

様式第3号(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	<input type="checkbox"/> 手術に要する概算額 <input type="checkbox"/> 医療に要する1か月分の概算額 <input type="checkbox"/> 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: