

小児慢性特定疾病医療費（北海道）

_____ 年 _____ 月分 自己負担上限額管理票

↓受診者(又は保護者)記入欄

受診者名	受給者番号	月額自己負担上限額
		円

↓以下、医療機関記入欄

日付	指定医療機関名
年 月 日	下記のとおり、当月の自己負担上限額に達しました。

受給者（又は保護者）の方へ
 受診者名、受給者番号、月額自己負担上限額欄を記入の上、受診の際は、必ず受給者証と一緒に本書を**指定医療機関**に提示してください。

日付	指定医療機関名	医療費に関すること			実際の窓口負担額 ※他公費併用の場合のみ記載
		総医療費 (10割)	自己負担額 (公費52分)	月額自己負担額 累積額	
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円
年 月 日		円	円	円	円

【医療機関の方へ】

- 自己負担上限額が設定されている方については、上限額の管理が必要なため、受診の際はこの管理票に、日付、指定医療機関名、総医療費、自己負担額(今回額と累積額)を記載してください。(他制度の市町村公費を併用する場合は実際の窓口負担額欄にも記載願います。)
- この管理票は自己負担上限額軽減の申請の際の証明として使用するため、自己負担上限額に達した後も、総医療費の累積額が50,000円に達するまでは、管理票の記載し続けてください。(公費負担者番号が52017019の方は不要です。)
- 受給者証に記載されている疾病に係る医療費のみを記載してください。