

箕輪町不妊治療費助成事業医療費等証明書

年 月 日

保険医療機関等

住 所

名 称

代 表 者

印

年度における不妊治療に係る医療費等の本人負担額を下記のとおり領収したことを証明します。

1 受診者

夫の氏名		生年月日	年 月 日
妻の氏名		生年月日	年 月 日

2 領収金額

(単位 円)

受 診 等 月	保 険 適 用 外 医 療 費 本 人 支 払 額
4月	
5月	
6月	
7月	
8月	
9月	
10月	
11月	
12月	
1月	
2月	
3月	
合 計	

この証明書は、医療機関ごと、薬局ごとに必要です。

この証明書は、長野県不妊治療費助成事業受診等証明書の写しをもって替えることができます。

(添付書類)

- 1 長野県不妊治療費助成金交付決定通知書の写し