

(様式2号)

佐賀県不育症治療支援事業に係る受診等証明書

下記の者については不育症に該当すると認め、検査・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。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

医療機関記入欄(主治医が記入すること)

	夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名	()	()
受診者生年月日	年 月 日(歳)	年 月 日(歳)
今回の治療方法	※ 裏面実施項目に○記載(必須)	
今回の治療期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ※ 検査開始から出産まで、もしくは主治医が検査・治療を終了したと判断した日 ※ 治療費のみの申請の場合は治療開始から出産まで、もしくは主治医が治療を終了したと判断した日	
今回の検査・治療に係る他医療機関への依頼及び院外処方投薬の有無	無・有 → 医療機関・薬局名 ()	
今回の検査・治療にかかった金額合計(保険診療内外を問わない)	領収金額 金 円(税込) ※ 医療機関等(紹介医療機関及び院外処方分含む)発行の領収証を添付 ※ 公費負担医療制度等による給付を受けた場合、その給付額を除いた額 ※ 助成対象外検査・治療費が含まれる等により、下記に記載の金額と領収書の額が異なる場合は備考欄にその旨を記載	
備考		

※裏面記載必須→

