別記様式第３０号（第２０条第２項関係）

年　月分自己負担上限額管理票

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

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 | 確認印 |
| 月　　日 |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 医療機関名 | 自己負担額 | 月間自己負担額累積額 | 自己負担額徴収印 |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |
| 月　　日 |  |  |  |  |