

様式第4号(第6条関係)

## 不育治療費助成金医療機関受診証明書

申請者記入欄	フリガナ		年 月 日生
	治療者氏名		
	フリガナ		年 月 日生
配偶者氏名			
	住 所	〒 伊勢崎市	連絡先電話番号

※ 上記申請者について、下記事項の証明をお願いします。

主治医記入欄	診 療 開 始 日	年 月 日	診 断 名	
	診 療 期 間 (年度内に限る)	年 月 日 ~ 年 月 日		
	上記診療期間内の治療として、次の○印を付した不育治療を実施しました。 1. 検査 ( )      2. 薬物治療 ( 内服 ・ 注射 ) 3. その他の不育症治療 ( )  上記のとおり証明します。 年 月 日  主治医氏名 (印)			
医療機関記入欄		保険薬局記入欄 (上記診療期間内に左記医療機関が処方したものに限り)		
医療費	A:被保険者負担額	A:被保険者負担額		
	B:保険診療適用外負担額	薬 剤 費	B:保険診療適用外負担額	
	C:受診者からの領収額合計(A+B)	C:受診者からの領収額合計(A+B)		
上記のとおり証明します。 年 月 日 医療機関の住所・氏名又は名称 (印)		上記のとおり証明します。 年 月 日 保険薬局の住所・氏名又は名称 (印)		

※ 診療期間は、年度内(4月1日から翌年の3月31日まで)の日付を記入してください。