様式第2号（第7条関係）

氷川町生殖補助医療費等助成事業医療証明書

　　　　　　　　　　 　年　　月　　日

氷川町長　藤本　一臣　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　　（医療機関）

　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

下記の者については、次のとおり生殖補助医療を実施し、これに係る治療費等を領収したことを証明します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ※太枠以外医療機関記入 | 氏名 | 生年月日 |
| 夫 | ふりがな | 年　月　日 |
|  |
| 妻 | ふりがな | 年　月　日 |
|  |
| 実施状況 | 治療を行った期間  　　　　年　　月　　日 ～　　　　年　　月　　日 | |
| （　　）年度分  本人負担額の内訳  （保険適用の治療費のみ） | 区分（診療月） | 実費負担額※ |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |
| 年　　　月分 | 円 |

※生殖補助医療のための治療以外の費用は含めない。