

注1 検査及び治療期間は、その妊娠に関する検査又は治療を開始した日から出産又は流産の判定日までを御記入ください。

注2 本人負担額は、不育症検査及び治療（アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。）の費用のみ御記入ください。※ 不妊治療及び妊婦健康診査に係る費用は含めないでください。

注3 院外処方がある場合は、院外処方に要した費用も対象となります。

検査及び治療期間

年	月	日	～	年	月	日
---	---	---	---	---	---	---

【医療機関分】

本人負担額

年	月	日	～令和3年3月31日分	円
(検査及び治療(アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。)の自己負担額)				
内訳: 保険診療内				円
保険診療外				円

令和 3 年 4 月 1日～	年	月	日分	円
(検査及び治療(アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。)の自己負担額)				
内訳: 保険診療内				円
保険診療外				円

【薬局分 (院外処方)】

本人負担額

年	月	日	～令和3年3月31日分	円
(検査及び治療(アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。)の自己負担額)				
内訳: 保険診療内				円
保険診療外				円

令和 3 年 4 月 1日～	年	月	日分	円
(検査及び治療(アスピリン療法及びヘパリン療法に限る。)の自己負担額)				
内訳: 保険診療内				円
保険診療外				円