

月から1年分)

|     |  |       |  |           |   |
|-----|--|-------|--|-----------|---|
| 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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]

月から1年分)

|     |  |       |  |           |  |
|-----|--|-------|--|-----------|--|
| 受診者 |  | 受給者番号 |  | 月額自己負担上限額 |  |
|-----|--|-------|--|-----------|--|

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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]

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 |       |     |

[illegible]