(様式第2号)(第4条関係)

山ノ内町不妊及び不育症治療補助受診等証明書

下記の者については、次のとおり不妊治療及び不育症治療(又は調剤)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

山ノ内町長 様

医療機関(薬局)の名称

住 所

主治医(薬剤師)

記

(ふりがな) 妻の氏名	()	生年月日	S・H・R 年 月 日(歳)
(ふりがな) 夫の氏名	()	生年月日	S・H・R 年 月 日(歳)
治療種別	☐ 不妊治療 ☐ 不育症治療		
治療期間	令和 年 月 日～ 年 月 日		
治療内容	☐ 人工受精 ☐ 体外受精 ☐ 顕微授精 ☐ 男性不妊治療 ☐ 不育症治療 ☐ その他()		
院外処方	☐ 有り ☐ 無し		
区分		医療機関徴収分	薬局徴収分
治療に要した金額	保険診療 一部負担金額	円	円
	保険適用外 金額	円	円
	総領収金額	A 円	B 円

※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。