

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	
------	--	-------	--

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				

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
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。