別紙様式第７号

年　　月分自己負担上限額管理票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 |   | 受給者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受診医療機関 |  |

|  |
| --- |
| 月額自己負担上限額 　　　　　　　　　　 　円 |

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 |
| 月　 日  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 徴収印 |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

別紙様式第７号

年　　月分自己負担上限額管理票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 |   | 受給者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受診医療機関 |  |

|  |
| --- |
| 月額自己負担上限額 　　　　　　　　　　 　円 |

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 |
| 月　 日  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 徴収印 |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

別紙様式第７号

年　　月分自己負担上限額管理票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 |   | 受給者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受診医療機関 |  |

|  |
| --- |
| 月額自己負担上限額 　　　　　　　　　　 　円 |

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 |
| 月　 日  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 徴収印 |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |

別紙様式第７号

年　　月分自己負担上限額管理票

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 受診者 |   | 受給者番号 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 受診医療機関 |  |

|  |
| --- |
| 月額自己負担上限額 　　　　　　　　　　 　円 |

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

|  |  |
| --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 |
| 月　 日  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日　付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 徴収印 |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |
| ／ |  |  |  |  |