

《参考様式》

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	7ヶ月目	8ヶ月目	9ヶ月目	10ヶ月目	11ヶ月目	12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 _____