日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印	※月額上限額確認欄

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印	※月額上限額確認欄

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印	※月額上限額確認欄

日付	医療機関名	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印	※月額上限額確認欄