

様式第2号（第6条関係）

不育症治療費助成事業医療機関受診証明書

1 申請者記入欄

フリガナ		生年月日	年 月 日
治療を受けた者の氏名			
フリガナ		生年月日	年 月 日
配偶者氏名			
住所	〒 安中市 電話番号		
住所（2） ※単身赴任等により夫婦 の住所が異なる場合	〒 （夫・妻） 電話番号		

2 主治医記入欄

診断名			
診療期間	年 月 日から 年 月 日まで		
上記のとおり不育症治療を実施したことを証明します。 年 月 日 主治医氏名			

3 医療機関記入欄（医療費）

保険診療総点数	点	被保険者負担額（A）	円
保険診療適用外負担額（B）		円	
受診者からの領収額の合計（A+B）		円	
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関の住所及び名称			

4 保険薬局記入欄（薬剤費）

保険診療総点数	点	被保険者負担額（A）	円
保険診療適用外負担額（B）		円	
受診者からの領収額の合計（A+B）		円	
上記のとおり証明します。 年 月 日 保険薬局の住所及び名称			

※申請年度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を別にして記入してください。