

記入例

平成30年 12月 31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
H30 年 4月分	15,000	0	5,000	10,000	95,000
H30 年 5月分	10,000	0	0	10,000	0
H30 年 6月分	10,000	0	0	10,000	0
H30 年 7月分	10,000	0	0	10,000	0
H30 年 8月分	10,000	0	0	10,000	0
H30 年 9月分	10,000	0	0	10,000	0
H30 年 10月分	10,000	0	0	10,000	0
H30 年 11月分	10,000	0	0	10,000	0
H30 年 12月分	10,000	0	0	10,000	90,000
年 1月分					
年 2月分					
年 3月分					
合 計	95,000	0	5,000	D 90,000	G 185,000

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 45,000
Eと助成限度額(5万円)のうち少ない額	F 45,000

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 92,500
Hと助成限度額(10万円)のうち少ない額	I 92,500

医療保険の適用分の申請金額

F
45,000

+

医療保険の適用外分の申請金額

I
92,500

=

申請金額

137,500

※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。