

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)	徴収印	
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				確認印	
月 日						