

様式第 1 号

医療機関での不妊治療開始年月日	H・R 年 月 日
申請年度に不妊治療に要した期間	H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日
病 名 :	※1 医療費（薬剤費）のうち自己負担額 _____ 円
患者氏名 _____	年 月 日
医療機関・保険薬局 住 所 氏名又は名称	
印	

医療機関及び保険薬局証明欄

*申請年度（4月1日～3月31日）内の不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し証明してください。

自己負担額の内訳（医療機関証明欄）

治 療 年 月	体外受精・顕微授精分 自己負担額	その他の治療分 自己負担額	※ 松本市記入欄 市の審査後の確定額	
			体外・顕微受精	その他
令和2年 4月				
5月				
6月				
7月				
8月				
9月				
10月				
11月				
12月				
令和3年 1月				
2月				
3月				
合 計	円	円	① 円	② 円

上記の自己負担額の領収書（原本）を申請時に必ず提出してください。なお、提出できない方は、領収書の原本とそのコピーをお持ちください。

なお、未収金や文書料等不妊治療と認められない項目は受理できません。