

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)		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。