

小児慢性特定疾病 医療費自己負担上限額管理票

令和 年 月分

受診者名		受給者番号	
月額自己負担 上限額	(該当する金額を○で囲んでください)		
	500	1,250	2,500 5,000 10,000 15,000 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等の名称
月 日	

日付	医療機関等の名称	医療費総額 (10割)	自己負担額 (2割)	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				

※ この「小児慢性特定疾病 医療費自己負担上限額管理票」はコピーして使ってください。
 この様式は、北九州市のホームページからもダウンロードできます。
 ※ 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いたします。

小児慢性特定疾病 医療費自己負担上限額管理票

令和 年 月分

受診者名		受給者番号	
月額自己負担 上限額	(該当する金額を○で囲んでください)		
	500	1,250	2,500 5,000 10,000 15,000 円

下記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	医療機関等の名称
月 日	

日付	医療機関等の名称	医療費総額 (10割)	自己負担額 (2割)	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				

※ この「小児慢性特定疾病 医療費自己負担上限額管理票」はコピーして使ってください。
 この様式は、北九州市のホームページからもダウンロードできます。
 ※ 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いたします。