

# 自己負担上限月額管理票

(小児慢性特定疾病医療費 年 月分)

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

自己負担上限月額 \_\_\_\_\_ 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					

上記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名	確認印
月 日		