

特定医療費（指定難病）・小児慢性特定疾病医療
（仮）自己負担上限額管理票

留意事項

- ・この管理票は、当月初めて受給者証を使用する場合で、やむを得ず自己負担上限額管理票を提示できない場合に限り使用してください。
- ※当月すでに受給者証を使用している場合は、自己負担上限額管理票を必ず提示してください。
- ・自己負担額の算定や、今後の申請に必要となる場合がありますので、キリトリ線で切り取りのうえ、自己負担上限額管理票に貼り付けしてください。

愛媛県

指定医療機関記入欄

年 月分

受給者番号	
自己負担上限額 (月額)	円

※受給者番号、自己負担上限額(月額)は医療受給者証をご確認ください。

[illegible]

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名

※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。

・キリトリ

特定医療費（指定難病）・小児慢性特定疾病医療
（仮）自己負担上限額管理票

留意事項

- ・この管理票は、当月初めて受給者証を使用する場合で、やむを得ず自己負担上限額管理票を提示できない場合に限り使用してください。
- ※当月すでに受給者証を使用している場合は、自己負担上限額管理票を必ず提示してください。
- ・自己負担額の算定や、今後の申請に必要となる場合がありますので、キリトリ線で切り取りのうえ、自己負担上限額管理票に貼り付けしてください。

愛媛県

キリトリ

指定医療機関記入欄

年 月 分

受給者番号	
自己負担上限額 (月額)	円

※受給者番号、自己負担上限額(月額)は医療受給者証をご確認ください。

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10 割分)	自己負担額	自己負担額の 累計額(月額)
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				
/ /				

※この管理票は仮の管理票です。記載後は、必ず冊子の管理票に貼り付けしてください。

上記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名

※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。