自立支援医療費（更生医療）見積り明細書

臓器移植術後の抗免疫療法 及び 小腸・免疫（通院専用）

氏名	※ 人工透析の場合は「自立支援医療費（更生医療）見積り明細書 人工透析専用（通院・入院共通）」をお使いください。 ※ 医科診療報酬点数表により算定してください。		
種 別	摘 要 <small>医科診療報酬点数表の 区分記号・番号・項目を含めて記載</small>	点 数	備 考
診 察	30日又は31日中 () 回		
検 査	() 月予定		摘要欄には申請期間中の検査項目と実施予定月を記載してください。
処 置			
薬 治			摘要欄に薬剤名を記載してください。
その他			
病院事務担当者 _____ 連絡先電話番号 _____		合 計 1ヶ月 合計点数 月 額 合 計 金 額 1年間 合計点数 年 額 合 計 金 額	点 円 点 円
		毎月行わない検査は1年間の合計点数及び金額に合算してください。	

※ 合計金額 = (合計点数 × 10) + (備考欄の金額)