

不育症治療医療機関受診等証明書

砺波市長 あて

医療機関等 住所 診療科等名称
名称
電話 医師名 印

次のとおり不育症検査・治療を実施し、これにかかる費用を徴収したことを証明します。

Form with fields for patient name, sex, birth date, treatment period, and specific medical procedures performed.

当該治療に係る本人負担金額

Table with columns for period, insurance treatment points, personal burden amount, and non-insurance treatment personal burden amount.

- 1 不育症の検査及び治療に要した費用のみ記入ください。
2 入院時の差額ベッド代、食事療養費又は文書料等治療に直接関係のない費用は含まないでください。
3 月分の記入を省略し合計のみ記入する場合は、省略部分を斜線で消してください。