

八百津町不育症治療費助成受診等証明書

年 月 日

八百津町長 様

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

下記の者については、不育症治療(またはその調剤)を実施し、これに係る保険適用外の医療費を徴収したことを証明します。

フリガナ 受診者氏名	夫		妻	
受診者生年月日		年 月 日生		年 月 日生
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日	
○当該患者が、今回行った不育症治療について該当箇所に記入してください。 <input type="checkbox"/> 不育症検査() <input type="checkbox"/> 不育症治療() <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分		
		保険診療以外の本人負担額		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	年 月分	円		
	【今回の治療にかかった金額合計】		領収金額	円

※入院時差額ベッド代、食事代、文書料、消耗品使用料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。