

まんのう町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

まんのう町長 様

(医療機関)

所在地

名称

代表者

電話番号

(署名又は記名押印)



次のとおり、一般不妊治療(検査を含む。)を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	夫	()	妻	()
受診者生年月日		年 月 日		年 月 日
()年度における診療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
本人負担額の内訳 ※1	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担(領収)額※2
		診療点数	本人負担額	
	年 4月	点	円	円
	年 5月	点	円	円
	年 6月	点	円	円
	年 7月	点	円	円
	年 8月	点	円	円
	年 9月	点	円	円
	年 10月	点	円	円
	年 11月	点	円	円
	年 12月	点	円	円
	年 1月	点	円	円
	年 2月	点	円	円
年 3月	点	円	円	
	合 計	点	円	円
治療の内容	<input type="checkbox"/> 検査(検査名:) <input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服、注射) <input type="checkbox"/> 手術() <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> その他()			
院外処方の有無		<input type="checkbox"/> 有り ※3 <input type="checkbox"/> 無し		

※1 一般不妊治療(検査を含む。)に関する費用についてのみ御記入ください。

※2 入院費、食事代等の治療に直接関係のない費用は含まないでください。

※3 「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。(保険薬局が発行する一般不妊治療費助成事業受診等証明書の添付が必要です。)