

別記様式第2号(第6条関係)

浜中町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費（本人負担額）を徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称 \_\_\_\_\_  
 医療機関の所在地 \_\_\_\_\_  
 主治医氏名 \_\_\_\_\_ (印)

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

(フリガナ) 夫の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
(フリガナ) 妻の氏名		生年月日 (年齢)	年 月 日 ( 歳)
貴医療機関における 治療開始年月日	年 月 日		
治療日	年 月 日	～	年 月 日
	年 月 日	～	年 月 日
	年 月 日	～	年 月 日
	年 月 日	～	年 月 日
当該患者が、今回行った一般不妊治療について該当箇所に記入してください。 <input type="checkbox"/> タイミング法 ( 回) <input type="checkbox"/> 人工授精 ( 回) <input type="checkbox"/> その他 ( )			
今回の一般不妊治療にかかった自己負担金額の合計 領収金額 _____ 円			

- \* □は、該当項目をチェックしてください。
- \* 当該患者に関して行った一般不妊治療に係るもののみご記入ください。診断のための検査は含めないでください。
- \* 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含めないでください。