

様式第3号  
(第4条関係)

山ノ内町不妊及び不育症治療補助事業医療費等証明書

年 月 日

山ノ内町長 様

医療機関

住 所  
名 称  
主治医

印

平成 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 受診者等本人

住 所	山ノ内町
氏 名	

2 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 本 人 支 払 額
	入 院	入 院 外	
4月	円	円	円
5月	円	円	円
6月	円	円	円
7月	円	円	円
8月	円	円	円
9月	円	円	円
10月	円	円	円
11月	円	円	円
12月	円	円	円
1月	円	円	円
2月	円	円	円
3月	円	円	円
計	円	円	円
合計			円

※ この証明書は、医療機関、薬局ごとに必要です。