

不育症治療・検査受診等証明書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

代表者

主治医氏名

㊟

下記の者について不育症治療・検査を実施し、これに係る医療費の本人負担額を受領したことを証明します。

受診者	氏 名	生年月日
		年 月 日
診療開始日	年 月 日	
本年度治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日	
不育症治療の理由		
主な治療内容		
領収金額	今回の治療にかかった合計金額（医療機関本人負担額） _____ 円 院外処方 有 ・ 無	

※八峰町記載欄	不育治療自己負担額合計（医療機関本人負担額+院外処方本人負担額） _____ 円
---------	---

- 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。（体外受精、顕微授精は除く）
- 2 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ない費用は含まないでください。
- 3 「※八峰町記載欄」は町で記載します。