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
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
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
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
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
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
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
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
月　日	