様式第５号（要綱第１５関係）

年　　月分自己負担限度額管理票

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日　付	医療機関等の名称	確認印
月　日		

日　付	医療機関等の名称	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				