

小児慢性特定疾病医療費

①令和 年 月分 自己負担上限額管理票

※医療費助成を受けることができるのは、指定を受けている医療機関に限ります
 ※月の最初に記入する医療機関は、①年月、②受診者氏名、③受給者番号、
 ④自己負担上限額を記載すること

②受診者氏名	③受給者番号
--------	--------

④月間自己負担上限額 _____ 円

日付 (徴収日)	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月間自己負担 累積額	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

注:徴収時の記入を原則とし、口座振替等、徴収時の記載が困難な場合はあらかじめ請求時に記入すること

上記のとおり月額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
月 日		

自己負担上限月額に達した後も、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

小児慢性特定疾病医療費

①令和 年 月分 自己負担上限額管理票

※医療費助成を受けることができるのは、指定を受けている医療機関に限ります
 ※月の最初に記入する医療機関は、①年月、②受診者氏名、③受給者番号、
 ④自己負担上限額を記載すること

②受診者氏名	③受給者番号
--------	--------

④月間自己負担上限額 _____ 円

日付 (徴収日)	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月間自己負担 累積額	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

注:徴収時の記入を原則とし、口座振替等、徴収時の記載が困難な場合はあらかじめ請求時に記入すること

上記のとおり月額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
月 日		

自己負担上限月額に達した後も、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

小児慢性特定疾病医療費

①令和 年 月分 自己負担上限額管理票

※医療費助成を受けることができるのは、指定を受けている医療機関に限ります
 ※月の最初に記入する医療機関は、①年月、②受診者氏名、③受給者番号、
 ④自己負担上限額を記載すること

②受診者氏名	③受給者番号
--------	--------

④月間自己負担上限額 _____ 円

日付 (徴収日)	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月間自己負担 累積額	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

注:徴収時の記入を原則とし、口座振替等、徴収時の記載が困難な場合はあらかじめ請求時に記入すること

上記のとおり月額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
月 日		

自己負担上限月額に達した後も、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

小児慢性特定疾病医療費

①令和 年 月分 自己負担上限額管理票

※医療費助成を受けることができるのは、指定を受けている医療機関に限ります
 ※月の最初に記入する医療機関は、①年月、②受診者氏名、③受給者番号、
 ④自己負担上限額を記載すること

②受診者氏名	③受給者番号
--------	--------

④月間自己負担上限額 _____ 円

日付 (徴収日)	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	月間自己負担 累積額	徴収印
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					
月 日					

注:徴収時の記入を原則とし、口座振替等、徴収時の記載が困難な場合はあらかじめ請求時に記入すること

上記のとおり月額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
月 日		

自己負担上限月額に達した後も、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