

不育治療医療機関受診等証明書

年 月 日

志賀町長 様

医療機関等

住所

名称

代表者

印

電話番号

下記のとおり、不育治療を実施し、これに係る治療費等を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名	
受診者生年月日	年 月 日 (歳)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
不育治療を必要とした理由	
主な検査・治療内容等	
徴収金額	上記の期間の治療にかかった合計金額 (保険外診療に限る。 金 _____ 円
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し

- 1 不育治療・検査に関する費用で**保険診療外**についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、差額ベット代・文書料等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
- 3 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。(薬局が発行する同証明書の添付が必要です。)