

医療機関及び保険薬局証明書

医療機関及び保険薬局証明欄

患者氏名	
医療機関での不妊・不育症 治療開始年月日	年 年 日
申請年度に不妊・不育症 治療に要した期間	年 月 日から 年 月 日まで
病名：	※1 医療費（薬剤費）のうち自己負担額 円
【証明欄】	年 月 日 医療機関・保険薬局 住所 氏名又は名称

※申請年度（4月1日～3月31日）内に不妊・不育症治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し証明してください。

※治療費（薬剤費）は、不妊・不育症治療に関する治療費、検査料及び医薬品代をいいます。入院時の差額ベッド代、食事代、未収金や文書料等治療と認められないものは含めないでください。

自己負担額の内訳（医療機関証明欄）

治療年月	不妊治療に係る 自己負担額		不育症治療に係る 自己負担額		※ 池田町記入欄 町の審査後の確定額	
	保険適用	保険外	保険適用	保険外	不妊治療	不育症治療
年 4月						
5月						
6月						
7月						
8月						
9月						
10月						
11月						
12月						
年 1月						
2月						
3月						
合計	円	円	円	円	① 円	② 円

上記の自己負担額の領収書（原本）を申請時に必ず提出してください。なお、提出できない方は、領収書の原本とそのコピーをお持ちください。