

年 月分 特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

自己負担上限月額 \_\_\_\_\_ 円

下記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

- ※ 金額については指定難病に係るもののみを記載してください。
- ※ 自己負担上限月額に達した後も、「医療費総額（10割分）」についてはご記載ください。

(単位：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）
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				

- ※ 書ききれない場合は、次の表へ続けて記入してください。
- ※ 自己負担上限月額に達した後も記入してください。

年 月分 特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

自己負担上限月額 \_\_\_\_\_ 円

下記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

- ※ 金額については指定難病に係るもののみを記載してください。
- ※ 自己負担上限月額に達した後も、「医療費総額（10割分）」についてはご記載ください。

(単位：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）
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				
月 日				

- ※ 書ききれない場合は、次の表へ続けて記入してください。
- ※ 自己負担上限月額に達した後も記入してください。

年 月分 特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

自己負担上限月額 \_\_\_\_\_ 円

下記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

- ※ 金額については指定難病に係るもののみを記載してください。
- ※ 自己負担上限月額に達した後も、「医療費総額（10割分）」についてはご記載ください。

(単位：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）
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				

- ※ 書ききれない場合は、次の表へ続けて記入してください。
- ※ 自己負担上限月額に達した後も記入してください。

年 月分 特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

自己負担上限月額 \_\_\_\_\_ 円

下記のとおり自己負担上限月額に達しました。

日付	指定医療機関名
月 日	

- ※ 金額については指定難病に係るもののみを記載してください。
- ※ 自己負担上限月額に達した後も、「医療費総額（10割分）」についてはご記載ください。

(単位：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）
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				
月 日				

- ※ 書ききれない場合は、次の表へ続けて記入してください。
- ※ 自己負担上限月額に達した後も記入してください。