

(表)

受診者	浜松 太郎	受給者 番号	9999999
-----	-------	-----------	---------

負担上限月額：特定医療費（指定難病）受給者証記載のとおり

下記のとおり、負担上限月額に達しました。

月日	指定医療機関名	確認印
/		

※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）列については記載いただくようお願いします。

月日	指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	月額の累計	徴収印
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

※記入欄が不足した場合は、裏面に記入してください。
※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関の窓口へ提出してください。
※本管理票は、使用后2年間は保管をお願いいたします。

(表)

受診者	浜松 太郎	受給者 番号	9999999
-----	-------	-----------	---------

負担上限月額：特定医療費（指定難病）受給者証記載のとおり

下記のとおり、負担上限月額に達しました。

月日	指定医療機関名	確認印
/		

※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）列については記載いただくようお願いします。

月日	指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	月額の累計	徴収印
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

※記入欄が不足した場合は、裏面に記入してください。
※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関の窓口へ提出してください。
※本管理票は、使用后2年間は保管をお願いいたします。

(表)

受診者	浜松 太郎	受給者 番号	9999999
-----	-------	-----------	---------

負担上限月額：特定医療費（指定難病）受給者証記載のとおり

下記のとおり、負担上限月額に達しました。

月日	指定医療機関名	確認印
/		

※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）列については記載いただくようお願いします。

月日	指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	月額の累計	徴収印
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

※記入欄が不足した場合は、裏面に記入してください。
※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関の窓口へ提出してください。
※本管理票は、使用后2年間は保管をお願いいたします。

(表)

受診者	浜松 太郎	受給者 番号	9999999
-----	-------	-----------	---------

負担上限月額：特定医療費（指定難病）受給者証記載のとおり

下記のとおり、負担上限月額に達しました。

月日	指定医療機関名	確認印
/		

※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）列については記載いただくようお願いします。

月日	指定医療機関名	医療費総額	自己負担額	月額の累計	徴収印
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

※記入欄が不足した場合は、裏面に記入してください。
※受給者証と併せて、本管理票を指定医療機関の窓口へ提出してください。
※本管理票は、使用后2年間は保管をお願いいたします。

(裏)

受診者	浜松 太郎	受給者 番号	9999999
-----	-------	-----------	---------

月日	指定 医療機関名	医療費 総額	自己 負担額	月額 の 累計	徴収 印
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

指定医療機関の皆様へ

- 1 この管理票は、特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている疾病についての医療費を管理するものです。
- 2 医療保険の自己負担が3割の方は、1割は公費から支払われます。
- 3 月額の累計額が特定医療費（指定難病）受給者証記載の負担上限月額に達した場合、表面上部の欄に月日・指定医療機関名を記入し、確認印をお願いします。

(裏)

受診者	浜松 太郎	受給者 番号	9999999
-----	-------	-----------	---------

月日	指定 医療機関名	医療費 総額	自己 負担額	月額 の 累計	徴収 印
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

指定医療機関の皆様へ

- 1 この管理票は、特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている疾病についての医療費を管理するものです。
- 2 医療保険の自己負担が3割の方は、1割は公費から支払われます。
- 3 月額の累計額が特定医療費（指定難病）受給者証記載の負担上限月額に達した場合、表面上部の欄に月日・指定医療機関名を記入し、確認印をお願いします。

(裏)

受診者	浜松 太郎	受給者 番号	9999999
-----	-------	-----------	---------

月日	指定 医療機関名	医療費 総額	自己 負担額	月額 の 累計	徴収 印
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

指定医療機関の皆様へ

- 1 この管理票は、特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている疾病についての医療費を管理するものです。
- 2 医療保険の自己負担が3割の方は、1割は公費から支払われます。
- 3 月額の累計額が特定医療費（指定難病）受給者証記載の負担上限月額に達した場合、表面上部の欄に月日・指定医療機関名を記入し、確認印をお願いします。

(裏)

受診者	浜松 太郎	受給者 番号	9999999
-----	-------	-----------	---------

月日	指定 医療機関名	医療費 総額	自己 負担額	月額 の 累計	徴収 印
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					
/					

指定医療機関の皆様へ

- 1 この管理票は、特定医療費（指定難病）受給者証に記載されている疾病についての医療費を管理するものです。
- 2 医療保険の自己負担が3割の方は、1割は公費から支払われます。
- 3 月額の累計額が特定医療費（指定難病）受給者証記載の負担上限月額に達した場合、表面上部の欄に月日・指定医療機関名を記入し、確認印をお願いします。