

令和 年 月分 長野県特定疾病医療費
自己負担上限額管理票(予備) 月額自己負担上限額 円

受診者					受給者番号	
日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印	
/						
/						
/						
/						
/						
/						
上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	
/						

令和 年 月分 長野県特定疾病医療費
自己負担上限額管理票(予備) 月額自己負担上限額 円

受診者					受給者番号	
日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印	
/						
/						
/						
/						
/						
/						
上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	
/						

令和 年 月分 長野県特定疾病医療費
自己負担上限額管理票(予備) 月額自己負担上限額 円

受診者					受給者番号	
日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印	
/						
/						
/						
/						
/						
/						
上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	
/						

令和 年 月分 長野県特定疾病医療費
自己負担上限額管理票(予備) 月額自己負担上限額 円

受診者					受給者番号	
日付	医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)	徴収印	
/						
/						
/						
/						
/						
/						
上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	
/						