（様式第６号）

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及びインターフェロンフリー治療・核酸アナログ製剤治療）

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				

【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及びインターフェロンフリー治療、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1人当たりの限度額になりますので、ご注意ください。