

別記第1号様式

小児慢性特定疾病医療費

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)	確認者
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					
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	確認者
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。