

不育症治療費助成事業医療機関受診証明書

申請者	フリガナ		生年月日
	受診者氏名		年 月 日生
	フリガナ		生年月日
	配偶者氏名		年 月 日生
	住 所	〒 富岡市	電話連絡先

※ 申請者について下記事項の証明をお願いします。

主治 医記 入欄	診療開始日	年 月 日	診断名	
	診療期間	年 月 日 ~	年 月 日	
	上記のとおり不育症治療を実施しました。 年 月 日 主治医氏名 (印)			

医療機関記入欄		保険薬局記入欄	
医療 費	A : 被保険者負担額 _____円	薬 劑 費	A : 被保険者負担額 _____円
	B : 保険診療適用外負担額 _____円		B : 保険診療適用外負担額 _____円
	C : 受診者からの領収額合計(A+B) _____円		C : 受診者からの領収額合計(A+B) _____円
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関の所在地、名称又は氏名 (印)		上記のとおり証明します。 年 月 日 保険薬局の所在地、名称又は氏名 (印)	

※ 申請年度(4月1日から翌年3月31日)内の不育症治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入してください。