不妊治療等に係る費用の助成事業受診証明書

長柄町長 様

保険医療機関等

所在地

名称

主治医氏名

印

(薬剤師氏名)

※自署の場合は押印省略可

下記のとおり、受診者に対し不妊治療を行ったことを証明します。

		, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,		1		
	フリ:	ガナ				
受診者	氏	名				
	生年。	月日	年	月 日	年 月	日
			□不妊検査(不妊治療費等を伴わない不妊症を診断するための検			
			査を除く。)			
今回の治療内容等			□タイミン	グ法 口人工	授精 口体外受	情
※保険適用に該当する			□顕微授精 □男性に対する治療			
内容			□その他()
院外処方の有無				□あり	□なし	
			不妊治療等に	要した費用	食事療養標準負担額、	合 計
				保険適用の不妊	文書料及び個室料等	
			保険点数	治療等に係る自	で不妊治療費等に直	保険点数
				己負担分	接関係のない費用	領収金額
今回の	月	日~				点
治療	月	日	点	円	円	円
期間	月	日~				点
	月	日	点	円	円	円
	月	日~				点
	月	日	点	円	円	円
	月	日~				点
	月	日	点	円	円	円
合計金額				円(A)		
- 不妊治療費等に係る費用の助成事業受診証明書文書料						円(E)

[※]注意 本受診証明書は、1年度ごと(4月1日~翌3月31日)に作成するものとする。