○○年○○月分自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　５，０００　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	○○○○病院	印

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	○○○○病院	3,000	3,000	印
○○月○○日	○○○○薬局	1,000	4,000	印
○○月○○日	○○○○病院	1,000	5,000	印
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				