

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	
	主治医氏名	年 月 日		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	
		(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・保険薬局 の住所・氏名 又は名称		

\* 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。