

邑楽町不妊治療費助成金認定証明書

申請者記入欄	受診者氏名	夫		妻	
	受診者生年月日		年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)

上記夫婦の次の事項について証明します。

医療機関記入欄	診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日
	診断名	
	治療内容	
	保険診療適用外負担額	円
	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	(印)
薬局記入欄	保険診療適用外負担額	円 ※医師が処方したものに限る
	上記のとおり証明します。 (薬局名称・住所・薬剤師氏名)	
	年 月 日	(印)

*不妊治療に要した保険適用外の費用のみを、医療機関と薬局別々に証明してください。
夫婦合算額をご記入ください。

*文書作成料、入院時差額ベッド代、食事代等治療に直接関係のない費用は、助成対象外です。