

(任意)

不妊治療対象外費用内訳書

医療機関様

不妊治療受診等証明書の領収金額（自己負担額）のうち、不妊治療費総額と下記領収書合計金額に差がある場合は証明書と一緒に御提出ください。

①治療期間中の領収書合計金額

夫	円
妻	円

合計 円 A

②証明書の不妊治療費総額

円 B

差額 (A-B) 円 C

③対象外費用の明細

内容	領収日	金額
文書料		
差額個室料		

合計 円

※上記Cと同額になります。