様式第２号　－２

＜徴収金額内訳表＞

受診者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　　医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【医療機関記入欄】※受診者ごとにご記入ください。欄が足りない場合は複数枚に記入してください。

	受診日	**保険適用**の治療に係る費用			**先進医療**の治療に係る費用 ※保険外診療に限る	交通費助成 [町確認]
		区分	医療費総額	自己負担額		
1	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
2	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
3	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
4	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
5	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
6	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
7	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
8	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
9	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
10	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
11	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
12	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
13	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
14	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
15	年　月　日	一般・生殖	円	円	円	□ 車 JR
			合　計　額	(①) 円	(③) 円	

【町記入欄】　※交通費は妹背牛駅から医療機関所在市町村の主要駅までの JR 普通運賃で算定

通院先　□旭川市　1,840 円 □札幌市　4,480 円 □　円	通院日数　日	交通費助成額 (④)　円
備考　※車の場合、自宅～通院先までの距離　km		院外処方（薬局）自己負担額 (②)　円