

様式第3号（第6条関係）

不妊・不育症治療助成事業医療費等証明書

年 月 日

中野市長

あて

医療機関等

所在地

名称

主治医又は薬剤師

不妊・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

| | |
|-----|--|
| 住 所 | |
| 氏 名 | |

2 領収金額等

| | 不妊治療 | 不育症治療 |
|-------------------|------------------|------------------|
| 領収期間 | ～ 年 月 日 年 月 日 | ～ 年 月 日 年 月 日 |
| 保険診療一部 負担金額 | 円 | 円 |
| 保険適用外医療費 本人負担額 | 円 | 円 |
| 領収金額合計 | 円 | 円 |

※ この証明書は、医療機関又は薬局ごとに必要です。