

様式第5号（第6条関係）

受給者番号（市記入）					
------------	--	--	--	--	--

伊達市生殖補助医療費領収金額明細書（自費用）

年 月 日

伊達市長

所在地
名称
医師又は薬剤師氏名
電話番号

____様
様の生殖補助医療、生殖補助医療に係る検査又は生殖補助医療に係る調剤に係る領収金額は下記のとおりです。

記

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
年 月	円
年 月	円
合計	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。

※医療機関又は薬局発行の明細書に代えることができます。