

小児慢性特定疾病医療費

年 月分自己負担上限額管理表

受診者		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					

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		