別記様式第２号（第５条関係）

深川市一般不妊治療医療機関受診等証明書

年　　月　　日

深川市長　様

医療機関所在地
名　　称
代表者氏名　　印

下記の通り、不妊に関する検査・治療を実施し、本人負担額を領収したことを証明します。

夫	（フリガナ） 氏名		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
妻	（フリガナ） 氏名		生年月日	年　　月　　日（　　歳）
年度における診療期間			年　　月　　日～　　年　　月　　日	

	区　分	保険診療分		保険診療以外の本人負担金	
		一般不妊治療に該当する費用	一般不妊治療に非該当の費用	一般不妊治療に該当する費用	一般不妊治療に非該当の費用
申請額	3月	円	円	円	円
	4月	円	円	円	円
	5月	円	円	円	円
	6月	円	円	円	円
	7月	円	円	円	円
	8月	円	円	円	円
	9月	円	円	円	円
	10月	円	円	円	円
	11月	円	円	円	円
	12月	円	円	円	円
	1月	円	円	円	円
	2月	円	円	円	円
	合計	円	円	円	円
	文書料	円			

治療・検査の内容	不妊症	□検査名： □タイミング治療（不妊相談）　□排卵誘発法　□薬物療法　□人工授精 □手術療法（方法：　　） □その他　（　　）
	院外処方の有無	□有　　□無

（注）不妊症に関する検査及び治療費用についてのみご記入ください。
（※入院費、食事代等治療に直接関係ない費用は含みません）
院外処方の有無が「有」の場合は院外処方に要した費用も対象となります。その場合、薬局が発行する証明書の添付が必要です。