

幌延町不育症治療医療機関等証明書

下記の者については、次のとおり不育症に関する検査・治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称

所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄

フリガナ				生年 月 日	年 月 日（ 歳）		
受診者氏名							
治療した期間		年 月 日 ～		年 月 日			
検査・治療の内容		☐ 検査（検査名： ） ☐ 薬物療法（内服・注射）薬剤名（ ） ☐ 手術（ ） ☐ その他（ ）					
院外処方の有無		☐ 有 り ☐ 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		
	年 月 分	円	円	円	円		
	合 計	円	円	円	円		
	〔今回の治療にかかった本人負担金額の合計〕						
	領収金額 _____ 円（上記本人負担額①～③の合計額となります。）						

注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 ☐は該当項目をチェックしてください。

3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」に薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

4 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まないでください。