この面を、
現在お持ちの
小児慢性特定疾病
医療受給者証の
「注意事項」面に
のりでしっかりと
貼り付け、用紙を
三つ折りにして
ご利用ください。

（切り取り線）

自己負担額管理票１　　負担上限月額　　円

日付	医療費総額 自己負担額	月額自己負担 累　積　額	指定医療機関
（記入例） 10/1	10,000 2,000	2,000	岡山県庁病院

自己負担額管理票２　　負担上限月額　　円

日付	医療費総額 自己負担額	月額自己負担 累　積　額	指定医療機関