

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

印

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	
自己負担額内訳	区分	保険診療分		保険外医療費分(自己負担額)			
		診療点数	自己負担額				
	年4月分	点	円	円			
	年5月分	点	円	円			
	年6月分	点	円	円			
	年7月分	点	円	円			
	年8月分	点	円	円			
	年9月分	点	円	円			
	年10月分	点	円	円			
	年11月分	点	円	円			
	年12月分	点	円	円			
	年1月分	点	円	円			
	年2月分	点	円	円			
	年3月分	点	円	円			
合 計	点	円	円				
						自己負担額合計 円	
上記内訳 治療内容	<input type="checkbox"/>	不妊治療 (治療の一環によるものに限る)	<input type="checkbox"/>	人工授精 (回数	回)		
	<input type="checkbox"/>	ホルモン療法	<input type="checkbox"/>	体外受精 (回数	回)		
	<input type="checkbox"/>	排卵誘発法	<input type="checkbox"/>	顕微授精 (回数	回)		
	<input type="checkbox"/>	タイミング法					
	<input type="checkbox"/>	薬物療法					
	<input type="checkbox"/>	手術法					