



区分	診療年月	医療機関領収分			薬局徴収分
		保険診療		保険診療以外の 本人負担額	院外処方 本人負担額 (※市記載欄)
		医療費総額	本人負担額		
配偶者 負担額 の内訳	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	年 月 日				
	小計		①	②	
一般不妊治療にかかった金額 (医療機関自己負担分)		③ (① + ②) 円			

※市記載欄	不妊治療自己負担額合計 (③+薬局徴収分) 円
-------	----------------------------

- 備考
- 1 当該患者に関して行った、一般不妊検査や治療等に係るもののみ記入してください。なお、体外受精や顕微授精等の特定不妊治療は除いてください。
  - 2 院外処方の有無が「有」の場合、本人から院外処方薬に係る薬局の領収書を添付してもらいますので、本人負担額の内訳欄の薬局徴収分への記入は必要ありません。
  - 3 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。