

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		
申請額	区 分	保険診療分の本人負担金		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
	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
治療・検査の内容	不妊症	<input type="checkbox"/> 検査名： <input type="checkbox"/> タイミング治療（不妊相談） <input type="checkbox"/> 排卵誘発法 <input type="checkbox"/> 薬物療法 <input type="checkbox"/> 人工受精 <input type="checkbox"/> 手術療法（方法： <input type="checkbox"/> その他（			
	院外処方の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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。

(※個室料、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。