

御宿町不妊治療医療機関等証明書

年 月 日

(あて先)  
御宿町長

医療機関等  
所在地  
名称  
代表者  
電話番号 ( ) 印

下記のとおり不妊治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

記

受 療 者 氏 名		男・女	生年月日	年 月 日
病 名 (不妊症の原因疾患名)		不妊治療 開始年月日		年 月 日
年度における 診 療 期 間	年 月 日 から 年 月 日 まで			
保険診療に要した点数	点	保険診療分本人負担(領収)額		円
人工授精に係る本人負担(領収)額				円
本 人 負 担 額 等 の 内 訳	区 分	保険診療分		人工授精の本人負担金額
		診 療 点 数	負 担 金 額	
	年 月 分	点	円	円
	年 月 分			
	年 月 分			
	年 月 分			
	年 月 分			
	年 月 分			
	年 月 分			
	年 月 分			
	年 月 分			
	不妊治療の内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法（内服・注射） <input type="checkbox"/> 腹腔鏡手術 <input type="checkbox"/> その他の手術（ ） <input type="checkbox"/> 人工授精 <input type="checkbox"/> 体外授精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> 男性不妊の手術 <input type="checkbox"/> 検査（治療の一環によるものに限る） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
妊 娠 の 有 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 未確認 ※薬局の場合は記載不要です。			
特 記 事 項				

※注1 食事代、入院費、本証明書発行料は、助成の対象となりません。  
 2 1年以内の申請が必要です。検査から治療終了までの期間が1年を超える場合は、数回に分けて証明してください。  
 3 院外処方がある場合は、医療機関と薬局それぞれに証明書を作成してください。