様式第2号(第6条関係)

年　　月　　日

阿波市不育症治療費助成事業申請金額明細書

年　　月	医療保険の適用分				医療保険の適用外分
	本人負担額 (医療機関分) A	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	本人負担額
年　4月分					
年　5月分					
年　6月分					
年　7月分					
年　8月分					
年　9月分					
年　10月分					
年　11月分					
年　12月分					
年　1月分					
年　2月分					
年　3月分					
合　　計				D	G

医療保険の適用分

Dに2分の1を乗じた額(1円未満の端数は切り捨て)	E
Eと助成限度額(5万円)のうち少ない額	F

医療保険の適用外分

Gに2分の1を乗じた額(1円未満の端数は切り捨て)	H
Hと助成限度額(10万円)のうち少ない額	I

医療保険の適用分の申請金額		医療保険の適用外分の申請金額		申請金額
F	＋	I	＝	

※1　院外処方薬局の発行する領収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。