様式第９号

小児慢性特定疾病　自己負担上限月額管理票　　　　年　月分

（受診者名）　　　　　　　　　　　　　（受給者番号）

|  |  |
| --- | --- |
|  | 有効期間 |

|  |  |
| --- | --- |
| 日付 | 下記のとおり、月額自己負担上限額に達しました。 |
|  | 指定医療機関名 |  | 確認印 |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 日付 | 指定医療機関名 | 医療費総額（10割分） | 自己負担額（2割） | 自己負担月額累計 | 徴収印 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

※受給者証と一緒に、指定医療機関の窓口に提示してください。