

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関 所在地
(調剤薬局)

名 称
代 表 者
電 話 番 号

㊟

受診者(夫)氏名		受診者(妻)氏名			
貴医療機関における不妊治療開始年月日		年 月 日			
年度における診療期間(4月1日～3月31日)		年 月 日～ 年 月 日			
医療保険適用自己負担額内訳	区分	夫		妻	
		診療点数	自己負担額	診療点数	自己負担額
	年 4 月分	点	円	点	円
	年 5 月分	点	円	点	円
	年 6 月分	点	円	点	円
	年 7 月分	点	円	点	円
	年 8 月分	点	円	点	円
	年 9 月分	点	円	点	円
	年 10 月分	点	円	点	円
	年 11 月分	点	円	点	円
	年 12 月分	点	円	点	円
	年 1 月分	点	円	点	円
	年 2 月分	点	円	点	円
年 3 月分	点	円	点	円	
医療保険適用		診療点数合計	点	自己負担額 計	円
医療保険適用外		人工授精実施回数	回	自己負担額 計	円
		体外受精実施回数	回	自己負担額 計	円
		顕微授精実施回数	回		
備考：薬局の証明の場合は、診療点数欄の記入は不要です。				自己負担額合計	円