

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

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。