

様式第3号（第4条関係）

木島平村不妊及び不育症治療費助成事業医療費等証明書

年 月 日

木島平村長 様

医療機関等 住 所
名 称
代表者

印

年度における不妊及び不育症治療に係る医療費等の本人負担額を下記のとおり領収したことを証明します。

記

1 受診者等

住 所	
氏 名	
病 名	
今年度不妊及び 不育症治療期間	年 月 日 から 年 月 日ま で
医療費（薬剤費）の うち自己負担額	円

2 領収金額

治療年月	保険適用内外医療費自己負担額	備 考
年 4月	円	
年 5月	円	
年 6月	円	
年 7月	円	
年 8月	円	
年 9月	円	
年 10月	円	
年 11月	円	
年 12月	円	
年 1月	円	
年 2月	円	
年 3月	円	
合 計	円	

- 1) この証明書は医療機関、保険薬局ごとに必要です。
- 2) 未収金や文書料金等不妊及び不育症治療と認められないものは助成対象から除かれます。