

西郷村不妊治療費領収金額明細書（保険診療用）

年 月 日

西郷村長

所在地
名称
主治医氏名
電話番号

様の不妊治療に係る領収金額は下記のとおりです。

記

診療月	自己負担額
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
年 月	円
合計	円

※自己負担額に食事療養標準負担額、個室料、文書料、処方箋によらない医薬品等の費用は含めないでください。

※令和4年4月以降の受診分からご記入ください。

※医療機関発行の明細書（レセプトコンピュータ等による明細書）に代えることができます。