

別紙（生殖補助医療費等申請金額内訳書）

回数	受診等年月日	医療費	院外処方薬	交通費
1 回目	年 月 日			円
2 回目	年 月 日			円
3 回目	年 月 日			円
4 回目	年 月 日			円
5 回目	年 月 日			円
6 回目	年 月 日			円
7 回目	年 月 日			円
8 回目	年 月 日			円
9 回目	年 月 日			円
1 0 回目	年 月 日			円
1 1 回目	年 月 日			円
1 2 回目	年 月 日			円
合 計		A 円 ※ 2	B 円 ※ 3	E 円 ※ 6
申請額		C 円 ※ 4		
受給額		D 円 ※ 5		
C 医療費申請額－D 受給額＋E 交通費合計申請額＝申請額 F 円				

（医療費について）

- ※ 1 本申請は、一般不妊治療費は対象となりません。
生殖補助医療費と生殖補助医療に併用した先進医療費が対象となります。
- ※ 2 Aには、通算 1 回の治療に要した自己負担額合計（生殖補助医療費＋生殖補助医療に併用した先進医療費）を記載します。（様式第 2 号自己負担額の内訳の合計と同額）
- ※ 3 Bには、院外処方薬に要した自己負担額合計を記載します。（医療機関が発行した様式第 2 号の証明書に院外処方薬に要した自己負担額が含まれている場合は、記載不要です）
- ※ 4 A＋B が 300,000 円未満の場合は、申請額 C は A＋B と同額になります。
A＋B が 300,000 円以上の場合は、申請額 C は、300,000 円（上限額）となります。
- ※ 5 Dは、高額療養費や付加給付制度等により受給した額を記載します。

（交通費について）

- ※ 6 助成回数は通算 1 回の治療につき、5 回を上限としています。
助成額は、住民登録のある自宅から医療機関の距離に応じた区分により異なります。
様式第 1 号（第 5 条関係）の裏面に記載している（参考 交通費の助成基準額単価表）を参照してください。