

自立支援医療（更生医療）費用明細表

(氏名 _____)

月別 区分	1 か月 目	2 か月 目	3 か月 目	4 か月 目	5 か月 目	6 か月 目	計	備考
入院料								
通院料								
手術料								
薬治料								
注射料								
検査料								
X線料								
処置料								
その他								
月別合計点								

☐ 1 年間の治療期間・治療方針共に変更がないため判定書の添付を省略します

(判定書を省略する場合は□に✓を入れ、2枚目に医療機関名その他の記入をお願いします)

自立支援医療（更生医療）費用明細表

(氏名 _____)

月別 区分	7 か月目	8 か月目	9 か月目	10 か月目	11 か月目	12 か月目	計	備考
入院料								
通院料								
手術料								
薬治料								
注射料								
検査料								
X線料								
処置料								
その他								
月別合計点								

総合計点数 _____ 点

金 額 _____ 円

令和 年 月 日
指定自立支援医療機関 名 称
担 当 科 名
自立支援医療を主として
担当する医師名