様式第２号（第５条関係）

睦沢町不妊治療費助成事業医療機関受診証明書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申請者記入欄 | ふりがな |  | 生年月日年　　　月　　　日生 |
| 受診者氏名 |  |
| ふりがな |  | 生年月日年　　　月　　　日生 |
| 配偶者氏名 |  |
| 住　所 | 〒睦沢町 | 電話連絡先 |

* 申請者について下記事項の証明をお願いします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医記入欄 | 診療開始日 | 　　　年　　　月　　　日 | 診断名 |  |
| 診療期間 | 　　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日 |
| 医療費 |  保険診療総点数　　　　点　　　A：被保険者負担額　　　　　　　円 |
| B：保険診療適用外負担額　　　　　　　円 |
| C：受診者からの領収額合計（A+B）　　　　　　　円 |
| 上記のとおり不妊治療を実施しました。　　　　年　　　月　　　日医療機関名所在地電話主治医氏名　　　　　　　　　　　　　印　　 |

※申請年度（４月１日から翌年３月３１日）内の不妊治療に要した費用のみを記入してください。