

中之条町不妊治療費助成事業 医療機関受診証明書

申請者 記入欄	(フリガナ) 氏 名		生 年 月 日
	夫	()	年 月 日 生
	妻	()	年 月 日 生
	住 所	〒 電話 ()	

上記の者について、下記の○印の不妊治療等を実施するとともに医療費を領収したことを証明します。

主治医 記入欄	診療開始日	年 月 日	診 断 名	
	診療期間	年 月 日 から 年 月 日		
	診療額	(1) 保険診療総点数 点 ・ 被保険者負担額		円
		(2) 保険診療適用外負担額		円
		(3) 受診者からの領収額 (1) + (2)		円
	治療期間内に実施した治療内容 1. 診察 2. 検査 3. ホルモン治療 4. 人工授精 5. 体外受精 6. 顕微授精 7. 不育症 8. その他 年 月 日 医療機関の所在地・名称・主治医氏名 電話 ()			
	保険薬局 記入欄	診療額	(1) 保険診療総点数 点 ・ 被保険者負担額	
(2) 保険診療適用外負担額			円	
(3) 受診者からの領収額 (1) + (2)			円	
保険薬局の住所・氏名又は名称 年 月 日 電話 ()				

* 申請年度(4月1日から翌年3月31日)内の不妊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。

* 特定不妊治療（体外受精または顕微授精）、不育症治療が含まれる場合は裏面内訳の記入をお願いします。

裏面 * 特定不妊治療、不育症治療が含まれる場合に記入をしてください。

不妊治療に要する費用の自己負担額の内訳

- ※治療の種類の内訳
- 1 その他医師が認めた不妊治療
 - 2 体外受精及び顕微授精（特定不妊治療）
 - 3 不育症治療

治療年月	医療機関領収金額	治療の種類※	保険薬局領収金額	備考
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
年 月	円	1・2・3	円	
合 計	円		円	

上記の自己負担額のうち、未収金や文書料金等不妊治療と認められない項目は対象外です。