

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

印

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、これに係る医療費及び調剤費（本人負担額）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"/>						
○院外処方の有無（ <input type="checkbox"/> 有り・ <input type="checkbox"/> 無し）						
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分			薬局徴収分	
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担額②	本人負担額③	
	医療費総額	本人負担額①				
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	年 月分	円	円	円	円	
	【今回の治療にかかった金額合計】		領収金額		円 (本人負担額①+②+③)	

※文書料・食事療養費標準負担額・個室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。