

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)
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
月 日	