別記様式第4号

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					

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。