

第4号様式（第9条関係）

年 月分 小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

受診者名		自己負担 上限月額	
受給者番号			

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)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

上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
日	

※自己負担上限額に達した後も、医療費総額（10割分）については引き続き記載いただくようお願いいたします。

年 月分 小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

受診者名		自己負担 上限月額	
受給者番号			

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)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

上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
日	

※自己負担上限額に達した後も、医療費総額（10割分）については引き続き記載いただくよう願います。

年 月分 小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

受診者名		自己負担 上限月額	円
受給者番号			

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)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

上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
日	

※自己負担上限額に達した後も、医療費総額（10割分）については引き続き記載いただくようお願いいたします。

年 月分 小児慢性特定疾病医療費 自己負担上限額管理票

受診者名		自己負担 上限月額	
受給者番号			

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)
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				
日				

上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
日	

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