

小児慢性特定疾病医療費

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	自己負担の 累積額 (月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上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

小児慢性特定疾病医療費

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	自己負担の 累積額 (月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上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

小児慢性特定疾病医療費

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	自己負担の 累積額 (月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上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

小児慢性特定疾病医療費

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	自己負担の 累積額 (月額)	自己負担額 徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

上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