

自立支援医療（更生医療）費用明細表

氏 名 _____

	1ヶ月目	2ヶ月目	3ヶ月目	4ヶ月目	5ヶ月目	6ヶ月目	合 計
入 院 料							
通 院 料							
手 術 料							
薬 治 料							
注 射 料							
検 査 料							
X 線 料							
処 置 料							
そ の 他							
月 別 合計点数							

※手術料を計上する場合は、術式が意見書に記載されていることを確認ください。

総合計点数 _____ 点

合計金額 _____ 円

指定医療機関名 _____