

様式第2号の1 (第4条関係)

みなかみ町不妊治療費助成事業 医療機関受診証明書

* 下記の者について、下記のとおり不妊治療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。

平成 年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

主治医記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫		妻	
受診者 生年月日		年 月 日生		年 月 日生
診断名				
診療期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			

医療機関 記入欄	診療額	保険診療適用外 負担額	円
	医療機関の住所・名称		
	印		

* 不妊治療に要した費用を医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。