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） | □一般不妊治療□人工授精　　 □体外受精　　□顕微授精　□不育治療等 □男性不妊治療□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 |
| 　　　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　　　　　　　　　　 |

【裏面：調剤薬局証明書欄】

|  |
| --- |
| **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 |
| 　　　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　　　　　　　　　　　　　 |