

特定医療費（指定難病）

受給者名：	受給者番号：
-------	--------

令和 年 月分 自己負担上限額管理票				
月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
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			
/				

令和 年 月分 自己負担上限額管理票				
月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
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			
/				

令和 年 月分 自己負担上限額管理票				
月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
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			
/				

令和 年 月分 自己負担上限額管理票				
月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
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			
/				

令和 年 月分 自己負担上限額管理票				
月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
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			
/				

令和 年 月分 自己負担上限額管理票				
月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
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			
/				

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割）」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）

受給者名：	受給者番号：
-------	--------

令和 年 月分 自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

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
/	

令和 年 月分 自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

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
/	

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

令和 年 月分 自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

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
/	

令和 年 月分 自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

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
/	

令和 年 月分 自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

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
/	

令和 年 月分 自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額				
日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割)	自己負担額	自己負担の 累積額（月額）
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				
/				

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
/	