

小児慢性特定疾病医療費自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

年 月分 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					

療養費払い・高額難病治療継続該当の申請時の証明書類となるため、限度額に達した後も、記載を求めること。  
上記のとおり、当月の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		

年 月分 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					

療養費払い・高額難病治療継続該当の申請時の証明書類となるため、限度額に達した後も、記載を求めること。  
上記のとおり、当月の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		