

様式第3号（第4条関係）

野沢温泉村不妊及び不育症治療費助成事業医療費等証明書

（提出先）
野沢温泉村長

年 月 日

医療機関

住 所

名 称

主 治 医

㊞

平成 年度における不妊及び不育症治療に係る医療費等の本人負担額を、下記のとおり領収したことを証明します。

記

1 受診者等本人

住 所	野沢温泉村大字
氏 名	

2 領収金額

受 診 等 月	保険診療一部負担金額		保険適用外医療費 本人支払額
	入 院	入 院 外	
4月	円	円	円
5月	円	円	円
6月	円	円	円
7月	円	円	円
8月	円	円	円
9月	円	円	円
10月	円	円	円
11月	円	円	円
12月	円	円	円
1月	円	円	円
2月	円	円	円
3月	円	円	円
計	円	円	円
合計			円

※ この証明書は、医療機関、薬局ごとに必要です。