

不育症治療医療機関受診等証明書

(あて先) 白山市長

年 月 日

医療機関等所在地
名称
代表者
電話番号

(印)

下記のとおり、不育症治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日
当医療機関における不育症治療開始年月日			年 月 日	
今回の証明に係る診療期間			年 月 日～ 年 月 日	
保険診療に要した総合点数 (検査分のみ)		点	保険診療分(検査のみ) の本人負担(領収)金額	円
保険診療以外の不育症治療に係る本人負担(領収)金額				円
区 分	保険診療分(検査分のみ)			保険診療以外の 本人負担金額
	診療点数	本人負担金額		
本人負担額の内訳	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
	年 月分	点	円	円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し			

備考

- 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 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。