

高取町一般不妊治療費等助成金 (不育治療分) 交付に係る受診等証明書

年 月 日

高取町長様

医療機関

所在地:

名称:

医師名:

印

下記のとおり不育治療を実施したことを証明します。

(ふりがな)				
受診者氏名	夫		妻	
生年月日		年 月 日		年 月 日
貴医療機関における治療開始年月日				年 月 日
今回の治療期間		年 月 日から		年 月 日まで
◎上記患者が、今回受けた不育治療について、主な治療・検査等ご記入ください。 <input type="checkbox"/> 検査名 ( ) <input type="checkbox"/> 薬物療法 (内服、注射) ( ) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術法 ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
・院外処方の有無 ( <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 )				
受診年月	医療機関徴収分			薬局徴収分
	保険診療分		②保険診療以外の 本人負担額	③本人負担額
	医療費総額	①本人負担額		
本人負担額の内訳	年4月分			
	年5月分			
	年6月分			
	年7月分			
	年8月分			
	年9月分			
	年10月分			
	年11月分			
	年12月分			
	年1月分			
	年2月分			
	年3月分			
今回の治療にかかった合計金額 領収金額 _____ 円 (上記本人負担額①+②+③の合計額)				

1. 不育治療に係るもののみ御記入ください。
2. の該当項目をチェックしてください。
3. 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接治療費に関係のない費用は、含まないでください。
4. 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」へ薬局の領収書から転記ください。