様式第５号

 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 |  |  |  |  |