

不育症治療医療機関受診等証明書

(宛先) 白山市長 年 月 日

医 療 機 関 等 所 在 地

名 称

代 表 者 印

電話番号

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
	院外処方の有無		☐ 有り ☐ 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、文書料等の不育症治療に直接関係ない費用は含まないでください。