不育症治療費助成申請金額の明細書

診療調剤年月	自己負担額 (医療機関分) A	自己負担額 (調剤薬局分) B	高額療養費 付加給付等 C	申請金額 A+B-C
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
年 月分	円	円	円	円
合計	円	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) 出産(流産、死産等を含む。)にかかる費用
- (3) 他市区町村で助成されていた期間に係る不育治療費等の費用

申請金額が確認できる書類を添付してください。