自己負担上限額管理票			
年　　月分			
下記のとおり上限額に達しました。			
日　　付			
医療機関名			
日付	医療費総額（10割分）	自己負担額	月間累積額
医療機関名			

自己負担上限額管理票			
年　　月分			
下記のとおり上限額に達しました。			
日　　付			
医療機関名			
日付	医療費総額（10割分）	自己負担額	月間累積額
医療機関名			

自己負担上限額管理票			
年　　月分			
下記のとおり上限額に達しました。			
日　　付			
医療機関名			
日付	医療費総額（10割分）	自己負担額	月間累積額
医療機関名			

自己負担上限額管理票			
年　　月分			
下記のとおり上限額に達しました。			
日　　付			
医療機関名			
日付	医療費総額（10割分）	自己負担額	月間累積額
医療機関名			

自己負担上限額管理票			
年　　月分			
下記のとおり上限額に達しました。			
日　　付			
医療機関名			
日付	医療費総額（10割分）	自己負担額	月間累積額
医療機関名			

自己負担上限額管理票			
年　　月分			
下記のとおり上限額に達しました。			
日　　付			
医療機関名			
日付	医療費総額（10割分）	自己負担額	月間累積額
医療機関名			

自己負担上限額管理票			
年　　月分			
下記のとおり上限額に達しました。			
日　　付			
医療機関名			
日付	医療費総額（10割分）	自己負担額	月間累積額
医療機関名			

自己負担上限額管理票			
年　　月分			
下記のとおり上限額に達しました。			
日　　付			
医療機関名			
日付	医療費総額（10割分）	自己負担額	月間累積額
医療機関名			

自己負担上限額管理票			
年　　月分			
下記のとおり上限額に達しました。			
日　　付			
医療機関名			
日付	医療費総額（10割分）	自己負担額	月間累積額
医療機関名			

〔注意事項〕

1　この証を交付された方は、小児慢性特定疾病について保険診療を受けた場合、表面に記載された額〔自己負担上限月額〕までを限度とする金額を医療機関に対して支払うこととなります。

2　対象となる医療は、支給認定の対象となった小児慢性特定疾病及び当該疾病に付随して発現する傷病に対する医療に限られています。

3　保険医療機関等において診療を受ける場合、被保険者証や組合員証に添えて、この証を必ず窓口に提出して下さい。

4　氏名、居住地、疾病の変更・追加、加入している医療保険又は受診している医療機関等に変更があったときは、熊本市長にその旨を届け出て下さい。

5　治癒、死亡等で受給者の資格がなくなったときは、この証を速やかに熊本市長に返還して下さい。

6　この証を破損したり、汚したり又は紛失した場合は、熊本市長にその旨を届け出て下さい。

7　この証の有効期間満了後も引き続き継続を希望する場合には、必ず有効期間内に所定の手続を行って下さい。

〔指定医療機関に対するお願い〕

1．指定医療機関は、窓口で支払があった額を自己負担上限額管理票に記載するとともに徴収印欄に捺印してください。また、自己負担額に達した時点で、確認印欄に捺印をしてください。（いずれも認印で可）

2．小児慢性特定疾病の対象療養に係る高額療養費の自己負担上限額については、入院療養に限り多数回該当が適用となる場合があります。指定医療機関におかれましては、当該制度における入院療養について、個人単位、医療機関単位で多数回該当の適用の有無について確認した上で診療報酬の請求をお願いします。

3．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します。

〔お問い合せ先〕

最寄りの区役所等にお問合せください。

中央区役所保健こども課	TEL 096－328－2419
東区役所保健こども課	TEL 096－367－9134
西区役所保健こども課	TEL 096－329－1147
南区役所保健こども課	TEL 096－357－4135
北区役所保健こども課	TEL 096－272－1128
熊本市こども支援課	TEL 096－328－2158