

東吾妻町不妊治療費補助事業 医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日
	夫	( )	年 月 日 生
	妻	( )	年 月 日 生
	住 所	〒 _____ 電話 ( )	

上記の者について、下記の○印の不妊治療等を実施するとともに医療費を領収したことを証明します。

主治医 記入欄	診療開始日	年 月 日	診 断 名		
	診療期間	年 月 日 から 年 月 日			
	診療額	(1) 保険診療総点数 _____ 点 ・ 被保険者負担額 _____ 円			
		(2) 保険診療適用外負担額 _____ 円			
		(3) 受診者からの領収額 (1) + (2) _____ 円			
	治療期間内に実施した治療内容 1. 診察 2. 検査 3. ホルモン治療 4. 人工授精 5. 体外受精 6. 顕微授精 7. その他  年 月 日 医療機関の所在地・名称・主治医氏名   <div style="text-align: right;">印</div>				
	電話 ( )				
保険薬局 記入欄	診療額	(1) 保険診療総点数 _____ 点 ・ 被保険者負担額 _____ 円			
		(2) 保険診療適用外負担額 _____ 円			
		(3) 受診者からの領収額 (1) + (2) _____ 円			
	保険薬局の住所・氏名又は名称 _____ 年 月 日   <div style="text-align: right;">印</div>				
電話 ( )					