様式第2号(第4条関係)

**昭和村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）  氏　　　　名 | | （生年月日） |
|  | | 年　　月 　 日生 |
|  | | 年　　月　　日生 |
| 住所 | 〒  利根郡昭和村大字  電話　　　（　　　） | |

**＊　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。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 主治医記入欄 | 診療開始日 | 年　　月　　日 | 診断名 |  |
| 診療期間 | 年　　　月　　　日から　　　　年　　　月　　　日 | | |
| 年　　　月　　　日  主治医氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印 | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 医療機関保険薬局記入欄 | 診療額 | 1. 保険診療総点数　　　　　　　　　　点   　　被保険者負担額　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 1. 保険診療適用外   負担額 | | 円 |
| 1. 受診者からの領収額　　　(1)　＋　(2)   　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　円 | | |
| 医療機関・保険薬局の住所・氏名  又は名称 | |  | |
| 印 | | | |

**＊　不妊治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。**