

様式第3号(第5条関係)

信濃町不妊及び不育症治療費助成事業医療費等証明書

年 月 日

信濃町長 様

医療機関

住所

名称

不妊及び不育症治療にかかる医療費等の本人負担額を、下記のとおり領収したことを証明します。

【医療機関証明】

受診年月	夫の氏名		妻の氏名		
	患者負担額(領収額)		患者負担額(領収額)		
	保険診療分	自費診療分	保険診療分	自費診療分	先進医療分
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
年 月	円	円	円	円	円
合計	円		円		

※入院食事療養費、差額ベット代、文書料等直接治療に関係ない費用は対象外です。

[注意事項]

- 1 医療機関発行の領収書がない場合は、この用紙を医療機関の窓口へ提出して証明を受けてください。
- 2 証明料は有料です。証明料は助成対象になりません。