

別紙様式第5号

自己負担上限額管理票

____年 ____月分

自己負担上限額 _____円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割）	自己負担額	月間自己負担額累積額

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名

受給者番号

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」の合計が5万円を超えるまで記載いただくようお願いします。