

様式第3号(第6条関係)

(その2)

白石町不妊治療費助成事業に係る受診等証明書

下記の者については、先進医療として告示された生殖補助医療を実施し、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

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(主治医が記入すること)

当医療機関は、保険適用となっている生殖補助医療に関する検査・治療について、保険診療で実施している。

(ふりがな)	夫	( )	妻	( )
受診者氏名		年 月 日( 歳)		年 月 日( 歳)
受診者生年月日				
治療名				
治療日	年 月 日		年 月 日	
領収金額	今回の検査・治療にかかった金額合計(先進医療部分に限る)			
	領収金額		円	

(令和4年4月1日以降治療開始・先進医療分)