＿＿＿＿年＿＿＿＿月分　　自己負担上限管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担額上限額　　円

下記のとおり月間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				