

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

印

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
治療期間	区分	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	<input type="checkbox"/> 検査 <input type="checkbox"/> 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。