

不育治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、不育症治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり徴収したことを証明します。

年 月 日

医療機関の名称及び所在地

主治医氏名

印

医療機関記入欄（主治医が記入してください）

受診者	ふりがな			生年月日	年 月 日生（満 歳）		
	氏 名						
	住 所	〒 -		電話番号 ()			
不育治療初回受診日		年 月 日（ 歳）		※過去に不育治療を受けた場合は記入してください。			
今回の治療期間		年 月 日 ~		年 月 日			
判定日		年 月 日		過去に流産した回数		回	
不育治療の理由							
主な治療内容							
本人負担（領収）金額 <small>※入院時の室料差額、食事料、通院に要する交通費、文書手数料を除く。</small>		今回の治療にかかった金額合計（※保険適用外診療分）				円	
						（内院外処方 円）	
院外処方の有無		有 ・ 無		※「院外処方の有無」が「有」の場合は、助成の対象となりますが、別に薬局にて本証明書の発行を受けていただくこととなります。医療機関において受ける検査及び治療に係る費用だけで、助成額の上限を超過する場合は、薬局の証明は必要ありません。			

※ 添付書類 今回の治療にかかる医療機関発行の領収書（裏面添付又は別途）