

男鹿市不育症治療費助成事業医療機関等証明書

年 月 日

(医療機関) 所在地
 名 称
 主治医氏名 印

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	夫	(ふりがな) 氏 名	生年月日 年 月 日
	妻	(ふりがな) 氏 名	生年月日 年 月 日
貴医療機関における治療開始日		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	

※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ので除いてください。