

不妊治療費領収金額の明細書（特定不妊治療用）

年 月 日

南相馬市長 様

医療機関名称

様の領収金額の内訳は下記のとおりです。

記

治 療 内 容		金 額（受診者自己負担額）
不妊症の検査		円
一般不妊治療（人工授精を除く）		円
一般不妊治療（人工授精）		円
体外受精料		円
内 訳	採卵	円
	卵培養	円
	精子調整	円
	精子培養	円
	顕微授精	円
	胚移植	円
薬物療法		円
内 訳	排卵促進等	円
	黄体機能の維持・管理等	円
男性不妊治療		円
内 訳		円
その他		円
内 訳		円
		円
		円

自己負担額に次の費用は含めないでください。
(1)文書料、室料、食事療養費等、直接治療に関係のない費用
(2)他市町村で助成されていた期間に係る不妊治療費等の費用