

### 要領様式第3号（第3関係）

### 年 月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	
-----	--	-------	--

### 月額自己負擔上限額

三

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	確認印
月 日		