

(様式第3号)(第4条関係)

山ノ内町不妊及び不育症治療補助事業医療費等証明書

年 月 日

山ノ内町長 様

医療機関

住 所

名 称

主治医又は薬剤師

不妊及び不育症治療に係る医療費等の本人負担額を、下記のとおり領収したことを証明します。

記

1 受診者

	氏 名	住 所
夫		
妻		

2 領収金額等

	不妊治療		不育症治療
	夫	妻	
期 間	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
保険診療一 部負担金額	円	円	円
保険適応外 医療費本人 負担額	円	円	円
領収金額 合 計	円	円	円

※ この証明書は、医療機関、薬局ごとに必要です。