

箕輪町不妊治療費助成事業医療費等証明書

年 月 日

医療機関 所在地
 (調剤薬局) 名称
 代表者署名又は記名押印
 電話番号

下記のとおり不妊治療を実施し、これに係る医療費を領収したことを証明します。

1 受診者

氏名	申請者	配偶者（パートナー）
生年月日	年 月 日	年 月 日
治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	
治療内容	タイミング法・人工授精・体外受精・顕微授精・男性不妊の手術（該当に○）	

2 領収済金額内訳

治療年月	領収済患者負担額		公費等適用確認
	保険適用分	保険適用と併用した 先進医療分	限度額適用認定証や福祉医療受給者証の提示があった場合は <input checked="" type="checkbox"/>
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
年 月分	円	円	<input type="checkbox"/> 限度額認定証 <input type="checkbox"/> 福祉医療
合計	円	円	

- ・必ず夫婦両方の氏名を記載してください。
- ・この証明書は、医療機関ごと薬局ごとに必要です。
- ・同一の医療機関で男性不妊治療を行った場合は、夫婦合算した金額を記入してください。