不育症治療費助成事業受診等証明書

　下記のとおり不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年　　月　　日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること。）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診者 | （ふりがな）  氏　名 |  |
| 生年月日 | 昭和  平成　　　年　　月　　日　　(　　　歳) |
| 不育症治療が  必要な理由 | |  |
| 主な治療内容 | |  |
| 今回の治療期間 | | 年　　月　　日　～　　　　年　　月　　日 |
| 領収金額 | | 今回の治療にかかった金額合計（※保険外診療に限る。）  領収金額　　　　　　　　　　円 |

* 領収金額の欄に記入する額は、不育症治療に係る治療費及び検査料とし、入院時の

差額ベッド代、食事代、文書料等の費用は含まないものとする。