

受診者番号

年

号

様式第3号（第15条関係）

仁木町不妊治療費・不育症治療費助成事業受診等証明書

年 月 日

仁木町長 様

医療機関等 所在地

名 称

主治医

印

電話番号 () -

下記のとおり、不妊症・不育症に関する検査・治療を実施し、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			
生年月日	年 月 日 (歳)	年 月 日 (歳)			
今回の治療期間		年 月 日～ 年 月 日			
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の診療分本人負担金額	
		診療点数	本人負担金額	助成該当費用	非助成該当費用
	年 4月分	点	円	円	円
	5月分	点	円	円	円
	6月分	点	円	円	円
	7月分	点	円	円	円
	8月分	点	円	円	円
	9月分	点	円	円	円
	10月分	点	円	円	円
	11月分	点	円	円	円
	12月分	点	円	円	円
	年 1月分	点	円	円	円
	2月分	点	円	円	円
	3月分	点	円	円	円
合 計	点	円	円	円	
治療検査の内容	<input type="checkbox"/> 特定不妊治療 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療 <input type="checkbox"/> 一般不妊治療 <input type="checkbox"/> 不育症治療		検査名： 治療の内容：		
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無		

※ 助成該当費用とは、直接治療に要した費用を記入してください。

※ 非該当費用とは、食事代、入院費、文書料及び凍結保存に係る費用等を記入してください。

※ 院外処方がある方は、院外処方に要した費用も助成の対象となります。その場合、薬局が発行する証明書又は領収書の添付が必要です。