

医療機関支払い内訳書

「滋賀県不妊に悩む方への特定治療支援事業受診等証明書 備考※3」に記載のある場合で、主たる医療機関の領収金額が県と市の助成額の合計に満たない時にご記入ください。

※2 支払い内訳

医療機関・院外処方薬局名	受診年月日	支払い金額（保険外自己負担額）
合計金額		(1) 円

主たる医療機関への支払い金額

$$\boxed{(1)} \text{ 円} + \boxed{} \text{ 円} = \boxed{(2)} \text{ 円}$$

$$\boxed{(2)} \text{ 円} - \text{県の助成額} = \boxed{(3)} \text{ 円}$$



(3) 市への助成申請額は、上限 50,000 円です。
 ※ただし、治療方法CおよびFのときは上限 25,000 円です。