

不育治療医療機関受診等証明書

年 月 日

穴水町長

医療機関等

住所

名称

代表者

印

電話番号

下記のとおり不育治療を実施し、これに係る治療費等を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	妻
生 年 月 日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)
貴医療機関における 不育治療開始年月日	年 月 日	
[年度] 治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
※領 収 金 額	保険適用分の本人負担額 円	保険適用外分の本人負担額 円
不育治療の内容	<input type="checkbox"/> 不育症診断 <input type="checkbox"/> その他 ()	
院 外 処 方 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
他 助 成 の 証 明 書 発 行	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	

※注1 不育治療の一環として行われた治療費及び検査料についてのみご記入ください。

2 入院時の差額ベッド代・食事代、文書料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。

3 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。（薬局が発行する同証明書の添付が必要です）