年　　月　　日

松茂町不育症治療費等助成事業申請金額明細書

年　　月	事業対象となる検査及び治療と本人負担額			
	本人負担額 （医療機関分） A　※1	本人負担額 （調剤薬局分） B　※1	高額療養費、付加給付等 C　※2	A＋B－C
年　月分				
年　月分				
年　月分				
年　月分				
年　月分				
年　月分				
年　月分				
年　月分				
年　月分				
年　月分				
年　月分				
年　月分				
合　　計				D

	申請額 E
Dと助成限度額(10万円)のうち少ない額	

※1　不育症の検査及び治療に要した費用の領収書及び診療明細書を添付してください。
※2　保険者が発行した高額療養費又は付加給付の明細書等を添付してください。