様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。

様式第９号

小　児　慢　性　特　定　疾　病　医　療　費

令和　　年　　月分自己負担上限額管理票

受診者		受給者番号	

月額自己負担上限額＿＿＿＿＿＿＿＿＿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）
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。