別紙様式第６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		受給者番号	

自己負担上限額　　円

日付	指定医療機関名	医療費総額（10割分）(※1)	自己負担額(※2)	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				
月　日				

上記のとおり自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
月　日	

※1　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ようお願いします。

※2　福祉医療費等併用の場合、「自己負担額」欄には福祉医療費等を適用する前の金額をご記載ください。
この場合、記載した金額と窓口で実際にお支払いする金額が異なることがあります。