

様式第2号の1 (第4条関係)

みなかみ町不妊治療費等助成事業医療機関受診証明書

| | | | |
|------------|----|--------------------|--------|
| 申請者 記入欄 | | (ふりがな) 氏 名 | 生年月日 |
| | 夫 | | 年 月 日生 |
| | 妻 | | 年 月 日生 |
| | 住所 | 利根郡みなかみ町 電話 () | |

上記の者について、下記のとおり不妊治療等を実施するとともに、医療費を領収したことを証明します。

年 月 日

| | | | | |
|------------|-------|---------------|-----|--|
| 主治医 記入欄 | 診療開始日 | 年 月 日 | 診断名 | |
| | 診療期間 | 年 月 日 ~ 年 月 日 | | |
| | 主治医氏名 | ⑩ | | |

年 月 日

| | | | |
|-------------|------------|-------------------------|---|
| 医療機関 記入欄 | 診療額 | 保険診療総点数 ※1 | 点 |
| | | (1) 保険診療適用における受診者負担額 ※2 | 円 |
| | | (2) 保険診療適用外負担額 | 円 |
| | | (3) 受診者からの領収額 (1) + (2) | 円 |
| | 医療機関の住所・名称 | ⑩ | |

- ・不妊治療等に要した費用について、医療機関と保険薬局を分けて、証明してください。
- ・※1及び※2について、不妊治療は該当しません。