

不育症治療受診証明書

年 月 日

|        |           |
|--------|-----------|
| (医療機関) | 住 所       |
|        | 名 称       |
|        | 代 表 者     |
|        | 主 治 医 氏 名 |
|        | 電 話 番 号   |

次のとおり不育症治療・検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

|                  |      |                                                   |      |   |   |
|------------------|------|---------------------------------------------------|------|---|---|
| 受診者              | ふりがな |                                                   | 生年月日 |   |   |
|                  | 氏 名  |                                                   |      | 年 | 月 |
|                  |      | 住 所                                               |      |   |   |
| 貴医療機関における治療開始年月日 |      | 年 月 日                                             |      |   |   |
| 本年度治療期間          |      | 年 月 日 ~ 年 月 日                                     |      |   |   |
| 不育症治療の理由         |      |                                                   |      |   |   |
| 主な治療内容           |      |                                                   |      |   |   |
| 領収金額             |      | 今回の治療にかかった合計金額(医療機関本人負担額)<br>_____円<br>院外処方 有 ・ 無 |      |   |   |

|           |                                             |
|-----------|---------------------------------------------|
| ※由利本荘市記載欄 | 不育症治療自己負担額合計(医療機関本人負担額+院外処方本人負担額)<br>_____円 |
|-----------|---------------------------------------------|

- 1 不育症治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 入院時食事療養費・差額ベット代・文書料等は助成対象となりません。
- 3 「※由利本荘市記載欄」は、市で記載します。