|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 堺市特定医療費（指定難病）  自己負担上限額管理票   |  |  | | --- | --- | | 受診者氏名 |  | | 受給者番号 |  | |
| |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | 年　　月分　自己負担上限額管理票　　月額自己負担上限額　　　　　　　　円 | | | | | | | | 受診者氏名 |  | | 受給者番号 |  | | | |  |  | | |  |  | | | 日　付 | 指定医療機関名 | 医療費総額  （10割分） | | 自己負担額 | | 自己負担の  累積額(月額) | | 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 | 指定医療機関名 | | | | | | | 月 　日 |  | | | | | | |