

不育症治療医療機関等証明書

令和 年 月 日

(医療機関) 住 所
 名 称
 主治医氏名 印

次のとおり不育症治療・検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

| | | | |
|----------------------|---------------|---|----------------|
| 受診者 | (ふりがな) 氏 名 | 生年月日 | 昭和 平成 年 月 日 |
| | 住 所 | 男鹿市 | |
| 貴医療機関における 治療開始年月日 | | 平成・令和 年 月 日 | |
| 今回の治療期間 | | 平成・令和 年 月 日 ~ 平成・令和 年 月 日 | |
| 不育症治療の理由 | | | |
| 治療内容 | | | |
| 領収金額 | | 今回の治療にかかった合計金額 (医療機関本人負担額) _____ 円 院外処方 有 ・ 無 | |

| | |
|---------|---|
| ※男鹿市記載欄 | 不育症治療自己負担額合計 (医療機関本人負担額+院外処方本人負担額) _____ 円 |
|---------|---|

- 1 不育症治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 入院時食事療養費・差額ベット代・文書料等は助成対象となりません。
- 3 「※男鹿市記載欄」は、市で記載します。