特定医療費(指定難病)

受診者:	名			受給者番号			受診	音名			受給者番号		
			-	月間自己負担上限	<u> </u>	円					月間自己負担上限	額	円
日付	ţ	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	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					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
			l l				ll .	1				<u> </u>	

ト記のとおり 当日の白己負担ト限類に達しました

<u> 工品()</u>	COSS	、ヨカの日に貝担工収録に建じよした。	
日	付	指定医療機関名	確認印
月	日		

[|] | ※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

-	<u> </u>		(コバットログに上下版)(一定00/0/20	
	日	付	指定医療機関名	確認印
	月	日		

[※] 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

特定医療費(指定難病)

受診者:	名			受給者番号			受診	音名			受給者番号		
			-	月間自己負担上限	<u> </u>	円					月間自己負担上限	額	円
日付	ţ	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	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					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
			l l				ll .	1				<u> </u>	

ト記のとおり 当日の白己負担ト限類に達しました

<u> 工品()</u>	COSS	、ヨカの日に貝担工収録に建じよした。	
日	付	指定医療機関名	確認印
月	日		

[|] | ※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

-	<u> </u>		(コバットログに上下版)(一定00/0/20	
	日	付	指定医療機関名	確認印
	月	日		

[※] 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

特定医療費(指定難病)

受診者:	名			受給者番号			受診	音名			受給者番号		
			-	月間自己負担上限	<u> </u>	円					月間自己負担上限	額	円
日付	ţ	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	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					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
			l l				ll .	1				<u> </u>	

ト記のとおり 当日の白己負担ト限類に達しました

<u> 工品()</u>	COSS	、ヨカの日に貝担工収録に建じよした。	
日	付	指定医療機関名	確認印
月	日		

[|] | ※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

-	<u> </u>		(コバットログに上下版)(一定00/0/20	
	日	付	指定医療機関名	確認印
	月	日		

[※] 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

特定医療費(指定難病)

受診者:	名			受給者番号			受診	音名			受給者番号		
			-	月間自己負担上限	<u> </u>	円					月間自己負担上限	額	円
日付	ţ	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	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					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
			l l				ll .	<u> </u>				<u> </u>	

ト記のとおり 当日の白己負担ト限類に達しました

<u> 工品()</u>	COSS	、ヨカの日に貝担工収録に建じよした。	
日	付	指定医療機関名	確認印
月	日		

[|] | ※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

-	<u> </u>		(コバットログに上下版)(一定00/0/20	
	日	付	指定医療機関名	確認印
	月	日		

[※] 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

特定医療費(指定難病)

受診者:	名			受給者番号			受診	音名			受給者番号		
			-	月間自己負担上限	<u> </u>	円					月間自己負担上限	額	円
日付	ţ	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	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					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
			l l				ll .	<u> </u>				<u> </u>	

ト記のとおり 当日の白己負担ト限類に達しました

上記のとおり、当月の日に負担工限額に建しました。								
日	付	指定医療機関名	確認印					
月	日							

[|] | ※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

-	上出りと60 八 コガウ 自己交汇上版版(一定0000元)								
	日	付	指定医療機関名	確認印					
	月	日							

[※] 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

特定医療費(指定難病)

受診者:	名			受給者番号			受診	音名			受給者番号		
			-	月間自己負担上限	<u> </u>	円					月間自己負担上限	額	円
日付	ţ	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	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					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
月	日						月	日					
			l l				ll .	<u> </u>				<u> </u>	

ト記のとおり 当日の白己負担ト限類に達しました

上記のとおり、当月の日に負担工限額に建しました。								
日	付	指定医療機関名	確認印					
月	日							

[|] | ※ 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。

-	上出りと60 八 コガウ 自己交汇上版版(一定0000元)								
	日	付	指定医療機関名	確認印					
	月	日							

[※] 自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額(10割分)」については記載いただくようお願いします。