（参考様式）

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：