

様式第2号（第5条関係）

年度 自己負担支払証明書（医療機関用）

【申請者の方が記入してください】

保険者番号		国・国組・社・健・共
保険者名称		
住 所	埼玉県比企郡ときがわ町大字	
氏 名		

【医療機関の方が記入してください】

上記の方の受診内容				
治療開始年月日		年 月 日		
今回の治療開始		年 月 日 ~ 年 月 日		
治療内容	不妊治療	人工授精・体外受精・顕微授精・その他		
	男性不妊治療	行った手術療法を記載してください。 ()		
本人負担額	区 分	保険診療分		保険診療以外の
		医療費総額	本人負担額①	本人負担額②
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
	年 月分	円	円	円
合 計 ①+②		円		
以上のとおり、証明します。 <div style="text-align: right;">年 月 日</div> 医療機関 住 所 名 称 電 話 <div style="text-align: right;">印</div>				

(注1)・・・この証明は不妊検査及び治療にのみ適用となります。
 入院についてはベッド差額・食費等の雑費を除きます。

(注2)・・・この証明は、医療機関ごとに記入ください。