

平成 年 月分 特定医療費
自己負担上限額管理票(予備) 月額自己負担上限額 円

受診者					受給者番号	
日付	指定医療機関名	医療費・ 介護サービス費 総額(10割分)	自己負担額・ 利用者負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印	
/						
/						
/						
/						
/						
/						
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	
/						

平成 年 月分 特定医療費
自己負担上限額管理票(予備) 月額自己負担上限額 円

受診者					受給者番号	
日付	指定医療機関名	医療費・ 介護サービス費 総額(10割分)	自己負担額・ 利用者負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印	
/						
/						
/						
/						
/						
/						
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	
/						

平成 年 月分 特定医療費
自己負担上限額管理票(予備) 月額自己負担上限額 円

受診者					受給者番号	
日付	指定医療機関名	医療費・ 介護サービス費 総額(10割分)	自己負担額・ 利用者負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印	
/						
/						
/						
/						
/						
/						
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	
/						

平成 年 月分 特定医療費
自己負担上限額管理票(予備) 月額自己負担上限額 円

受診者					受給者番号	
日付	指定医療機関名	医療費・ 介護サービス費 総額(10割分)	自己負担額・ 利用者負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印	
/						
/						
/						
/						
/						
/						
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	
/						