

受診者名	大阪 太郎	受給者番号	1234567
------	-------	-------	---------

自己負担割合は医療費総額の2割です。

日付	指定医療機関名	医療費総額 (10割分)	自己負担額	自己負担の 累積額(月額)
1月5日	○○病院	10,000円	2,000円	2,000円
1月5日	△△薬局	8,000円	1,600円	3,600円
1月16日	□□診療所	9,000円	1,400円	5,000円
1月20日	○○病院	20,000円	0円	5,000円
1月20日	△△薬局	6,000円	0円	5,000円
月 日				

上限に達した1月20日以降は、翌月になるまで自己負担はありませんが、記入が必要です。

上記のとおり月額自己負担上限額に達しました。

日付	指定医療機関名
1月16日	□□診療所

自己負担の累積額(月額)が自己負担上限額(5,000円)に達したときの医療機関です。

※自己負担額の記入について  
自己負担額は小児慢性特定疾病【法別番号52】適用後の金額を記入ください。他の公費負担医療制度(乳幼児医療【法別番号86】等)による自己負担額ではありません。