

第2号様式（第6条関係）

館山市がん・生殖医療治療費助成事業医療機関受診証明書

| | | | |
|--------|------|---|--------|
| 申請者記入欄 | 住所 | 〒 | 電話番号 |
| | フリガナ | | 生年月日 |
| | 氏名 | | 年 月 日生 |

※ 申請者について下記事項の証明をお願いします。

| | | | | |
|--------|--|--------|-------|--|
| 主治医記入欄 | 診療開始日 | 年 月 日 | 診断名 | |
| | 診療期間 | 年 月 日～ | 年 月 日 | |
| | 上記のとおり「小児，思春期・若年がん患者の妊孕性温存に関する診療ガイドライン 2017年版」に沿ってがん・生殖医療に係る治療を実施しました。 年 月 日 主治医氏名 _____ (印) | | | |

| 医療機関記入欄 | | 保険薬局記入欄 | |
|--|---------------------|--|---------------------|
| 医療費 | 保険診療総点数 _____点 | 薬剤費 | 保険診療総点数 _____点 |
| | A：被保険者負担額 _____円 | | A：被保険者負担額 _____円 |
| | B：保険診療適用外負担額 _____円 | | B：保険診療適用外負担額 _____円 |
| C：受診者からの領収額合計(A+B) _____円 | | C：受診者からの領収額合計(A+B) _____円 | |
| 上記のとおり、証明します。 年 月 日 医療機関の所在地、名称又は氏名 (印) | | 上記のとおり、証明します。 年 月 日 保険薬局の所在地、名称又は氏名 (印) | |

※ 申請年度（4月1日から翌年3月31日）内のがん・生殖医療に係る治療に要した費用のみを医療機関と保険薬局別々に記入し、証明してください。

※ 申請者をご記入ください。

がん・生殖医療に係る治療費のうち自己負担額（内訳）

| 治療年月 | 自己負担額 | 備考 |
|-------|-------|----|
| 年 4 月 | 円 | |
| 5 月 | 円 | |
| 6 月 | 円 | |
| 7 月 | 円 | |
| 8 月 | 円 | |
| 9 月 | 円 | |
| 10 月 | 円 | |
| 11 月 | 円 | |
| 12 月 | 円 | |
| 年 1 月 | 円 | |
| 2 月 | 円 | |
| 3 月 | 円 | |
| 合計 | 円 | |