

## 様式第2号 申請金額明細書 記載例

(様式第2号)

クリニック、病院で支払った額を記入。  
(様式第3号受診等証明書と合致)

療費助成事業 申請金

加入している健康保険から支給された額を記入。  
(受診月の数ヶ月後に振り込まれることが多い)

月毎に記入

薬局で支払った額

| 診療<br>調剤<br>年月 | 患者負担額<br>【医療機関分】<br>A | 患者負担額<br>【調剤薬局分】<br>B | 高額療養費、<br>付加給付等<br>C | 申請金額<br>A+B+C |
|----------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|---------------|
| 平成25年 4月分      | 100,000円              | 20,000円               | 40,000円              | 80,000円       |
| 平成25年 5月分      | 10,000円               | 5,000円                |                      | 15,000円       |
| 平成25年 6月分      | 10,000円               | 5,000円                |                      | 15,000円       |
| 平成25年 7月分      | 10,000円               | 5,000円                |                      | 15,000円       |
| 平成25年 8月分      | 10,000円               | 5,000円                |                      | 15,000円       |
| 平成25年 9月分      | 10,000円               | 5,000円                |                      | 15,000円       |
| 平成25年10月分      | 10,000円               | 5,000円                |                      | 15,000円       |
| 平成25年11月分      | 10,000円               | 5,000円                |                      | 15,000円       |
| 平成 年 月分        |                       |                       |                      | 円             |
| 合計             | 170,000円              | 55,000円               | 40,000円              | 185,000円      |

※患者負担額に次の費用は含めないでください。

- (1) 入院時の差額ベッド代、食事代又は文書料等直接治療に関係のない費用
- (2) 出産（流産、死産等を含む）にかかる費用
- (3) 他の地方公共団体で助成されていた期間に係る不育症治療費等の費用

様式第1号助成申請書の申請金額となる。  
ただし150,000円が上限。