様式第３号(第7条関係)

不育症治療医療機関等証明書

 年 月 日

（医療機関）住所

名称

主治医氏名

次のとおり不育症治療･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 | （ふりがな）氏 名 |  | 生年月日 | 年 月　　日 |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 貴医療機関における治療開始年月日 |  年 月 日 |
| 今回の治療期間 |  年 月 日 ～ 年 月 日 |
| 不育症治療の理由 |  |
| 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 |

※湯沢市記載欄

不育症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。

2 入院時食事療養費・差額ベット代・文書料等は助成対象となりません。

3 「※湯沢市記載欄」は、市で記載します。