

天理市一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、次のとおり一般不妊治療（又はその調剤）を実施し、これに係る医療（調剤）費（本人負担額）を徴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

印

医療機関記入欄（主治医が御記入ください。）

[illegible]

注 | 文書料、食事療養費標準負担額、個室料及び容器代等の直接治療費に関係のない費用は、含まないでください。

2 院外処方の有無が「有」の場合、「本人負担額の内訳」欄の「薬局徴収分」欄へ薬局の領収書から本人負担額を転記してください。

3 夫婦の治療費合算の合計額をご記入ください。