

西郷村不妊治療費領収金額明細書（保険診療用）

年 月 日

西郷村長

所在地  
 名称  
 主治医氏名  
 電話番号

\_\_\_\_様の不妊治療に係る領収金額は下記のとおりです。

記

1 不妊治療（一般・特定）に係る領収金額

診療月	自己負担額
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
合計	(a) 円

2 先進医療に係る領収金額

診療月	治療内容	自己負担額
年 月		円
年 月		円
年 月		円
合計		(b) 円

3 合計

項目	金額
自己負担額合計 (a)	円
先進医療費合計 (b)	円

※自己負担額に食事療養標準負担額、個室料、文書料、処方箋によらない医薬品等の費用は含めないでください。

※令和4年4月以降の受診分からご記入ください。

※医療機関発行の明細書（レセプトコンピュータ等による明細書）に代えることができます。