

不妊治療費領収金額の明細書

年 月 日

南相馬市長

医療機関名称

____様の（一般不妊治療・生殖補助医療・男性不妊治療及び
先進医療）に係る領収金額は下記のとおりです。

記

1 一般不妊治療・生殖補助医療・男性不妊治療に係る領収額

診療月	自己負担額 A	高額療養費等 B	助成対象額 (A-B)
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
年 月	円	円	円
合 計	円	円	円
助成額（各助成上限を超えた場合は、上限額）			円

2 先進医療に係る領収額

診療月	治療内容	自己負担額	助成対象額
年 月		円	円
年 月		円	円
合 計	円	円	円
助成額（助成上限を超えた場合は、上限額）			円

(1) 夫婦それぞれに作成してください。

(2) 一般不妊治療と生殖補助医療は分けて作成してください。

(3) 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 医療保険適用外の治療費用（先進医療以外）に係る費用

③ 他市区町村で助成されていた期間に係る不妊治療費等の費用