年　　月分自己負担上限額管理票

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				
月　　日				