

山梨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
平成 30 年 4 月分	57,600円	14,000円	15,000円	56,600円
平成 30 年 5 月分	窓口で支払った金額(保険適用の治療であれば3割負担分、保険適用外であれば10割負担分)の月々の合計をご記入ください。		高額療養費制度による払い戻しやその他不育症治療に関する給付があればご記入ください。	24,000円
平成 30 年 6 月分				16,000円
平成 30 年 7 月分	17,000円	14,000円		31,000円
平成 30 年 8 月分	9,000円	7,000円		16,000円
平成 30 年 9 月分	9,000円	7,000円		16,000円
平成 年 月分				円
平成 年 月分				円
平成 年 月分				円
合計	118,600円	56,000円	15,000円	159,600円

注意！：この金額は自己負担額の合計にあたり、様式第1号の「申請金額」の欄に入る金額は、自己負担額の合計×2分の1(1円未満切り捨て)です。様式第1号「申請金額」は訂正できません。様式第1号に記入する金額については、申請時に保健所の窓口でご確認ください。

※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
- (4) 不育症に係る検査のみ行った場合の費用