様式第1号（第5条関係）

男鹿市特定不妊治療費助成事業　医療機関受診証明書

令和　　年　　月　　日

（医療機関）　　所在地

名 称

主治医氏名　　印

次のとおり特定不妊治療･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	夫	（ふりがな） 氏名	生年月日 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日
	妻	（ふりがな） 氏名	生年月日 昭和 ・ 平成　　年　　月　　日

貴医療機関における 治療開始日	平成 ・ 令和　　年　　月　　日
今回の治療期間	令和　　年　　月　　日 ～ 令和　　年　　月　　日

診療年月日	医療機関徴収分		院外処方の有無 ※丸で囲んでください
	保険診療における 本人負担額	保険診療以外の 本人負担額	
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
令和　　年　　月　　日	円	円	あり　なし
合　計	円	円	

※1　特定不妊治療に関する費用についてのみご記入ください（その他の診察・治療・検査費用等は除いてください）。
※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ので除いてください。