

佐川町不妊治療費等助成事業医療機関等証明書

年 月 日

佐川町長様

医療機関等  
所在地  
名称  
代表者氏名  
電話番号

印

下記の者に対し、必要と認める不妊治療を実施し、これに係る治療費を下記のとおり領収したことを証明します。

記

受診者	夫	(ふりがな)		生年月日	昭和・平成	年	月	日
		氏名						
妻		(ふりがな)		生年月日	昭和・平成	年	月	日
		氏名						
一般不妊治療・人工授精	今回の治療期間			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(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		円	
		年 5月分	点	円	円		円	
		年 6月分	点	円	円		円	
		年 7月分	点	円	円		円	
		年 8月分	点	円	円		円	
		年 9月分	点	円	円		円	
		年10月分	点	円	円		円	
		年11月分	点	円	円		円	
年12月分		点	円	円		円		
年 1月分		点	円	円		円		
年 2月分	点	円	円		円			
年 3月分	点	円	円		円			
治療内容	<input type="checkbox"/> タイミング療法(不妊相談) <input type="checkbox"/> 薬物療法(内服・注射) <input type="checkbox"/> 手術療法(手術法 )		<input type="checkbox"/> 人工授精( 回) <input type="checkbox"/> その他( )					
特定不妊治療	今回の治療期間			年 月 日～ 年 月 日				
	領収金額			円				
	治療内容			<input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精				
院外処方の有無		有		無				
妊娠成立の有無		有		無				

備考

- 1 特定不妊治療に関する費用については、県助成事業に準じて記入してください。
- 2 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。
- 3 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。)