

天塩町不育治療医療機関等証明書

下記の者については、次のとおり不育症に関する検査・治療(又はその調剤)を実施し、これに係る医療(調剤)費〔本人負担額〕を徴収したことを証明します。

平成 年 月 日

医療機関の名称
所在地
主治医氏名

印

医療機関記入欄

フリガナ		生年 月日	年 月 日 (歳)	
受診者氏名				
治療した期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日			
検査・治療の内容	検査(検査名:) 薬物療法(内服・注射)薬剤名() 手術() その他()			
院外処方の有無	有 り 無 し			
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分		薬局徴収分
		保険診療分		保険診療以外の 本人負担額
		医療費総額	本人負担額	
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	合計	円	円	円
	〔今回の治療にかかった本人負担金額の合計〕			
領収金額 _____ 円(上記本人負担額 ~ の合計額となります。)				

- 注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 は該当項目をチェックしてください。
 3 院外処方の有無が「有り」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」に薬局の領収書から本人負担額を転記してください。
 4 文書料、食事療養費標準負担額、個室料等の直接的な治療費ではない費用は含まないでください。