

## 不育症治療・検査受診等証明書

年　　月　　日

医療機関の所在地

医療機関の名称

代表者

主治医氏名

印

下記の者について不育症治療・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	氏　　名	生年月日	
		年　　月　　日	
診療開始日	年　　月　　日		
本年度治療期間	年　　月　　日	～	年　　月　　日
不育症治療の理由			
主な治療内容			
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		

※藤里町記載欄	不育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。（体外受精、顕微授精は除く）
- 2 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ない費用は含まないでください。
- 3 「※藤里町記載欄」は町で記載します。