

様式第 6 号（第 5 条関係）

大仙市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書

年 月 日

医療機関の所在地

医療機関の名称

主治医氏名

下記の者については、不育症治療を実施し、これに係る医療費を徴収したことを証明します。

受診者	氏 名		生年月日
	夫		年 月 日
	妻		年 月 日
本年度治療期間		年 月 日 ～ 年 月 日	
不育症治療 の理由			
主な治療内容			
領収金額	今回の治療にかかった合計金額（医療機関本人負担） _____円 院外処方 有 ・ 無		

※市記入欄	自己負担合計（医療費自己負担＋院外処方分） _____円
-------	-------------------------------------

- 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 入院時食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。
- 3 「※市記入」欄は、市が記入します