（様式第４－１号）

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	医療機関等名称
／	

※1　記載欄が不足した場合は別葉を使用するとともに，別葉の上記欄（「下記のとおり月額自己負担額に達しました」と記載された箇所の「日付」欄，「医療機関等名称」欄）に斜線を引いてください。

※2　受診月が変わった場合は，別葉を使用して下さい。

日　付	医療機関等名称	自己負担額	月間自己負担額 累積額
／			
／			
／			
／			
／			
／			
／			
／			
／			
／			
／			
／			