|  |
| --- |
| **医 療 費 概 算 額 算 定 表** |
| 氏　　名 |  |
| 住　　所 |  |
|  | 金　額（円） | 摘　　要 |
| 手　　術 |  |  |
| 投薬注射 |  |  |
| 処　　置 |  |  |
| 検　　査 |  |  |
| 基本診療 |  |  |
| 入　　院 |  |  |
| そ の 他 |  |  |
|  |  |  |
| 合　　計 |  |  |
| 備　　考 | □ 手術に要する概算額□ 医療に要する1か月分の概算額□ その他： |
| 上記のとおり算定します。 |
| 　　　　　　　年　　月　　日 |
|  | 指定自立支援医療機関名 |  |
|  | 所在地 |  |