

綾川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

綾川町長 様

医療機関等の
 名称及び所在地
 証明者職氏名
 照会先電話番号

㊟

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、自己負担額を次の通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
	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、文書量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。