

不妊治療費助成事業受診等証明書

下記の者については、不妊治療を実施し、これに係る医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 名称  
所在地  
主治医氏名

医療機関記入欄

区 分		夫	妻
(ふりがな) 受診者氏名		( )	( )
生年月日		年 月 日生 ( 歳)	年 月 日生 ( 歳)
今 回 の 治 療	治療期間	年 月 日～ 年 月 日	
	治療方法	該当項目をチェックしてください。 <input type="checkbox"/> 体外受精 <input type="checkbox"/> 顕微授精 <input type="checkbox"/> その他の生殖補助医療 ( )	
		治療を中断した場合は、その経過について記入してください。	
	妊娠の有無	有 ・ 無 ・ 治療継続中 ・ 未確認	
	治療経費	保険適応分	診療点数
本人負担額			円
保険適応外分		円	