

年 月分	受給者 氏名	受給者 番号	自己負担 上限額	円
------	-----------	-----------	-------------	---

※自己負担累積額が自己負担上限額に達した場合であっても、総医療費の合計が**5万円に達するまで**ご記入願います。

日付	指定医療機関名	総医療費(10割分)		自己負担額		確認印
		今回額	累積額	今回額	累積額	

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

年 月分	受給者 氏名	受給者 番号	自己負担 上限額	円
------	-----------	-----------	-------------	---

※自己負担累積額が自己負担上限額に達した場合であっても、総医療費の合計が**5万円に達するまで**ご記入願います。

日付	指定医療機関名	総医療費(10割分)		自己負担額		確認印
		今回額	累積額	今回額	累積額	

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

年 月分	受給者 氏名	受給者 番号	自己負担 上限額	円
------	-----------	-----------	-------------	---

※自己負担累積額が自己負担上限額に達した場合であっても、総医療費の合計が**5万円に達するまで**ご記入願います。

日付	指定医療機関名	総医療費(10割分)		自己負担額		確認印
		今回額	累積額	今回額	累積額	

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

年 月分	受給者 氏名	受給者 番号	自己負担 上限額	円
------	-----------	-----------	-------------	---

※自己負担累積額が自己負担上限額に達した場合であっても、総医療費の合計が**5万円に達するまで**ご記入願います。

日付	指定医療機関名	総医療費(10割分)		自己負担額		確認印
		今回額	累積額	今回額	累積額	

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