小児慢性特定疾病医療費 平成　年　月分 月額自己負担上限額管理票

受診者名＿＿＿＿＿＿＿＿　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)	自己負担額	自己負担累積額	徴収印

※下記のとおり月額自己負担額に達しました。

日付	指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	自己負担累積額	確認印

小児慢性特定疾病医療費 平成　年　月分 月額自己負担上限額管理票

受診者名＿＿＿＿＿＿＿＿　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)	自己負担額	自己負担累積額	徴収印

※下記のとおり月額自己負担額に達しました。

日付	指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	自己負担累積額	確認印