

明和町不育症治療費助成事業医療機関受診証明書

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

医療機関記入欄	受診者氏名				
	受診者生年月日	夫	年	月	日（歳）
		妻	年	月	日（歳）
	診療期間	年		月	日～
		年		月	日
	主な治療内容と経過				
	A. 保険診療負担額	円	C. 領収額合計（A+B）		
	B. 保険診療適応外負担額	円	円		
紹介先医療機関（※①参照）					
上記のとおり証明します。					
年 月 日					
医療機関名					
住 所					
主治医氏名					
印					

院外処方を行った場合の記入欄（調剤薬局が記入してください）

保険薬局記入欄	A. 保険診療負担額	円	C. 領収額合計（A+B）		
	B. 保険診療適応外負担額	円	円		
	上記のとおり証明します。				
	年 月 日				
薬局名称					
住 所					
薬剤師名					
印					

※①紹介先医療機関は、不育症の診断をした医師と異なる医師が不育症治療を実施する場合のみご記入ください。

※不育症治療に要した費用のみを証明してください。夫婦合算額をご記入ください。

※文書料・入院費・食事代等治療に直接関係のない経費は含まないでください。