

仁淀川町不妊治療費等助成事業医療機関等証明書

年 月 日

仁淀川町長 様

医療機関等
所在地：
名称：
代表者氏名：
電話番号：

印

下記のとおり、一般不妊治療・人工授精を実施し本人負担額を領収したことを証明します。

ふりがな 受診者氏名	夫		生年月日	昭和・平成 年 月 日
ふりがな 受診者氏名	妻		生年月日	昭和・平成 年 月 日
貴医療機関における一般不妊治療 ・ 人工授精開始年月日				
年 月 日 ～				
() 年度における診療期間		年 月 日 ～ 年 月 日		
保険診療に要した総点数		点	保険診療分の本人負担額（領収）金額 円	
保険診療以外の治療に係る本人負担（領収）金額			※体外受精及び顕微授精を除く 円	
本人負担額の内訳	区 分	保険診療分		保険診療以外の 本人負担金額
		診療点数	本人負担金額	
	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	
不妊治療の内容	☐ タイミング療法（不妊相談） ☐ 薬物療法（内服・注射） ☐ 手術（ ） ☐ 人工授精 ☐ その他（ ）			
院 外 処 方 の 有 無		☐ 有り ☐ 無し		

※備 考※

1. 一般不妊治療・人工授精に関する費用についてのみご記入ください（体外受精・顕微授精は含まない）。
2. ☐は該当項目をチェックしてください。
3. 入院費、食事代等の治療に直接関係ない費用は含まないでください。
4. 医療機関が発行した受診等証明書の「院外処方の有無」が「有り」の場合は、院外処方に要した費用も対象となります。
（薬局が発行する同証明書の添付が必要です。）