

男鹿市特定不妊治療費助成事業医療機関受診証明書

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 年 月 日	
	妻	(ふりがな) 氏名	生年月日 年 月 日	
貴医療機関における治療開始日		年 月 日		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
妊娠判定結果		<input type="checkbox"/> 陰性 <input type="checkbox"/> 陽性		
診療年月日		本人負担額		院外処方の有無
		保険診療	保険診療外	
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
年 月 日		円	円	有 無
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。

※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。