

(様式第2号)

福島県不育症治療費助成事業 申請金額明細書

診療 調剤 年月	患者負担額 【医療機関分】 A	患者負担額 【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

※患者負担額に次の費用は含めないでください。

- (1) 入院時の差額ベッド代、食事代又は文書料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) 他の地方公共団体で助成されていた期間に係る不育症治療費等の費用