

様式第 2 号（第 6 条関係）

矢掛町不育治療助成事業受診証明書

下記の者について，不育治療を実施し，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

医療機関の所在地

医療機関の名称

（生殖医療専門医）

主治医氏名

印

|                        |                                       |  |         |
|------------------------|---------------------------------------|--|---------|
| 補助事業対象者                | 氏 名                                   |  | 生 年 月 日 |
|                        | 夫                                     |  | 年 月 日   |
|                        | 妻                                     |  | 年 月 日   |
| 不 育 治 療 を<br>必要とした理由   |                                       |  |         |
| 主な治療内容                 |                                       |  |         |
| 今回の治療期間                | 年 月 日 ～ 年 月 日                         |  |         |
| 領 収 金 額<br>（ 治 療 費 等 ） | 金 _____ 円<br>領収年月日 年 月 日 ～ 年 月 日<br>日 |  |         |

（注）「領収金額」欄には，不育治療に関する治療費及び検査料のうち医療保険適用外の自己負担額（入院時の差額ベッド代又は食事代等直接医療に関係ないものを除く。）を記入してください。

