

一般不妊治療費助成事業受診等証明書

下記のとおり、一般不妊症治療を実施し、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	
	氏名			年 月 日生 (歳)
	住所	〒 - 電話番号 ()		
一般不妊治療初回受診日		年 月 日 (歳) ※過去に一般不妊治療を受けた場合記入してください。		
今回の治療期間		年 月 日 ~ 年 月 日		
判定日		年 月 日		
不妊治療の理由				
主な治療内容 <small>※保険適用外の治療は人工授精及びそれにかかる検査等とします。</small>		<input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 検査（検査名： <input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 手術療法（方法：) <input type="checkbox"/> その他 ()		
本人負担（領収）金額 <small>※入院時の室料差額、食料、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） <div style="text-align: right;">円</div> <div style="text-align: right;">(内院外処方 円)</div>		
院外処方の有無		有 ・ 無 <small>※「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。</small>		

※ 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）