

別紙様式第7号 受診者名(必須): 受給者番号(必須):
 平成 年 月分 自己負担上限額管理票 月間自己負担上限額(必須): 円

日付	指定医療機関名 薬局、訪問看護事業所含む	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 月累積額	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

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(上限額に達した医療機関で御記入ください)	確認印
月 日		