　　坂城町不妊・不育症治療費助成事業医療費等証明書

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 患　者　氏　名 | | （夫）  （妻） | | | |
| 申請年度の不妊・不育症　　治　　療　　期　　間 | | 令和　　年　　月　　日　から令和　　年　　月　　日 | | | |
| 不妊・不育症治療の内容 | | （保険薬局は、処方せんを出した病院・医師名を記入ください） | | | |
| * 上記患者の申請年度（４月１日から翌年３月31日まで）内の不妊・不育症治療に要した費用をご記入ください。 | | | | | |
| 不妊・不育症治療費の自己負担額 | | | | | |
| 治療年月 | 長野県不妊治療（先進医療）費用  助成事業  自己負担額 | | その他の治療分  自己負担額 | |  |
| 保険適用外 | | 保険適用外 | 保険適用分 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 年　　月 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 合　　計 | 円 | | 円 | 円 |  |
| 不妊・不育症治療に係る費用の自己負担額について、上記のとおり証明します。  令和　　年　　月　　日  医療機関・保険薬局　住所  　　　　　　　　　　　　　　　　医師氏名又は名称　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | |

医療機関と保険薬局別々に記入し証明してください。