|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 |  |

 |