

様式第2号（第5条関係）

大間町不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、医療保険適用による不妊治療を行ったため、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

ふりがな	患者		配偶者		
受診者氏名					
生年月日		年 月 日（ 歳）		年 月 日（ 歳）	
今回の治療方法	一般不妊治療（治療方法： ）				
	生殖補助医療（治療方法： ）				
	※該当する方を○で囲み、括弧内に治療方法を記入してください				
今回の治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日				
該当する場合に○をつけ記入してください	1 治療の一部を協力医療機関に依頼した 協力医療機関名（ ） 2 院外処方を指示した				
徴収金額	【今回の治療にかかった金額合計】 _____ 円 ※食事代、入院費、文書料、個室料金は対象外				