

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をお願いします。

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をお願いします。

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をお願いします。

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をお願いします。