

(様式第3号)

年 月分 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	自己負担額の 累積額(月額)	徴収(確認)
/					
/					
/					
/					
/					
/					
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
/					