小児慢性特定疾病医療費　自己負担上限月額管理票

受診者名		受給者番号	
生年月日		自己負担上限月額	

受診年月	受診日	医療費総額（10割分）	今回の自己負担額	月別の自己負担累積額	指定医療機関名	徴収印

※毎回、指定医療機関に提出してください。
　月別の自己負担累積額が自己負担上限月額に達した場合、同一月内は上限額を超えて支払う必要はありません。