

(様式第3号-付表)

年 月分 ウイルス肝炎治療自己負担限度月額管理票 (インターフェロン治療・インターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療)				
受給者氏名		公費負担者番号		
		受給者番号		
月額自己負担限度額 円				
受給者の自己負担額は、上記の「月額自己負担限度額」までとなります。 下表の「月間自己負担額累積額」が、上記の「月額自己負担限度額」に達しましたら、それ以降は 受給者の自己負担はありません。それ以降の記入は不要となります。				
日付	医療機関等の名称	自己負担額(円)	月間自己負担額 累積額(円)	自己負担額 徴収印
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
月 日				
※抗ウイルス療法以外の治療は、本票の対象とはなりません。				

(受給者証と同じ大きさとする)