

本山町一般不妊治療費助成事業医療機関受診等証明書

年 月 日

本山町長 様

所在地

医療機関名

主治医氏名

次のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費（調剤費）を受診者から領収したことを証明します。

(フリガナ) 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治療開始年月日	年 月 日			
今回の証明に係る診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
区 分	本人負担額		院外処方	
年 月分	円		(なし・あり)	
年 月分	円		年 月 日	
年 月分	円		年 月 日	
年 月分	円		年 月 日	
年 月分	円		年 月 日	
年 月分	円		年 月 日	
年 月分	円		年 月 日	
妊娠成立の有無	有 ・ 無			
領 収 金 額	今回の一般不妊治療にかかった金額の合計			
	保険診療分	①	領収金額	円
	保険外診療分	②	領収金額	円

備考

- 1、一般不妊治療（人工授精）に関する費用についてのみ記入してください。
- 2、個室料・文書料・食事療養費標準負担額等一般不妊治療（人工授精）に直接関係のない費用は含めないでください。