

小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

※この用紙は、受給者証と一緒に保管してください

受給者番号	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> <td style="width: 10%;"></td> </tr> </table>										
受給者氏名											
生年月日	_____年 _____月 _____日										
月額自己負担上限額	_____円										
<問い合わせ先> 石川県 健康福祉部 健康推進課 TEL：076-225-1448											

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。

_____年 _____月分 自己負担上限額管理票

下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			
月日				
日	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額 (月額)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

※医療費総額（10割分）の累計が5万円に達するまで記載してください。