

様式第12号

小児慢性特定疾病医療費

年 月分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
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	
月 日	

医療費総額（10割分）	自己負担額	自己負担の累積額（月額）	徴収印

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
月 日	

確認印

※自己負担上限額に達した後も、引き続き「医療費総額（10割分）」については記載いただくをお願いします。