

年 月分

自己負担上限額 _____ 円

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担徴収印

上記のとおり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

受給者番号	
-------	--

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額 (10割分)」の合計が5万円を超えるまで記載いただくようお願いします。