

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兼明細書

（提出先）

年 月 日

野沢温泉村長 宛

医療機関

住 所

名 称

主 治 医

㊞

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（領収の証明は太枠のみ記入願います）※1

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 (B)	合 計 (A) + (B)
	本人支払額	算定額 (A) ※2		
4月	円	円	円	円
5月	円	円	円	円
6月	円	円	円	円
7月	円	円	円	円
8月	円	円	円	円
9月	円	円	円	円
10月	円	円	円	円
11月	円	円	円	円
12月	円	円	円	円
1月	円	円	円	円
2月	円	円	円	円
3月	円	円	円	円
計	円	円	円	(C)※3 円

※1 この証明書は、医療機関、薬局ごとに必要です。

※2 算定額(A)は本人支払額と80,000円を比較し、いずれか少ない額を記載。

※3 (C)の額と300,000円を比較し、いずれか少ない額を様式第1号へ記載。