

諸塚村不妊治療費等助成事業受診証明書(薬剤分)

下記の者については、次のとおり不妊治療に係る薬剤について、医療機関の処方箋により調剤し、これにかかる薬剤費を徴収したことを証明します。

令和 年 月 日

医療機関または保険
薬局名称
所在地

代表者氏名
電話番号

フリガナ 受診者氏名	夫		妻	
今回の治療内容	一般不妊治療		特定不妊治療	
今回の治療期間	令和 年 月 日 ~		令和 年 月 日	
一般不妊治療の内にかかる	診療月	保険診療分本人負担額	保険診療以外の本人負担額	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	合計	円	円	

- * 当該患者に関して行った、一般不妊治療にかかる費用のみご記入ください。
- * 文書料等の治療に直接的に関係のない費用は対象外となります。

特定不妊治療の内にかかる	診療月	保険診療分本人負担額	保険診療以外の本人負担額	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	年 月	円	円	
	合計	円	円	

- * 当該患者に関して行った、特定不妊治療にかかる費用のみご記入ください。
- * 文書料等の治療に直接的に関係のない費用は対象外となります。

不育症治療にかかる 本人負担額の内訳	診療月		保険診療分本人負担額	保険診療以外の本人負担額
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	年	月	円	円
	合計		円	円

* 当該患者に関して行った、特定不妊治療にかかる費用のみご記入ください。

* 文書料等の治療に直接的に関係のない費用は対象外となります。