

## 様式第2号

## 小矢部市不妊治療費助成金事業受診等証明書

年 月 日

(宛先) 小矢部市長

医療機関 (院外処方調剤薬局)

名 称

所在地

代表者名

(自署でない場合は、記名押印)

下記の者について、不妊治療に係る費用を次のとおり領収したことを証明します。

## 記

受診者	氏名				
	住所	小矢部市			
診療(処方)期間	年 月 日から	年 月 日まで			
妊娠反応の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認	〔 院外処方調剤薬局の場合は、記載不要 〕			
診療(処方)額	保険診療分		保険診療外		
	診療点数	本人負担額	本人負担額		
年 月分	点	円	円		
年 月分	点	円	円		
年 月分	点	円	円		
年 月分	点	円	円		
年 月分	点	円	円		
年 月分	点	円	円		
年 月分	点	円	円		
年 月分	点	円	円		
年 月分	点	円	円		
年 月分	点	円	円		
合計		円	円		

備考 この証明書は、受診者の異なるごとに作成すること。