

不育症治療・検査受診等証明書

年 月 日

(医療機関) 住	所
名	称
代 表 者	
主治医氏名	印
電 話 番 号	

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	昭和 平成
	氏 名		年 月 日
	住 所		
貴医療機関における治療開始年月日		年 月 日	
本年度治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日	
不育症治療の理由			
主な治療内容			
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		

※仙北市記載欄	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 「※仙北市記載欄」は、市で記載します。