

(裏面)

自立支援医療(更生医療)費概算額明細書

治療予定日数及び医療費概算額	診療日数及び	入院日	円	
		通院日	円	
		移送費	円	
	医療費総額	訪問看護	円	計 円
	期間	. . . ~ . . .		
	医療施行概要		金額	備考
	手術	(手術名)	円	※ 院外(薬局)処方の場合 は、下記の欄に必ず薬 局名と薬剤師名を記入 してください。 ※ 投薬等は更生医療に 限定したものであること。
	投薬	(薬品名)		
	注射	(薬品名)		
	処置	(処置名)		
	検査	(検査名)		
	診基本			
	入院			
	計			
担当医師及び 診療機関名	指定自立支援医療機 関名及び電話番号			
	主たる医師氏名	(印)		

担当薬剤師名 及び薬局名	薬局名	
	管理薬剤師名	