

様式第2号（第5条第2項関係）

受給者番号（町が記入します）	
----------------	--

肝付町不妊治療費助成金助成事業受診等証明書

下記の者について不妊治療を実施し、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

医療機関の名称及び所在地

所在地

医療機関名

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入すること）

(フリガナ) 受診者氏名	夫		妻	
受診者 生年月日		年 月 日生 (歳)		年 月 日生 (歳)
住 所	〒 肝付町		電話番号	
今回の治療方法	該当する番号に○を付けてください。 1. タイミング療法 2. 人工授精 3. 体外受精 4. 顕微授精 5. 男性不妊手術 (生殖補助医療に含めて助成)		(保険内診療分自己負担額) _____ 円 (区分 _____) (限度額適用認定証 有・無) (保険外診療分自己負担額) _____ 円	
今回の治療期間	年 月 日 ~		年 月 日まで	
領 収 金 額	今回の治療にかかった金額 領収金額 _____ 円			

※文書料、入院食事代等に関する費用は含めないでください。