様式第２号（第４条関係）

　　　　　　　医療機関受診等証明書

（壬生町不妊治療費補助申請用）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者  記入欄 | 氏　 　名 | | 生年月日 |
|  | | 年　　月　　日生 |
| 住　所 | 電話番号 | |

上記の者について、下記のとおり不妊治療を実施するとともに、医療費を領収した

ことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 主治医  証明欄 | 診療開始日 | 年　　月　　日 |
| 診療期間 | 年　　月　　日　から　　　　年　　月　　日 |
| 治療名  及　び  内　容 |  |
| 年　　月　　日  主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 （署名） | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医療機関  証明欄 | 診療額  及　び  領収額 | （1） 保険診療総点数　　　　　　　　　　　　　　　　点  　　 被保険者負担額　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| （2） 保険診療適用外負担額　　　　　　　　　　　　　円 |
| （3） 受診者からの領収額（1）＋（2）　　　　　　　　円 |
| 医療機関：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日  住所・名称 | |
| 保険薬局  証明欄 | 診療額  及　び  領収額 | （1） 保険診療総点数　　　　　　　　　　　　　　　　点  　　 被保険者負担額　　　　　　　　　　　　　　　　円 |
| （2） 保険診療適用外負担額　　　　　　　　　　　　　円 |
| （3） 受診者からの領収額（1）＋（2）　　　　　　　　円 |
| 保険薬局：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 年　　月　　日  住所・名称 | |

※上記診療期間の受診で、不妊治療に要した費用を証明してください。なお、文書料、個室料、入院時食事療養費等の不妊治療に直接関係ない費用は含めないでください。