

(参考様式) 特定医療費(指定難病) 自己負担上限額管理票

↓ 点線で切り離してご利用ください。

特定医療費(指定難病)

平成 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
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

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
/		

特定医療費(指定難病)

平成 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
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

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
/		

特定医療費(指定難病)

平成 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
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

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
/		

特定医療費(指定難病)

平成 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
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

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
/		