

# 記入例

## 小児慢性特定疾病医療費 平成27年1月分自己負担上限額管理票

受診者名	豊中 太郎		受給者番号	1234568		
月間自己負担上限額 ※	5,000 円	変更後月額自己負担上限額 ※	円	変更日	年	月 日

※月額自己負担上限額は、指定医療機関(薬局等含む)が記入してください。

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)	徴収印
1月5日	〇〇病院	10,000	2,000	2,000	(印)
1月5日	△△薬局	8,000	1,600	3,600	(印)
1月16日	□□クリニック	10,000	1,400	5,000	(印)
1月20日	〇〇病院	20,000	0	5,000	(印)
1月20日	△△薬局	6,000	0	5,000	(印)

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。  
(上限額に達したときに、指定医療機関(薬局等含む)が確認のうえ記入・押印してください。)

日付	指定医療機関名	確認印
1月16日	□□クリニック	(印)

受診者氏名、受給者番号、月額自己負担上限額は、医療受給者証をご確認いただき記入してください。

自己負担額は、受診者の年齢にかかわらず、医療費総額の2割となります。  
※福祉医療制度(こども医療証等)を併用する場合は、制度適用前の金額を記入してください。

本来は2割で2,000円ですが、自己負担上限額に達したため、1,400円となります。

自己負担上限額に達した後も、医療費総額の記入をお願いいたします。

自己負担上限額に達した場合は、こちらにも記入をお願いいたします。