別紙様式第５号

年　　月分自己負担上限額管理票

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
月　　日	

日　付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額 累積額
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			