

受給者番号	
-------	--

石川町不妊治療費助成事業 (一般不妊治療) 受診等証明書

下記の者については、一般不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

石川町長 様

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

(ふりがな) 受診者氏名		()		()
生年月日	夫	年 月 日 (歳)	妻	年 月 日 (歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> タイミング法 ()回 <input type="checkbox"/> 人工授精 ()回 <input type="checkbox"/> その他 ()			
領収年月日 年 月 日 ~ 年 月 日 【今回の治療にかかった金額合計】今回の治療内容に応じて、①、②、③の該当する箇所に入力してください。				
①保険診療分				
領収金額				円
②自費診療分				
領収金額				円
③院外処方による薬局徴収分				
本人負担額				円
今回の治療に係る院外処方及び他院での治療の有無			有 ・ 無	

(注意事項)

- 1 当該患者に関して行った一般不妊治療 (生殖補助医療を除く。)に係るもののみご記入下さい。
- 2 は該当項目をチェックし、その他の場合は具体的な内容を記入ください。
- 3 院外処方による薬局徴収分がある場合、③院外処方による薬局徴収分本人負担額へ薬局の領収書からの転記をお願いします。
- 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は対象となりません。