

様式第2号（第6条関係）

大東市不育検査費・不育治療費助成金に係る受診等証明書

下記の者については、次のとおり不育検査・不育治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費〔本人負担額〕を領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

記

医療機関記入欄（主治医がご記入ください。）

氏名	夫		妻	
生年月日				
貴医療機関における治療開始年月日				
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
当該患者が、今回行った不育検査又は不育治療について記入してください。				
院外処方の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
本人負担額の内訳	区分	医療機関徴収分	薬局徴収分	本負担額合計
		保険診療以外の本人負担額	保険診療以外の本人負担額	
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
	年 月分			
〔今回の治療でかかった合計金額〕徴収金額				円

※ 文書料、食事料、個室料等の直接的な治療費でない費用は含まないでください。