

## 不育症治療費医療機関受診等証明書

年 月 日

七 尾 市 長

医療機関等

住所

名称

代表者

電話番号

印

次のとおり、不育症治療を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		男・女	生年月日	年 月 日		
今回の証明に係る診療期間		年 月 日～ 年 月 日				
保険診療に要した総点数	点	保険診療分の本人負担（領収）金額		円		
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		区 分	保険診療分	
		診療点数	本人負担金額		診療点数	本人負担金額
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
	年 月分	点	円	年 月分	点	円
原因不育疾患の						
治療内容						
院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し					

- 1 不育症治療に関する費用についてのみご記入ください。
- 2 食事療養費標準負担額、個室料等の治療に直接関係が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