

小児慢性特定疾病医療費  
自己負担上限額管理票（平成 年 月分）

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 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 | 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 |         |             |       |              |     |
| 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 |         |     |

※高額治療継続者の申し出の際の添付書類となりますので、大切に保管してください※

小児慢性特定疾病医療費  
自己負担上限額管理票（平成 年 月分）

|      |  |       |  |
|------|--|-------|--|
| 受診者名 |  | 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 | 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 |         |             |       |              |     |
| 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 |         |     |

※高額治療継続者の申し出の際の添付書類となりますので、大切に保管してください※