

小児慢性特定疾病医療費  
年 月 自己負担上限額管理票

受診者氏名		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割分)	自己負担額	月額累計額	確認印
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	指定医療機関名	確認印
月 日		

小児慢性特定疾病医療費  
年 月 自己負担上限額管理票

受診者氏名		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割分)	自己負担額	月額累計額	確認印
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	指定医療機関名	確認印
月 日		

小児慢性特定疾病医療費  
年 月 自己負担上限額管理票

受診者氏名		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割分)	自己負担額	月額累計額	確認印
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	指定医療機関名	確認印
月 日		

小児慢性特定疾病医療費  
年 月 自己負担上限額管理票

受診者氏名		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割分)	自己負担額	月額累計額	確認印
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	指定医療機関名	確認印
月 日		