

境港市不育症治療等助成金に係る証明書

次の者について、境港市不育症治療等助成金の対象となる検査及び治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

特定医療機関の住所

名称

代表者名

印

主治医氏名

印

（署名または記名押印）

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

(ふりがな) 受診者氏名	夫	( ) ( )	妻	( ) ( )
受診者生年月日※1		年 月 日 ( ) 歳)		年 月 日 ( ) 歳)
助成対象となる 治療期間 ※2	年 月 日 ~ 年 月 日			
領収年月日	年 月 日 ~ 年 月 日			
検査・治療を必要 とした理由				
不育症検査に 要した金額の合計	領収金額 円（うち保険診療分の本人負担額 円）			
不育症治療に 要した金額の合計	領収金額 円（うち保険診療分の本人負担額 円）			
検査・治療内容	検査内容		治療内容	
	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )
	<input type="checkbox"/>	( )	<input type="checkbox"/>	( )

※ 領収金額欄には、貴医療機関において実施した不育検査・治療に係る費用の患者本人負担額を記入し、患者本人負担額のうち、保険診療分の患者本人負担額を併せて記入してください。