

自己負担上限額管理票（自立支援医療）

月額自己負担上限額: _____ 円

受給者番号	
受診者氏名	

月額自己負担上限額: _____ 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)
		みほん		

2

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)
		みほん		

3

月額自己負担上限額: _____ 円

月額自己負担上限額: _____ 円

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)
		みほん		

4

年月	日	医療機関名	自己負担額 (円)	月間自己負担 額累積額(円)
		みほん		

5