

広野町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、不育症治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

広野町長

医療機関の名称

医療機関の所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄(主治医が記入してください)

(ふりがな) 受診者氏名	( )	生年月日	年 月 日 ( 歳)
今回の治療方法			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
領 収 金 額	今回の治療にかかった合計金額 (医療機関本人負担額) _____ 円		院外処方の有無 有 ・ 無

※広野町記載欄	不育症治療費自己負担額合計 (医療機関本人負担額+院外処方本人負担額) _____ 円
---------	--

- ※1 不育症治療 (検査を含む。) に関する費用についてのみご記入ください。
- ※2 入院時の食事療養費標準負担額、文書料、個室料等の治療に直接関係のない費用は含まないでください。
- ※3 「※広野町記載欄」は町で記載します。