年　　月分 特定医療費（指定難病）自己負担上限額管理票

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限に達しました。

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。
※ 月額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				

※ 書ききれない場合は、次のページへ続けて記入してください。
※ 自己負担上限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

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限に達しました。

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。
※ 月額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				

※ 書ききれない場合は、次のページへ続けて記入してください。
※ 自己負担上限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

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限に達しました。

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。
※ 月額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				

※ 書ききれない場合は、次のページへ続けて記入してください。
※ 自己負担上限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

月額自己負担上限額　　円

下記のとおり月額自己負担上限に達しました。

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。
※ 月額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				

※ 書ききれない場合は、次のページへ続けて記入してください。
※ 自己負担上限額に達した後も記入してください。