

※ 申請者が記入してください。

不育症治療医療費のうち自己負担額の内訳

治療等年月	自己負担額	治療等の種類（※）	備考
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
年 月	円	1 ・ 2	
合計	円		

上記の自己負担額の領収書の写しを申請時に必ず提出してください。

なお、食事療養費や入院に伴う差額室料（個室料）及び文書料等、不育症治療と直接関係がない費用は助成の対象となりません。

※ 治療等の種類の内訳

- 1 スクリーニング等（子宮形態検査、染色体検査、内分泌検査、抗リン脂質抗体検査、凝固因子検査）
- 2 スクリーニング等の結果に基づく治療