

玉野市不妊・不育治療費助成事業医療機関等証明書

下記の者について、治療にかかる医療費等を次のとおり領収したことを証明します。

治療を受けた者の氏名 (1)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日
治療を受けた者の氏名 (2)	ふりがな		生年月日
	氏名		年 月 日

保険医療機関証明書欄

治療内容（不妊治療及び不育治療を行うにあたり行った検査は含まれます）	<input type="checkbox"/> 一般不妊治療
	<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精
	<input type="checkbox"/> 不育治療等 <input type="checkbox"/> 男性不妊治療
	<input type="checkbox"/> その他 _____

検査・治療に要した費用（保険適用額の本人負担分）

年 月分 ～ 年 月分 合計 円

〈各月明細〉

	氏名 (1)	氏名 (2)
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合 計		

※限度額認定証の提示に等により確認できる場合は、高額療養費に係る自己負担限度額

年 月 日

所在地

医療機関 名称

主治医氏名

調剤薬局証明書欄

投薬に要した費用（保険適用額の本人負担分）

年 月分 ～ 年 月分 合計 円

〈各月明細〉

	氏名 (1)	氏名 (2)
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
年 月分	円	円
合 計		

年 月 日

所在地

調剤薬局 名 称

氏 名