

不妊治療費等助成事業医療機関等証明書

年 月 日

四 万 十 市 長 様

(医療機関)

住所

名称

代表者

印

電話番号

下記のとおり、不妊治療(一般不妊治療・人工授精)を実施し、治療費を領収したことを証明します。

記

一 般 不 妊 治 療		人 工 授 精	
フリガナ		夫	フリガナ
受診者		夫	受診者
生年月日	年 月 日	夫	生年月日 年 月 日
貴医療機関における不妊治療開始年月日		妻	フリガナ
年 月 日 開始		妻	受診者
病名(不妊症の原因疾患名)		妻	生年月日 年 月 日
		年度において人工授精を行なった期間	
		年 月 日 ~ 年 月 日	
治療の医学的必要性(注1)	有・無	年度において行なった人工授精について記入して下さい。(医療保険適用部分は除く)	
年度における診療期間	年 月 日 ~ 年 月 日	第1回	年 月 日 領収金額 円
保険診療に要した総点数(注2)	点	第2回	年 月 日 領収金額 円
保険診療費被保険者負担合計額	円	第3回	年 月 日 領収金額 円
処方せん交付日(注3)	年 月 日	第4回	年 月 日 領収金額 円
薬剤名(注3)		年度人工授精費用合計領収金額 円	
投薬日数(注3)	日		
特記事項			

注1) 貴医療機関において一般不妊治療を行った期間が2年を超える場合及び他の医療機関において一般不妊治療を行なった期間を含め治療期間が2年間を超える場合に記入してください。

注2) 一般不妊治療のみ保険診療に要した総点数を診療月ごと記入して下さい。(診療月が多い場合は特記事項欄に記入して下さい。)

注3) 処方せんを交付された場合は、処方せんの写しを添付することも可