自己負担上限額管理票＜補助用紙＞

日　付	医療機関名・薬局名	自己負担額	月間自己負担額 累積額
月　　日		円	円
月　　日		円	円
月　　日		円	円
月　　日		円	円
月　　日		円	円
月　　日		円	円
月　　日		円	円
月　　日		円	円
月　　日		円	円
月　　日		円	円
月　　日		円	円