

様式第3号(第6条関係)

三木町不育症治療費助成事業申請額(自己負担額)証明書

年 月 日

医療機関の
名称及び所在地
主治医氏名
(署名又は記名押印)

印

下記の者について、不育症治療のため実施したヘパリン療法の治療(処方)費用として、自己負担額を次のとおり領収したことを証明します。

(ふりがな) 受診者氏名		()		生年月日	年 月 日
治療(処方)年月日		年 月 日 ~ 年 月 日			
本人負担額の内訳	区分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担(領収)額	
		診療点数	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	
	合計	点	円	円	

注1) 助成の対象となる自己負担額は、ヘパリン療法及びこの療法を継続するために必要な治療(処方)費用です。不育症検査の費用、ヘパリン療法以外の治療(処方)費用、ヘパリン療法と併用する薬剤投与の費用などは、含めないでください。また、入院時の差額ベッド代、食事代、文書料など直接治療に関係のない費用も含めないでください。

注2) この証明書は、治療、処方を受けた医療機関、調剤薬局ごとに別々に作成してください。