

川越町不育症治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください。）

受診者	(ふりがな) 氏名	夫	()	妻	()
	生年月日	年 月 日 (歳)		年 月 日 (歳)	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日				
不育治療の理由					
主な治療内容					
領収金額	今回の治療にかかった金額合計（※保険適用外の自己負担額） 領収金額 円				

※ 領収金額の欄に記入する額は、不育治療に係る治療費及び検査料とし、入院時の差額ベッド代、食事代、文書料等の費用は含まないものとする。