様式第６号(第６条関係)

不育症治療費助成事業受診等証明書

　　　　　年　　月　　日

　愛南町長　様

医療機関等

所在地

名　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　主治医氏名

　下記のとおり不育症検査治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

　医療機関記入欄(主治医が御記入ください。)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 妻 | | | | | 夫 | |
| (ふりがな)  患者氏名 | (　　　　　　　　　　　) | | | | | (　　　　　　　　　　　) | |
| 生年月日 | 年　　月　　日(　　歳) | | | | | 年　　月　　日(　　歳) | |
| 治療開始年月日 | | 年　　月　　日 | | | 院外処方の有無 | | 有　・　無 |
| 区分  治療期間 | | | 保険診療分 | | | | 保険外医療費分  (自己負担額) |
| 医療費総額 | 自己負担額 | | |
| 年　　月　　日～  年　　月　　日 | | | 円 | 円 | | | 円 |
| 治療区分 | | | □　検査　　　　　□　治療 | | | | |

* 入院費、食事代等治療に直接関係がない費用は、助成の対象となりません。