

邑楽町不育症治療費助成金認定証明書

次の事項について証明をお願いいたします。

医療機関記入欄	受診者氏名	夫		妻	
	受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)
	診療期間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	主な治療内容と経過				
	a 保険診療負担額	円	c 負担額合計 (a + b)		円
	b 保険診療適用外負担額	円			
	紹介先医療機関 (①参照)				
	上記のとおり証明します。 (医療機関名称・住所・主治医氏名) 年 月 日 <div style="text-align: right;">㊞</div>				
保険薬局記入欄	d 保険診療負担額	円	f 負担額合計 (d + e)		円
	e 保険診療適用外負担額	円			
	上記のとおり証明します。 (保険薬局名称・住所・薬剤師氏名) 年 月 日 <div style="text-align: right;">㊞</div>				

- ①紹介先医療機関は、不育症の診断をした医師と異なる医師が不育症治療を実施する場合のみご記入ください。
- ②一回の不育症治療に要した費用のみを、医療機関と保険薬局それぞれに証明していただきます。
- ③文書作成料、入院時差額ベッド代、食事代、妊婦健診等治療に直接関係のない費用は、助成対象外です。