

特定医療費（指定難病）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

特定医療費（指定難病）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 円

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 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					

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、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		

※ 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		

※ 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）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

特定医療費（指定難病）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 円

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 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					

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、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		

※ 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		

※ 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）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

特定医療費（指定難病）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 円

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 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					

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、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		

※ 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		

※ 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）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

特定医療費（指定難病）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 円

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 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					

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、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		

※ 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		

※ 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）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

特定医療費（指定難病）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 円

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 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					

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、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		

※ 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		

※ 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）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

特定医療費（指定難病）  
令和 年 月分 自己負担上限額管理票

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

受診者名		受給者番号	
------	--	-------	--

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 円

月間自己負担上限額 \_\_\_\_\_ 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					

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、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		

※ 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		

※ 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。