

御前崎市不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の者について、次のとおり 不育症治療 を実施し、これに係る医療費（保険適用外分）を徴収したことを証明します。

年 月 日

御前崎市長 様

所在地
 (医療機関) 名 称
 主治医氏名 (署名又は記名押印)

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

受診者	ふりがな		
	氏 名	(夫)	(妻)
	生年月日	年 月 日生(歳)	年 月 日生(歳)
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日	
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
区 分	本人負担額（保険適用外）		
	医療機関徴収分 ①		薬局徴収分 ②
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
年 月分	円	円	
今回の治療にかかった金額合計円 (上記本人負担額①と②の合計額となります。)			

- 注1 院外処方がある場合、「本人負担額」の「薬局徴収分②」欄へ、薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
- 2 対象となる治療費は、次のとおりです。
- ① 不育症の検査に係る費用
 - ② 不育症の治療に係る費用
- 3 文書料、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。