 負担額	月額 累計額	徴収印
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	

上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

年 月自己負担限度額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己 負担額	月額 累計額	徴収印
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	

上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

年 月自己負担限度額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己 負担額	月額 累計額	徴収印
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	

上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

年 月自己負担限度額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己 負担額	月額 累計額	徴収印
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	

上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

年 月自己負担限度額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己 負担額	月額 累計額	徴収印
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	

上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

年 月自己負担限度額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己 負担額	月額 累計額	徴収印
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	

上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

年 月自己負担限度額管理票

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己 負担額	月額 累計額	徴収印
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	
		円	円	円	

上記のとおり月額の自己負担限度額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印

きりとり線

きりとり線

使用方法

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

医療機関にかかった際には、貼り付けた境目に医療機関に**割印**を押していただいた上で記載していただいでください。