

様式第2号（第5条関係）

駒ヶ根市ほほえみ支援事業医療費等証明書

年 月 日

保険医療機関等

所 在

名 称

代表者

印

年度において、下記の者に不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり領収したことを証明します。

記

医療機関等記入欄

(ふりがな) 受診者氏名	夫		妻	
今回の治療方法	一般不妊治療 体外受精 顕微授精 (該当に○)			
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日			

領収金額

受診等月	保険診療一部負担金額	保険適用外医療費自己負担額
4月		
5月		
6月		
7月		
8月		
9月		
10月		
11月		
12月		
1月		
2月		
3月		
合計		

(備考) この証明書は、医療機関ごと、薬局ごとに必要です。