

# 医療費概算・額算定表

年 月 日

氏 名		
	金 額 (円)	摘 要
入 院		
検 査		
手 術		
投薬注射		
処 置		
医療材料		
そ の 他		
合 計		

※1ヶ月に掛かる医療費の概算額を記入してください。

指定医療機関名