

広野町一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の方については、一般不妊治療を実施し、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)
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
今回の治療方法	<input type="checkbox"/> 不妊症スクリーニング検査 <input type="checkbox"/> 精液検査 <input type="checkbox"/> タイミング療法 <input type="checkbox"/> 精巣生検 <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 (回) <input type="checkbox"/> 人工授精 (回) <input type="checkbox"/> 手術療法 (手術方法) <input type="checkbox"/> その他 ()		
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	一般不妊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 一般不妊治療 (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。