（様式第3号）

令和　　年　　月分　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）

氏　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

月額自己負担限度額＿＿＿＿＿＿＿＿＿円

下記のとおり月額自己負担限度額に達しました。

日　付	医療機関等の名称	確認印
月　　日		

日　付	医療機関等の名称	自己負担額	月間自己負担額累積額	自己負担額徴収印
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				
月　　日				

【医療機関等の方へ】

本票に記載された月額自己負担限度額は、インターフェロン治療、インターフェロンフリー治療と核酸アナログ製剤治療を併用する方の場合であっても、両治療に係る自己負担の合算額に対する一人当たりの限度額となりますので、ご注意ください。