

平成〇〇年〇〇月分自己負担上限額管理票

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・薬局名	確認印
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院	印

日付	医療機関名・薬局名
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院
〇〇月〇〇日	△△△△薬局
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院
〇〇月〇〇日	△△△△薬局
〇〇月〇〇日	〇〇〇〇病院
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

記入例

月額自己負担上限額			
2,500円	5,000円	10,000円	20,000円

自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額確認印
3,000円	3,000円	印
1,000円	4,000円	印
2,500円	6,500円	印
1,000円	7,500円	印
2,500円	10,000円	印

上限額に到達したので、  
上記欄に記入。

2

3

平成 年 月分自己負担上限額管理票

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・薬局名	確認印
月 日		

日付	医療機関名・薬局名
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

月額自己負担上限額			
2,500円	5,000円	10,000円	20,000円

自己負担額	月間自己負担額 累積額	自己負担額確認印
円	円	
円	円	
円	円	
円	円	
円	円	
円	円	
円	円	
円	円	
円	円	
円	円	

4

5