

年 月 日

主治医氏名 (印)

受診者	夫	ふりがな		妻	ふりがな	
		氏名			氏名	
		生年月日	年 月 日		生年月日	年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日			年 月 日			
本年度治療期間			年 月 日 ～ 年 月 日			
治療の内容 （チェック又は記入をしてください。）		☐ タイミング療法 ☐ 薬物療法 ☐ 人工授精【 回】 ☐ 手術療法【内容 】 ☐ その他]				
院外処方の有無		有 ・ 無				
区分	診療年月（４月～翌３月診療分で１年度です。）	医療機関徴収分			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	
		医療費総額	本人負担額			
本人負担額	年 ４月分	円	円	円	円	
	年 ５月分	円	円	円	円	
	年 ６月分	円	円	円	円	
	年 ７月分	円	円	円	円	
	年 ８月分	円	円	円	円	

の 内 訳	年 9 月分	円	円	円	円
	年 1 0 月分	円	円	円	円
	年 1 1 月分	円	円	円	円
	年 1 2 月分	円	円	円	円
	年 1 月分	円	円	円	円
	年 2 月分	円	円	円	円
	年 3 月分	円	円	円	円
	小計		① 円	② 円	③ 円
今年度の不妊治療にかかった金額（医療機関自己負担額）	④（①＋②） 円				
※須崎市記載欄	不妊治療自己負担額合計（③＋④） 円				

- 1 一般不妊治療に関する費用についてのみご記入ください。（体外受精・顕微授精は除いてください）
- 2 院外処方が「有」の場合、薬局徴収分への記入は必要ありません。
- 3 入院時食事療養費・差額ベット代・文書料等は助成対象外です。
- 4 ※印は須崎市で記載します。