

第3号様式（第6条関係）

妊よう性温存治療連携機関の領収金額内訳証明書

年 月 日

（宛先） 富士市長

医療機関 所在地

名称

主治医氏名

（氏名を自書しない場合は、記名押印すること。）

次のとおり妊よう性温存療法実施医療機関の依頼に基づく妊よう性温存療法の一部を行い、治療費を徴収したことを証明します。

受診者	(ふりがな) 氏名	生年月日	年 月 日
	住所		
妊よう性温存療法を受ける患者の紹介元となる 妊よう性温存療法実施医療機関名と当該医師名		医療機関の名称（ 妊よう性温存療法主治医の氏名 （ ）	
領収金額合計		円（内訳は下記のとおり）	
領収金額内訳	項目	費用	
		円	
		円	
		円	
		円	
		円	
治療期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
備考			

領収金額に関する問合せ先

担当部署名	
担当者氏名	
電話番号	