

様式第2号（第4条関係）

沼田市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(ふりがな) 氏 名		(生年月日)
			年 月 日生
			年 月 日生
	住所	〒 電話 ()	

* 上記の者について、下記のとおり不育症治療を実施するとともに医療費を領収したことを証明します。

主治医 記入欄	診療開始日	年 月 日	診断名	
	診療期間	年 月 日から 年 月 日		
	主治医 氏名			
				年 月 日
				印

医療機関 保険薬局 記入欄	診療額	(1)保険診療総点数 点・被保険者負担額	円
		(2)保険診療適用外負担額	円
		(3)受診者からの領収額(1)+(2)	円
	医療機関・保険薬局 の住所・氏名又は名称		年 月 日

* 申請年度(4月1日から翌年3月31日)内の不育症治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。

沼田市不育症治療費助成事業医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(ふりがな) 氏 名		(生年月日)
			年 月 日生
			年 月 日生
	住所	〒 電話 ()	

* ★診療開始日は申請年度以前でも可能です。
 ★4月1日から翌年3月31日です。
 ★下記の診療額に対応する診療に要した期間です。

主治医 記入欄	診療開始日	年 月 日	診断名
	診療期間	年 月 日から 年 月 日	
	主治医 氏名		

医療機関 保険薬局 記入欄	(1)保険診療総点数 点・被保険者負担額 円	
	診療額	(2)保険診療適用外負担額 円
	(3)受診者からの領収額(1)+(2) 円	
	医療機関・保険薬局の住所・氏名又は名称	

* 申請年度(4月1日～3月31日)に診療を受けた医療機関と保険薬局をそれぞれ記入してください。
 ★複数の医療機関、薬局で証明する場合は証明書をコピーして使ってください。
 ただし、医療機関でまとめて記入できる場合は、各医療機関や薬局の金額の区分が分かるように(2段等)記入してください。